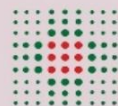


BILANCIO DI GENERE

Azienda **USL di Modena** **2024**

**Basato sui Principi
di Gender Equality
Management**



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



Quest'anno il Bilancio di Genere - BG in AUSL di Modena giunge alla terza edizione. E' inserito nel Piano Triennale Azioni Positive – PTAP proposto dal CUG.

Dall'esperienza degli anni precedenti si conferma l'applicazione a tutta l'azienda, dipartimenti clinici e territoriali, con analisi più approfondite su alcuni settori come la violenza di genere, il benessere lavorativo e la conciliazione vita/lavoro, con una struttura della rendicontazione che si presta ad una futura certificazione.

Si mantiene la struttura del processo e la tipologia di Auditing di analisi dati anno 2024 per una rendicontazione della realtà aziendale (dimensione interna ed esterna) secondo una prospettiva di genere, con valutazione dell'impatto delle politiche e degli impegni economico-finanziari. Ciò consente di disporre di dati definitivi sulla base dei quali valutare l'attività che è stata condotta e riorientare le strategie. Questo ultimo aspetto rappresenta la caratteristica distintiva del BG a Modena per la ri-programmazione delle Azioni Positive possibili a seguito di quanto emerso. Non è un "voto" all'azienda ma un accurato strumento per:

"leggere" l'organizzazione lavorativa misurando il "Gender Gap" nelle sue diverse manifestazioni, come il divario nell'accesso alla carriera o il Part Time involontario, che tipicamente determina lo squilibrio vita lavoro

"riorientare" le strategie e le azioni finalizzate a contrastare il divario di genere ma anche quei disagi lavorativi che favoriscono la microconflittualità e riducono la fiducia, applicando un sistema di "Diagnosi aziendale" basata sul "Check-up organizzativo"

"individuare indicatori" di performance socio sanitaria inserendo il "genere" quale categoria rilevante per l'equità e l'appropriatezza delle prestazioni, secondo gli orientamenti della medicina di genere in ottemperanza alle leggi n. 3/18 e L. RER n. 6/14

Il Bilancio di Genere è quindi uno strumento strategico per perseguire il principio di giustizia sociale ed equità sul lavoro, estendibile al concetto di appropriatezza delle cure applicate dai servizi alla comunità territoriale.

La partecipazione dei professionisti nella rilevazione dei dati e nelle proposte delle Azioni Positive durante gli Audit, poi integrate dal CUG, identificano la fase della riprogrammazione di tipo bottom up. Il BG assume così una funzione che va oltre la mera rilevazione, ma si estende a quella di progettazione partecipata e inclusiva dei lavoratori, rendendoli protagonisti.

Il BG dell'azienda sanitaria di Modena si conferma quindi un processo opportuno e utile ad una crescita aziendale condivisa, in questo percorso necessario e importante.

Chi ci ha lavorato: il gruppo di progetto presieduto dalla Direzione Sanitaria ai sensi Del 229/25 - Responsabile Coordinamento Esecutivo Dott.ssa Milena Casalini e tant* altr* collaborator*



INDICE

PARTE PRIMA	8
Bilancio di genere - cosa intendiamo	8
Fonti normative legittimanti	8
L'osservazione metodologica delle differenze di genere secondo i presupposti GEM – i Gender gap	11
Il Gender gap Nella Sanità	18
La classificazione EIGE e come si colloca l'Italia	19
La Parità di Genere nei GOALS dell' Agenda 2030	22
PARTE SECONDA	26
L'azienda AUSL di Modena	26
Presupposti di Gender Equity Management applicati	28
Metodologia e Richiamo al Bilancio Precedente	28
Effetti su equità, efficienza, economicità ed appropriatezza.	29
Scelta tipologia BG: Consuntivo-Gender Auditing	29
PARTE TERZA Analisi della Dimensione Interna	32
categoria: struttura e distribuzione del personale	
RIPARTIZIONE DEL PERSONALE PER GENERE ED ETA' NEI LIVELLI DI INQUADRAMENTO	32
ANZIANITÀ NEI PROFILI E LIVELLI NON DIRIGENZIALI, RIPARTITE PER ETÀ E PER GENERE	33
POSIZIONI DI RESPONSABILITÀ REMUNERATE NON DIRIGENZIALI, RIPARTITE PER GENERE	34
PERSONALE DIRIGENZIALE E COMPARTO SUDDIVISO PER LIVELLO E TITOLO DI STUDIO	35
categoria: GPG	
DIVARIO ECONOMICO, MEDIA RETRIBUZIONI ONNICOMPRESIVE TUTTO IL PERSONALE	36
VARIABILI TOTALI LORDI DIVISI PER GENERE DIRIGENZA	38
VARIABILE POSIZIONE DIVISA PER GENERE DIRIGENZA	39
VARIABILE RISULTATO DIVISA PER GENERE DIRIGENZA	40
VARIABILE FISSE RICORRENTI DIVISA PER GENERE DIRIGENZA	41
VARIABILE COMP. ACCESSORIA (NO STRAORDINARIO) DIVISA PER GENERE DIRIGENZA	42
VARIABILE LAVORO NOTTURNO DIVISA PER GENERE DIRIGENZA	43
VARIABILE LP DIRIGENTI	44
VARIABILE LP TUTTO PERSONALE	45

DIVARIO ECONOMICO PERSONALE CONVENZIONATO	46
IMPORTO STRAORDINARIO TUTTO IL PERSONALE PER ETÀ/RUOLI	47
categoria: Conciliazione	
ECCEDENZA ORARIA SUDDIVISA PER GENERE/ETÀ/RUOLI	48
FRUIZIONE DELLE MISURE DI CONCILIAZIONE (PT+SW) PER GENERE ED ETA'	49
FRUIZIONE DELLE MISURE DI CONCILIAZIONE (CP+L104) PER GENERE ED ETA'	50
FRUIZIONE DEI CONGEDI OBBLIGATORI PER MATERNITA' PER ETA'	51
FRUIZIONE DEI CONGEDI FACOLTATIVI PER PATERNITA PER CATEGORIA	51
FRUIZIONE ISTITUTO PER VITTIME DI VIOLENZA	52
categoria: Segregazione orizzontale e verticale	
COMPOSIZIONE C.CONCORSI E GARE	52
HHR RAPPORTO TRA PARTECIPANTI E SELEZIONATI	52
PERMANENZA NEL PROFILO SOC SANITARI	52
PERMANENZA NEL PROFILO SPTA	53
categoria: Benessere lavorativo e Organizzativo	
RECESSI DIPENDENTE E MOBILITÀ PASSIVE DIVISO PER RUOLO/ETÀ GENERE	54
TASSI DI ASSENZA PER GENERE	56
LIMITAZIONI E RICOLLOCAZIONI	56
categoria: Rappresentatività Organismi Collegiali	
COMPOSIZIONE TOP MANAGEMENT	57
COMPOSIZIONE COLLEGI SINDACALI	57
COMPOSIZIONE C.DIREZIONE E C.DIPARTIMENTO	57
COMPOSIZIONE CUG CCI OAS	57
categoria: Cultura, Ricerca e Sviluppo Carriera	
FRUIZIONE ORE FORMAZIONE PER GENERE/ETÀ/TIPOLOGIA	58
PI – PRINCIPAL INVESTIGATOR RELATIVI AI PROGETTI AUTORIZZATI	58
DOCENZE	59
PARTE QUARTA Analisi della Dimensione esterna	60
Categoria: struttura demografica socioeconomica e microsociale della popolazione	
DATI DEMOGRAFICI E POPOLAZIONE	60
DATI DEMOGRAFICI E SPERANZA DI VITA	66
DATI SOCIO ECONOMICI	70
DATI SOCIOECONOMICI FAMIGLIE	71
Categoria: mortalità e cronicità	

MORTALITA	72
TRAUMI E INCIDENTI STRADALI	73
TRAUMI E INCIDENTI DOMESTICI	74
CRONICITA'	76
Categoria: stili di vita	
MOBILITA' FISICA	92
NUTRIZIONE	94
CONSUMO DI FRUTTA E VERDURA	95
ATTIVITA' FISICA	96
CONSUMO ALCOL	97
CONSUMO FUMO	98
COMPETENZE DIGITALI	99
Categoria: Dipartimenti clinici e ambulatori	
ATTIVITA' DI RICOVERO	100
ATTIVITA' AMBULATORIALE	102
ENDOCRINOLOGIA	103
Categoria: Salute mentale	
UTENTI PER PATOLOGIA PSICHIATRIA	104
UTENTI PER PRESTAZIONE PSICHIATRIA	105
UTENTI PER PATOLOGIA DIPENDENZE PATOLOGICHE	106
DOMICILIARITA'	111
OSPEDALIZZAZIONE	112
UTENTI NPJA	113
Categoria: Servizi Socio Sanitari	
UTENTI CRA – ANZIANI	114
UTENTI CD – ANZIANI	114
UTENTI CRA – DISABILI	115
UTENTI CD – DISABILI	115
Categoria: Salute Pubblica	
IGIENE PUBBLICA	116
MEDICINA SPORTIVA	121
SERVIZIO PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO	122
Categoria: Cure Primarie	
SCREENING	124
SALUTE DONNA	127
CARCERI	128

Categoria: Violenza di genere	
MONITORAGGIO VIOLENZA DOMESTICA DI GENERE – VDG – PS e CAU	129
GESTIONE RISCHIO RILEVAZIONE VIOLENZA VERSO E TRA OPERATOR*	136
VIOLENZA SUGLI ANIMALI DOMESTICI E CORRELAZIONI CON VIOLENZA DI GENERE	156
PARTE QUINTA La dimensione dei costi	157
DIMENSIONE INTERNA	157
DIMENSIONE ESTERNA	165
PARTE SESTA	170
La Riprogrammazione - Le Azioni Positive in cantiere sulla base dei risultati emersi	170
DIMENSIONE INTERNA	171
DIMENSIONE ESTERNA	177

PARTE PRIMA

Bilancio di Genere-cosa intendiamo

Il Bilancio di Genere è inteso come un processo di analisi, progettazione e rendicontazione della realtà aziendale secondo una prospettiva di genere. È uno strumento che, attraverso un'ottica di genere, procede all'analisi e alla valutazione dell'impatto delle scelte politiche e degli impegni economico-finanziari delle pubbliche amministrazioni, in questo modo si perviene ad un'integrazione della prospettiva di genere nella procedura di bilancio. Individua, dunque, le risorse stanziare ed erogate in favore delle pari opportunità di genere e monitora l'impatto delle attuate politiche su uomini e donne, dimostrando di essere strumento tutt'altro che teorico.

Le fonti normative legittimanti

Come sopra evidenziato, la realizzazione del Bilancio di Genere è oggetto di una raccomandazione non vincolante per le aziende e le amministrazioni pubbliche fin dal 2007 (Direttiva del Dipartimento per i Diritti e le Pari Opportunità, "Misure per attuare parità e pari opportunità tra uomini e donne nelle amministrazioni pubbliche", in G.U. n. 173 del 27/7/2007). Successivamente, con il D. Lgs. 150/2009, il Bilancio di Genere costituisce parte dei contenuti della Relazione annuale sulla performance. E in tempi recenti, sia la L. 162/2021 "Parità di genere e Codice delle pari opportunità", sia il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - PNRR, hanno enfatizzato la necessità di colmare il gap di genere in quanto funzionale a migliorare sia la sostenibilità sociale delle organizzazioni, sia i risultati.

Riportiamo di seguito la normativa di riferimento rispetto al Bilancio di Genere:

- L. 10 aprile 1991, n. 125, recante "Azioni positive per la realizzazione della parità uomo-donna nel lavoro" che, facendo propri i dettati costituzionali di cui agli artt. 3 e 37, ha previsto l'adozione, da parte delle pubbliche amministrazioni, di piani di azioni positive finalizzate alla realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne, istituendo altresì il "Comitato Nazionale per l'attuazione dei principi di parità di trattamento e uguaglianza di opportunità tra lavoratori e lavoratrici";
- D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, recante: "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle pubbliche amministrazioni", e successive modifiche e integrazioni;
- Risoluzione del Parlamento Europeo del 3 luglio 2003, 2002/2198 (INI) recante "La costruzione dei bilanci pubblici secondo la prospettiva di genere", la quale definisce il Bilancio di Genere come lo strumento che consente di "adottare una valutazione d'impatto di genere a tutti i livelli delle procedure di bilancio e ristrutturando le entrate e le uscite al fine di promuovere l'uguaglianza tra uomini e donne";
- D. Lgs. 9 luglio 2003, n. 216 e s.m.i., recante: "Attuazione della direttiva 2000/78/CE per la parità di trattamento in materia di occupazione e di condizioni di lavoro e della direttiva n. 2014/54/UE relativa alle misure intese ad agevolare l'esercizio dei diritti conferiti ai lavoratori nel quadro della libera circolazione dei lavoratori";
- D. Lgs. 11 aprile 2006, n. 198, recante: "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, a norma dell'articolo 6 della legge 28 novembre 2005, n. 246" e successive modifiche, tra cui, in particolare, quelle apportate dalla L. n. 162/2021 e dal D.P.R. 81/2022;

- Direttiva del Parlamento Europeo e del Consiglio 5 luglio 2006, n. 2006/54/CE, riguardante l’attuazione del principio delle pari opportunità e della parità di trattamento fra uomini e donne in materia di occupazione e impiego;
- Direttiva Ministeriale 23 maggio 2007, recante: “Misure per attuare parità e pari opportunità tra uomini e donne nelle amministrazioni pubbliche” adottata dal Ministro per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione e dal Ministro per i diritti e le pari opportunità; tale direttiva, non vincolante, impone l’elaborazione del Bilancio di Genere da parte delle pubbliche amministrazioni quale strumento per la promozione di una cultura organizzativa pubblica orientata alla valorizzazione del differente contributo di uomini e donne;
- D. Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150, recante: “Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni” che all’art. 10, comma 1, lett b) dispone che le Pubbliche Amministrazioni evidenzino a consuntivo, nell’ambito della Relazione annuale sulla performance relativa all’anno precedente, “i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse, con relazione degli eventuali scostamenti, e il Bilancio di Genere realizzato”;
- L. 31 dicembre 2009, n. 196, “Legge di contabilità e finanza pubblica” che, all’art. 38-septies, introdotto dall’art. 9 del D. Lgs. 90/2016, dispone l’avvio di una sperimentazione avente ad oggetto la redazione del Bilancio di Genere relativo al conto del bilancio dello Stato, quale strumento per la valutazione del diverso impatto delle politiche di bilancio sulle donne e sugli uomini, in termini di denaro, servizi, tempo e lavoro non retribuito, definendo al comma 2 la metodologia generale del Bilancio di Genere ai fini della rendicontazione;
- Risoluzione del Parlamento Europeo del 25 febbraio 2010 che ribadisce la necessità di mettere in atto e monitorare sistematicamente l’integrazione della prospettiva di genere nei processi legislativi, di bilancio e in altri importanti processi decisionali, nonché nelle strategie, nei programmi e progetti in vari ambiti, tra cui la politica economica e le politiche d’integrazione;
- Direttiva Ministeriale 4 marzo 2011, recante: “Linee guida sulle modalità di funzionamento dei «Comitati Unici di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni» (art. 21, legge 4 novembre 2010, n. 183)”;
- Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri n. 3/2017, recante “Indirizzi per l'attuazione dei commi 1 e 2, dell'articolo 14, della legge 7 agosto 2015, n. 124 e linee guida contenenti regole inerenti all'organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti”, che assegna un ruolo determinante ai Comitati Unici di Garanzia, chiamati a contribuire attivamente “all’ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorando l’efficienza delle prestazioni collegata alla garanzia di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica per i lavoratori”;
- D.P.C.M. 16 giugno 2017 recante “Metodologia generale del Bilancio di Genere ai fini della rendicontazione, tenuto conto anche delle esperienze già maturate nei bilanci degli Enti territoriali”.
- D. Lgs. 12 settembre 2018, n. 116 recante “Disposizioni integrative e correttive al decreto legislativo 12 maggio 2016, n. 90, in materia di completamento della riforma della struttura del bilancio dello Stato, in attuazione dell'articolo 40, comma 1, della legge 31 dicembre 2009, n. 196”, che ha rafforzato la

funzione del Bilancio di Genere, quale base informativa per promuovere la parità di genere tramite le politiche pubbliche, ridefinendo e ricollocando le risorse e tendo conto dell'andamento degli indicatori di benessere equo e sostenibile (BES) inseriti nel Documento di Economia e Finanza (DEF)

- Risoluzione del Parlamento Europeo del 15 gennaio 2019 sulla parità di genere e le politiche fiscali dell'Unione europea;
- Circolare della Ragioneria Generale dello Stato del 18 marzo 2019, n. 7, che rende attuativo l'uso del Bilancio di Genere in via sperimentale seguendo la metodologia indicata dal DPCM 16 giugno 2017, nell'ottica di analizzare gli effetti delle politiche in base al genere;
- Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica n. 2/2019 del 26 giugno 2019 ad oggetto: "Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle Amministrazioni Pubbliche" nella quale il Bilancio di Genere viene auspicato quale pratica da consolidare progressivamente nelle attività di rendicontazione sociale delle amministrazioni;
- Commissione Europea, "Strategia per la parità di genere 2020-2025" presentata il 5 marzo 2020, con l'obiettivo di conseguire progressi significativi nell'attuazione della parità di genere;
- Linee guida sottoscritte il 07/10/2022 dai Dipartimenti della Funzione Pubblica e delle Pari Opportunità sulla "Parità di Genere nell'organizzazione e nella gestione del Rapporto di Lavoro con le Pubbliche Amministrazioni", che prevedono espressamente, tra gli strumenti per la misurazione della parità di genere, il consolidamento delle esperienze di Bilancio di Genere e l'inserimento dei dati sulla performance dell'ente relativamente alle pari opportunità e all'equilibrio di genere (baseline) nell'ambito del PIAO;
- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) di cui al Regolamento (UE) 2021/241 (Next Generation EU) approvato dal Consiglio dei Ministri il 12/01/2021, in particolare:
 - Missione 5 - Inclusione e Coesione poiché sostiene il superamento delle rilevanti differenze di genere già presenti in Italia in molteplici ambiti del vivere quotidiano (mercato del lavoro, partecipazione a processi decisionali, istruzione e accesso alla salute) che la crisi Covid-19 ha contribuito a esacerbare ancora di più, colpendo in maniera negativa l'occupazione femminile. Tra gli impegni del PNRR, vi è quello di presentare annualmente, a partire dalla legge di bilancio 2024, un bilancio ambientale e di genere (collegato agli obiettivi di sviluppo sostenibile e dell'Agenda 2030);
- MEF, Circolare del 28/04/2022, n. 20, con cui sono state fornite le linee guida per operare la classificazione delle spese secondo una prospettiva di genere
- DIRETTIVA EUROPEA 2023/970 sulla Trasparenza salariale che impone più trasparenza e nuovi obblighi per le organizzazioni, pubbliche e private secondi i seguenti punti principali:
 - Diritto all'informazione
 - Classificazioni trasparenti e neutrali di inquadramento professionale (ruolo di pari valore)
 - Obblighi di reporting

- Trasparenza sui criteri di determinazione e gestione delle retribuzioni
- Ruolo attivo delle parti sociali

Da notare che la direttiva prevede tutele reali e sanzioni per le aziende che non rispettano le indicazioni, compreso il diritto al risarcimento ab origine per chi subisce discriminazioni salariali. Il mancato rispetto comporta quindi i seguenti rischi:

- Sanzioni pecuniarie. Le aziende che violano gli obblighi potranno incorrere in sanzioni economiche.
- Incremento del rischio legale, con contenziosi per discriminazione retributiva potenzialmente onerosi sia in termini economici che reputazionali.
- Diritto al risarcimento. In caso di discriminazione accertata, la persona interessata ha diritto al recupero integrale delle retribuzioni perse, sia in forma monetaria sia in natura, oltre a un eventuale risarcimento per danni accessori.
- Inversione dell'onere della prova: qualora il datore di lavoro non abbia adempiuto agli obblighi di trasparenza previsti dagli articoli 5, 6, 7, 9 e 10 della Direttiva, sarà tenuto a dimostrare l'assenza di discriminazioni.
- Perdita di fiducia interna, con impatti negativi sulla motivazione, sulla retention e sul clima organizzativo.
- Minore attrattività per i talenti, soprattutto in un contesto lavorativo sempre più attento alla sostenibilità sociale e ai valori di equità.

Per quanto riguarda la normativa di livello regionale, si ricorda la Legge della Regione Emilia-Romagna 27 giugno 2014, n. 6, recante “Legge quadro per la parità e contro le discriminazioni di genere” che prevede il Bilancio di Genere quale strumento di rendicontazione sociale dell'integrazione di una prospettiva di genere nella programmazione economica delle politiche pubbliche mediante riclassificazione delle voci di bilancio, schede di analisi esplicative ovvero ogni altra modalità che ne evidenzia l'impatto sulla popolazione femminile e maschile.

Particolarmente significativo è il percorso della certificazione possibile grazie alla pubblicazione della UNI/PdR 125:2022 - Linee guida sul sistema di gestione per la parità di genere che prevede l'adozione di specifici KPI (Key Performances Indicator - Indicatori chiave di prestazione) inerenti alle Politiche di parità di genere nelle organizzazioni.

L'osservazione metodologica delle differenze di genere secondo i presupposti GEM _ Gender equity Management – i gender gap

La lettura del fenomeno parte da dati e competenze esperienziali applicate a dimensioni particolarmente complesse: quella del lavoro e quella della salute nei cittadini e cittadine di cui si occupa il nostro sistema. La qualificazione metodologica impone un'osservazione basata sui principi di equità in cui le differenze di genere devono emergere come gap da colmare, sia che si verifichino nei confronti di Donne che di Uomini, nella dimensione lavorativa e nella salute dei cittadini. A tal riguardo quindi l'azienda ha l'opportunità di utilizzare uno strumento con dati e informazioni importanti in termini di appropriatezza delle cure.

Svantaggio femminile nel mercato del lavoro. L'Italia è uno dei Paesi avanzati con più elevati divari di genere: nonostante i progressi degli ultimi anni, emergono ancora bassa partecipazione femminile al mercato del lavoro, minore tasso di occupazione, segmentazione orizzontale e verticale del mercato, limitata presenza nelle posizioni apicali delle imprese quotate. Tale situazione è ulteriormente peggiorata a seguito della crisi generata dalla pandemia di COVID-19, che ha determinato un impatto particolarmente negativo sulle donne non solo in termini di una significativa perdita di posti di lavoro in settori dominati dalla presenza femminile e di condizioni di lavoro peggiori, ma anche di un'accresciuta fragilità economica e di conflitto vita-lavoro ancora più aspro del passato, che hanno ampliato i divari di genere preesistenti in ambiti chiave del benessere. La pandemia di COVID-19 ha infatti costituito una sorta di banco di prova per la distribuzione fra uomini e donne delle responsabilità di cura domestica e familiare e, come emerso dai dati dell'ultima Relazione sulla sperimentazione dell'adozione di un Bilancio di Genere, riferita all'anno 2020 (Doc. XXVII, n. 27) e illustrata recentemente dalla Sottosegretaria di Stato al Ministero dell'economia e delle finanze Cecilia Guerra in audizione presso le Commissioni bilancio di Camera e Senato, l'esito è stato quello di «*un vero e proprio “fallimento redistributivo” del tempo di lavoro e di cura tra uomini e donne a seguito dello shock pandemico*»

L'accesso al mercato del lavoro, la permanenza nello stesso, i risultati economici e di avanzamento di carriera presentano differenze di genere rilevanti. Le differenze, quindi, afferiscono all'aspetto qualitativo ed in uno anche all'accesso verso ruoli di maggiore responsabilità che sono maggiormente remunerati. Molto spesso ci troviamo di fronte all'assurda situazione che vede le donne sovrastruite rispetto alla propria occupazione lavorativa.

La conciliazione tra vita privata e professionale contempla la ripartizione del tempo tra lavoro retribuito e quello non retribuito.

Le donne dedicano un tempo inferiore alla vita professionale-lavorativa rispetto agli uomini. Il contributo delle donne resta maggiore rispetto al lavoro non retribuito andando a coprire tutta una serie di attività di cura che riguardano i figli, gli anziani, le attività di gestione domestica, gli spostamenti non connessi con la professione ed il volontariato.¹ Nonostante vi sia una redistribuzione dei carichi di lavoro all'interno delle coppie, per probabile retaggio culturale e tradizionale resta sempre una divisione impari tra uomini e donne.

Le donne hanno un carico di lavoro complessivo maggiore di quello degli uomini, considerando il lavoro retribuito e quello non retribuito, in particolar modo coloro che sono occupate a tempo pieno, evidenziando in questo modo una rilevante asimmetria dei carichi di lavoro familiare.

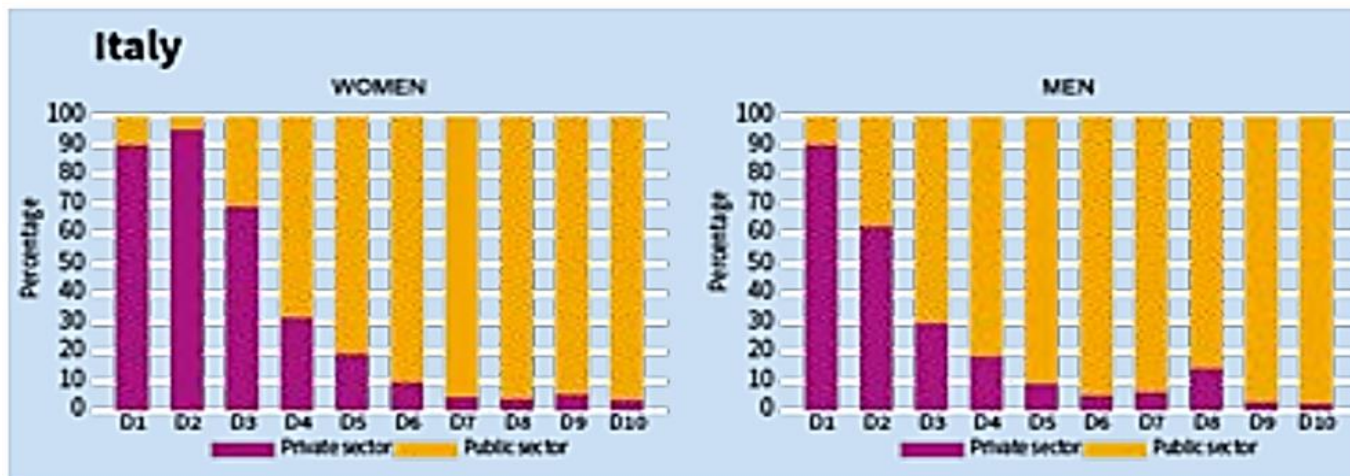
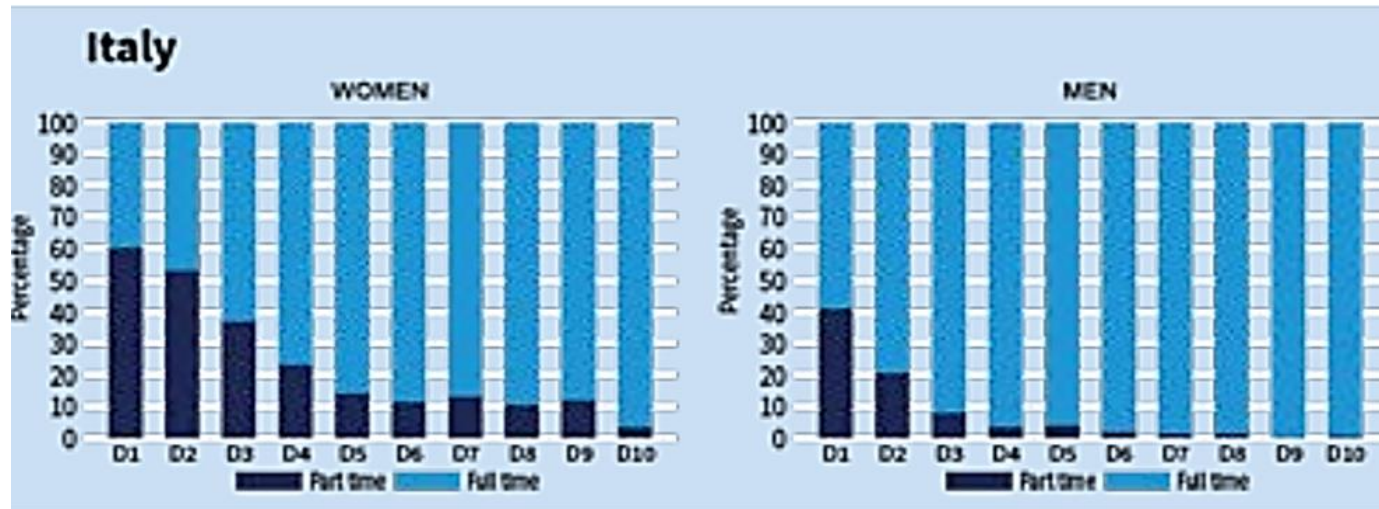
Il Gender Gap si evidenzia e si indaga in vari altri fenomeni e diverse “facce”.

Part Time involontario: la prestazione lavorativa svolta in regime di part time, con i conseguenti minori livelli di retribuzione, non costituisce sempre una scelta della lavoratrice, la quale spesso utilizza il lavoro a tempo parziale per riuscire a conciliare il lavoro stesso e le esigenze familiari alle quali deve attendere. Il lavoro a tempo parziale è istituto del quale fruiscono principalmente le donne. Le esigenze di cura dei figli rappresentano in primis la motivazione che spinge le lavoratrici a ricorrere al part time: la nascita di un figlio sembra recare con sé la “decisione” di una riduzione dell'orario di lavoro. Anche l'ondata pandemica

1. Eige Index 2024

nel 2020 ha causato un aumento di lavoro part time per le donne, che risulta sempre più agevolato dalle riforme legislative e finanziarie. In Italia il ricorso al PT per gli U è del 8% mentre per le D del 35% ma, se nel primo caso è tendenzialmente per un secondo lavoro, nel secondo è per esigenze di bilanciamento V/L. IL PT va considerato anche in relazione con l'invecchiamento del personale e il mancato ricambio generazionale: se il part-time può essere una risorsa per trattenere lavoratori maturi, è vero che rallenta il ricambio, anche se il fenomeno va misurato nel complesso come risultante con altri fattori.

L'ultimo Report dell'OMS 2023 ne ha elaborato un'analisi del settore Sanità, sia pubblico che privato:



Congedi Parentali. In numerosi paesi è stato introdotto il congedo parentale, un periodo di assenza dal lavoro per assolvere ai compiti di cura connessi alla nascita di un figlio. Anche uno strumento di tutela come il congedo parentale può celare un possibile effetto indesiderato e rallentare l'avanzamento di carriera delle donne. Inoltre, l'effetto potenzialmente connesso è anche quello di creare una differente percezione del ruolo della donna nella cura dei figli con migliore partecipazione femminile nel mercato del lavoro.

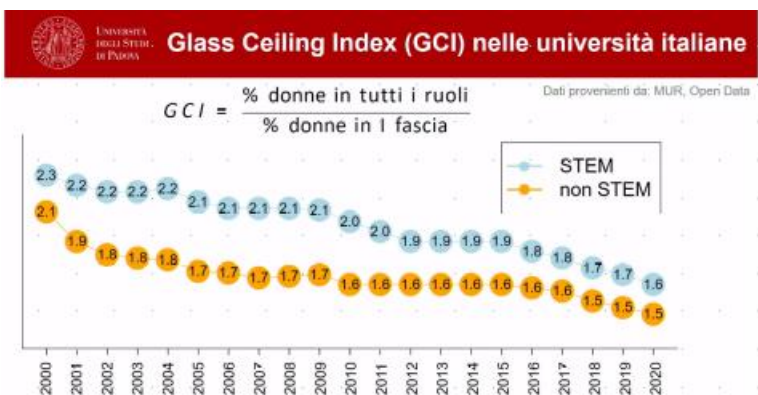
Posizioni apicali e Organizzazione del lavoro. Con l'espressione "soffitto di cristallo" o "glass ceiling" si indica tutta quella serie di difficoltà che incontrano le donne nell'accesso alle posizioni apicali in ambito lavorativo, a tutte quegli ostacoli invisibili che impediscono, limitano o complicano la crescita e l'avanzamento in ambito professionale delle lavoratrici.

Siamo di fronte da una segregazione verticale che impedisce alle donne di raggiungere posizioni di responsabilità in ambito professionale. Le donne, spesso più istruite, raggiungono ruoli dirigenziali intermedi, ma lì si fermano e raramente raggiungono posizioni di vertice.

Possiamo con buona probabilità legare il fenomeno alle modalità di organizzazione del lavoro (misurazione dell'impegno, struttura degli incentivi, individuazione degli obiettivi) che vengono dettate da coloro i quali occupano proprio le posizioni di vertice nell'organizzazione e che sono principalmente uomini. L'impostazione e le modalità si confanno più agli uomini e sovente finiscono per penalizzare le donne in particolar modo quelle con figli ed in generale con carichi familiari.

Anche recenti studi dell'Università dimostrano il fenomeno del "glass ceiling".

Fenomeno del "glass ceiling" in ambito Universitario:



L'Indice GCI (Glass ceiling Index) dato dal rapporto fra la % di donne in tutti i ruoli (ricercatore associate e ordinario) e la % di donne in prima fascia (professoressse ordinarie)

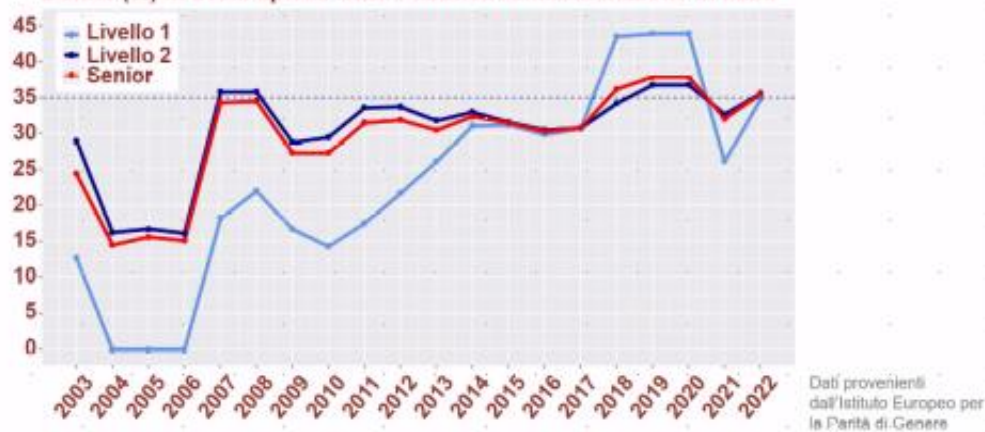
AREA STEM _ La percentuale di donne è circa costante fino al livello di ricercatore e scende notevolmente al livello di "professoressse ordinarie"

AREA NON STEM: La percentuale di donne è costante fino al ruolo di assegnista dopo di che c'è un'inversione drastica fino al 28% a livello di "professoressse ordinarie".

IL fenomeno del "glass ceiling" in ambito pubblico:

Il grafico mostra la percentuale di donne nei ruoli apicali in Italia nel settore della PA divisi su 3 livelli (1,2 e senior):

Donne (%) in livelli apicali nella Pubblica Amministrazione in Italia



Divario Salariale – Gender Pay Gap. I primi anni di lavoro sono

caratterizzati da un gender pay gap contenuto, seppure positivo. Man mano che l'età e gli anni di lavoro avanzano, l'aumento è marcato, passando per esempio dal 6,4 per cento per i lavoratori con età compresa tra 18 e 29 anni al 16,2 per cento per quelli nella fascia 30-39 anni, un incremento pari a quasi dieci punti percentuali.

Perché un aumento così marcato del divario salariale lungo la carriera lavorativa? La maternità è probabilmente la prima ragione. Le interruzioni di carriera legate alla nascita di un figlio possono comportare una perdita di capitale umano e di esperienza che si traduce in una remunerazione inferiore al momento del rientro nel mercato del lavoro, nello stesso impiego o in uno diverso.

Il divario salariale è stato approfondito anche dall'ultima ricerca ACLI 2023 in cui viene confrontato il Gender Pay Gap fra settore pubblico e privato. Le analisi sulla discriminazione economica mostrano sempre un legame tra discriminazione salariale e discriminazione occupazionale. Discriminazione economica è quella discriminazione che intacca i prezzi o la distribuzione delle risorse. Vi è senz'altro una discriminazione nel mercato del lavoro, ma esiste anche una discriminazione prima ancora di entrare nel mercato del lavoro, una discriminazione pre-mercato legata ad una diversa modalità di accesso al percorso scolastico, a diversi livelli di istruzione ed aree disciplinari ed ai diversi percorsi formativi.

La relazione tra il divario del lavoro non pagato svolto dalle donne e quello pagato per gli uomini crea uno squilibrio in seno alle dinamiche economiche della famiglia, ma ciò che emerge non è solo questo, si impone alla nostra analisi anche che il tempo totale del lavoro, costituito dalla somma del tempo dedicato al lavoro pagato ed a quello non pagato, risulta costituito per le donne da un numero maggiore di ore (fig. 1)

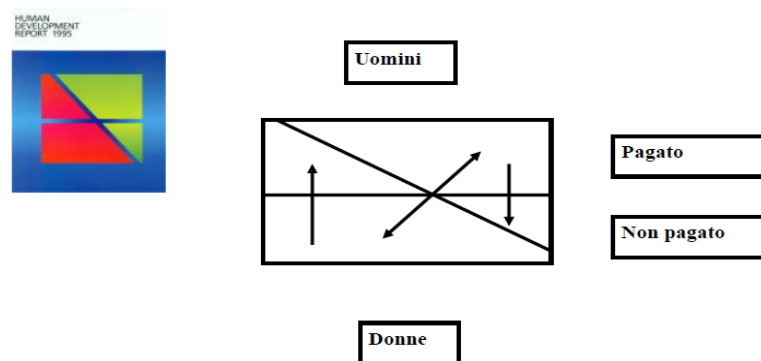
Sesso	Profili lavorativi			
	Impiego stabile nel pubblico	Impiego stabile nel privato	Impiego instabile o non standard	Totale
Donna				
Fasce di reddito	%	%	%	%
Fino a 1500 euro	48,5	58,8	85,9	69,6
Oltre 1500 euro	51,5	41,2	14,1	30,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
Uomo				
Fasce di reddito	%	%	%	%
Fino a 1500 euro	38,5	31,1	50,0	35,7
Oltre 1500 euro	61,5	68,9	50,0	64,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

In una pubblicazione dell'OCSE - Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico - effettuata nel 2017 e dal titolo "il perseguimento dell'eguaglianza di genere: una battaglia in salita", vengono conteggiati i minuti al giorno, con riferimento ad attività di donne e uomini dai 15 sino ai 64 anni di età; il lavoro totale giornaliero (retribuito + non retribuito) per le donne è maggiore, con una media di 21 minuti in più al giorno, arrivando però a 60 minuti in più per quanto riguarda l'Italia; si conferma l'esistenza quindi di uno squilibrio nella distribuzione dei tempi.

La discriminazione nel Mercato del lavoro, che si conferma, genera o incrementa durante il rapporto lavorativo, si mostra attraverso due tipi di segregazione occupazionale:

- orizzontale: vedere uomini e donne in settori diversi;
- verticale: uomini e donne in diversi livelli della loro carriera lavorativa.

Lavoro totale, pagato e non pagato disaggregato per genere



Vi è un nesso, ovviamente, tra segregazione occupazionale e discriminazione salariale, infatti osservando le donne in determinati settori potremo osservare che in quei settori si affermano salari più bassi originando così una discriminazione salariale. Osservando che meno donne salgono e raggiungono posizioni apicali avremo per questo motivo una segregazione occupazionale di tipo verticale e una, conseguente, discriminazione salariale.

Si deve conoscere il nesso esistente tra segregazione occupazionale e discriminazione salariale e considerare il diverso accesso di uomini e donne nel mercato del lavoro e di ciò che impatta sulla discriminazione salariale e discriminazione nel mercato del lavoro ancora prima di entrarvi ovvero discriminazione pre-mercato.

IL CROLLO DEMOGRAFICO E L'APPORTO DELLE AZIENDE NEL LAVORO PER ARGINARE IL PROBLEMA

I Gender Gap non sono una questione femminile (o solo femminista) ma un problema sociale che ne condizionano lo sviluppo o il sottosviluppo, fino al "fallimento" di una società². Descrivendo alcuni fenomeni come l'Inverno Demografico, l'Italia sta affrontando un inverno demografico tra i più incisivi al mondo, con un calo delle nascite e sfide per le donne nel conciliare lavoro e maternità.

I dati in Italia³ sul Calo delle Nascite e gli impatti sul lavoro

- Nel 2024, le nascite in Italia raggiungono il minimo storico di 369.944, attribuibile essenzialmente a coppie italiane (-3.3%). Solo il 21,2% delle persone tra 18 e 49 anni intende avere un figlio nei successivi tre anni (era il 25,0% nel 2003).
Oltre 10,5 milioni di persone non vogliono avere figli o altri figli né nei tre anni successivi l'intervista, né in futuro
- Il numero medio di figli per donna è sceso a 1,18, rispetto ai 2,01 (soglia minima di tasso di sostituzione) del 1947.
- La percentuale di donne senza figli tra i 18 e i 49 anni è aumentata al 45,4%. Nel '75 era il 23% e nel '47, del 10%.
- Le donne affrontano pressioni lavorative maggiori (precaricato, discriminazioni economiche, disagi organizzativi) che ritardano la genitorialità. L'età media della prima gravidanza è 32.6 anni
- La procrastinazione della genitorialità coincide con l'aumento dell'instabilità di coppia e della difficoltà di adattamento al cambio di stile di vita per entrambi i componenti, con la differenza che l'uomo può cambiare idea, cambiando compagna.
- Child penalty al lavoro Il 20% delle madri smette di lavorare dopo la maternità: il 68.9% delle donne senza figli lavorano (contro il 77.8% degli uomini), se hanno un figlio minore la percentuale scende al 65.6% e se hanno due o più figli sono il 60.1%
- Vantaggi lavorativi del padre, mentre gli uomini tendono ad incrementare il loro guadagno.
- Le giovani coppie pongono più frequentemente la stabilità economica prima della maternità.
- La società è cambiata, rendendo difficile per i giovani immaginare un futuro con figli.

² Molte analisi come quella McKinsey o OCSAE riportano che la produzione dovrebbe aumentare fino a raddoppiare per mantenere gli standard economici e di consumo ottenuti dagli anni '90. Il flusso di ricchezza intergenerazionale si eroderà con la riduzione della crescita economica e l'aumento del costo previdenziale.

³ Istat – Il Sole24ore 191225

L'indagine mostra una difficoltà in aumento di conciliare la vita e il lavoro, dove le donne sono sempre più costrette a scegliere tra lavoro e famiglia. Una scelta che impone una rinuncia obbligata e non compensata, dalla società. Così si verificano percorsi lavorativi e PIL ridotti da una parte, e madri mancate da un'altra parte.

Competenze digitali e discriminazioni di genere

Le stime ISTAT sono utilizzate dalla Commissione europea per valutare i progressi degli Stati membri nella digitalizzazione e, dal 2021, rientrano nel sistema di monitoraggio del programma strategico europeo "decennio digitale 2030". Questa nota si focalizza sugli indicatori utilizzati per il monitoraggio del capitale umano, il cui obiettivo è il potenziamento delle competenze digitali.

Uno degli obiettivi del programma europeo è di portare entro il 2030 all'80% la quota di popolazione tra i 16 e 74 anni con competenze digitali almeno di base in tutti e cinque i domini definiti dall'attuale. Nel nostro Paese solo il 45,9% degli adulti possiede competenze digitali adeguate, oltre un terzo (36,1%) ha competenze insufficienti e il 5,1%, pur essendo utente di Internet, non ha alcuna competenza. Nel panorama europeo, l'Italia è uno dei Paesi con la quota più bassa di persone con competenze digitali. Inoltre, le competenze digitali sono caratterizzate da una disparità di genere a favore degli uomini in quasi tutti i Paesi europei (in Italia, pari a 3,1 punti percentuali). Lo svantaggio femminile, tuttavia, è presente solamente a partire dai 45 anni, mentre fino ai 44 anni le donne risultano possedere maggiori competenze digitali rispetto agli uomini. Il principale fattore discriminante insieme all'età è il grado di istruzione.⁴

Il Gender Gap nella Sanità

Il lavoro in sanità ripresenta vari Gender Gap come nel resto del mercato del lavoro, con alcune specificità, ad esempio la femminilizzazione strutturale del personale che vi opera a vario titolo e il Gender Pay Gap evidente nelle posizioni apicali.

Nella UE oltre 14.7 milioni di professionisti* svolgono un ruolo sanitario pari al 7% delle persone occupate e la 4% della popolazione. Di questi il 78% sono donne e gli over 50 sono il 36% contro gli under 35 che sono il 29%. Si tratta di Medici (1.9 milioni), infermieri e ostetriche (4.5 milioni) operatori sanitari, sociosanitari e associati (8.2 milioni).

In Italia le donne che lavorano nel SSN sono oltre il 68.8% del personale di questo settore, le donne medico sono il 52% e le donne infermiere sono il 78%. Il Gender gap Index – GEI complessivo applicato all'Italia si colloca oltre il 68% mentre il Gender Pay gap attesta una differenza del guadagno medio netto del personale neolaureato di oltre l'8%. Il Gender Career gap è visibile nella carriera medica dove solo il 37% delle donne raggiunge l'incarico di struttura semplice e solo il 19.2% quello di struttura complessa. In sostanza, l'occupazione femminile nel settore sanitario è in aumento (dal 59% nel 2001 al 68% del 2020) ma non la leadership.

⁴ Fonte: Istat 2024

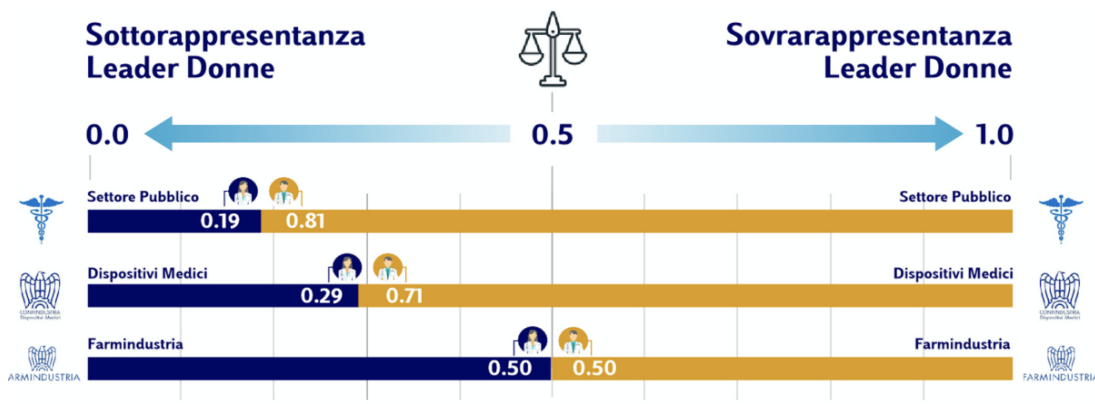


Figura 1 Osservatorio Equità Business School Luiss

Poche donne in posizioni apicali

Il Gender Leadership Index in Health 2024⁵ indica che meno del 30% dei ruoli di vertice è ricoperto da donne, nonostante queste costituiscano oltre il 70% della forza lavoro. Questo gap si evidenzia soprattutto nelle posizioni di più alto livello, come i direttori generali o i presidenti di grandi strutture ospedaliere. La presenza femminile tende a essere maggiore nei ruoli di middle management, ma diminuisce drasticamente man mano che si sale nella gerarchia organizzativa. Questo indica che, nonostante il crescente impegno delle donne nelle carriere sanitarie, permangono barriere strutturali e culturali che ne limitano l'avanzamento nelle posizioni apicali.

Da uno studio sul personale sanitario di due strutture ospedaliere del Gruppo San Donato è emerso che “gli uomini tendono ad avere stipendi più alti rispetto alle donne e un livello di istruzione mediamente più elevato: il 47% degli uomini guadagna più di 40.000 euro all'anno, rispetto al 4,9% delle donne. Inoltre, il 33% degli uomini ha un dottorato o una specializzazione, mentre solo il 4,9% delle donne ha lo stesso livello di istruzione”⁶

La classificazione EIGE e come si colloca l'Italia

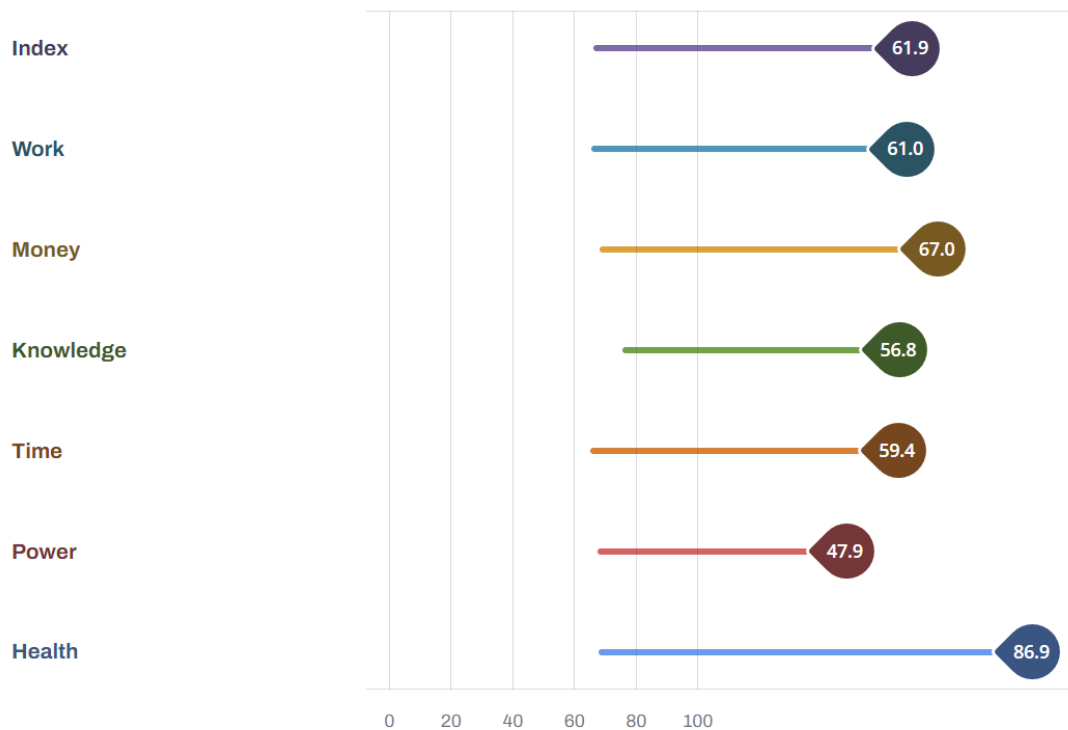
Il quadro delle disuguaglianze e discriminazioni di genere (gender Gap) viene confermato anche dall'indice sull'uguaglianza di genere (Eige Index) dell'Istituto Europeo per l'Uguaglianza di Genere (EIGE), un'agenzia dell'Unione Europea che si adopera per rendere l'uguaglianza di genere una realtà all'interno e all'esterno dell'UE.

⁵ Pubblicato dall'Osservatorio sull'equità di genere nella leadership in Sanità della Luiss Business School gennaio 2025

⁶ Report: “Stress lavorativo e transizione digitale”, UniSR, Università Vita-Salute San Raffaele.

Il Gender Equality Index 2024 è l'indice che sintetizza la parità di genere nei 27 Stati Membri dell'UE e sintetizza in un unico dato il livello di parità di genere raggiunto dai 27 Stati Membri dell'Unione Europea, restituendo un'analisi di performance complessiva misurata attraverso la combinazione di 31 indicatori, a loro volta aggregati in 14 variabili, poi raggruppate in sei dimensioni: Lavoro, Denaro, Conoscenza, Tempo, Potere e Salute.

Country score



Evolution of change

Select domain Index



🍪 Cookies

Dimensione	Punti Italia 2024	Ranking e differenza rispetto al 2023	Gap IT-EU 2024	Gap IT-EU 2024 vs 2023
Totale	69,2 pt	14° (-1)	-1,8 pt	+0,2 pt
Lavoro	65,5 pt	27° (=)	-8,7 pt	+0,1 pt
Denaro	80,6 pt	14° (=)	-2,8 pt	-0,5 pt
Conoscenza	61,0 pt	14° (-1)	-3,2 pt	-0,4 pt
Tempo	67,4 pt	12° (=)	-1,1 pt	=
Potere	66,5 pt	11° (=)	+5,1 pt	+1,5 pt
Salute	89,3 pt	9° (=)	+0,7 pt	=

Tabella 1 – Punteggio e ranking dell'Italia rispetto alla media europea (EU-27) per dimensione

I dati dimostrano che l'avvicinamento del punteggio dell'Italia alla media europea prosegue, sebbene a un ritmo decisamente più lento rispetto al 2023, segnando una battuta d'arresto nel processo di convergenza. Guardando alle singole dimensioni, si nota come i **risultati dell'Italia superino quelli della media europea solamente nella dimensioni Salute**, senza però guadagnare posizioni in classifica e con un arretramento di 3 punti dall'anno precedente. Anche nella dimensione Potere si registra un incremento significativo rispetto alla media degli Stati membri che frena da settembre 2024 quando le donne nei CdA pubblici scendono al 30%. Il risultato positivo per i consigli di amministrazione delle aziende quotate, è invece influenzato dall'obbligo legislativo imposto dalla Legge Golfo-Mosca, che prevede

almeno il 40% di rappresentanza del genere meno rappresentato e che ha aumentato, sì, la presenza di donne negli organi di governo ma non ha assicurato loro ruoli esecutivi. Anche volendo valutare positivamente il dato aggregato del dominio Potere andando oltre queste considerazioni, non si può ignorare il peggioramento nella sotto-dimensione legata al potere politico. In questo ambito, l'Italia registra risultati inferiori rispetto alle medie europee che evidenzia un divario significativo, soprattutto a livello locale, una criticità che andrebbe affrontata con urgenza.

C'è poi la **dimensione Lavoro**, che continua a rappresentare uno dei principali punti deboli per l'Italia con un **arretramento di 4.5 punti** rispetto gli anni precedenti.

In conclusione, il Gender Equality Index evidenzia come il nostro Paese abbia compiuto notevoli progressi nella parità di genere rispetto al 2013, con un aumento complessivo di 15,9 punti, tra i più marcati in UE, ma presenta ancora grandissimi margini di miglioramento. Come dimostrano i dati, la performance italiana si caratterizza per forti disparità nei diversi domini, alcuni dei quali come la Salute si collocavano a 89,3 punti (al 9° posto nel Ranking EU) ma con un arretramento nell'ultimo anno con 86.9 punti; altri aspetti restano al di sotto della soglia dei 70 (Lavoro, Denaro), sotto i 60 (conoscenza e Tempo) e per ultimo il Potere con soli 47.9 punti. Nella dimensione Lavoro, il nostro Paese continua a registrare il punteggio più basso a livello europeo, mettendo in luce problematiche legate alla segregazione settoriale e al divario occupazionale tra uomini e donne, in particolare nelle famiglie con figli. Tale risultato negativo si lega a quello altrettanto

deludente relativo alla dimensione Tempo, che riflette un'iniqua distribuzione del lavoro di cura tra uomini e donne. Alla luce di questi risultati, resta alta, dunque, la necessità di perseguire politiche per promuovere l'occupazione femminile, rafforzare le misure di conciliazione, ridurre il divario salariale, incoraggiare una cultura inclusiva e favorire una maggiore rappresentanza femminile nelle istituzioni politiche. Solo attraverso interventi strutturali sarà possibile colmare le disparità e costruire un mercato del lavoro più equo e paritario.

La Parità di Genere nei GOALS dell'Agenda 2030



GOAL 5 RAGGIUNGERE L'UGUAGLIANZA DI GENERE ED EMANCIPARE TUTTE LE DONNE E LE RAGAZZE

La Parità di Genere rientra anche nei GOALS dell'Agenda 2030 sottoscritta dai Paesi membri dell'UE. L'agenda è costituita da 17 Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile. Le misure statistiche diffuse dall'Istat per il Goal 5 sono diciassette, riferite a cinque indicatori

UN-IAEG-SDGs (Tabella 5.1).

Si riporta un approfondimento degli indicatori relativi all'offerta di servizi specializzati a supporto e protezione delle donne vittime di violenza e il rapporto tra il tasso di occupazione delle donne con figli in età prescolare e quello delle donne senza figli. D'altro canto, si registra un aumento delle segnalazioni al numero di pubblica utilità contro la violenza e lo stalking (il 1522).

Nel corso del 2024, sono state oltre 16 mila le segnalazioni al 1522 di donne vittime di violenza, con un aumento dell'11,5% rispetto al 2023. Dopo il picco registrato nel 2020-2021, durante la crisi pandemica, e il successivo calo nel 2022, dal 2023 il tasso ogni 100.000 donne è tornato a salire (47,9 nel 2023 e 53,6 nel 2024). Le regioni con un tasso superiore a quello nazionale sono Lazio (68,2%), Veneto e Lombardia (56,6% per entrambe; Figura 5.2).

Nel periodo 2023-2024 sono notevolmente aumentate le richieste di aiuto sia da parte degli operatori specializzati (+177,1% per vittime di violenza e +93,8% per vittime di stalking) sia da parte di persone vicine alla vittima (+108% per vittime di violenza e +88,4% per vittime di stalking).

Tabella 5.1 - Elenco delle misure statistiche diffuse dall'Istat, tassonomia rispetto agli indicatori SDGs, variazioni rispetto all'anno precedente e a 10 anni prima e convergenza tra regioni

Rif. SDG	INDICATORE	Rispetto all'indicatore SDG	Valore	VARIAZIONI		CONVERGENZA TRA REGIONI rispetto a 10 anni prima
				Rispetto all'anno precedente	Rispetto a 10 anni prima	
5.2.1	Proporzione di donne e ragazze (di almeno 15 anni di età) che hanno avuto almeno un partner nella vita e sono state vittime negli ultimi 12 mesi di violenza fisica, sessuale o psicologica da parte di un partner attuale o precedente, per forma di violenza e per gruppo di età.					
	Proporzione di donne dai 16 ai 70 anni che hanno subito violenza fisica o sessuale da un partner o da un ex partner negli ultimi 12 mesi (Istat, 2014, valori percentuali)	Identico	2,0	—	(a)	—
	Violenza nella coppia (Istat, 2014, valori percentuali)	Proxy	4,9	—	(a)	↔
	Proporzione di donne dai 16 ai 70 anni che hanno subito violenza psicologica da partner attuale negli ultimi 12 mesi (Istat, 2014, valori percentuali)	Proxy	9,2	—	(a)	—
	Donne vittime di violenze segnalate al numero di pubblica utilità contro la violenza e lo stalking 1522 (Istat, 2024, per 100.000 donne)	Di contesto nazionale	53,6	■	(b)	⇒⇐
	Omicidi di donne commessi da partner, ex partner o altro parente (per 100 donne uccise) (Istat, 2023, valori percentuali)	Di contesto nazionale	80,3	—	—	—
	Centri anti violenza e case rifugio: tasso per 100.000 donne di 14 anni e più (Istat, 2023, per 100.000)	Di contesto nazionale	2,7	■	■	⇒⇐
5.2.2	Proporzione di donne e ragazze (di almeno 15 anni di età) che hanno subito negli ultimi 12 mesi violenza sessuale da parte di persone diverse dal partner, per gruppo di età e luogo dove si è perpetrata la violenza.					
	Proporzione di donne dai 16 ai 70 anni che hanno subito violenza sessuale da un uomo non partner negli ultimi 12 mesi (Istat, 2014, valori percentuali)	Identico	1,8	—	(a)	—
	Proporzione di donne dai 16 ai 70 anni che hanno subito violenza fisica o sessuale da un uomo non partner negli ultimi 5 anni (Istat, 2014, valori percentuali)	Proxy	7,7	—	(a)	↔
5.4.1	Percentuale di tempo dedicato al lavoro domestico e di cura non retribuito, per sesso, età e luogo.					
	Rapporto tra i tassi di occupazione delle donne di 25-49 anni con almeno un figlio in età prescolare e delle donne senza figli (Istat, 2024, valori percentuali)	Di contesto nazionale	75,4	■	(c)	⇒⇐
	Quota di tempo dedicato al lavoro non retribuito, domestico e di cura (Istat, 2014, valori percentuali)	Identico	13,5	■	—	—
	Asimmetria nel lavoro familiare (Istat, 2022/2023, valori percentuali)	Di contesto nazionale	61,6	■	■	—
5.5.1	Proporzione di posti occupati da donne in Parlamento e nei governi locali.					
	Donne e rappresentanza politica in Parlamento (Istat, 2022, valori percentuali)	Proxy	33,7	■	(d)	=
	Donne e rappresentanza politica a livello locale (Istat, 2024, valori percentuali)	Proxy	26,4	■	(d)	⇒⇐
5.5.2	Proporzione di donne in posizioni direttive					
	Donne negli organi decisionali (Istat, 2024, valori percentuali)	Proxy	19,0	■	(b)	—
	Donne nei consigli di amministrazione delle società quotate in borsa (Consob, 2024, valori percentuali)	Proxy	43,2	■	■	—
5.6.1	Proporzione di donne (di età tra 15 e 49 anni) che prendono decisioni informate su relazioni sessuali, uso degli anticoncezionali e assistenza alla salute riproduttiva.					
	Tasso di abortività volontaria delle donne di 15-49 anni (Istat, 2023, per 1.000)	Di contesto nazionale	5,5	■	■	⇒⇐
5.b.1	Proporzione di individui che posseggono un telefono cellulare, per sesso.					
	Persone di 16-74 anni che hanno usato Internet negli ultimi 3 mesi almeno una volta a settimana (incluso tutti i giorni) (Istat, 2024, valori percentuali)	Di contesto nazionale	88,0	■	■	⇒⇐



GOAL 3 ASSICURARE LA SALUTE E IL BENESSERE PER TUTTI E PER TUTTE ETÀ

Le misure statistiche diffuse dall'Istat per il Goal 3 sono trentasei, riferite a venti indicatori UNIAEG-SDGs (Tabella 3.1). Confrontando i valori dell'ultimo anno disponibile con quelli dell'anno precedente, segnano un progresso la probabilità di morire tra i 30 e i 69 anni per tumore, diabete, malattie cardiovascolari e respiratorie, la mortalità da incidente stradale, i quozienti di fecondità tra le giovanissime e la densità dei professionisti sanitari. I peggioramenti riguardano principalmente la speranza di vita in buona salute, le vaccinazioni antinfluenzali per gli anziani, la disponibilità di posti letto, il consumo di alcol e fumo e l'eccesso di peso. A fronte di una prevalenza di misure stabili o in miglioramento, il consumo di alcol e i posti letto degli istituti cura peggiorano anche nel confronto su base decennale.

Tabella 3.1 - Elenco delle misure statistiche diffuse dall'Istat, tassonomia rispetto agli indicatori SDGs, variazioni rispetto all'anno precedente e a 10 anni prima e convergenza tra regioni

Rif. SDG	INDICATORE	Rispetto all'indicatore SDG	Valore	VARIAZIONI		CONVERGENZA TRA REGIONI rispetto a 10 anni prima
				Rispetto all'anno precedente	Rispetto a 10 anni prima	
3.1.1	Tasso di mortalità materna					
	Morti materne al parto (Istituto Superiore di Sanità, 2021, per 100.000 nati vivi)	Identico	7,50	■	■	---
3.1.2	Percentuale di parti assistiti da personale sanitario qualificato					
	Parti in un punto nascita pubblico, accreditato o privato (Ministero della Salute, 2023, valori percentuali)	Identico	99,85	■	■	⇒⇐
3.2.1	Tasso di mortalità sotto i 5 anni					
	Probabilità di morte sotto i 5 anni (Istat, 2024, per 1.000 nati vivi)	Identico	3,12	■	■	⇒⇐
3.2.2	Tasso di mortalità neonatale					
	Tasso di mortalità neonatale (Istat, 2022, per 1.000 nati vivi)	Identico	1,76	■	■	⇒⇐
3.3.1	Numero di nuove infezioni da HIV per 1.000 persone non infette, per sesso, età e gruppi di popolazione					
	Incidenza delle infezioni da HIV per 100.000 residenti (per regione di residenza) (Istituto Superiore di Sanità, 2023, per 100.000 abitanti)	Identico	4,0	■	■	⇒⇐
3.3.2	Incidenza della tubercolosi per 100.000 abitanti					
	Incidenza tubercolosi (Ministero della Salute, 2020, per 100.000 abitanti)	Identico	3,8	■	■	---
3.3.4	Incidenza della epatite B per 100.000 abitanti					
	Incidenza di epatite B (Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie - ECDC; Ministero della Salute, 2020, per 100.000 abitanti)	Identico	0,3	■	■ (a)	---

3.4.1	Tasso di mortalità attribuita a malattie cardiovascolari, cancro, diabete o malattie respiratorie croniche				
Probabilità di morire tra i 30 e i 69 anni per tumori, diabete, malattie cardiovascolari e respiratorie (Istat, 2022, valori percentuali)	Identico	8,19			⇔
Speranza di vita in buona salute alla nascita (Istat, 2024, numero medio di anni)	Di contesto nazionale	58,1			=
3.a.1	Consumo di tabacco relativo alle persone di 15 anni e più, standardizzato per età				
Fumo (tassi standardizzati) (Istat, 2024, tassi standardizzati per 100 persone)	Identico	20,5			⇔
3.b.1	Percentuale della popolazione coperta da tutti i vaccini inclusi nel programma nazionale				
Copertura vaccinale antinfluenzale età 65+ (Ministero della Salute, 2023/2024, per 100 abitanti)	Identico	53,3			=
Copertura vaccinale in età pediatrica: polio (Ministero della Salute, 2023, per 100 abitanti)	Identico	94,8			⇔
Copertura vaccinale in età pediatrica: morbillo (Ministero della Salute, 2023, per 100 abitanti)	Identico	94,6			⇒⇐
Copertura vaccinale in età pediatrica: tetano (Ministero della Salute, 2023, per 100 abitanti)	Identico	94,8			⇔
3.b.2	Assistenza totale netta ufficiale allo sviluppo per la ricerca medica e settori della sanità di base essenziali (istruzione, sanità e protezione sociale)				
Aiuto Pubblico allo Sviluppo in ricerca medica e salute di base (Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale, 2024, milioni di euro)	Identico	39,07			--
3.c.1	Densità e distribuzione dei professionisti sanitari				
Medici (IQVIA Italia, 2022, per 1.000 abitanti)	Identico	4,2			=
Infermieri e ostetriche (Co.Ge.A.P.S. - Consorzio Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie, 2022, per 1.000 abitanti)	Identico	6,8			(b) ⇒⇐
Dentisti (Co.Ge.A.P.S. - Consorzio Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie, 2022, per 1.000 abitanti)	Identico	0,9			(b) ⇒⇐
Farmacisti (Co.Ge.A.P.S. - Consorzio Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie, 2022, per 1.000 abitanti)	Identico	1,4			(b) ⇔
Legenda			Note		
	MIGLIORAMENTO	⇒⇐	CONVERGENZA	(a) Variazione calcolata sul 2011 (b) Variazione calcolata sul 2013 (c) Variazione calcolata sul 2014	
	STABILITÀ	=	STABILITÀ		
	PEGGIORAMENTO	⇔	DIVERGENZA		
--	NON DISPONIBILE / NON SIGNIFICATIVO				
3.5.3	Tasso di mortalità attribuita ad avvelenamento accidentale				
Tasso standardizzato di mortalità per avvelenamento accidentale (Istat, 2022 per 100.000 abitanti)	Identico	0,45			⇒⇐

PARTE SECONDA

L'Azienda USL di Modena nasce nel 1994 dalla fusione di sei Unità Sanitarie Locali, è un'Azienda Sanitaria pubblica, parte integrante del Sistema Sanitario della Regione Emilia-Romagna.

Proteggere, promuovere e migliorare la salute dei cittadini del territorio sono le finalità dell'Azienda USL di Modena che regola l'organizzazione, il funzionamento e la gestione della propria attività sulla base di criteri di efficacia, efficienza ed economicità, che sono contenuti nell'Atto aziendale. Essa esprime la propria "missione" garantendo il soddisfacimento dei bisogni di tutela della salute e dei bisogni socio-sanitari delle persone presenti nel territorio. A tale scopo, l'Azienda USL di Modena organizza le proprie strutture e le attività assicurando l'universalità ed equità di accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari, la globalità di copertura in base alle necessità di ciascuno, secondo quanto previsto dai livelli essenziali di assistenza (LEA) e l'economicità delle scelte, nel rispetto delle risorse disponibili. Si avvale di un sistema complesso di risorse, persone e tecnologie e basa le proprie scelte sui bisogni e sulla domanda di benessere della popolazione, affinché l'offerta di prestazioni e servizi sia coerente con le effettive esigenze dei cittadini modenesi. La visione strategica della Azienda USL è rivolta a consolidare un sistema organizzativo capace di garantire appropriatezza, tempestività, efficacia, qualità dei servizi offerti ai cittadini rispetto ai loro bisogni di salute, orientato al miglioramento continuo della qualità dell'offerta e rivolto alla ricerca della soddisfazione dei cittadini, in un contesto di ottimizzazione della gestione delle risorse disponibili. L'Azienda promuove le attività di prevenzione, cura e riabilitazione in stretta connessione con i soggetti pubblici e privati presenti nel contesto del proprio territorio, in una logica di fiducia e di cooperazione e attraverso un percorso di ascolto e di trasparenza con la società civile per concretizzare la qualità, efficacia, appropriatezza ed efficienza delle prestazioni. L'Azienda promuove la formazione e la crescita professionale per mantenere elevati livelli qualitativi dei servizi offerti. Per perseguire questa strategia, l'azione dell'Azienda è volta alla ricerca e alla realizzazione di sinergie con le altre Aziende Sanitarie della Regione, in particolare con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena nonché con le Aziende associate nell'Area Vasta Emilia-Nord (AVEN). Infine, esprime le valutazioni sui risultati ottenuti in termini di servizi per la tutela della salute. In un'ottica di massima trasparenza e costruttiva collaborazione con l'intera collettività, centrale è il contributo di altri soggetti, pubblici e privati, che operano sul territorio; tra loro spiccano le diverse associazioni, il mondo del volontariato, la scuola, il sistema dell'informazione.

L'Azienda USL di Modena è organizzata in 7 Distretti socio-sanitari che fanno riferimento ad ambiti territoriali definiti, 4 Ospedali a gestione diretta (riuniti in un presidio unico), organizzati in una rete che include funzionalmente anche l'Ospedale di Sassuolo, Società a gestione pubblica, il Policlinico di Modena e l'Ospedale Civile di Baggiovara (questi ultimi due sotto la responsabilità dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Modena).

Il territorio della provincia modenese, su cui svolge le proprie attività istituzionali, è suddiviso in 47 comuni e presenta notevole eterogeneità, con aree urbane densamente popolate, zone rurali e un'ampia area montana. Questa diversità geografica si accompagna a una complessità socio-demografica, caratterizzata da un progressivo invecchiamento della popolazione, una significativa presenza di cittadini stranieri con differenti background culturali e bisogni specifici, e la persistenza di sacche di vulnerabilità sociale ed economica.

Nel 2024 la popolazione residente in provincia di Modena era composta da Pop provinciale 711.214 di cui F 50,6%.

L'offerta di servizi sanitari è composta da:

- AUSL con 270 Posti Letto a cui si aggiungono i 65 posti letto territoriali (45 negli Ospedali di Comunità e 15 presso gli Hospice).
- CRA accreditate: 52
- Posti letto in CRA autorizzati: 3443, di cui contrattualizzati: 2419
- Strutture residenziali per anziani soggette ad autorizzazione: 41 per un totale di posti letto: 597

La rete territoriale sanitaria e sociosanitaria è composta da

- 20 Case della Comunità
 - 7 COT attive
 - 1 Centrale di Telemedicina
 - 5 CAU – Centro di Assistenza e Urgenza
 - PUA in integrazione con i servizi sociali
 - 36 Nuclei Cure Primarie
 - 31 sedi di consultori familiari
 - 21 Punti di continuità assistenziale
 - 2 OsCo
 - 1 Hospice
 - 5 ospedali privati accreditati
 - 11 Strutture accreditate per persone con disabilità (centri socio riabilitativi residenziali) per un totale di 226 posti autorizzati di cui 224 contrattualizzati
 - 12 Strutture per persone con disabilità non soggette ad accreditamento per un totale di 76 posti
 - 198 farmacie pubbliche e private
 - 27 strutture ambulatoriali private accreditate
 - Sono 5234 i professionisti che lavorano all'interno dell'Ausl di Modena:
 - 745 medici e veterinari
 - 450 medici di medicina generale
 - 92 pediatri di libera scelta
- Collocazione del BG nella Programmazione e rendicontazione aziendale

È stata prevista dal Piano Triennale Azioni Positive – PTAP l'adozione del Bilancio di Genere – BG, con integrazione successiva nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione - PIAO e aggancio al Piano della Performance – PdP. Si ritiene particolarmente vantaggiosa la fase di analisi dell'organizzazione aziendale (tramite metodologia di Diagnosi Sistemi Aziendali - DSA) prevista nel PTAP, secondariamente, ma non in ordine di importanza, il BG è uno strumento adatto a individuare indicatori di performance socio sanitaria in termini di equità e appropriatezza, secondo gli orientamenti di medicina di genere.

Presupposti di Gender Equity Management applicati

Fattori ostacolanti le pari opportunità - socializzazione ai vari livelli aziendali di concetti GEM Gender Equity Management.

l'AUSL di Modena è attivo un percorso informativo e formativo al gruppo di redazione del BG rispetto ai fattori ostacolanti le pari opportunità volto a socializzare, condividere e responsabilizzare dipendenti e livelli manageriali aziendali. Tale percorso è strutturato nelle azioni positive del CUG che prevede un calendario di eventi specifici sui temi. Gli eventi ed altre azioni positive specifiche sulla promozione delle PPOO, sono inoltre agganciate alla performance e inserite nel ciclo di budgeting come obiettivi delle macrostrutture dipartimentali di produzione, di staff e dei servizi della tecnostruttura. In tal modo si è voluto agire sui vari livelli direzionali nei momenti di programmazione, responsabilizzandoli sui risultati attesi. Percorsi formativi sono dedicati alla Salute e Medicina di Genere con laboratori specifici applicati alle Addiction. Si riportano in seguito, alcuni tra i concetti chiave della cultura Gender Equity Management utilizzati quali presupposti anche per le indagini utili al Bilancio di Genere, come riportati nella parte I.

Metodologia e richiamo al bilancio precedente

La motivazione che sottende al Bilancio di Genere deriva dall'orientamento strategico del mainstreaming di genere: esso prevede che nell'attività di realizzazione delle politiche (elaborazione, attuazione, correlate decisioni di spesa, valutazione e monitoraggio) vi sia sempre l'integrazione della prospettiva di genere.

Il Bilancio di Genere viene elaborato comprendendo il contesto in cui si opera ed i temi su cui si intendono effettuare interventi finalizzati a ridurre le disuguaglianze di genere.

Questo strumento arriva ad offrire una chiara rappresentazione della distribuzione delle donne nei vari settori della gestione pubblica, arrivando così ad individuare punti di forza e ambiti ove è invece necessario intervenire; il gender budgeting deve essere considerato come parte integrante delle politiche di bilancio. Se gli indicatori di valutazione vengono individuati in maniera corretta, il Bilancio di Genere arriva a misurare, valutare e monitorare gli effetti e gli impatti delle scelte che sono state intraprese dall'amministrazione a favore dell'uguaglianza di genere ed eventualmente fornisce spunto per apportare correttivi e per elaborare nuovi interventi.

Il Bilancio di Genere procede alla lettura di quelle che sono le disuguaglianze ed allo stesso tempo le politiche che possono impattare sulle disuguaglianze stesse: nell'analisi delle policies va posto sempre l'interrogativo sulla politica che è in corso di analisi o realizzazione, per verificare se sia o meno coerente con gli obiettivi volti alla riduzione del divario di genere.

Possiamo quindi ritenere che le ragioni che implicano la base del Bilancio di Genere partano dalla ferma consapevolezza della pervicace presenza di disuguaglianze di genere; una lettura delle risorse dal punto di vista del genere possiede, dunque, una propria ragione afferente alla giustizia sociale ed all'equità. Leggere la portata delle politiche pubbliche attuate o attuande e delle voci di bilancio attraverso la prospettiva di genere conduce seco un duplice ordine di vantaggi che derivano dalla suddetta analisi.

Effetti su equità, efficienza, economicità ed appropriatezza.

È dimostrato il vantaggio rispetto ad una maggiore equità di genere in termini di maggiore efficienza delle politiche per le pari opportunità. Tale vantaggio trova evidenze anche nell'economicità complessiva e nei livelli di produzione aziendale. È inoltre un presupposto favorevole e adatto ad indagare la ricaduta esterna dei servizi socio sanitari e delle politiche di appropriatezza delle cure e dei servizi erogati anche in termini di genere. Ponendosi infatti il Gender Auditing quale strumento di verifica del livello di equità di genere raggiunto, diviene di per sé stesso congegno che monitora l'equità e ne promuove il miglioramento. Il monitoraggio ed il raggiungimento di una maggiore equità di genere è stato l'iniziale scopo del Bilancio di Genere in ambito pubblico, forse lo scopo più evidente in principio; in seguito, però si è aggiunta e affermata anche altra motivazione a procedere con il Bilancio di Genere, che ha mostrato un significativo interesse dei Governi. Lo strumento in esame può aumentare l'efficienza delle politiche pubbliche. Invero, trascurare nell'impatto delle politiche di genere le differenze di genere può condurre a risultati non desiderati delle politiche stesse. Una politica che non passi attraverso il cristallo critico dell'ottica di genere non risulterà molto probabilmente equanime in punto al genere nell'ambito della sua applicazione.

Una carenza metodologica conduce potenzialmente a compromettere non solo l'efficacia dello strumento del Bilancio di Genere, ma anche la trasparenza dell'azione degli organi amministrativi e di governo nei confronti della cittadinanza a cui il contenuto del Bilancio di Genere viene presentato.

È necessaria quindi l'individuazione di strumenti di analisi metodologica finalizzati all'emersione di situazioni e fenomeni non misurabili, che non emergono facilmente attraverso dati statistici. Serve quindi scegliere metodologie osservative adeguate (interviste a testimoni privilegiati) Chiara quindi appare la necessità urgente di implementare in un'ottica di genere in modo strutturale strumenti di misurazione e valutazione in tutte le fasi dei processi decisionali: dalla programmazione alle attività di monitoraggio e valutazione in itinere, fino alla rendicontazione di progetto e all'analisi degli impatti generati. Se davvero si vuole utilizzare il Bilancio di Genere a supporto del cambiamento ci vogliono risorse, tempo e disponibilità: non è uno strumento compilativo che si scrive in automatico a zero risorse.

Scelta tipologia BG: Consuntivo-Gender Auditing

Analizzando il bilancio a consuntivo si opera un processo di gender auditing nel quale, a ciclo amministrativo concluso, si valutano i risultati dell'attività condotta. La scelta di cominciare dall'analisi del bilancio consuntivo consente di disporre di dati definitivi sulla base dei quali valutare l'attività che è stata condotta e riorientare i bilanci futuri. Affrontare il bilancio a preventivo significa invece contemplare la possibilità di operare delle variazioni di bilancio, e di modificare le decisioni, di condurre cioè un processo di gender budgeting. Disporre in questa fase di un precedente documento redatto sul bilancio a consuntivo, consente di disporre di elementi conoscitivi indispensabili per poter in qualche modo variare le decisioni. Il gender budgeting si presta dunque ad una lettura meno tecnica del gender auditing, ma più politica, poiché si passa da una forma di rendicontazione sociale ad una forma di valutazione dai connotati più soggettivi.

L'attivazione di un processo di gender auditing all'interno di una azienda sanitaria presuppone l'analisi del conto consuntivo dell'ultimo anno in un'ottica di genere per fornire elementi conoscitivi del proprio bilancio, dell'organizzazione interna e della gestione del personale, riclassificare il bilancio e, infine, fornire

l'indicazione di aree di miglioramento e di proposte per il processo di gender auditing sia a livello di Ausl che per i livelli di pianificazione superiori. Si ricorda che l'Ausl è in molte realtà locali una delle maggiori aziende del territorio e, pertanto, occorre analizzare il bilancio del settore sanitario secondo la sua duplice dimensione di impatto sulla cittadinanza:

servizi esterni, come erogatore di servizi sanitari e il suo impatto sulla salute;

servizi interni come azienda (datore di lavoro) che crea valore aggiunto nel rispetto delle pari opportunità e delle differenze di genere.

Attraverso l'uso dei KPI - Key Performance Indicators (indicatori chiave di performance) verranno messi a confronto i dati oggetto di indagine quali/quantitative (dati statistici, interviste, focus Group). I KPI presi a riferimento sono riconducibili alle quattro macrocategorie GEI (Gender Equality index): Career, Culture, Reward, Organization, tuttavia per maggiore chiarezza e anche in previsione della possibilità di ottenere una certificazione, nel percorso di sviluppo del BG è risultato maggiormente indicativo ricondurre i KPI della Dimensione Interna alle seguenti categorie e indicatori di riferimento per confronto dati, estrarre le informazioni corrette e attivare il monitoraggio:

- Struttura e distribuzione del personale: Area "servizi alla persona/sanità"- femminilizzazione della professione
- Gender Pay Gap: discriminazioni – meritocrazia - stereotipi
- Conciliazione: squilibrio casa/lavoro remunerato/tempo libero
- Segregazione orizzontale e verticale: glass Ceiling – career gap
- Benessere lavorativo/organizzativo: stress lavoro correlato – patologie organizzative
- Rappresentatività Organismi collegiali: Omofilia – Equità - discriminazione verticale
- Cultura Ricerca & Sviluppo: career&Pay gap

Orienta le indagini il concetto di "Equity", per favorire il perseguimento delle pari opportunità, ma anche il concetto di "appropriateness of care" che, attraverso l'analisi di procedure, servizi o, ancora meglio, dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali – PDTA applicati in un'ottica di genere, dimostra il livello di diffusione della Medicina di genere e, concetto ben più ampio perché ricomprende anche le variabili socioeconomiche e ambientali, la Salute di genere.

I servizi coinvolti operativamente e inseriti nel gruppo esecutivo sono il Servizio Personale, Servizio Bilancio, servizio Controllo di Gestione.

L'avvio della rilevazione dati Bilancio di Genere 2025 (competenza 2024) ai sensi della delibera 394 del 28 ottobre 2022 come modificata dalla delibera 229 del 30 gennaio 2025 ha riguardato:

Rilevazione dimensione interna: si mantiene la struttura dei KPI – Key Product Indicator già in uso e aggiornamento delle formule statistiche, con una estensione al personale convenzionato. Saranno richiesti perfezionamenti per il personale dipendente area giuridica per meglio individuare aree di miglioramento legato al benessere del personale e riguardo al Servizio Formazione.

Rilevazione dimensione esterna: si conferma l'analisi a tutta l'azienda dei dati suddivisi per genere, con approfondimenti riguardo alcuni settori di seguito elencati:

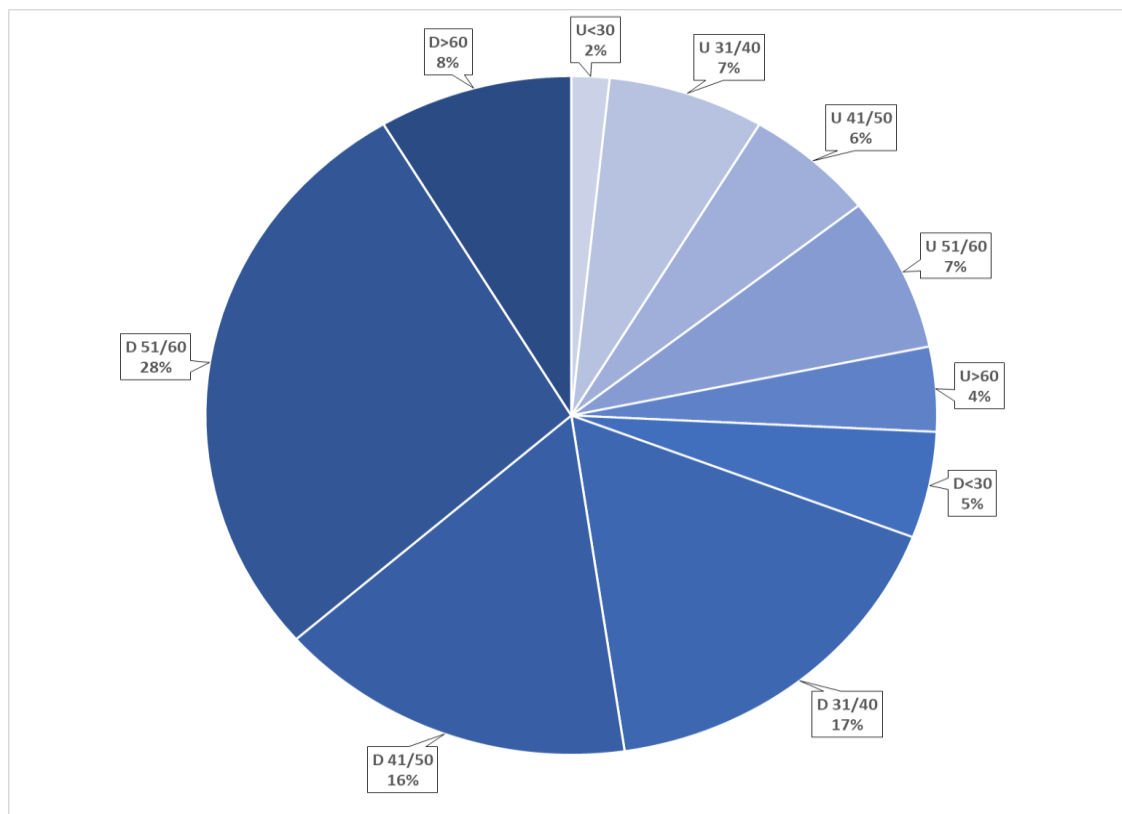
- Epidemiologia
- Dipartimenti Clinici: si procede alla rilevazione del n. ricoveri DH DS e prestazioni specialistiche - Flusso SDO e ASA
- DSM: CSM DP NPIA rilevazione n. accessi e n. presa in carico per patologie e prestazioni
- DASS: rilevazione n. presenze SSA e Disabili - CRA e CD per Livelli non auto
- DSP: rilevazione delle attività nei 3 servizi SPSAL MS IP
- DACP:
 - Programmi Screening: n. accessi e n. presa in carico per tipologia
 - Salute Donna: n. accessi e n. presa in carico per patologie
 - Centri endocrinologia indirizzati alle donne
 - Violenza: rilevazione Segnaler – applicazione istituti contrattuali per donne vittima della violenza - aggressioni dall'esterno - PS e CAU – rilevazione maltrattamento degli animali correlabili alla violenza di genere
 - Carceri: analisi distribuzione per genere età e nazionalità

I dati quantitativi sono integrati da analisi qualitative sulla base degli Audit effettuati, elaborate e validate dal gruppo BG. Dove non specificato le fonti si riferiscono a banche dati interne e/o flussi informativi centralizzati (prevalentemente regionali) alimentati dall'azienda

PARTE TERZA Analisi della Dimensione Interna

Categoria: struttura e distribuzione del personale

RIPARTIZIONE DEL PERSONALE PER GENERE ED ETÀ' NEI LIVELLI DI INQUADRAMENTO



ANNO	DIPENDENTI			%D
	DONNE	UOMINI	TOTALE	
2014	4230	1559	5789	73,06961
2015	4141	1523	5664	73,11088
2016	4138	1519	5657	73,14831
2017	4154	1496	5650	73,52212
2018	4166	1464	5630	73,99645
2019	3496	1197	4693	74,49393
2020	3891	1364	5255	74,04377
2021	4072	1437	5509	73,91541

Tot TD+DI **5234** Distribuzione per genere: **U 25,77%; D 74,22%**.

Anni precedenti '23 U 25,93% D 74,06% '22 U 26,01% D 73,99%; '21 D73,91%; '20 D74,04% '19D74,49; '18D73,99; '17D 73,56; '16D73,14; '15D73,11.

Si rileva un lieve incremento complessivo (+14) compreso il tasso di **femminilizzazione totale +0,16** rispetto al precedente anno, con oscillazioni stabili nel decennio

Distribuzione maggiore per fascia di età **D 51-60 (pari a D27,87% U7,35%)** e secondariamente **D 31-40 (pari a D16,83% VsU 6,91%)**.

Anno precedente 51/60 (pari a D28,2% U7,6%) 31/40 (pari a D15,8% U6,8%).

Si evidenzia un abbassamento età media sia in età giovanile (under 40) che anziana (over 40).

Riepilogo struttura distribuzione del personale indicando la distribuzione femminile nelle categorie maggiormente rappresentate:

Tot Comparto 4254 Dirigenza 980

Tot D Dir 65,92% Tot D Comparto 76,14%; D Tecnico/T ruolo tecnico 63,3%; DAmM/T ruolo AmM 78,2%; D Inf/T ruolo Inf 79,5%; D Med Prof./ T ruolo Med prof. 66,7%

Anno precedente: Tot D Dir 64,78% Tot D Comparto 76,09%; D Tecnico 79,9%; DAmM79,9%; D Inf 79,5%;

Tot SOS 100 di cui D 61 (61%)U 39; Tot SOC 80 di cui D 31 (38,75%) U49

Anni precedenti '23 Tot SOS 111 di cui D 71 (64%)U 40; Tot SOC 79 di cui D 28 (35%) U51

Variazione dal '23 DSOS -3%; DSOC +3,75% con un leggero riequilibrio nelle SOC

ANZIANITÀ NEI PROFILI E LIVELLI NON DIRIGENZIALI, RIPARTITE PER ETÀ E PER GENERE

La maggior parte del personale del comparto ha un'anzianità di servizio > 10 anni.

La Concentrazione maggiore di anzianità di servizio è nelle seguenti fasce di età:

>10 anni 54,96%; <3 anni 20,03% di cui le età maggiormente rappresentate sono: <30-31/40 <3 anni D386 U 168 (D/U69,67); e 51/60 >10 anni D1083 - U 258 (D/U80%)

Dati anno precedente : <3anni 32% - >10 anni 53% di cui, nelle fasce maggiormente rappresentate:

31/40 <3anni - D357; U 177 (D/U = 67%)

51/60 >10 anni - D1083; U259 (D/U = 81%)

Dati aa precedenti

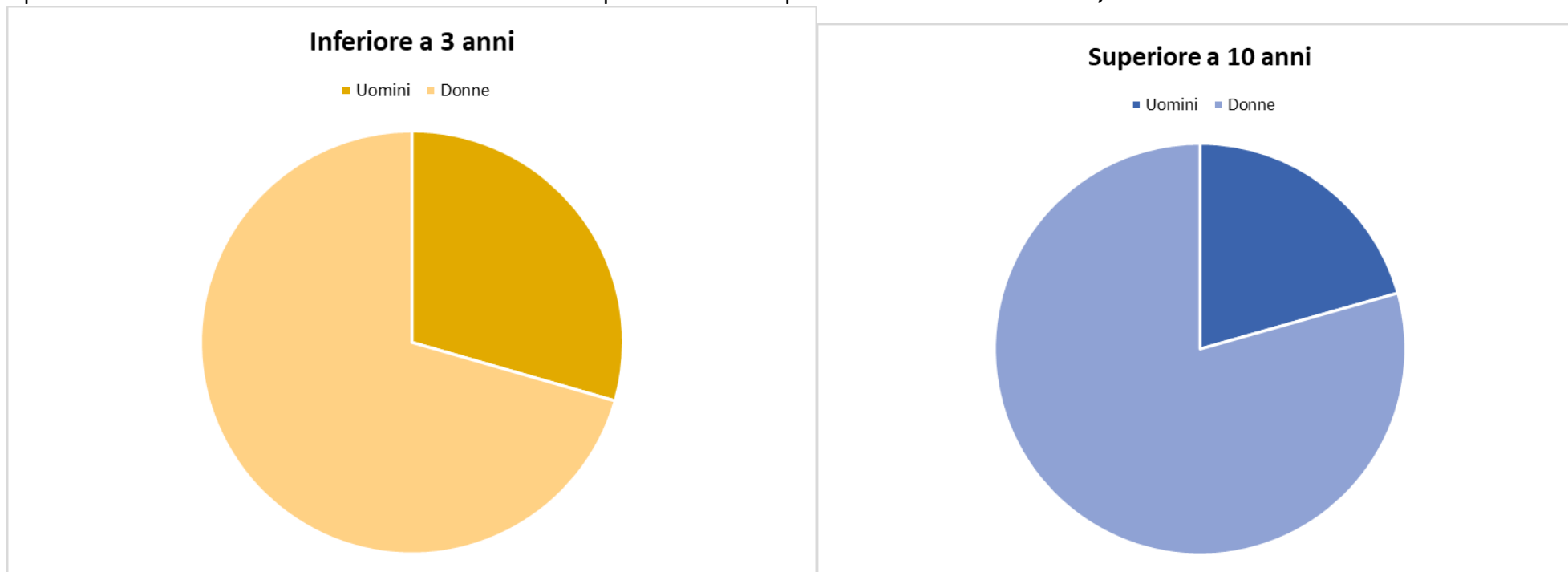
31/40 <3anni – D54; U 16 (D/U = 77%)

51/60 >10 anni - D1119; U265 (D/U = 81%)

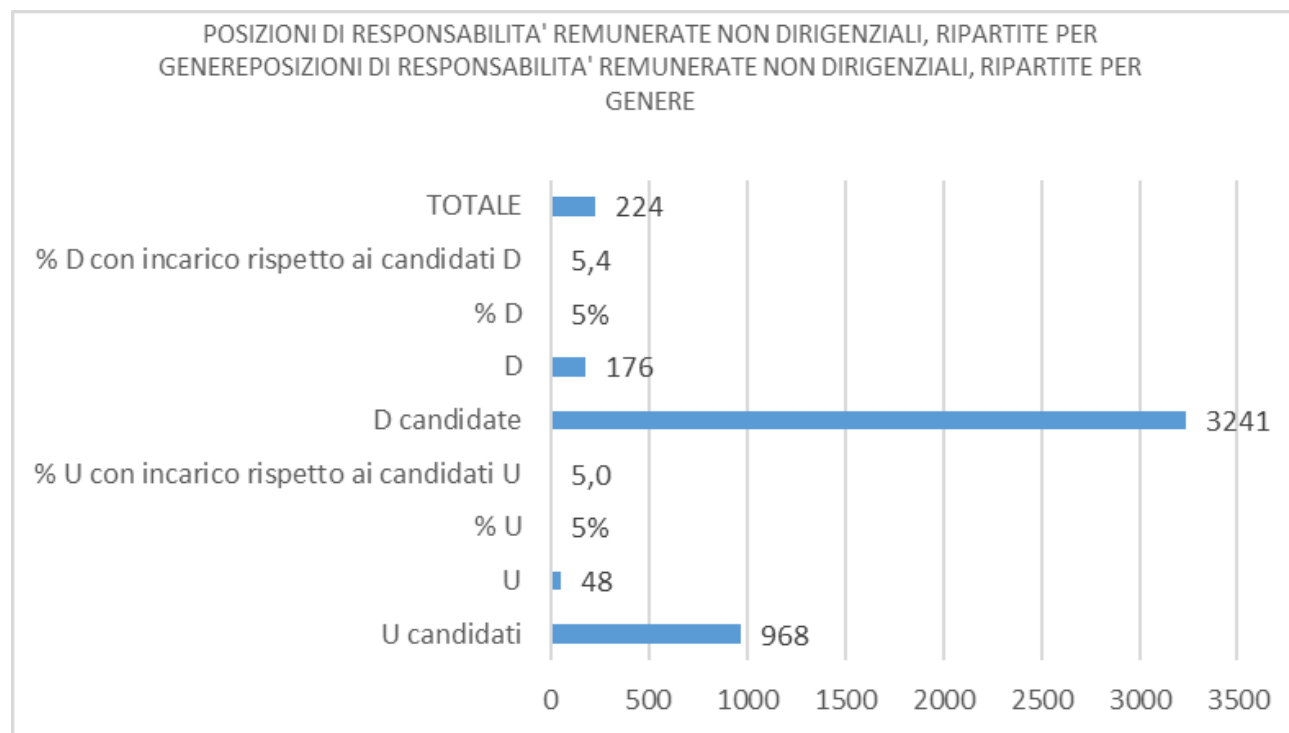
Si inverte l'incremento all'ingresso che da maggiormente maschile (nel periodo COVID) diventa maggiormente femminile (andamento standard sovrapponibile al dato nazionale).

Si conferma un'alta femminilizzazione tra i 51-60 anni con anzianità di servizio >10 anni.

Si può desumere inoltre che la fascia di età fertile nel comparto è stabile rispetto lo scorso anno: **D<40 39,91% sul totale donne.**



POSIZIONI DI RESPONSABILITÀ REMUNERATE NON DIRIGENZIALI, RIPARTITE PER GENERE



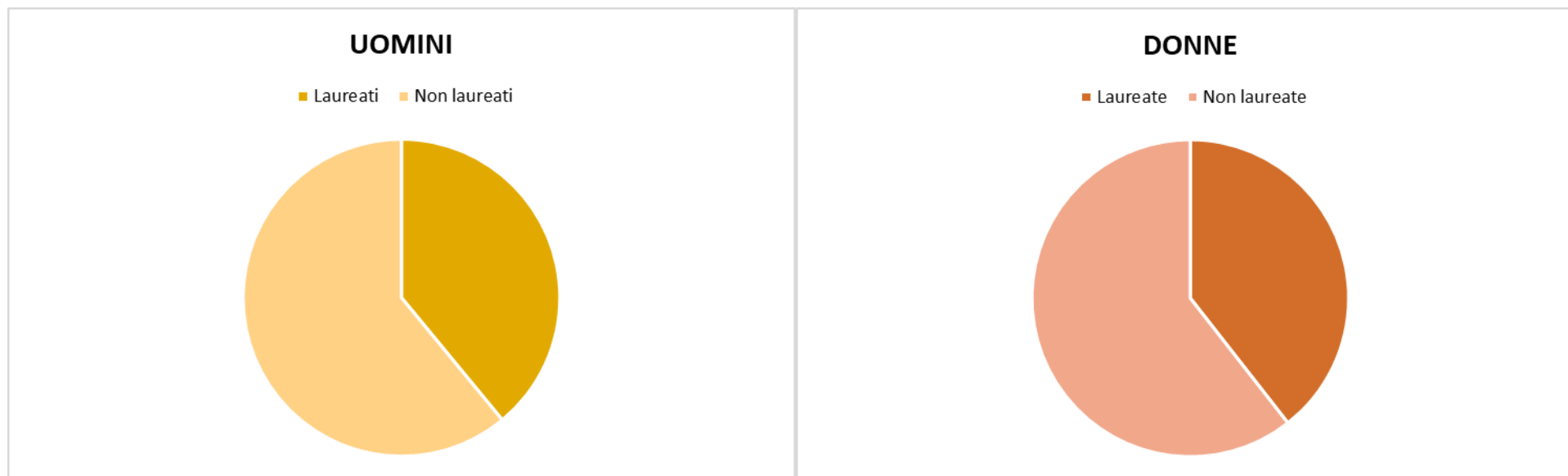
La Tabella mostra il n. incarichi rapportati ai "passivi", qui intese le FPS (Ex Bs-C-D-Ds) che potrebbero accedere all'incarico di Funzione: **D 5,4% - U 5,0% = DvsU+0,4%**

A '23 D 5,7% - U 4,9% = DvsU+0,8%

A '22 D 6,9% - U 6,7% = DvsU+0,2

Si evidenzia una sostanziale parità con un leggero decremento delle D (+0,4%) rispetto all'anno precedente. In alcune macrostrutture (es.DSP) il dato è stato a favore degli U con l'evidenza del fenomeno "omofilia" secondo cui avviene più facilmente la collocazione di personale maschile nei ruoli tecnici, a maggioranza maschile. Si noti la variazione di contratto per cui accedono all'incarico di funzione anche le categorie B Bs con estinzione dei coordinamenti, mentre le ricadute del nuovo sistema degli incarichi saranno oggetto di analisi tra 1 anno con il BG sul '25.

PERSONALE DIRIGENZIALE E COMPARTO SUDDIVISO PER LIVELLO E TITOLO DI STUDIO



La tabella riguarda il fenomeno della “sovra formazione” del personale laureato nel comparto suddiviso x genere, età e professione.

Si evidenzia n. **Donne laureate > di Uomini laureati nel comparto: DL 1277-UL396 - DNL1962-UNL619. DL/TD39% UL/UT39%.**

Anni precedenti

A 23 D >U: DL1234-UL382 – DNL2025-UNL642 %DL/DT 38%; %UL/UT 37%;

a '22 D >U: DL1305-UL411 – DNL2132-UNL671

%DL/DT 38%; %UL/UT 38%;

Dato sostanzialmente invariato rispetto gli scorsi anni e conferma l'assenza del fenomeno della sovraformazione. NB Non è richiesta la laurea nelle ex cat. A/B/Bs/C in cui vi sono solo 35 dipendenti pertanto, per avere un dato maggiormente indicativo si dovrebbe avere l'associazione CV aggiornata (comprensiva di titoli di studio) associata al ruolo ricoperto, ora non disponibile.

Categoria: Gender Pay Gap - GPG

DIVARIO ECONOMICO, MEDIA DELLE RETRIBUZIONI OMNICOMPRESIVE PER IL PERSONALE A TEMPO PIENO, SUDDIVISE PER GENERE NEI LIVELLI DI INQUADRAMENTO

CONTRATTO	STATUS GIURIDICO	INCARICO	Media di TOTALE LORDO		Media di NETTO CEDOLINO		DIVARIO ECON.PER LIVELLO LORDO		DIVARIO ECON.PER LIVELLO NETTO		Dev.F/T
			F	M	F	M	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%	
COMPARTO SSN	TD+TI	Incarico funz.org. Area PSF - Elevata	47.626,91	46.782,15	30.929,35	31.962,66	94.409,06	2,71	62.892,01	2,74	1,81%
COMPARTO SSN	TD+TI	Incarico funz.org. Area PSF - Media	40.056,55	40.322,31	27.708,74	28.584,49	80.378,85	2,31	56.293,23	2,45	-0,66%
COMPARTO SSN	TD+TI	Incarico funz.prof. Area PSF - Media	41.569,75	-	27.555,74	-	41.569,75	1,19	27.555,74	1,20	100,00%
COMPARTO SSN	TD+TI	Incarico prof.Spec.San-Soc Area PSF-Media	36.540,66	37.853,44	25.122,58	25.503,90	74.394,10	2,13	50.626,49	2,20	-3,47%
COMPARTO SSN	TD+TI	Incarico di base	31.064,37	31.886,11	23.793,23	24.352,54	62.950,48	1,81	48.145,77	2,10	-2,58%
DIRIGENZA PTA SSN	TD+TI	Dipartimento	-	96.538,81	-	54.790,04	96.538,81	2,77	54.790,04	2,39	-100,00%
DIRIGENZA PTA SSN	TD+TI	Distretto SC PTA	-	102.771,13	-	57.538,58	102.771,13	2,95	57.538,58	2,51	-100,00%
DIRIGENZA PTA SSN	TD+TI	Prof.le alta specializzazione PTA	77.828,00	75.501,71	53.529,51	43.878,55	153.329,71	4,40	97.408,06	4,24	3,08%
DIRIGENZA PTA SSN	TD+TI	Prof.le cons,studio,ricerca,ispet. PTA	50.427,89	67.014,23	39.056,69	42.840,95	117.442,11	3,37	81.897,64	3,57	-24,75%
DIRIGENZA PTA SSN	TD+TI	Struttura complessa PTA	96.546,27	88.610,93	55.914,35	62.131,55	185.157,21	5,31	118.045,90	5,14	8,96%
DIRIGENZA PTA SSN	TD+TI	Struttura semplice PTA	79.300,37	78.704,35	49.795,66	48.017,21	158.004,72	4,53	97.812,87	4,26	0,76%
DIRIGENZA SANITARIA (MED/VET/SAN) SSN	TD+TI	Dipartimento	-	145.528,84	-	81.633,58	145.528,84	4,18	81.633,58	3,56	-100,00%
DIRIGENZA SANITARIA (MED/VET/SAN) SSN	TD+TI	Distretto SC SAN	116.575,99	128.979,77	72.133,64	75.704,40	245.555,76	7,05	147.838,04	6,44	-9,62%
DIRIGENZA SANITARIA (MED/VET/SAN) SSN	TD+TI	Prof.le alta specializzazione SAN	95.799,08	100.613,69	59.878,21	66.485,82	196.412,78	5,64	126.364,03	5,50	-4,79%
DIRIGENZA SANITARIA (MED/VET/SAN) SSN	TD+TI	Prof.le altissima prof. SAN interna SC	105.465,48	83.794,97	60.330,80	56.033,76	189.260,45	5,43	116.364,56	5,07	25,86%
DIRIGENZA SANITARIA (MED/VET/SAN) SSN	TD+TI	Prof.le altissima prof. SAN valenza DIP	104.621,81	104.396,50	69.238,01	62.473,54	209.018,31	6,00	131.711,55	5,74	0,22%
DIRIGENZA SANITARIA (MED/VET/SAN) SSN	TD+TI	Prof.le cons,studio,ricerca,ispet. SAN	84.552,03	89.825,30	54.368,09	58.324,55	174.377,33	5,00	112.692,64	4,91	-5,87%
DIRIGENZA SANITARIA (MED/VET/SAN) SSN	TD+TI	Struttura complessa - Area Chirurgica	-	130.489,18	-	135.318,34	130.489,18	3,74	135.318,34	5,89	-100,00%
DIRIGENZA SANITARIA (MED/VET/SAN) SSN	TD+TI	Struttura complessa - Area Med.,Dir.san	93.705,92	121.722,67	76.665,38	90.923,31	215.428,60	6,18	167.588,69	7,30	-23,02%
DIRIGENZA SANITARIA (MED/VET/SAN) SSN	TD+TI	Struttura complessa - Area territ., VET	129.883,69	130.287,87	75.058,55	86.339,81	260.171,55	7,46	161.398,36	7,03	-0,31%
DIRIGENZA SANITARIA (MED/VET/SAN) SSN	TD+TI	Struttura semplice dipartimentale SAN	105.908,99	107.677,64	67.147,98	71.390,12	213.586,63	6,13	138.538,10	6,03	-1,64%
DIRIGENZA SANITARIA (MED/VET/SAN) SSN	TD+TI	Struttura semplice SAN	100.659,59	104.040,54	61.584,75	68.502,52	204.700,14	5,87	130.087,27	5,67	-3,25%
DIRIGENZA SANITARIA (MED/VET/SAN) SSN	TD+TI	Incarico di base	64.032,43	69.961,55	45.056,88	48.462,25	133.993,97	3,84	93.519,13	4,07	-8,47%
		TOTALE	1.502.165,78	1.983.303,68	974.868,13	1.321.192,49	3.485.469,46	100,00	2.296.060,62	100,00	-24,26%
		% sul personale totale	43,10%	56,90%	42,46%	57,54%					-24,26%

Criteri

Estrazione per criterio di cassa, del pagato dal 01/01/2024 al 31/12/2024, per tutta la 10401.

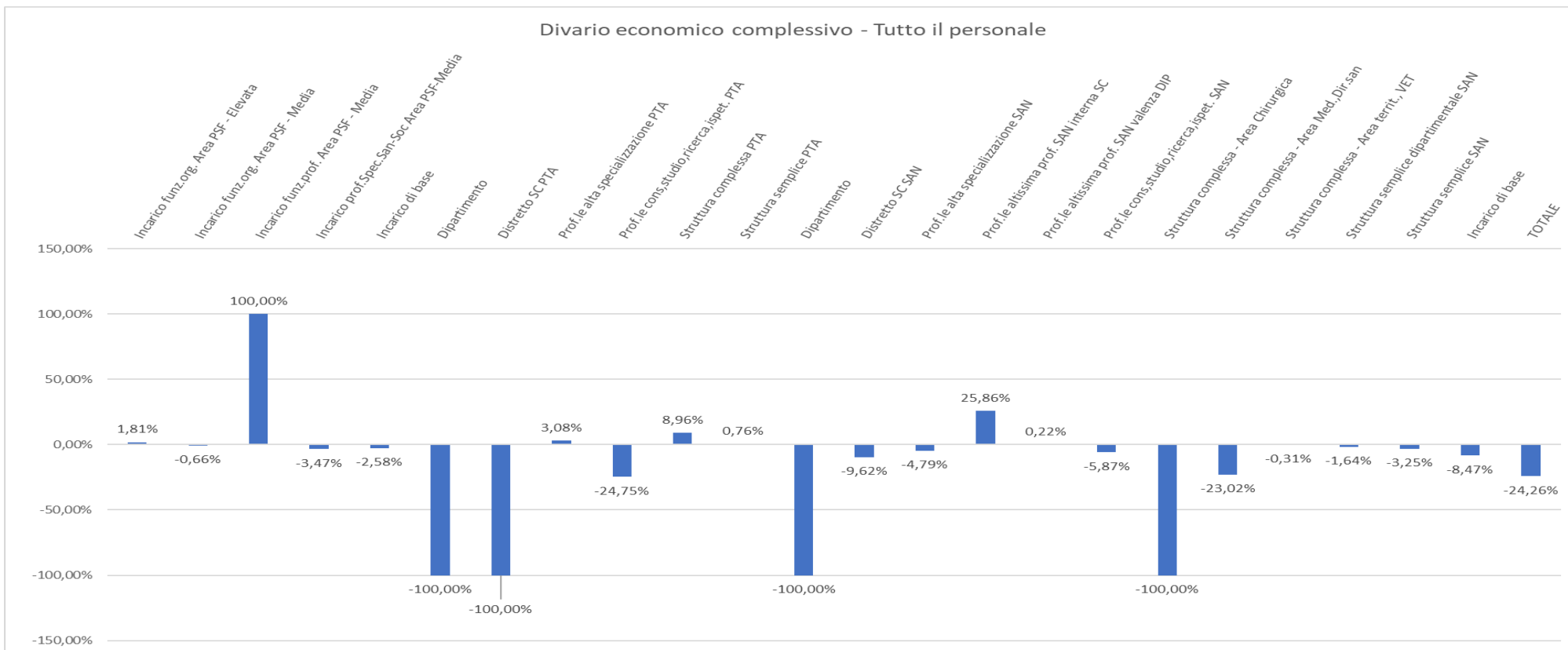
Esclusi CO.CO.CO., Religiosi, Pers. Giuridiche, Prest. occasionali, DA-DS-DG, Su finanziamento esterno.

Esclusi assunti dopo 01/01/2024 e cessati prima del 31/12/2024. Esclusi comandi. Esclusi i passaggi di contratto da comparto a dirigenza.

Esclusi part-time su tutto l'anno e anche chi ha cambiato rapporto di lavoro in corso d'anno.

Creata colonna incarichi nel 2024 per soli dirigenti, esclusi incarichi iniziali e di base. Esclusi art.22 di sostituzione

Divario economico complessivo - Tutto il personale



I dati di sintesi rilevanti nella tabella: AUSL D43,10% - U56,90%. Dev. -24% Permane il GpG complessivo ma l'aumento del divario rispetto lo scorso anno si contrae

Divario medio annuale per ruolo/categoria

Comparto Base -821,74

Dir San Base -5929,12

Dir San SOS - 3380,95

Dir San SOC a CH -130489,18

Dir San SOC a MED -28016,75

Dir San SOC a VET -404,18

Dir PTA SOS 596,02

Dir PTA SOC 7935,34

Confronto anni precedenti

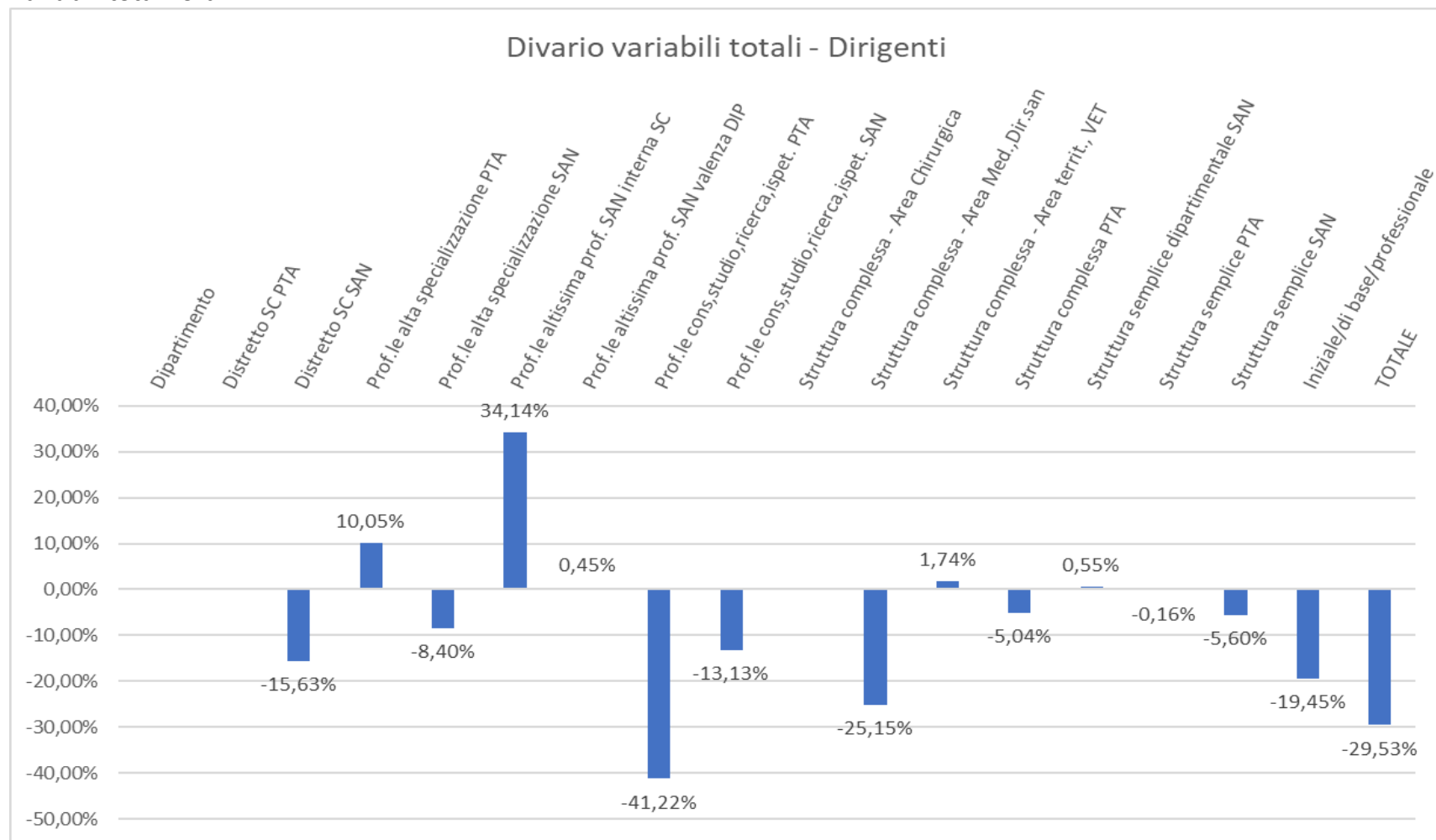
Anno '23: D42,57 -U57,43. Deviazione S. DVsU -25,87%

Anno '22: D44,45 -U55,55 Deviazione S. DVsU -18,6%

Anno '21: D45,13 -U54,87 Deviazione S. DVsU -17,77%

Anno '20: D45,75 -U54,25 Deviazione S. DVsU -18,57%

Variabili totali lordi



GPG . D41,34% – U58,66% Dev. DVsU -29,53%

A '23 D40,75-U59,25. Differenza media Dir PTA -1672.38; Dir San -9555.85 Deviazione Dvs U= -31%

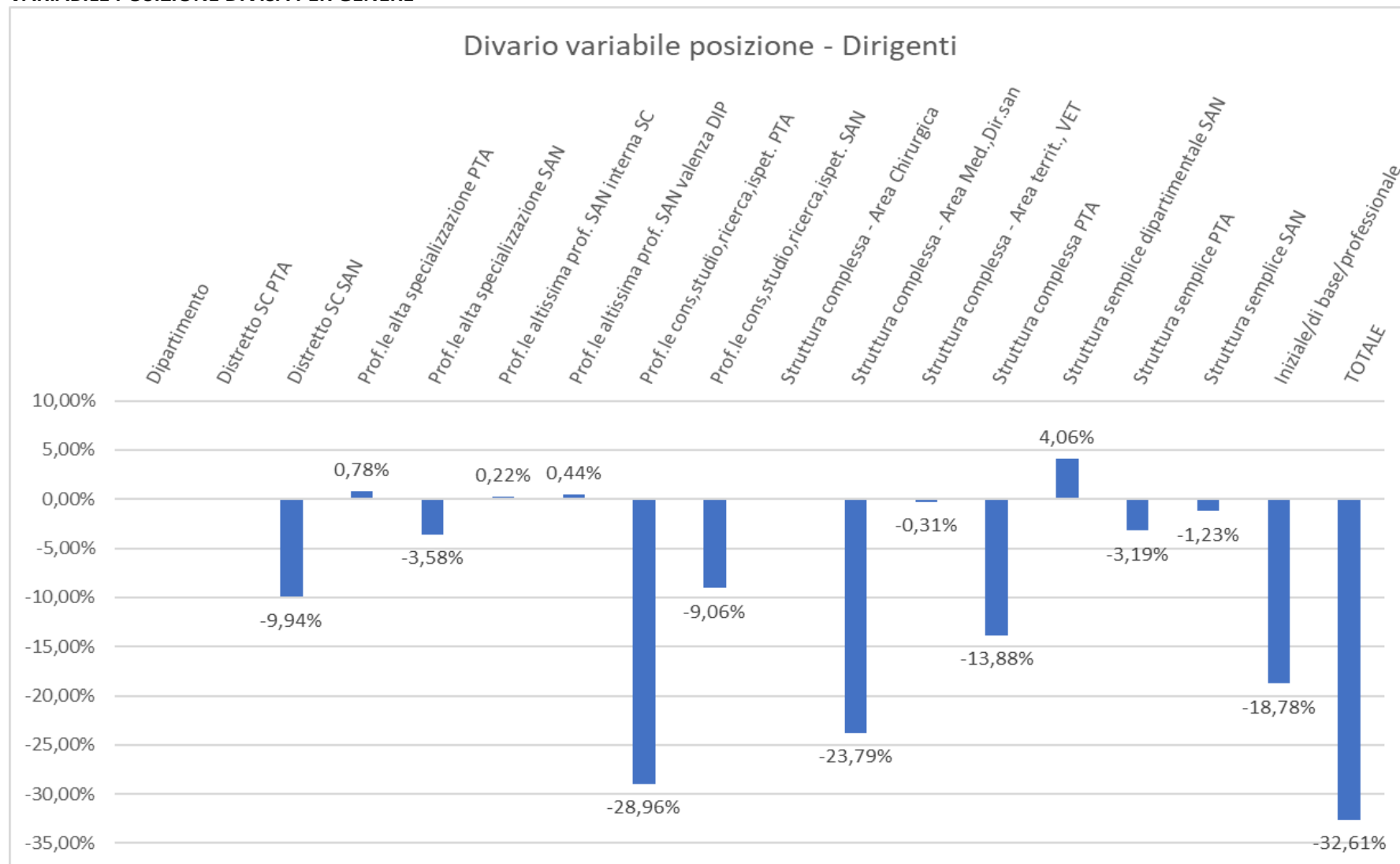
A '22 D41,04-U58,96 Deviazione Dvs U= -20,46%

La tabella mostra delle differenze rilevanti (es. Incarichi di alta specializzazione).

Le determinanti causali sono legate all'anzianità e alle scelte/opportunità/tempistiche di carriera svantaggiose per D.

Ulteriori determinanti causali: scelte discipline meno remunerative nella PL; difficoltà di conciliare vita/carriera; variazioni per congedi parentali; variazioni per rientro da gravidanza o lunga malattia, stigma bidirezionale nelle selezioni d'incarico.

VARIABILE POSIZIONE DIVISA PER GENERE



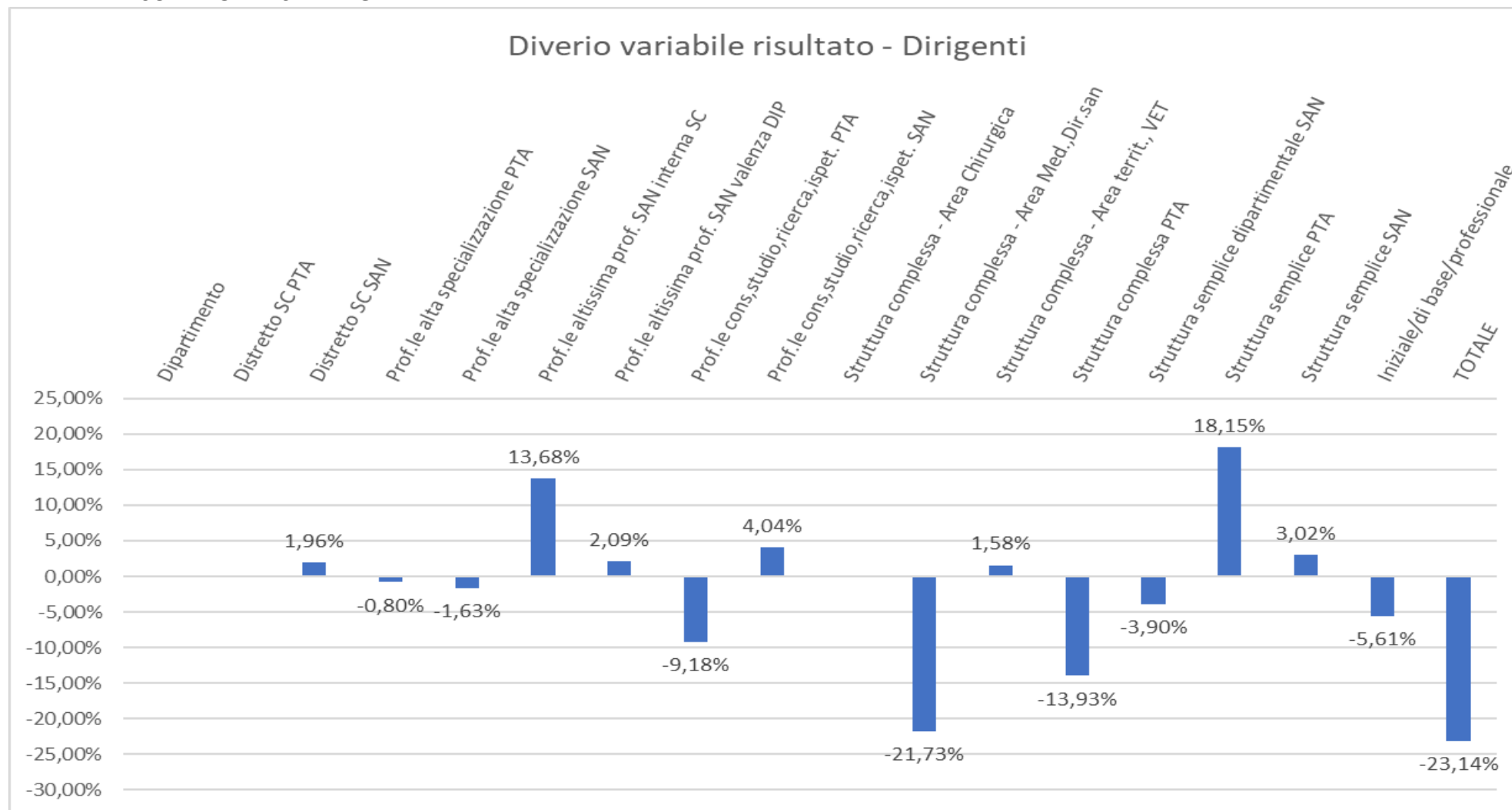
GPG – D40,26 - U59,74 Dev. DVsU -32,61%

Anno '23 D40,24-U59,76 . Deviazione Dvs U= -17,71%

Anno '22 D41,53-U58,47 Deviazione Dvs U= -18,84%.

Si nota un lieve incremento del divario di genere e l'aumento del divario se ricomprendiamo le assenze per gravidanza, congedi di maternità, o altri strumenti di conciliazione.

VARIABILE RISULTATO DIVISA PER GENERE



GPG – D43,46 - U56,54 Deviazione DVsU -23,14%

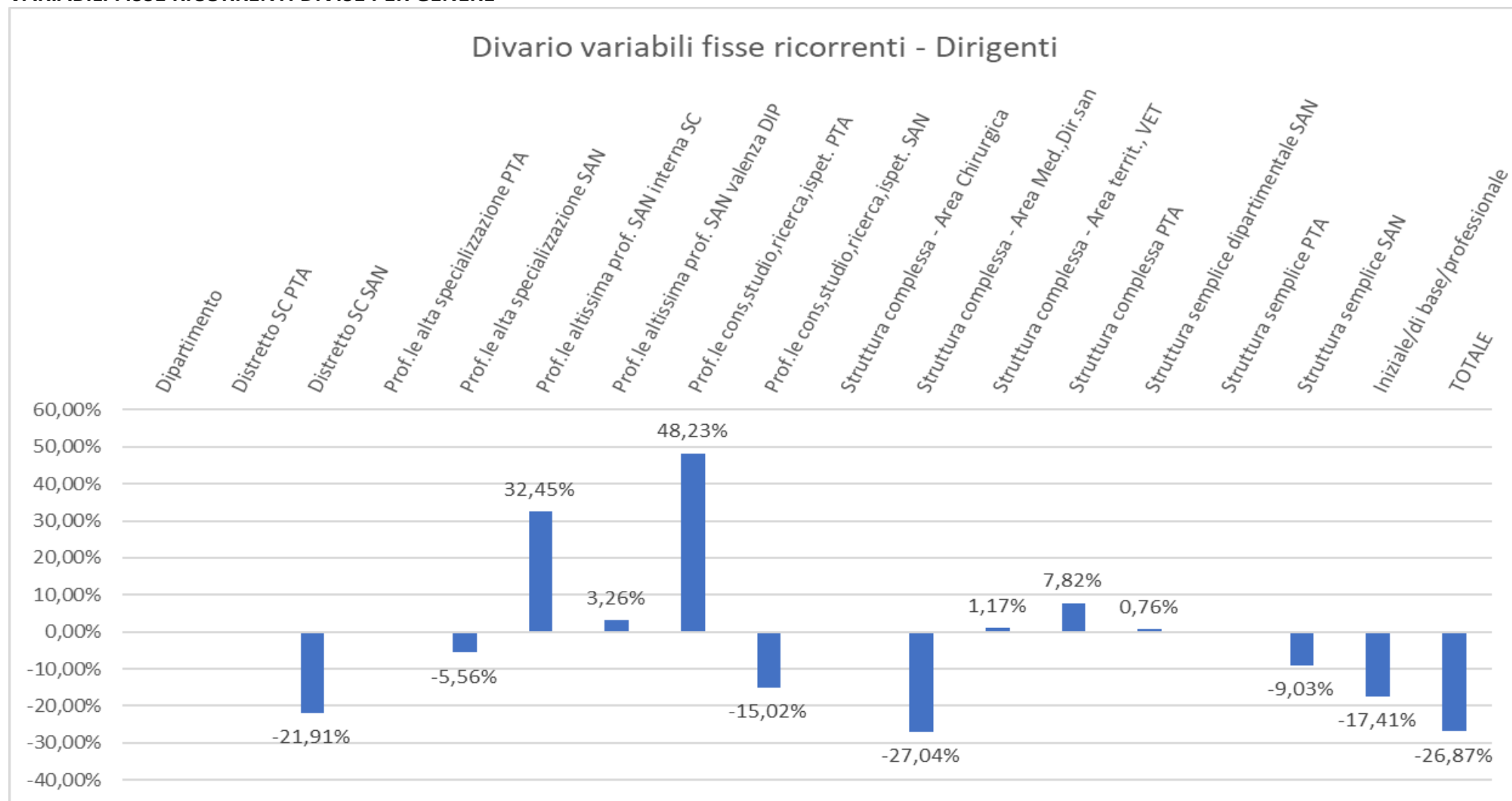
Anno '23 D44,20-U55,80 Deviazione Dvs U= -20,78%

Anno '22 D46,26-U53,74 Deviazione Dvs U= -14.2%.

Lieve miglioramento rispetto lo scorso anno con valori ma peggiore comunque rispetto il '22

Si nota che nel il dato nelle Donne è assente per 3 tipologie di incarico: D Distretto D Dip e SOC GH

VARIABILI FISSE RICORRENTI DIVISE PER GENERE



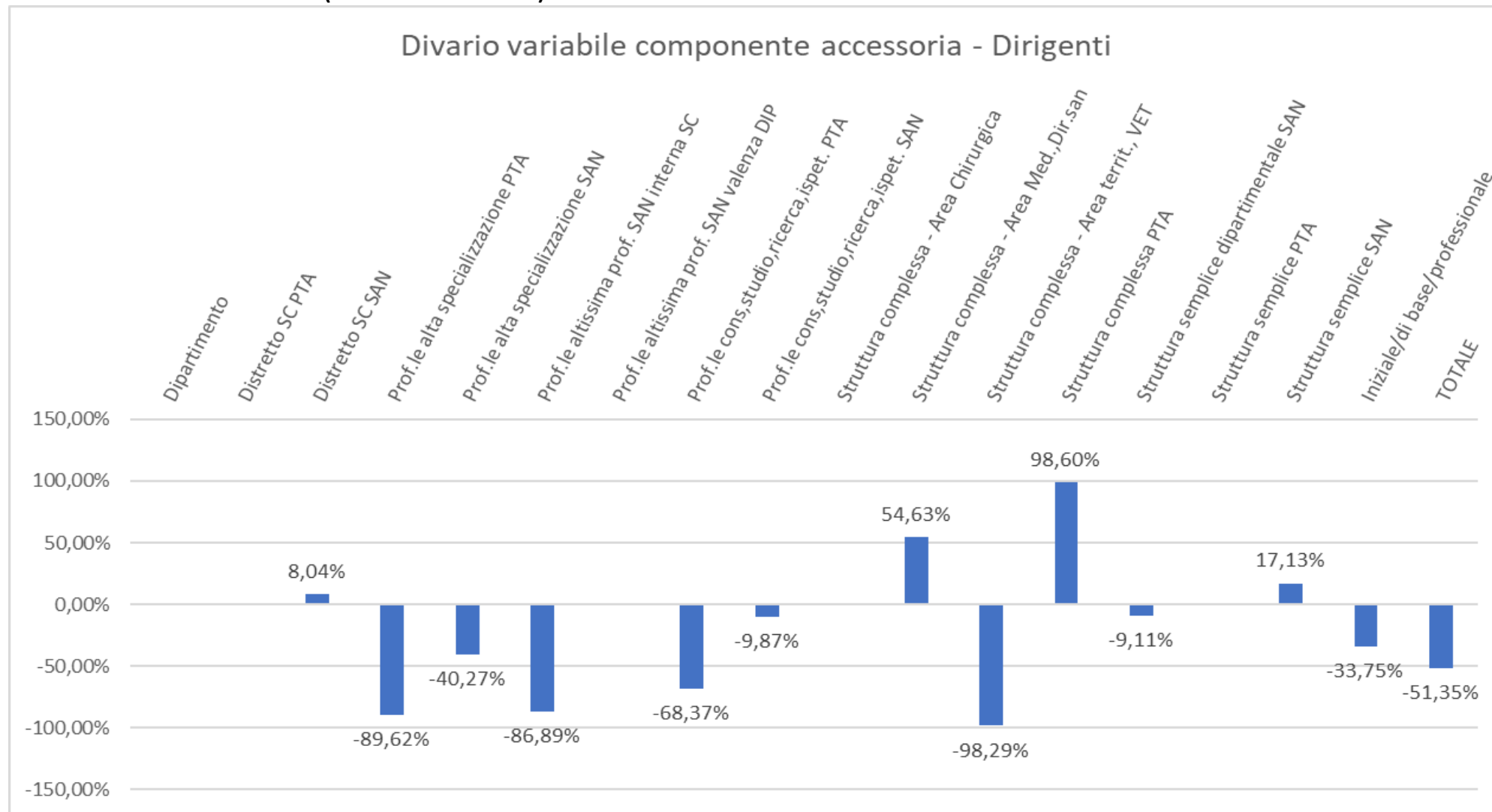
GPG – D42,24 - U57,76 Dev DVsU -26,87%

Anno '23 D 40,75-U59,25 Deviazione Dvs U= -16,5%

Anno '22 D 40,98-U59,02 Deviazione Dvs U= -30,6%

Si nota un miglioramento del divario complessivo non riscontrato nei valori medi e nella deviazione e persiste l'aumento del divario se ricompriamo le assenze per gravidanza, congedi di maternità, o altri strumenti di conciliazione

VARIABILE COMP. ACCESSORIA (NO STRAORDINARIO) DIVISA PER GENERE



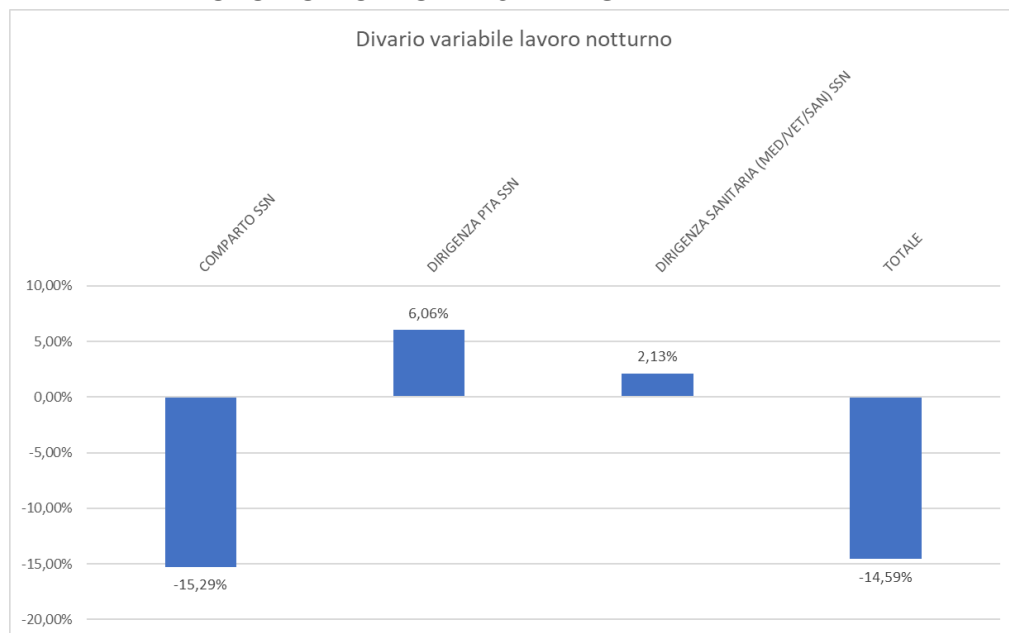
GPG – D32,73 - U67,27 Dev DVsU -51,35%

Anno '23 D 32,81-U67,19 Deviazione DvsU -51,00%

Anno '22 D 34,39-U65,61 Deviazione DvsU -51,41%

Aumenta il divario rispetto le variabili precedenti che rimane stabile nei 3 anni. Si nota l'aumento del divario se ricompriamo le assenze per gravidanza, congedi di maternità, o altri strumenti di conciliazione

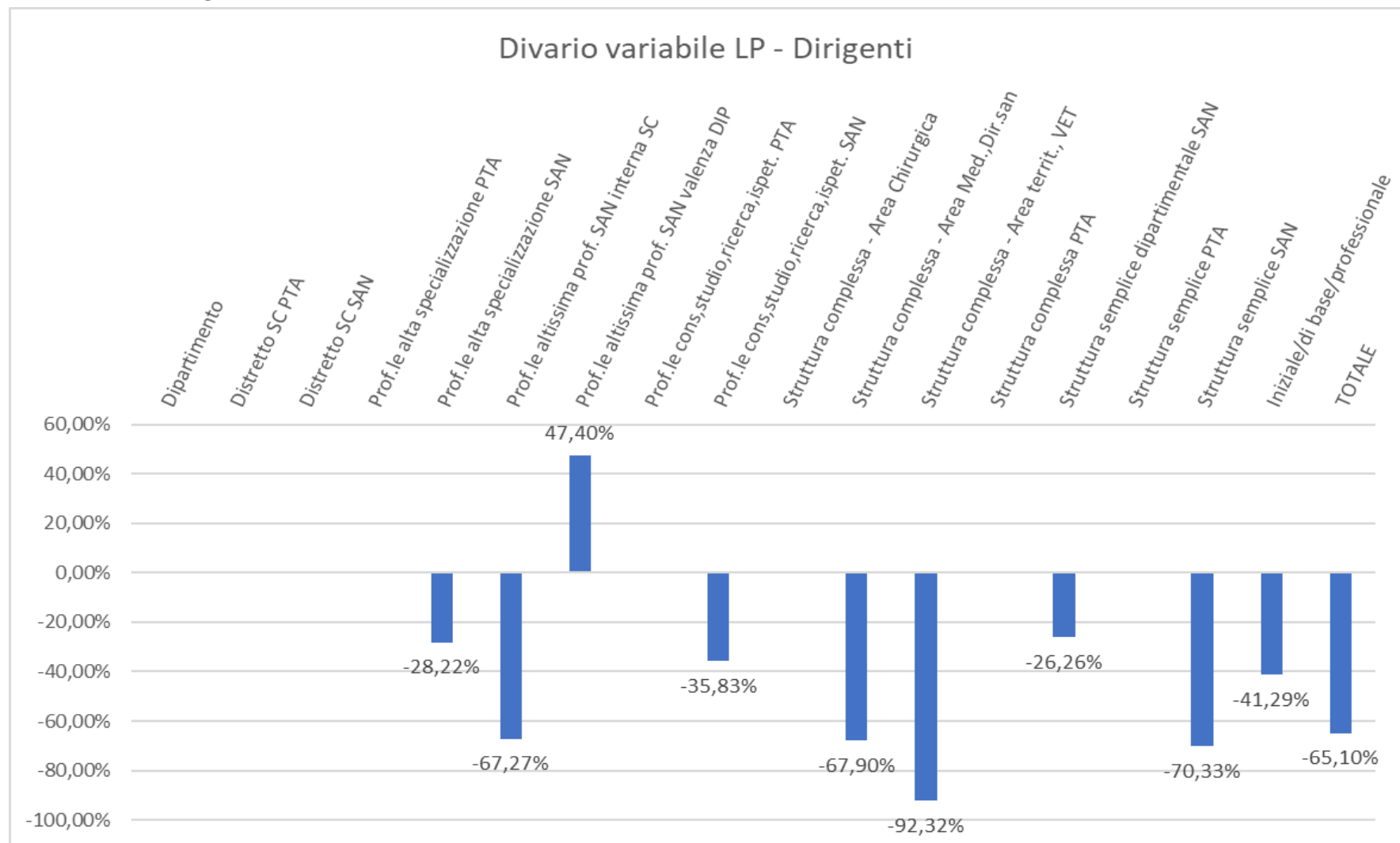
VARIABILE LAVORO NOTTURNO DIVISA PER GENERE



GPG - D46,07 - U53,93 Dev. DVsU -14,59%

Si conferma il divario nella specifica variabile

VARIABILE LP DIRIGENTI



GPG - D25,87 - U74,13 Dev. DVsU -65,10%

Anno '23 tot Lordo senza assenze 273292,07

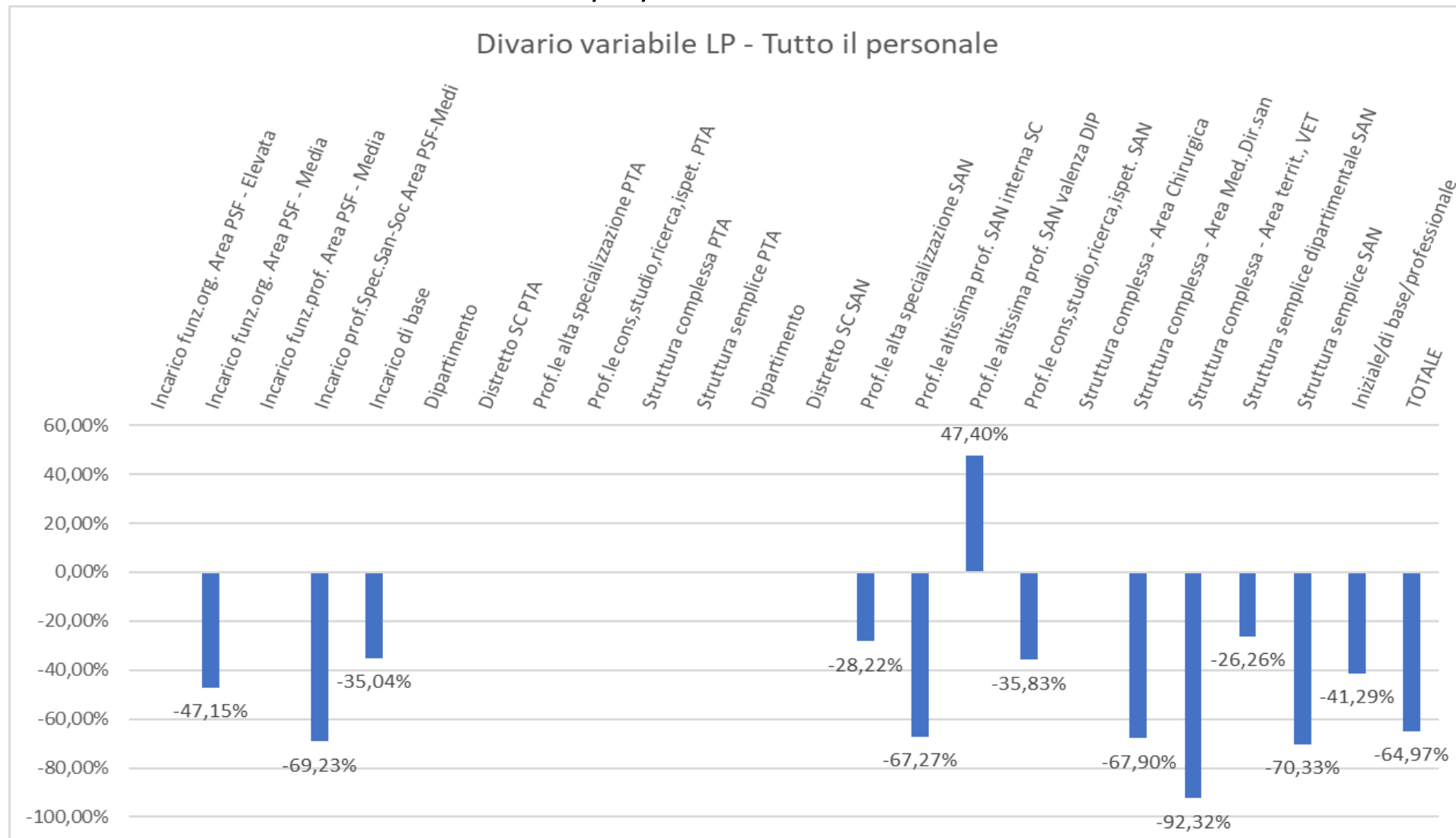
D20,53-U79,47 Deviazione D vs U= -68,6%

Anno '22 tot Lordo senza assenze 335590,94 D30,76-U69,24 Deviazione Dvs U= -51,5%

Si conferma il GpG più alto in questa variabile con andamento altalenante nei 3 anni e maggiori differenze nelle discipline: SOC CH, SOC Med Dir San; SOC Vet. .

Si nota l'aumento del divario se ricompriamo le assenze per gravidanza, congedi di maternità, o altri strumenti di conciliazione

VARIABILE LP TUTTO PERSONALE SUDDIVISO PER GENERE/ETÀ/RUOLI



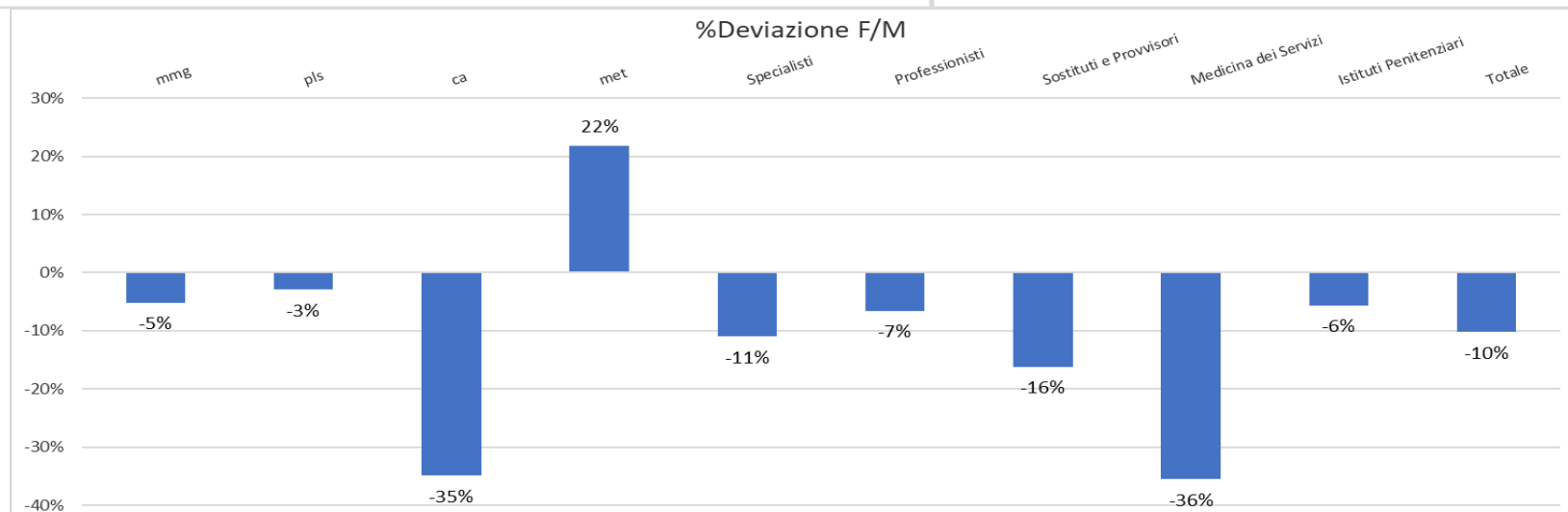
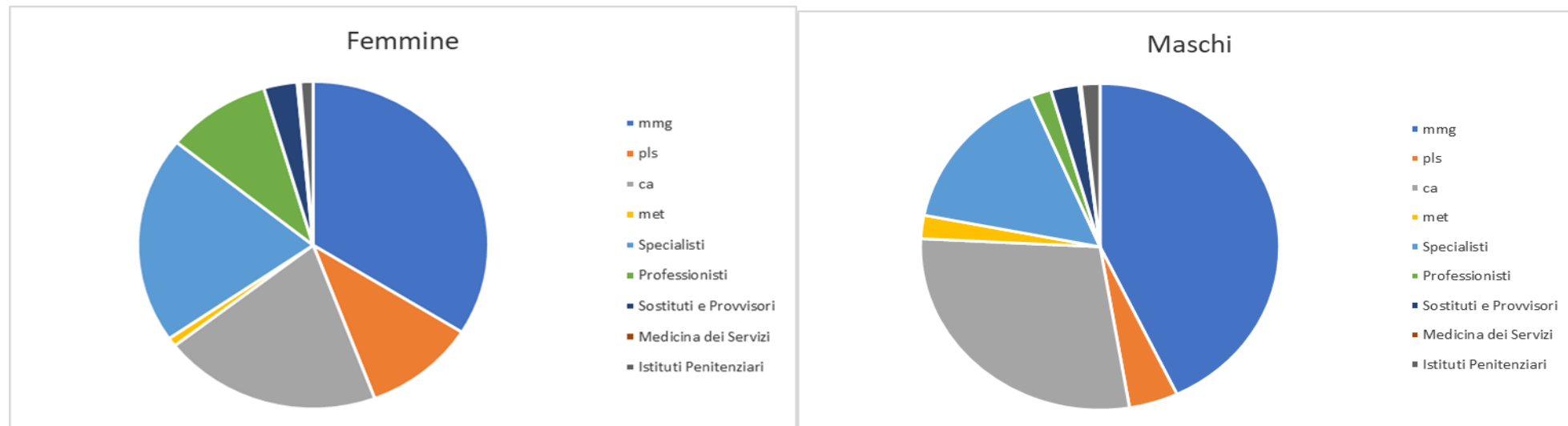
Tot Ricavi LP a. '24 7879485 '23 7595478 a '22 7039253

GPG – D25,94 - U74,06 Dev. DVsU -64,97%

Anno '23 D20,48-U79,52 Deviazione D vs U=-75%

Lieve riduzione del divario rispetto il '23 dopo l'aumento rispetto il '22 D31,32-U68,68 Deviazione DvsU=-54,4% . Si nota l'aumento del divario se ricomprendiamo le assenze per gravidanza, congedi di maternità, o altri strumenti di conciliazione

DIVARIO ECONOMICO PERSONALE CONVENZIONATO



Il personale convenzionato è composto da: **D680 - U474**

Stipendi totali 98502529,33 di cui Convenzionati 81463483,63; Specialisti 18410709,46, Il tot suddiviso per genere corrisponde a D48% - U52% Deviazione DVsU -7%.

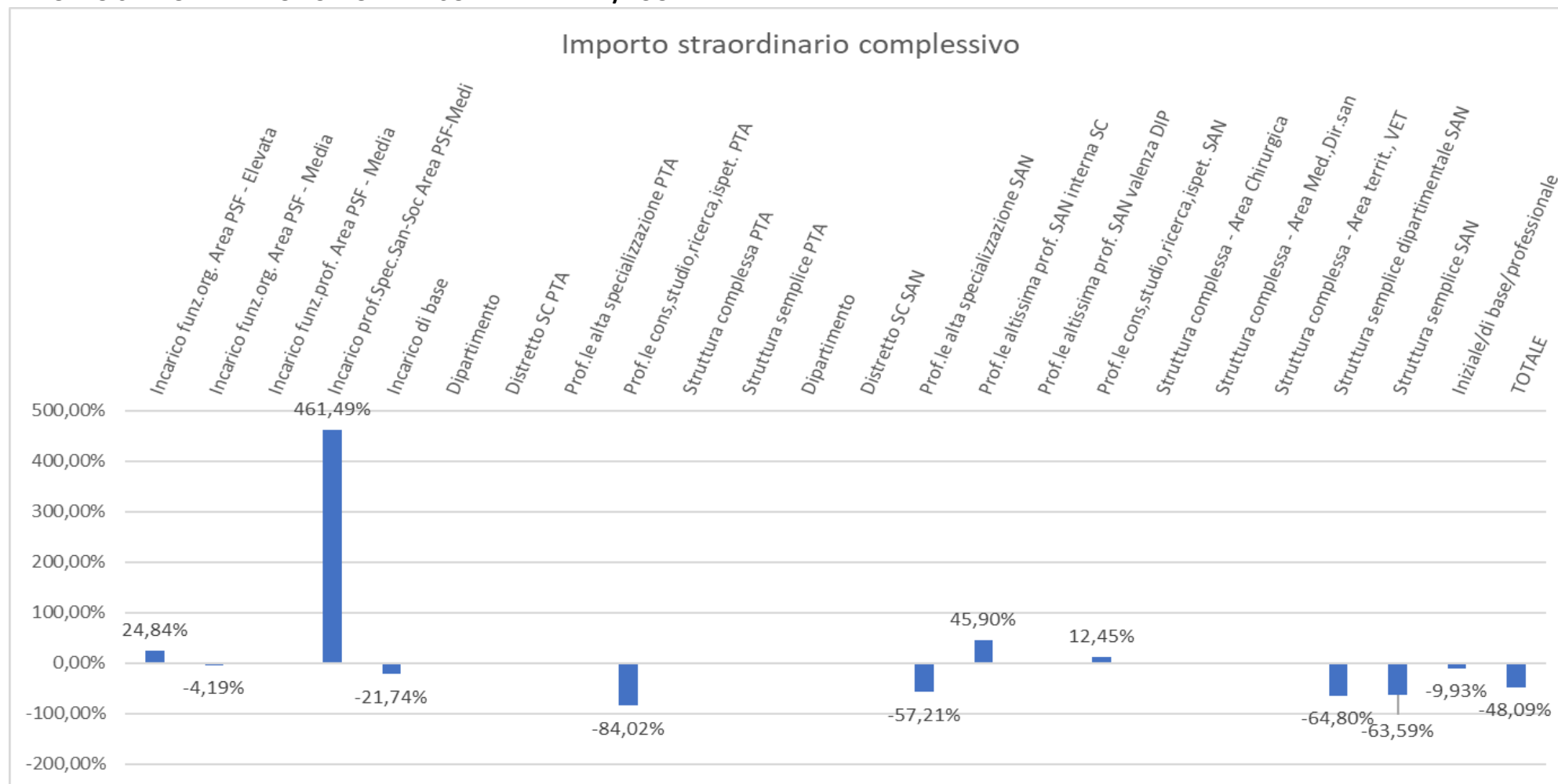
Il divario massimo per le D è di -36% (M. Ser.) e +22% MET.

Confronto anno '23composizione: D646 - U463

Stipendi totali 98.642.982,51 di cui D45% U55% Differenza media DVsU -12258.44 Deviazione DVsU -17% con variazione da -42% (MET) a +7% Professionisti TI

Si conferma un lieve GPG complessivo più accentuato nel personale M. Servizi, S. Specialisti, CA. ma complessivamente migliorato rispetto lo scorso anno.

IMPORTO STRAORDINARIO TUTTO IL PERSONALE PER ETÀ/RUOLI



L' analisi evidenzia vantaggio U per pagamenti voce "straordinario". Tot D 34,17% U 65,83% Deviazione DVsU -48,09%.

Confronto Anno '23 Comparto D 35,11% - U 64,89% Deviazione DVsU -45,89% Personale con Incarico: D29,30%-U70,70%; Deviazione -52%
 anno '22: D39,30%-U60,70%. Differenza media tot DVsU -164,58

Si nota il divario tra Inc. di funzione e dirigenza, spiegabile con la tipologia di incarico e l'aumento lieve del divario nei 3 anni che si alza se ricomprendiamo le assenze per gravidanza, congedi di maternità, o altri strumenti di conciliazione, spiegabile con l'esigenza di conciliazione V/L delle D rispetto agli U per cui le Donne ricorrono meno facilmente allo straordinario, anche perchè di solito hanno lo stipendio inferiore rispetto al compagno uomo. Lo straordinario rilevato al comparto con incarico: trattasi di competenze residuali aapp.

categoria: Conciliazione

ECCEDEZZA ORARIA SUDDIVISA PER GENERE/ETÀ/RUOLI

	PROFESSIONI	D TOT			U TOT			TOT		
		TOTALE ECCEDEZZA ORARIA NON RENUMERATA	N° DIPENDENTI TOTALI	Media eccedenza per dipendenti D	TOTALE ECCEDEZZA ORARIA NON RENUMERATA	N° DIPENDENTI TOTALI	Media eccedenza per dipendenti U	TOTALE ECCEDEZZA ORARIA NON RENUMERATA	N° DIPENDENTI TOTALI	Media eccedenza per dipendenti
Totale complessivo		83047,70	4039,00	20,56	49858,78	1386,00	35,97	132906,48	5425,00	24,49
Totale Comparto		30954,07	3364,00	9,20	24419,55	1028,00	23,75	55373,62	4392,00	12,61
Totale Dirigenza		52093,63	675,00	77,18	25439,23	358,00	68,83	77532,87	1033,00	75,06
Comparto - 3 categorie con più eccedenza	COLLAB.AMMINISTR.-PROFESS. / TECNICO SANIT.RADIOLOGIA MEDICA SENIOR AD ESAUR. / TECNICO SANIT.LABORATORIO BIOMEDICO SENIOR AD ESAUR.	611,03	2,00	305,52	1028,07	3,00	71,06	1639,10	5,00	327,82
catogorie con più eccedenza	MEDICO-NEUROLOGIA-DIRETTORE / DIRIG. MEDICO-GERIATRIA- DIRETTORE	459,93	1,00	459,93	780,40	2,00	390,20	1240,33	3,00	413,44

Eccedenza **tot 132906.48**. Eccedenza media a testa **tot ore 24.49** di cui **D20.56 – U35,97**

Comparto tot a testa 12.61 di cui D-9.20 – U23.75; Dirigenza tot 75.06 D77.18; U68.83.

Posizioni Max eccedenza Dirigenza: Dirett farm Terr; Dirett Med Neuro; Dirett Prof San Riab;

Posizioni Max eccedenza Comparto: Coll Amm; Tecnic san senior; tec san lab senior.

Confronto anno ,23 D 46,16 - U 51,70 di cui

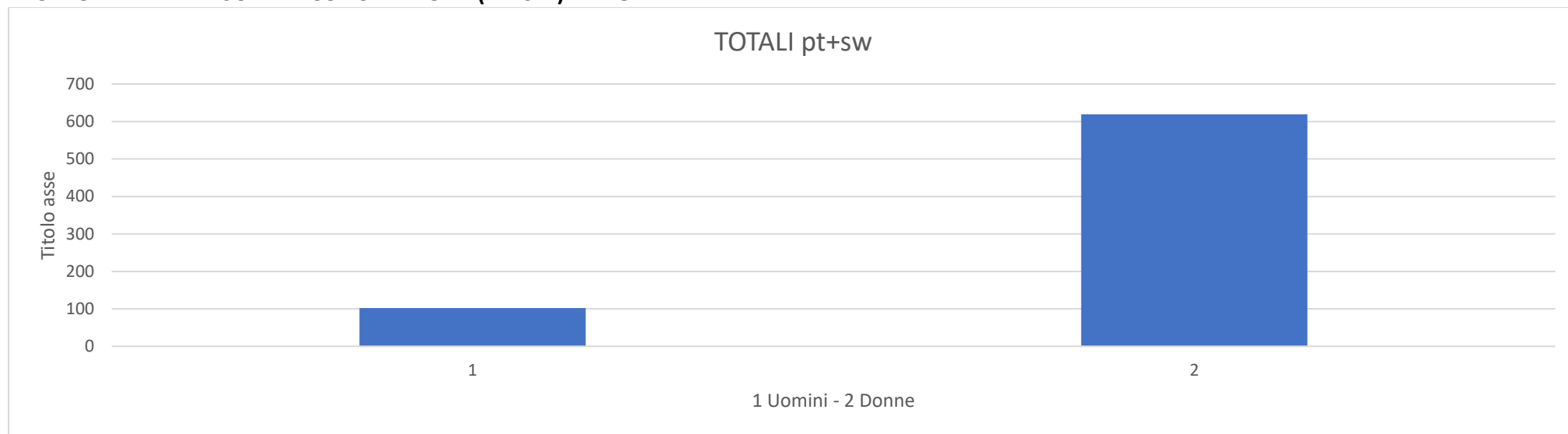
comparto D 37,15 - U 39,17; dirigenza D 93,77 - U 90,13

Si rileva una chiara differenza di eccedenza tra comparto e dirigenza. La differenza di genere è netta solo nel comparto a vantaggio degli U.

Possibile concausa è l'impegno V/L maggiore per le donne che ricorrono meno facilmente all' eccedenza oraria e dimostrano maggior assertività al lavoro e orientamento a concludere un compito in tempo e indipendentemente dalla remunerazione.

Molto interessante e utile sarebbe rilevare i servizi in "sovraccarico" o con "disfunzioni organizzative" è l'approfondimento della distribuzione dell'eccedenza oraria per UO e per professioni.

FRUIZIONE DELLE MISURE DI CONCILIAZIONE (PT+SW) PER GENERE ED ETA'



La tabella rappresenta dati degli istituti di conciliazione Part Time e Smart Working

Tot PT+SW: D604 U106. %PT Parametrato tot dipendenti: D 11,54% - U 2,03%.

Confronto anno precedente Tot PT+SW: D619 U102. %PT+SW Parametrato tot dipendenti: D 11,86% - U 1,95%.

Si evidenzia un leggero calo del ricorso ai due istituti più accentuato nelle donne

SW: è prevalente la domanda femminile D265 U66. Per questo singolo istituto si è ridotta la richiesta D-25 ;U-10, mentre era aumentato nel 2023 rispetto al 2022

Il ricorso ai 2 istituti è nettamente superiore per le donne. L'analisi decennale dei dati risulta un andamento stabile fino al 2019, una aumento dal 2021 con un picco nel 2021 seguito dal rientro del picco pandemico

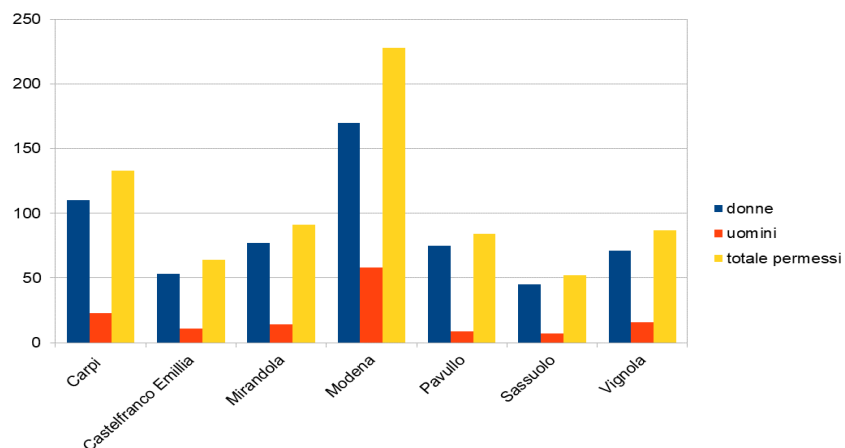
Emerge inoltre che le fasce di età <40 anni e > 60 anni usufruiscono maggiormente dell'opzione PT è chiaramente interpretabile come PT involontario di lavoratrici con esigenza conciliative per caregiver senior.

Per le D del comparto sembra più funzionale alla conciliazione il PT che lo SW. Il primo infatti ha un effetto certo e diretto sulla conciliazione V/L, il secondo ha eventi diversi a seconda della situazione lavorativa e familiare.

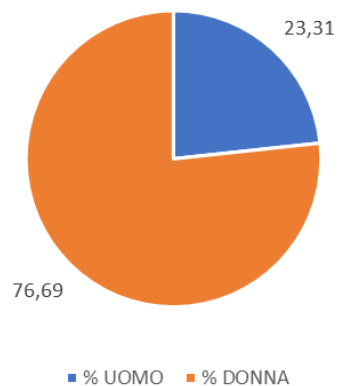
Per i Dirigenti lo SW si presta ad una valutazione diversa (di risultato) quindi potrebbe essere utilizzato in modo mirato in termini di efficacia.

FRUIZIONE DELLE MISURE DI CONCILIAZIONE (CP+L104) PER GENERE ED ETA'

Permessi L 104 a teste



Congedi parentali e Permessi L104



Permessi L104 e CP '24 T gg/ore 51760 di cui D 76,69% U23,31%

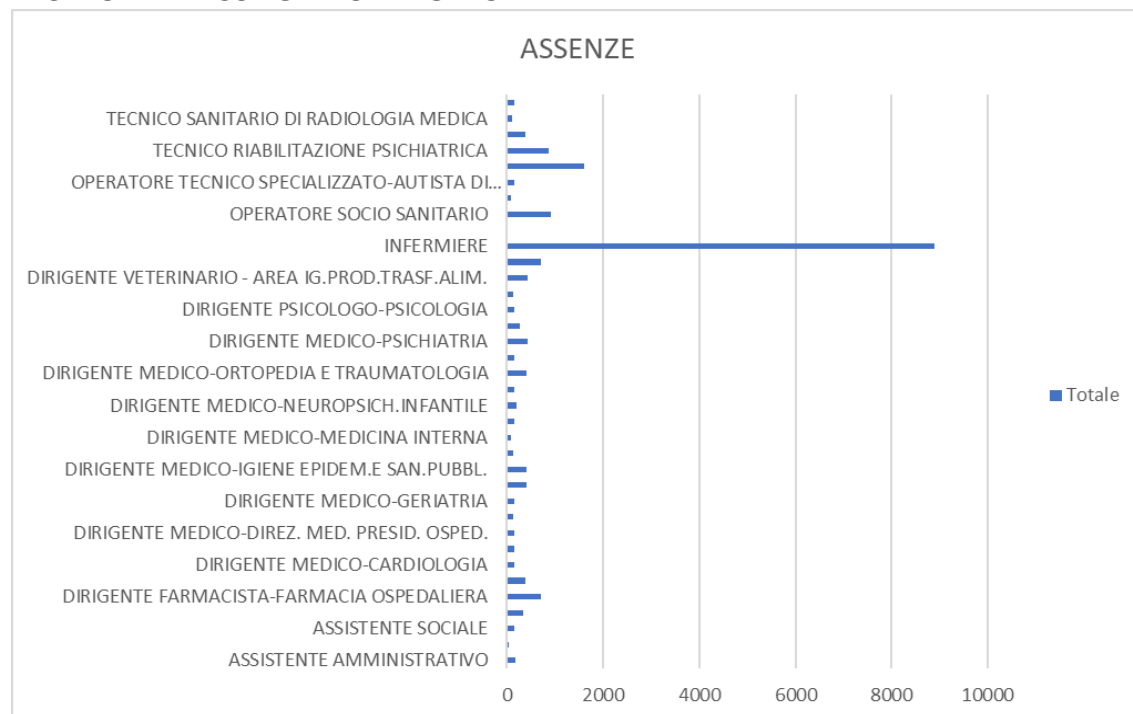
'23 Permessi L104 e CP T gg/ore 51740 di cui D 81,77% U18,22%.

'22 Tot gg/ore 63669 di cui D83,86%-U16,14% Si evidenzia un ricorso stabile all'istituto dopo una riduzione del totale giorni/ore usufruiti e una leggera riduzione della differenza D/U ma permane la netta prevalenza femminile.

Risulta che il congedo 104 a giorni è tendenzialmente usufruito da D, mentre a ore è maggiormente utilizzato da U. Ciò è spiegabile con gli impegni tendenzialmente da caregiver per le D che richiedono giornate intere. Commentare differenza 2 modalità di estrazione e approfondimenti utilizzo maternità/congedo parentale/ paternità.

Il CP (max 10-11 mesi) è usufruito nella maggioranza delle gravidanze per i primi 2-3 mesi remunerati al 100-80 e 30%, il periodo restante, che può essere usufruito anche con discontinuità e in modo alternativo tra madre e padre, spesso non è richiesto. Ciò rende anche difficoltosa la sostituzione della gravidanza in periodo continuativo con TD da graduatoria, per cui spesso si ricorre al somministrato, più flessibile e più costoso.

FRUIZIONE DEI CONGEDI OBBLIGATORI DI MATERNITA' ED ETA'



Tot gg assenza per maternità: 19894 di cui usufruiti dalla **Dirigenza 26,63%**; dal **Comparto 73,36%**

Confronto anno precedente Tot gg assenza per maternità: 17789 di cui usufruiti dalla Dirigenza 16,71%; dal Comparto 83,28%. Si evidenzia un aumento delle assenze totali (+2105) tendenzialmente relativo alla dirigenza. Si conferma un tasso superiore delle gravidanze nel comparto rispetto alla dirigenza dato il numero maggiore di questa seconda categoria.

Somma dei giorni di Maternità	Totale	% Totale
Totale complessivo	19894	
Totale Dirigenza	5299	26,64%
Totale Comparto	14595	73,36%

Rapporto Donne in età riproduttiva	2024DF	%DF/totD	2023DF	%DF/totD	2022DF	%DF/totD
D età riproduttiva Dirigenti e %/Donne Dirigenti	222	34,36%	192	31,32%	194	31,96%
D età riproduttiva Comparto e %/Donne Comparto	924	28,52%	924	28,35%	1009	29,32%

FRUIZIONE DEI CONGEDI FACOLTATIVI DI PATERNITA' PER CATEGORIA

	2024		Tot. GG.
Totale Dipendenti	55	9,327272727	513
Dirigenti	33	8,909090909	294
Comparto	22	9,954545455	219
2023			
Totale Dipendenti	47	8,723404255	410
Dirigenti	13	9,846153846	128
Comparto	34	8,294117647	282

Tot gg assenza: 513 di cui usufruiti dalla **Dirigenza 294 pari a 8,9ggxU**; dal **Comparto 219 pari a 9,95ggxU**. '23 Tot gg assenza: 410 di cui usufruiti dalla Dirigenza 128 pari a 9,84ggxU; dal Comparto 282 pari a 8,29 ggxU. Si evidenzia un aumento delle assenze totali (+103) . Si conferma un ricorso basso all'utilizzo dell'istituto da parte dei padri rispetto al congedo per maternità, anche se la paternità è sempre concessa senza nessuna limitazione a differenza del privato dove si conferma una ridotta richiesta rispetto alle paternità. Si riporta che è stata data piena informazione al personale riguardo questo diritto.

FRUIZIONE ISTITUTO PER VITTIME DI VIOLENZA

Nel 2024 **1 caso congedo retribuito per DVV (fruito su base giornaliera)** per una dipendente del comparto (operatore tecnico). Nell'anno precedente non sono pervenute agli uffici richieste di attivazione degli istituti previsti dai CCNL vigenti per nessun dipendente di nessuna area (comparto, dirigenza Sanitaria e Dirigenza PTA). Il dato è da indagare in quanto l'istituto è stato utilizzato nel 2022 in 7 casi. Il dato è comunque commentabile con la casualità e tutt'ora la poca conoscenza dell'opportunità. L'informazione compare sul sito ma non in modo rilevante ed efficace.

categoria: Segregazione orizzontale e verticale

COMPOSIZIONE C.CONCORSI E GARE

	Presidente		Componente		Totale Uomini + Donne	Totale Uomini	% Uomini	Totale Donne	% Donne
	Uomini	Donne	Uomini	Donne					
CONCORSI									
avvisi pubblici struttura complessa	4	4	12	12	32	16	50,00%	16	50,00%
concorsi pubblici	13	11	21	27	72	34	47,22%	38	52,78%
avvisi selezioni pubbliche	11	6	5	1	23	16	69,57%	7	30,43%
lavoro autonomo					0	0	0,00%	0	0,00%
assunzioni da centro per l'impiego					0	0	0,00%	0	0,00%
GARE									
GARA A	1	0	0	2	3	1	33,33%	2	66,67%
totale complessivo	29	21	38	42	130	67	51,54%	63	48,46%

D51,54%- U48,46%

Confronto anno '23 D44,68%- U55,31% Anno '22 D42%-U58%

Si conferma la sotto rappresentazione femminile nelle commissioni in linea con i dati generalmente rilevati negli enti pubblici. Va tenuto conto comunque del numero esiguo di commissioni e della difficoltà talvolta manifestata a reperire commissari donna, perché sottorappresentate.

HHR RAPPORTO TRA PARTECIPANTI E SELEZIONATI

% Media totale candidati selezionati rispetto alle domande presentate: **D 56,49% - U 57,54%**

Confronto anno '23 % Media totale candidati selezionati: D 48,93% - U 41,75%

Il dato presenta una sostanziale parità di genere con miglioramento rispetto lo scorso anno che evidenziava un vantaggio femminile nelle selezioni anche se poco significativo .

NB le selezioni PTA SOC sono residuali e nel 2024 non si sono espletate selezioni.

PERMANENZA NEL PROFILO SOC SANITARI

L' analisi evidenzia vantaggio per le D per tempi d'attesa (-6mesi) e riduzione gap tra U e D nelle SOC sanitarie nell'anno osservato: D25 U43 =D-18;

Confronto anni precedenti: '23 vantaggio U per tempi d'attesa (-13mesi) ma riduzione gap tra U e D nelle SOC sanitarie nell'anno osservato: D24 U44 =D-20; rispetto al '22 D18 U46 D-28

'22 vantaggio D x tempo attesa incarico SOC (-9mesi) ma vantaggio U attribuzione di SOC sanitarie (18D-45U). =DvsU-27

Si nota che su base pluriennale il tempo di attesa dei nuovi SOC si è ridotto per entrambi i generi.

PERMANENZA NEL PROFILO SPTA

L'analisi evidenzia un minimo vantaggio complessivo per gli U per tempo attesa mesi nomina dirigente: **D 80,86 Vs U 80,42** che si accentua per il ruolo amministrativo: **D 88,33 Vs U 69,50** e si inverte nel ruolo professionale: **D 56,00 Vs U108,50**

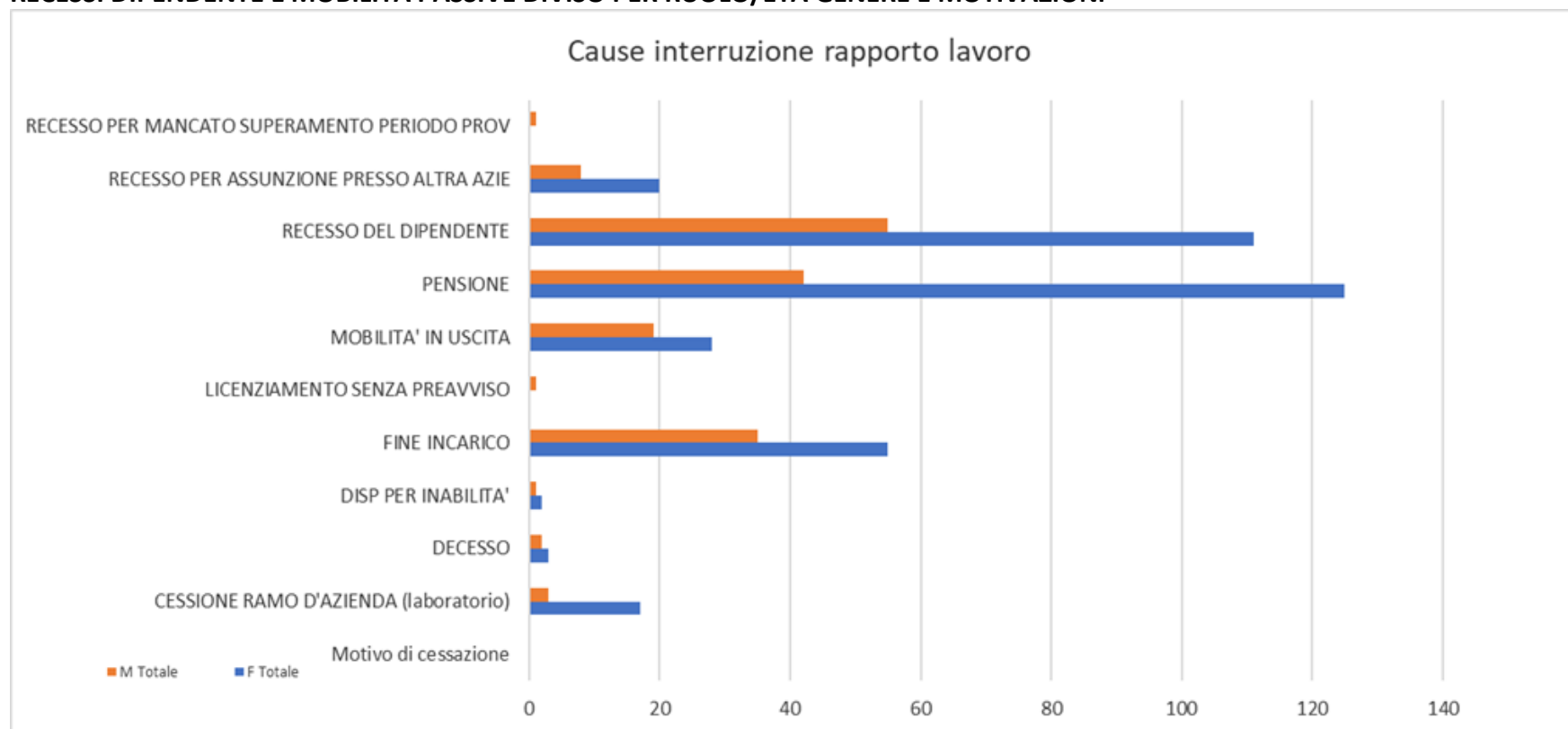
Confronto anni precedenti dato complessivo '23 73,45D-69,18U; '22 196,71D-202,0 U.

(NB nel '22 l'estrazione era solo di un campione quindi non direttamente confrontabile al dato attuale '23)

Si conferma la maggior attesa a svantaggio femminile con una tendenza al miglioramento.

categoria: Benessere lavorativo e Organizzativo

RECESSI DIPENDENTE E MOBILITÀ PASSIVE DIVISO PER RUOLO/ETÀ GENERE E MOTIVAZIONI



Tot cessati 528 di cui recessi volontari e mobilità in uscita 241 pari a D65,97%-U34,02%

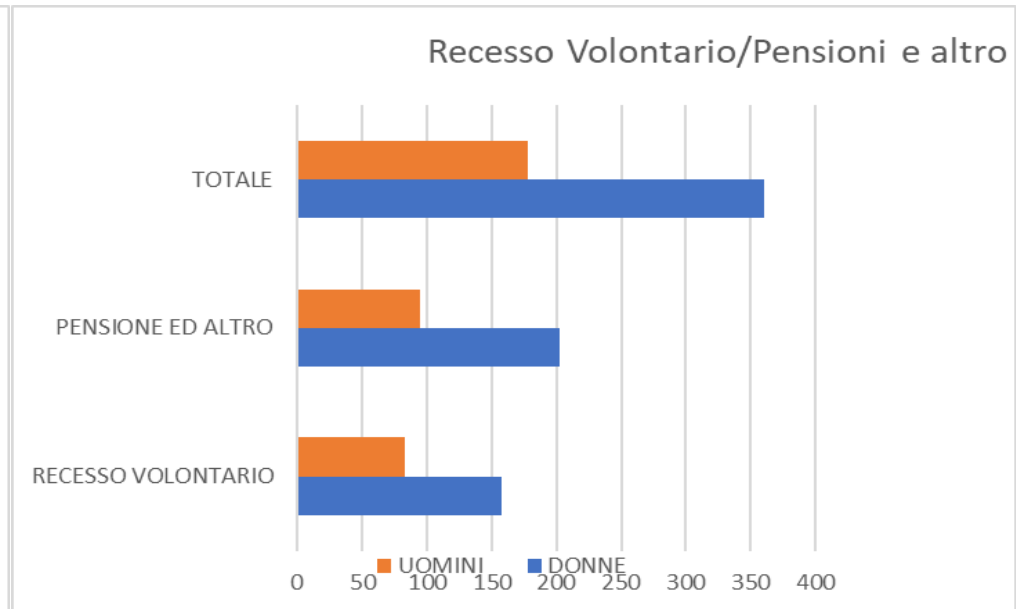
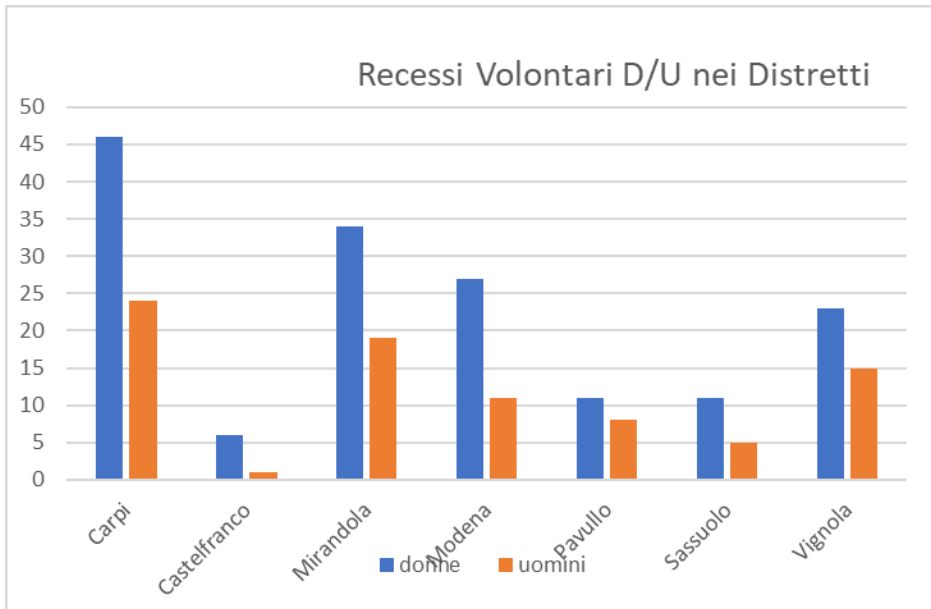
41% x volontà del dipendente; 32% pensionamento; 17% fine incarico

'23 Tot cessati 400 D73%-U27% 56% x volontà del dipendente; 37% pensionamento; 5% fine incarico

'22 Tot cessati 497 D67%-U33% 51% volontà dip; 33% pensionamento; 13% fine incarico

Si osserva un aumento delle uscite per fine incarico e una riduzione generale delle uscite volontarie, con un andamento altalenante di genere poco significativo. Se si considera tale valore come tasso di abbandono, risulta molto alto. Infatti in genere tale valore si posiziona tra il 10% e 25% in un'azienda "sana"

Il dato decennale tiene conto delle uscite del '19 per cessazione di parte dell'azienda: '21- 62%; '20 -56%; '19 -18%; '18-48%; '17-46%; '16- 43%; '15- 32%; '14-40%. In questo arco di tempo si osserva un incremento delle uscite volontarie e una certa "spinta" al pensionamento per quadro legislativo incerto che viene percepito penalizzante, anche per una in prospettiva individuale per l'aumento del GG post lavorativa.



TASSI DI ASSENZA PER GENERE

Giorni di assenza Media tot **23,57%** di cui **D 24,26%**; **U 22,55%**.

A. '23 Giorni di assenza '23 Media tot 23,72% di cui D 24,57%; U 22,45%

A. '22 Media tot 22,50 di cui D 23,79; U 20,17. E' evidente un leggero aumento.

Il dato più alto delle D è spiegabile con il ricorso maggiore ad istituti di conciliazione.

Complessivamente è in linea con i dati nazionali storici.

Non Emergono invece correlazioni con i dipartimenti affaticanti (tradizionalmente EU, DSM, CH e Med generale) o concentrazioni in particolari periodi dell'anno, (estate, festività). Infatti la Maggior incidenza primi 3 settori in ordine decrescente sono

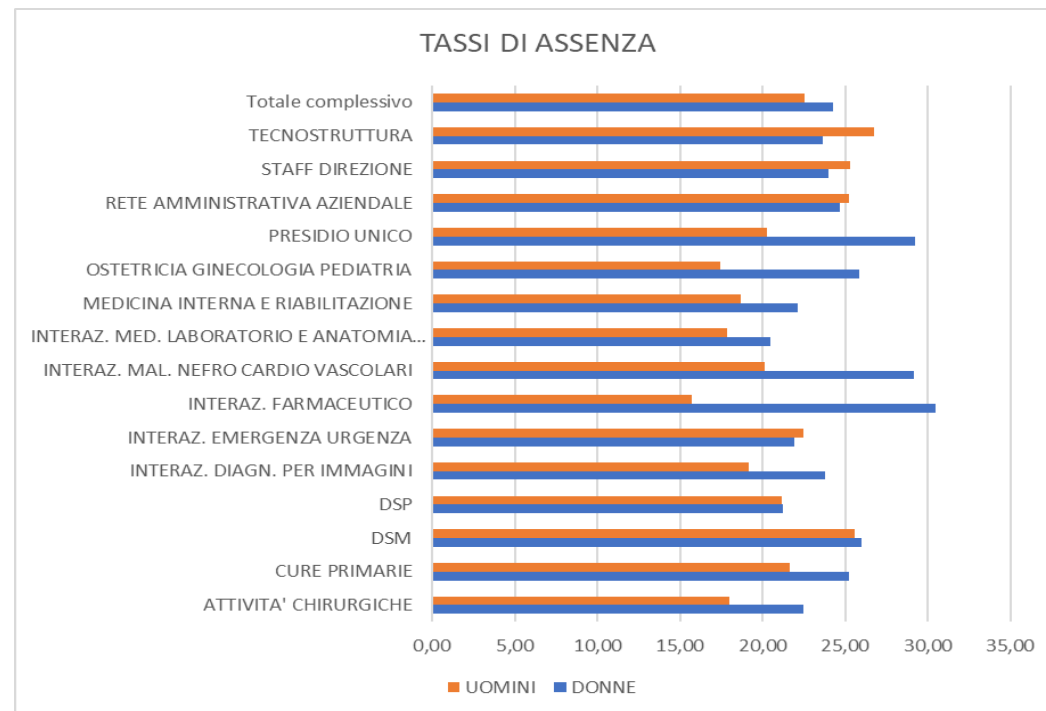
D: Interaz Farmaceutico 30,48%; Presidio unico 29,25%; Interaz Nefro cardio vasco 29,18%.

U: Tecnostruttura 26,73%; DSM 25,56%; Staff Direzione 25,27%. Confronto '23 prime 5 cat

T: RETE AMMINISTRATIVA AZIENDALE - TECNOSTRUTTURA - STAFF DIREZIONE - CURE PRIMARIE - DSM

D: MALATTIE NCV - FARMACEUTICO - TECNOSTRUTTURA - DSM - RETE AMMINISTRATIVA AZIENDALE

M: STAFF DIREZIONE - RETE AMMINISTRATIVA AZIENDALE - TECNOSTRUTTURA - CURE PRIMARIE - DSP



LIMITAZIONI E RICOLLOCAZIONI

Limitazioni riguardano il **5,4%** ('23 6,2%) del personale, maggiore per il comparto con una netta prevalenza nel **ruolo sanitario 5,7%** ('23 7.8%) e **socio sanitario 7,8%** ('23 6,7%) e nella **fascia di età 40-60 anni del personale sanitario del comparto: 45,21%**.

Ricollocazioni riguardano maggiormente il **personale sanitario 71%** di cui, nella **fascia di età 51-60 anni 61,2%**.

Da Segnalare la differenza tra Dirigenza (47) e Comparto (274) sia per patologia organiche che non organiche, le quali sono in aumento, sia come riscontro alla visita che come manifestazione da parte del personale. Emergono segni di patologie stress correlate e sono meglio riconoscibili i disagi riconducibili alla menopausa, data la numerosità di donne in questa fascia di età.

Relativamente alle patologie non organiche si osserva la percentuale maggiore nelle donne di età compresa fra i 51 e 60 anni (età menopausale).

Il lavoro notturno e la MMC/posture rappresentano le principali tipologie di rischi motivo di limitazioni per il personale del comparto.

Emerge inoltre che i settori con la % di dipendenti con più limitazioni sono, in ordine decrescente: CURE PRIMERIE - DSM - MED INT E RIAB - CH - DEU. Non emerge una chiara correlazione con le strutture a maggior tasso di assenza.

PNO PURA	
PNO FEMMINA	
21-30	1
31-40	2
41-50	3
51-60	16
61-70	4
TOT	26
%/TOT	12%
PNO MASCHIO	
41-50	1
51-60	2
61-70	2
TOT	5
%/TOT	7%
LIMITAZIONE TOT F	213
LIMITAZIONE TOT M	70

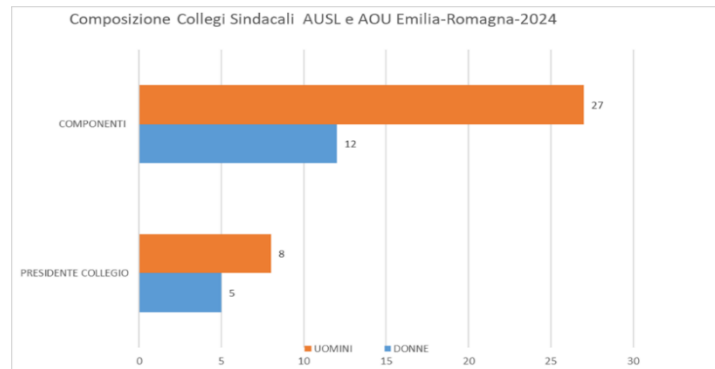
categoria: Rappresentatività Organi e Organismi Collegiali

COMPOSIZIONE Top Management

D 49,97%

La distribuzione del top management conferma una equa rappresentazione di genere come negli anni precedenti e in varie regioni del nord d'Italia, a differenza del sud dove prevale spesso la maggioranza maschile. Va segnalato che, anche se in questo caso non si applica direttamente una parametrizzazione, in base alla rappresentatività totale di genere il top management risulta sottorappresentato da donne.

COMPOSIZIONE COLLEGI SINDACALI



AUSL MO D 2 U 1. Si conferma la maggioranza maschile nei collegi sindacali delle aziende sanitarie della RER, inclusa la nomina della presidenza. Dato invariato rispetto all'anno precedente.

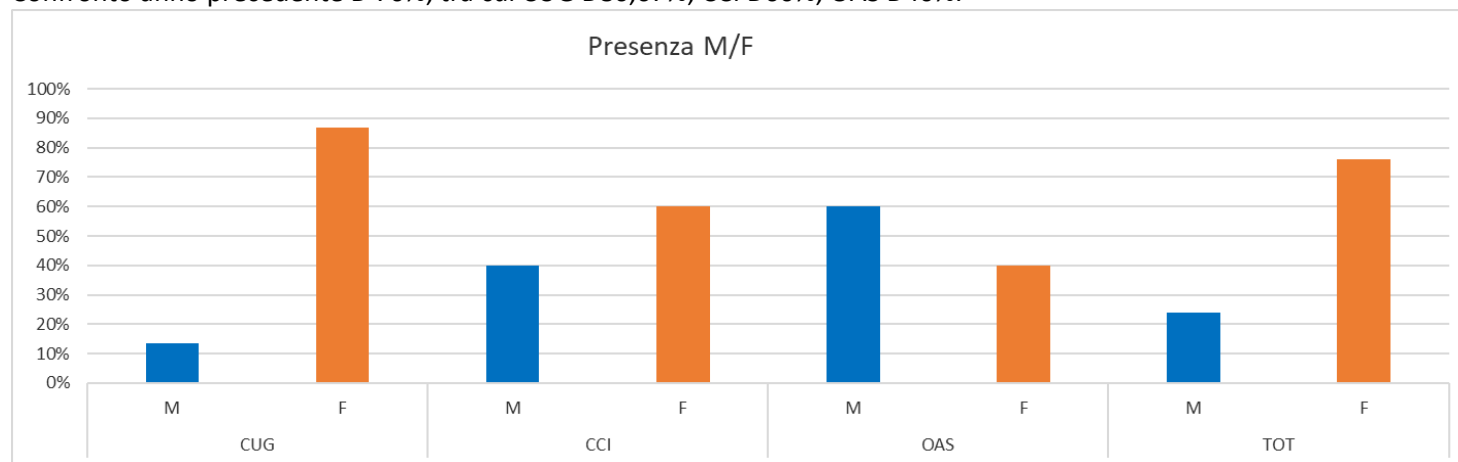
COMPOSIZIONE C.DIREZIONE E C.DIPARTIMENTO

La composizione degli organismi collegiali gestionali nel campione evidenzia una **sotto rappresentazione femminile pari a D57,73%** considerando il tasso di femminilizzazione aziendale. Dato pressoché invariato rispetto lo scorso anno '23 D56,54%-U43,46% e '22D58%-U42%.

COMPOSIZIONE CUG CCI OAS

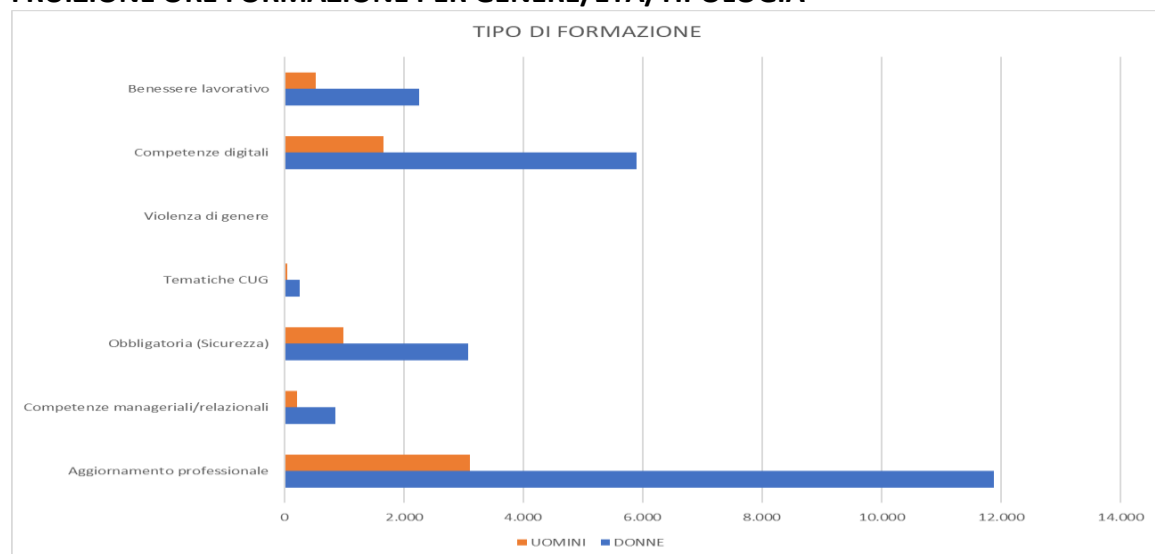
La composizione di organismi collegiali non gestionali qui considerati presenta una equa rappresentazione di genere complessiva **D 76,00%/tot**, con una prevalenza maschile per l'OAS che si occupa, tra l'altro, di valutazione. **CUG D86,67%; CCI D60%; OAS D40%.**

Confronto anno precedente D 76%, tra cui CUG D86,67%; CCI D60%; OAS D40%.



categoria: Ricerca e Sviluppo Carriera

FRUIZIONE ORE FORMAZIONE PER GENERE/ETÀ/TIPOLOGIA



Si evidenzia una prevalenza femminile di fruizione della **formazione pari al 79% di D** sul totale partecipanti, invariato rispetto allo scorso anno e un netto aumento complessivo di ore rispetto al 2022: +40382 ore.

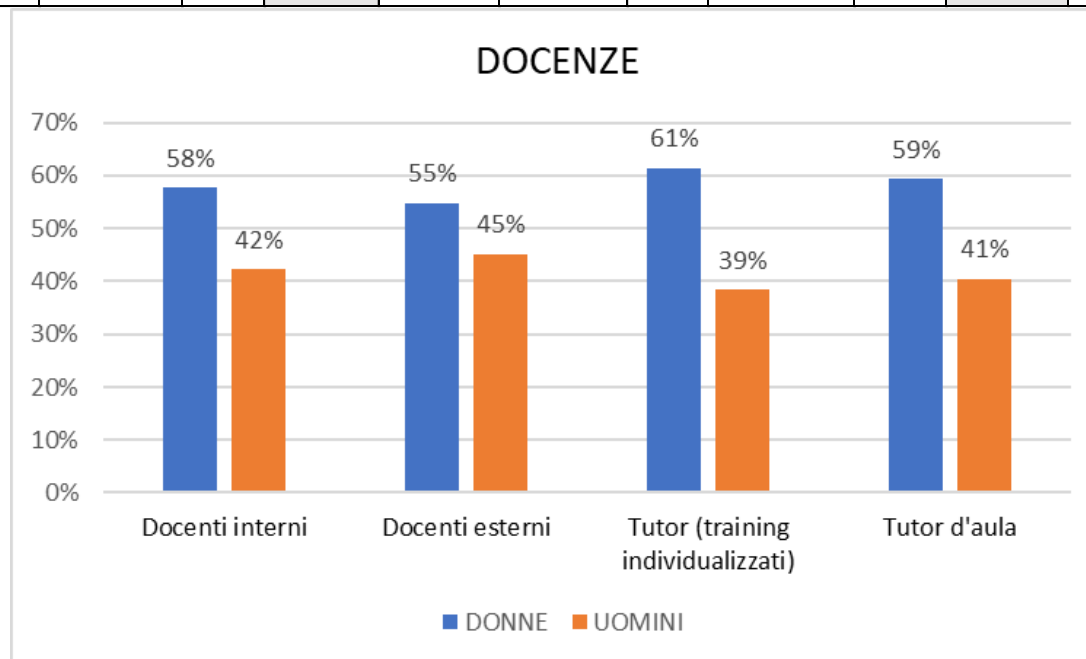
La sotto analisi per tipologia di formazione evidenzia la prevalenza di partecipazione femminile per le tematiche delle pari Opportunità: 86% (nel 2023 era del 90%), del Benessere Lavorativo: 81%, Competenze Relazionali: 80%. Si conferma il trend dello scorso anno spiegabile con il retaggio culturale che le pari opportunità siano temi di pertinenza femminile. Risulta problematico il calo sul tema della violenza di genere con un crollo di partecipazione. Nel '23 la partecipazione maschile è stata del 40% e nel '22 solo dell'8%.

PI – PRINCIPAL INVESTIGATOR RELATIVI AI SOLI PROGETTI AUTORIZZATI

Il numero di sperimentazioni registrato identificabile tramite **PI è 43**, raddoppiato rispetto allo scorso anno, 25. Nel 2023 si era ridotto, anche per la tipologia giuridica aziendale a ridotta attività di ricerca rispetto IRRCS. Prevale il genere femminile nella conduzione delle sperimentazioni in linea rappresentatività femminile in azienda: PI D 79% in netto aumento rispetto all'anno '23: D 68% e D44% nel 2022. Nel comitato etico permane la maggioranza maschile: 62%; '23 54%

DOCENZE

TIPOLOGIA ATTIVITA' DI DOCENZA	DONNE						UOMINI						TOTALE			
	N. attività	%/attività D	%/Tot	N. docenti/tutor	%/totD	%/Tot docenti e tutor	N. attività	%/attività U	%/Tot	N. docenti/tutor	%/totU	%/Tot docenti e tutor	N. attività	%/Tot attività	N. docenti/tutor	%/Tot docenti e tutor
Docenti interni	983	51%	58%	341	41%	64%	718	50%	42%	193	35%	36%	1.701	51%	534	39%
Docenti esterni	563	29%	55%	353	43%	55%	464	33%	45%	288	52%	45%	1.027	31%	641	46%
Tutor (training individualizzati)	209	11%	61%	69	8%	68%	131	9%	39%	32	6%	32%	340	10%	101	7%
Tutor d'aula	163	8%	59%	66	8%	63%	111	8%	41%	38	7%	37%	274	8%	104	8%
TOTALE	1.918	100%	57%	829	100%	60%	1.424	100%	43%	551	100%	40%	3.342	100%	1.380	100%



Confermata la netta **prevalenza femminile per docenze interne: 64%** (62% scorso anno). La prevalenza si conferma anche per le altre tipologie (Training individualizzato, Tutor e Tutor d'aula), fino al 68% di D nella tipologia training individualizzato. La rappresentazione minima femminile è nelle docenze esterne: 55% (65% scorso anno). Complessivamente si registra un lieve miglioramento rispetto lo scorso anno che non raggiunge l'equità rappresentativa aziendale. Mettendo in relazione il dato con i pagamenti delle docenze, si nota un chiaro GPG per le docenze esterne a svantaggio femminile.

PARTE QUARTA Analisi della Dimensione Esterna

Categoria: struttura demografica, socioeconomica e microsociale della popolazione⁷

DATI DEMOGRAFICI E POPOLAZIONE

Popolazione provinciale 711.214 (708598 scorso anno) di cui F 50,6 (50,7% scorso anno)

Nella provincia di Modena in 33 anni si registra un aumento pop (totale) +104429 e sostanziale equilibrio di genere stabile (51,1%D).

Per una analisi macro: nascono più maschi ma gli uomini muoiono di più, per cui nelle classe di età più anziane, ci sono più donne che uomini. La distribuzione demografica conferma gli >85 la fascia di età più alta negli anziani, soprattutto per le D.

I tre distretti più popolati sono MO, SA, CA, il meno popolato è Pavullo con densità di popolazione diversa per genere.

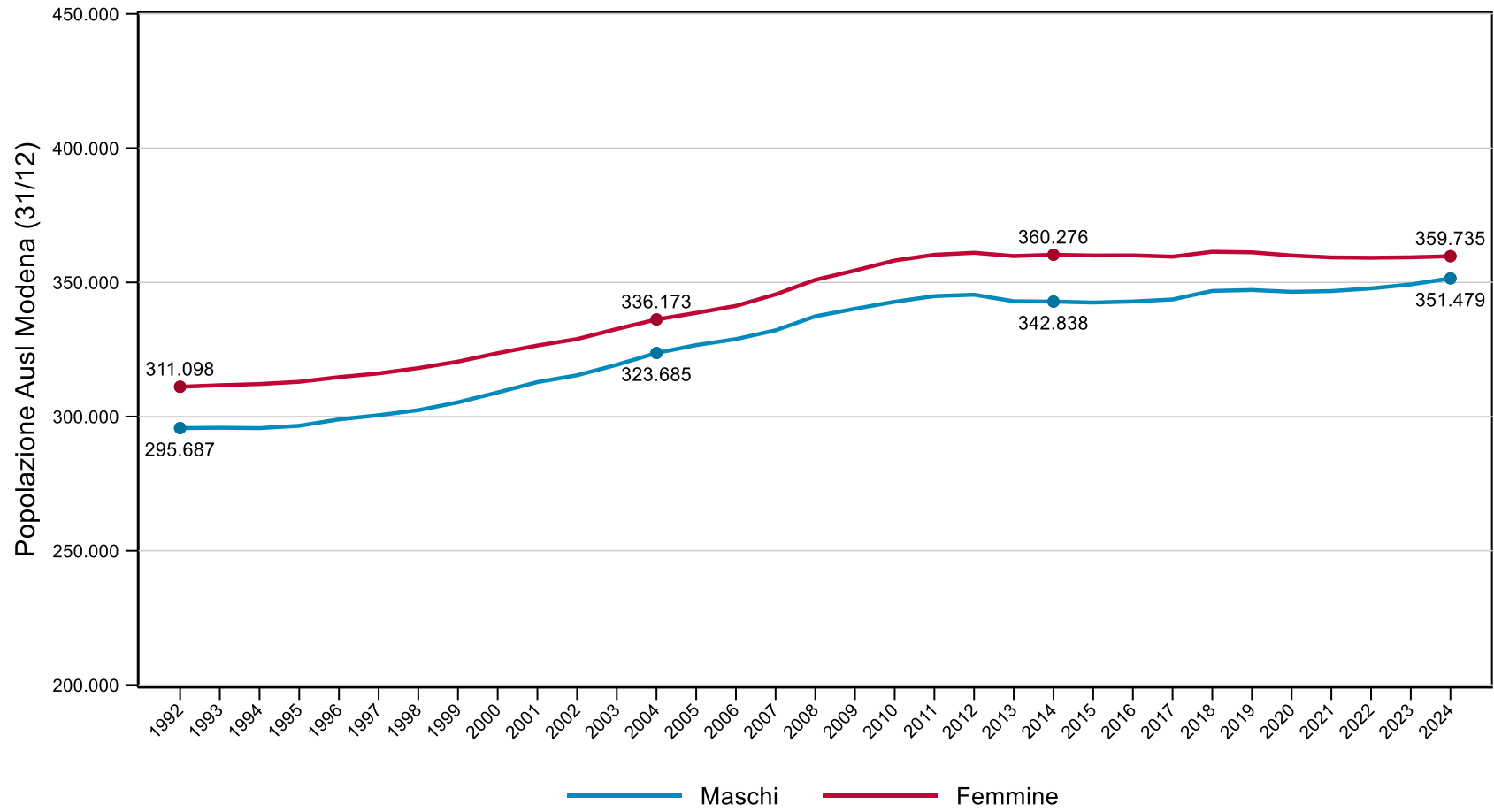
Popolazione straniera. L'analisi di questa dimensione della popolazione si presta a varie osservazioni e scelte metodologiche. In sanità si usa la classificazione binaria dei paesi, perché spesso i numeri non ci permettono di fare analisi fini per cittadinanza e si ricorre a raggruppamenti inevitabilmente non sono omogenei (sviluppati/PFSM, amplificata in taluni casi: est Europa, Africa, medioriente ecc).

La Distribuzione della popolazione straniera è maggiore in età lavorativa e scolastica, con forte riduzione o assenza per gli anziani che aumentano leggermente negli anni. In Italia non sono distinguibili categorie straniere uniformi e le differenze si amplificano molto perché provengono da nazionalità diverse con differenti caratteristiche, infatti la prevenzione con vaccinazioni è molto "nazione dipendente", ossia dipende dal modello sanitario del paese di provenienza: si può osservare ad esempio che il Tumore della cervice è maggiore nelle donne dell'est per maggiore diffusione virus HPV.

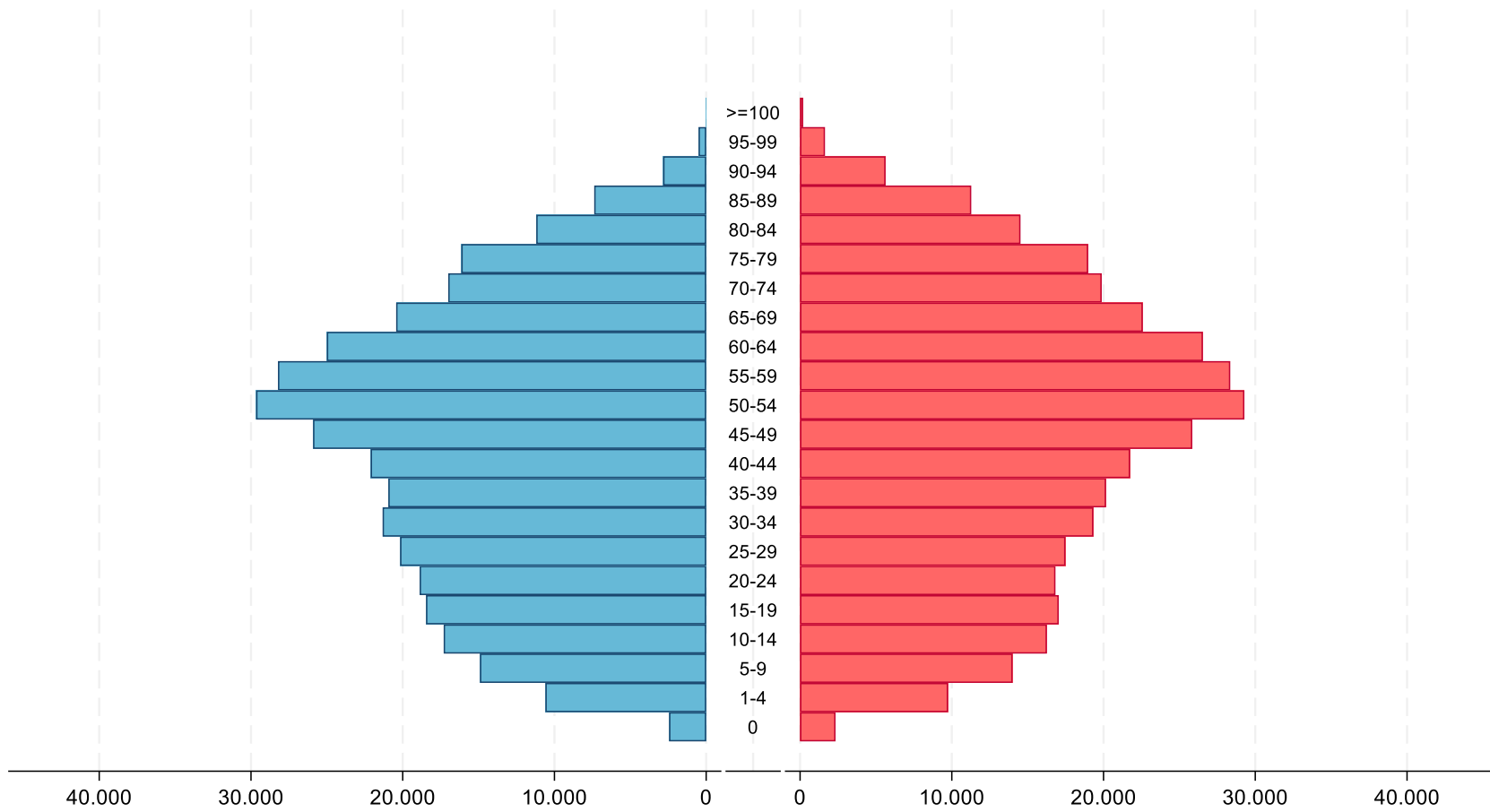
In proiezione: nei prossimi 20 anni si riduce la popolazione under 30 e si incrementa la fascia > 65, anche detto "effetto fungo che si alza". In età produttiva/riproduttiva sono maggiori U rispetto a D e gli over 65 superano la popolazione in età produttiva. Si evidenzia infatti una contrazione della distribuzione in età riproduttiva per entrambi i generi, e produttiva/lavorativa soprattutto per le donne. Complessivamente, si riduce il gap speranza di vita D/U ma aumenta nella vecchiaia a vantaggio delle Donne che da over 85 anticipa a over 80.

⁷ Dati trasmessi servizio Epidemiologia aziendale su base ISTAT BES PASSI ed elaborazioni RER in particolare per le cronicità

Andamento popolazione residente nell'AUSL di Modena – Periodo 1992-2024

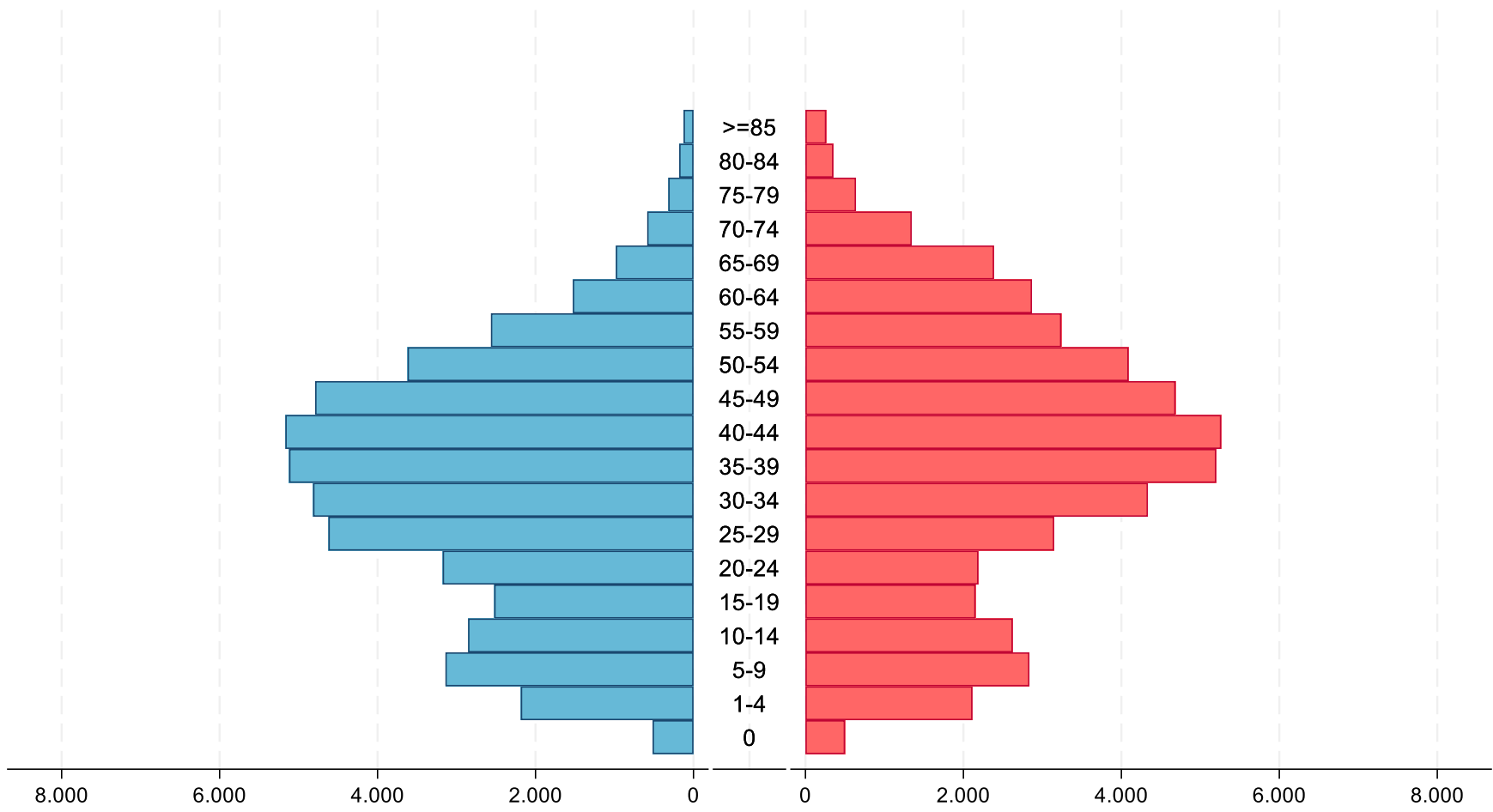


Distribuzione per età e sesso della popolazione residente nell'AUSL di Modena – Anno 2024



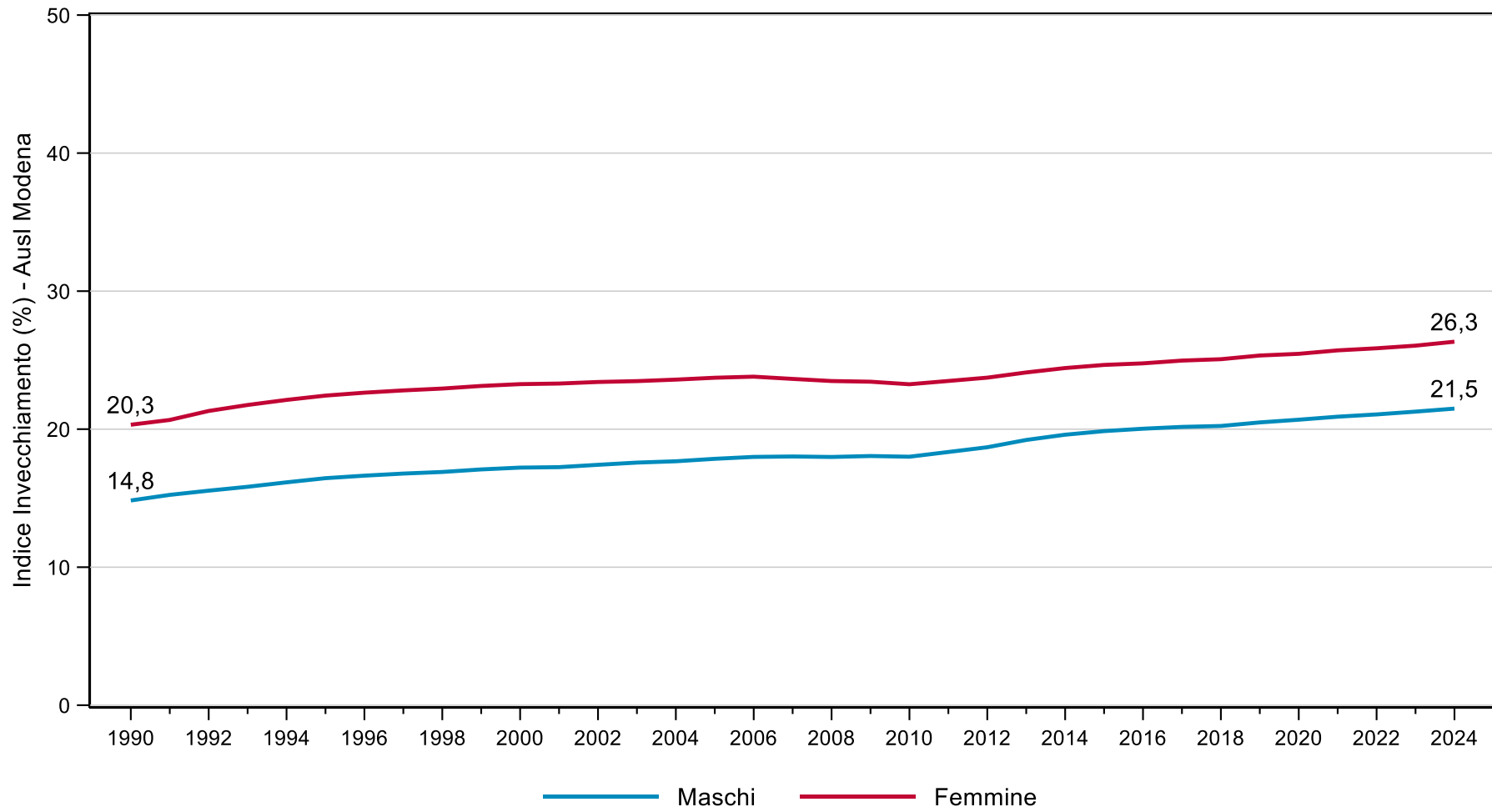
Popolazione Ausl Modena 2024

Distribuzione per età e sesso della popolazione straniera residente nell'AUSL di Modena – Anno 2024

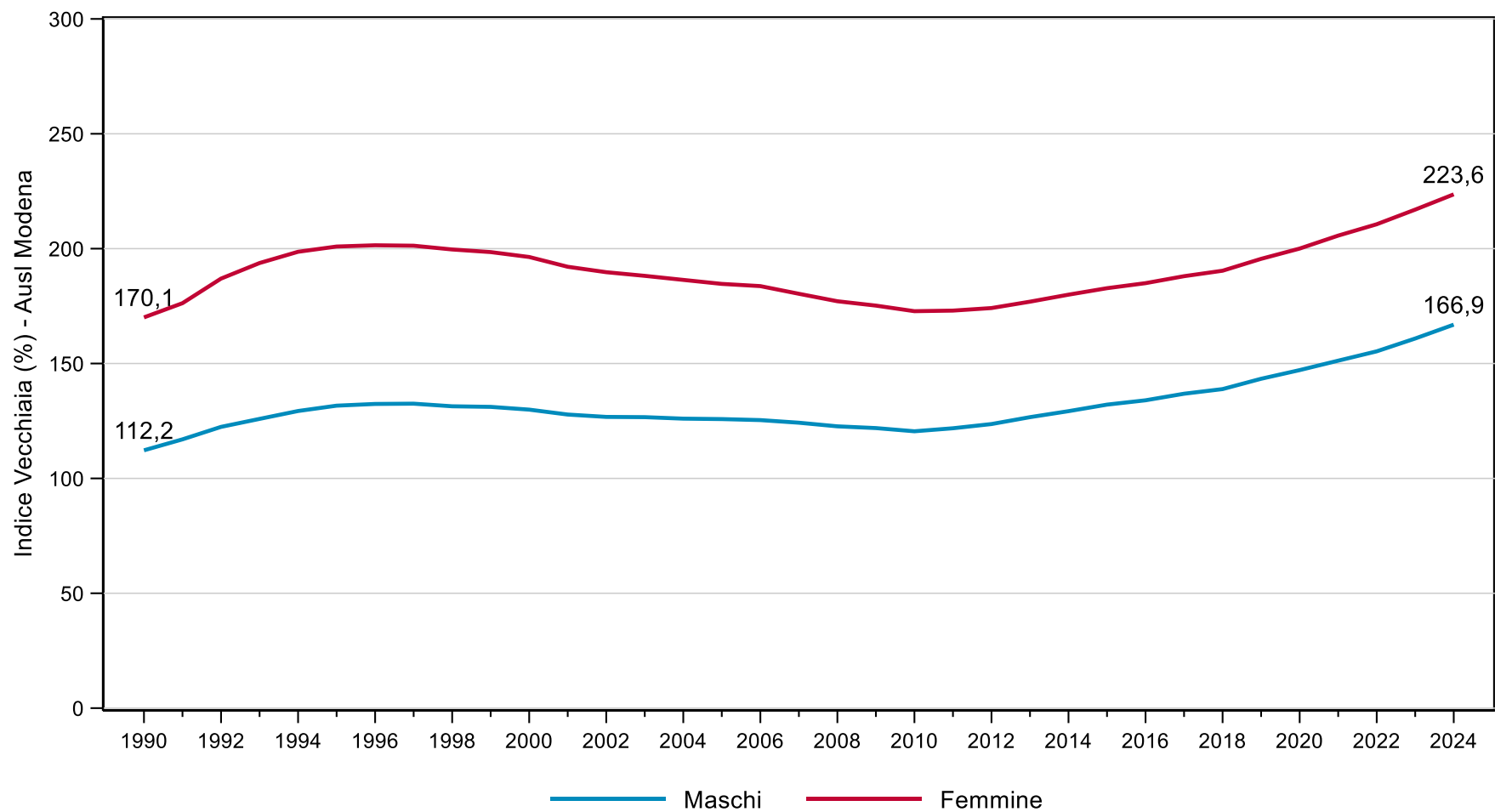


Anno:2024; Popolazione straniera Ausl Modena

Indice di Invecchiamento



Indice di Vecchiaia



DATI DEMOGRAFICI E SPERANZA DI VITA

Speranza di vita alla nascita '23 Tot 83,6 DVsU +3,9. Nel '91 Tot 77,5 DVsU +6,3

Speranza di vita a 65 anni '23 Tot 21,05 DVsU +2,7. Nel '91 Tot 17,3 DVsU +4,0

Speranza di vita alla nascita per distretto '23 media Tot 83,4 Valore max Vignola 84,25 Valore min Pavullo 82,55. Max DVsU +3,9CFE 4,4, Min DVsU +1,9.

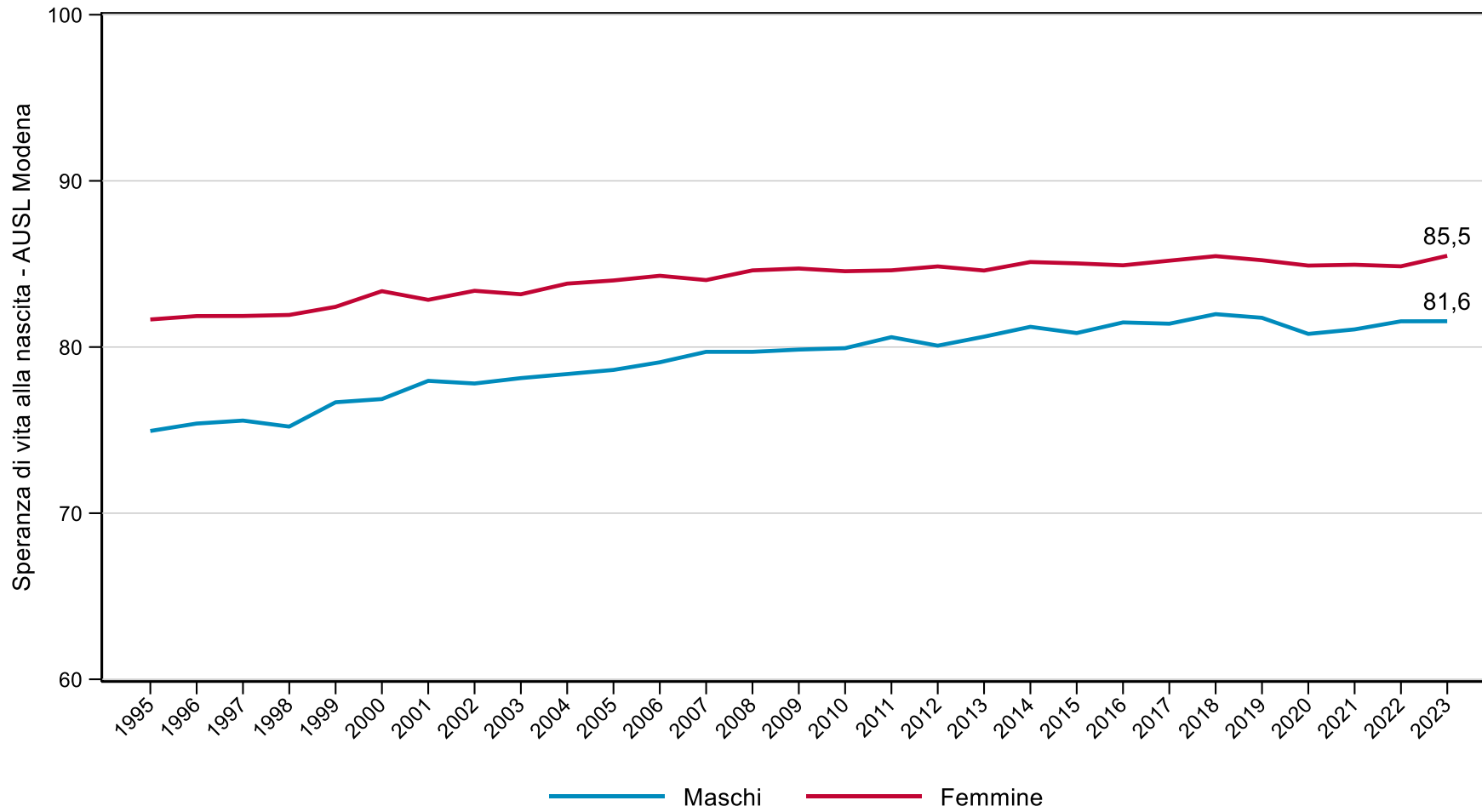
Aumenta l'aspettativa di vita per entrambi i generi **soprattutto per gli U** e specie in età produttiva. La maggior aspettativa di vita è distribuita nella fascia 40-50 e 0-4. L'aumento dell'età media è visibile soprattutto dagli anni '90, con una contrazione dei >100 nel 2016/19 e ripresa successiva soprattutto per le D. Si evidenzia una riduzione speranza di vita nel periodo COVID che conferma il dato di letteratura di una maggiore mortalità x covid nel sesso maschile.

Si registra una **contrazione nella fascia giovanile** dovuto al calo delle nascite meno compensato dall'immigrazione.

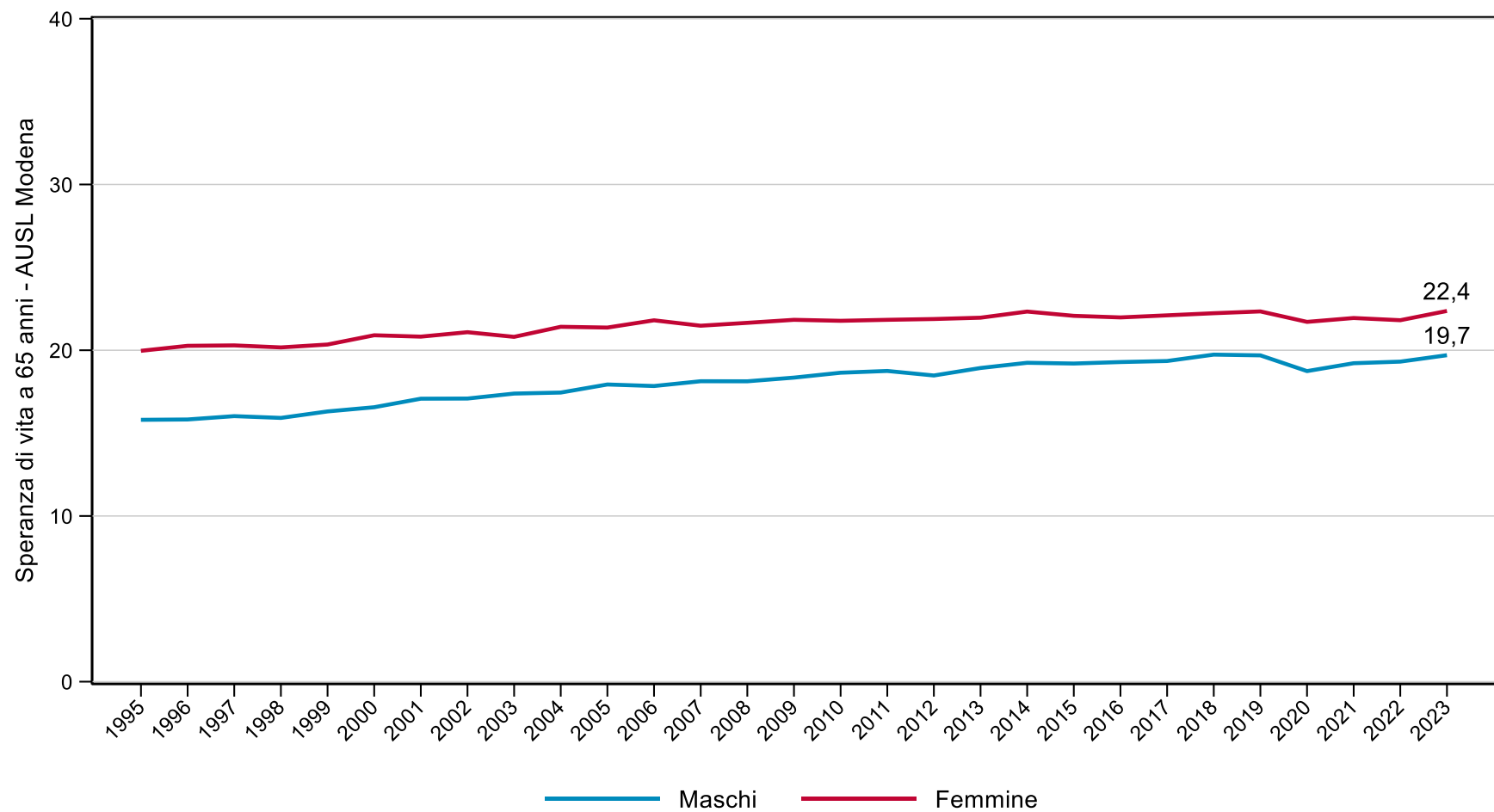
La speranza di vita alla nascita in 30 anni è aumentata in ambo i generi (U74,3 vs D80,6 del 1991 a U81,5 e D84,9 nel 2022) con riduzione del differenziale perché l'aumento maggiore è stato a carico degli uomini, ma non raggiungono i valori femminili: dalla nascita le donne vivono più a lungo di 4,3 anni e gli uomini di 7,2 anni con un "recupero" degli uomini di +3 anni; dai 65 anni le donne vivono più a lungo di 2,5 anni e gli uomini di 4,0 anni con un "recupero" degli uomini di +1,5 anni. Il trend delle crescita sembra rallentare delle donne mentre continua negli uomini, in entrambi però c'è stata un calo durante la pandemia che è in fase si "riassorbimento".

La **Differenza genere** è ulteriormente visibile **nella fascia >85 con un vantaggio** delle donne per **aspettativa di vita (quantità) che non corrisponde ad un vantaggio qualitativo**, sia riguardo i **determinanti di salute clinici (vedi incidenza malattie croniche e psichiatriche)** che **socio economici (solitudini, depressioni, limitazioni economiche)**. Le Donne invecchiano con più tipologie e una percentuale più alta di disabilità, perché vivono più a lungo e anche a causa dello squilibrio vita/lavoro (lavoro retribuito sommato a quello domestico e aggravato dal mental load), inoltre ci sono differenze intrinsecamente legate al genere. Va notato che, nonostante l' aspettativa di vita sia maggiore per le donne, la qualità della vita in termini di salute psicofisica e condizioni socio economiche ha una durata sovrapponibile in entrambi i sessi.

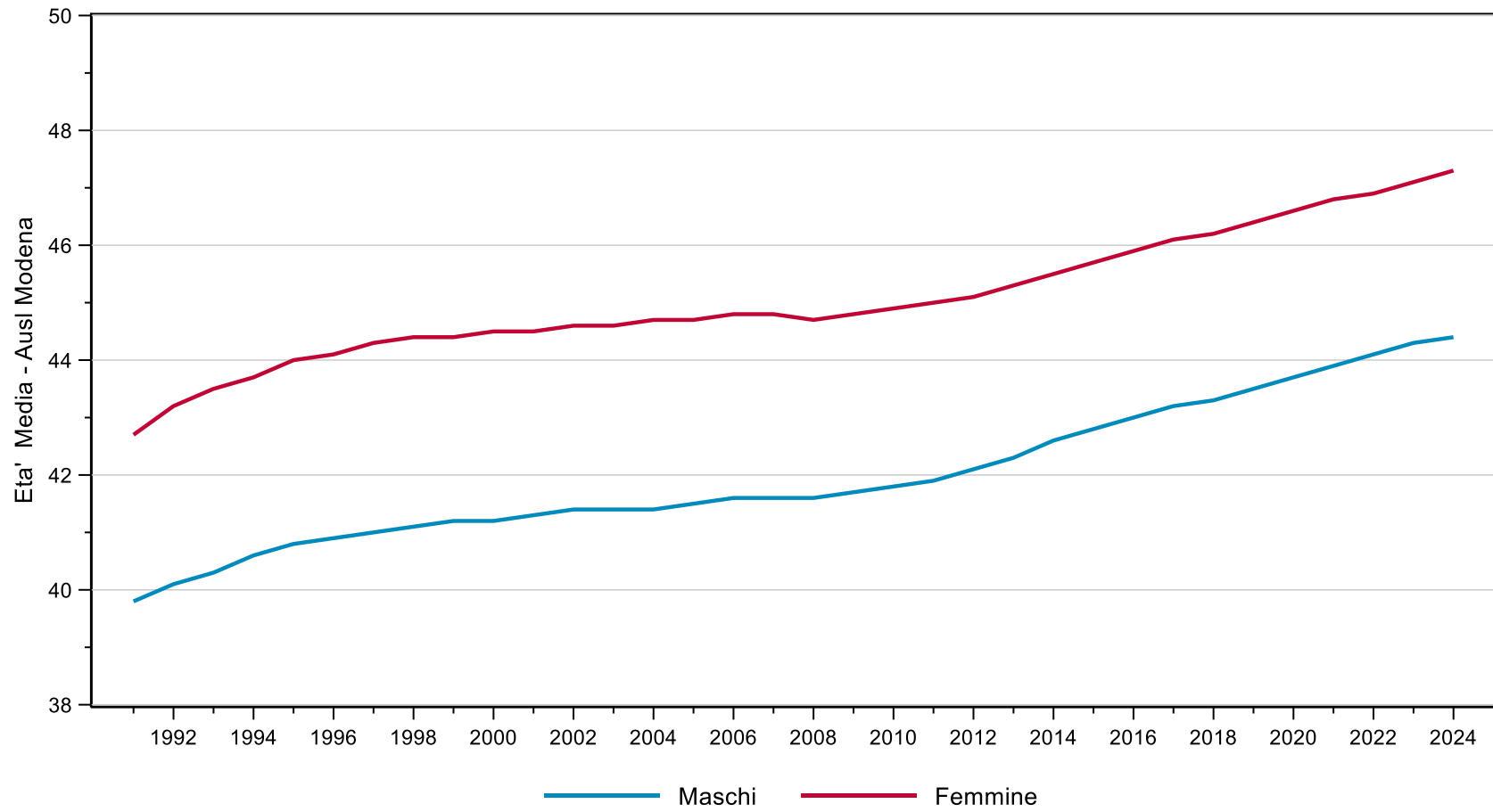
Speranza di vita alla nascita



Speranza di vita a 65 anni



Trend Età Media



DATI SOCIOECONOMICI

Lavoro e benessere economico, Provincia di Modena 2023 o 2022 (ultimo dato disponibile al 27/08/2025)				
Occupazione				
Indicatori 2023	Maschi	Femmine	Totale	Gap (F- M)
Tasso di disoccupazione (15-64 anni)	3,1	8,2	5,5	5,1
Tasso di occupazione giovanile (15-29 anni)	51,9	38,5	45,5	-13,4
Tasso di mancata partecipazione al lavoro giovanile (15-29 anni)*	10,8	21,9	15,7	11,1
appartenenti alle forze di lavoro (inattivi) nella				
Istruzione - 2022				
ultimo dato disponibile al 27/08/2025				
	Maschi	Femmine	Totale	Gap (F- M)
Passaggio all'università #	45,6	58,7	52,2	13,1
# % di neodiplomati che si iscrivono all'università nello stesso anno del diploma di scuola secondaria				
Benessere economico -2023				
	Maschi	Femmine	Totale	Gap (F- M)
Retribuzione media annua dei lavoratori dipendenti°	32.002,3	21.897,3	27.671,5	-10105,00
Importo medio annuo pro-capite dei redditi pensionistici°°	26.754,0	20.076,5	23.245,0	-6677,50

Modena provincia

Disoccupazione **Tot (15-64) 5,5% FVsM=+5,1%**; Disoccupazione giovanile **Tot (15-29 anni) 45,5 FVsM=-13,4**

Mancata partecipazione al lavoro **Tot (15-29) 15,7% FVsM +11,1%**

Passaggio Università nell'anno del diploma **Tot 52,2% FVsM +13,1%**

Retribuzione media annua L Dip **27671,5 FVsM -10105,00**

Media annuale pensione pro capite **23245,00 FVsM -6677,50**

E' evidente il Gap in tutti i settori: Lavoro, Studio, Retribuzioni e Pensione. Fa eccezione la disoccupazione giovanile che incide maggiormente nei maschi. Si nota che il GPG rispetto quello rilevato in AUSL è inferiore. Nella popolazione anziana sul reddito incide maggiormente la scolarità rispetto altri fattori come, ad esempio, la salute: maggiori sono gli studi conseguiti corrisponde al maggiore reddito/benessere. Tale osservazione non ha corrispondenza negli adulti/giovani. Il Pension Gap incide soprattutto nelle over 80, prima del passaggio all'economia industriale, ossia quando la donna svolgeva lavoro agricolo o artigianale non remunerato e considerato una produzione interna per la famiglia.

DATI SOCIOECONOMICI FAMIGLIE

Famiglie totali e unipersonali per distretto, Ausl Modena e R-ER 2024			Aggiornato al 01/01/2025		
	N° totale di famiglie	N° famiglie unipersonali	% famiglie unipersonali		
Distretto di Carpi	48.370	17.821	36,8%		
Distretto di Mirandola	37.699	13.315	35,3%		
Distretto di Modena	84.783	35.149	41,5%		
Distretto di Castelfranco E.	32.898	10.616	32,3%		
Distretto di Sassuolo	51.965	17.915	34,5%		
Distretto di Vignola	39.899	13.819	34,6%		
Distretto di Pavullo	19.996	8.474	42,4%		
Provincia Modena	315.610	117.109	37,1%		
Regione E-R	2.077.380	835.907	40,2%		
			calcolato e confrontato con self statistica: Famiglie- indicatori		
Famiglie unipersonali per sesso e distretto, Ausl Modena e R-ER 2024					
	<i>N° famiglie unipers. Maschili</i>	<i>N° famiglie unipers. Femminili</i>	<i>N* famiglie unipersonali - totale</i>	<i>%famiglie unipers. femminili su famiglie unipersonali</i>	<i>%famiglie unipers. femminili su famiglie totali</i>
Distretto di Carpi	8.639	9.182	17.821	52%	19%
Distretto di Mirandola	6.395	6.920	13.315	52%	18%
Distretto di Modena	16.148	19.001	35.149	54%	22%
Distretto di Castelfranco E.	5.372	5.244	10.616	49%	16%
Distretto di Sassuolo	8.821	9.094	17.915	51%	18%
Distretto di Vignola	6.883	6.936	13.819	50%	17%
Distretto di Pavullo	4.439	4.035	8.474	48%	20%
Provincia Modena	56.697	60.412	117.109	52%	19%
Regione E-R	397.020	438.887	835.907	53%	21%

Modena Provincia: **Famiglie unipersonali 117.109** (115 mila lo scorso anno). Confronto RER 835.907 famiglie unipersonali

Le famiglie **unipersonali femminili rappresentano il 52%** delle famiglie unipersonali tot nella provincia, mentre nella RER rappresentano il 53%. La maggior % FU femminili sono nei distretti MO 54%CA 52% e SA 51%. **Modena ha anche il primato della più alta % di famiglie unipersonali femminili rispetto al totale delle famiglie= 22%**

Nelle fasce giovanili queste famiglie unipersonali sono più spesso costituite da uomini, **nelle anziane più spesso da donne (tra le over 74enni delle donne, il 36,7% vive sola vs 14,3% degli uomini)**. Si noti che la D nella famiglia è portatrice di **doppia fragilità** ossia è più frequentemente vedova e sola, per motivi di struttura demografica e socioculturale, e quindi le donne tendono a subire maggiormente l'isolamento sociale inoltre incide sulle D il paradosso della salute per il quale sono portatrici di maggiori cronicità e disabilità acquisite. L'uomo vive in media l'80% della vita libero da disabilità mentre la donna il 70% circa. La concentrazione geografica delle FU femminili maggiore nelle città rispecchia la tipologia di tessuto sociale urbano cittadino in cui si concentrano le famiglie mononucleari

Categoria: mortalità e cronicità

MORTALITA' per settori nosologici 2020 - 24

Causa di morte	Maschi				Femmine				Totale			
	N	%	Tasso grezzo	Tasso standardizzato	N	%	Tasso grezzo	Tasso standardizzato	N	%	Tasso grezzo	Tasso standardizzato
Mal. Infettive	457	2,4	26,2	25,2	512	2,5	28,5	18,3	969	2,4	27,4	21,4
Tumori	5.330	28,2	306,0	295,4	4.743	22,7	263,9	200,2	10.073	25,3	284,6	240,0
Mal. Ematopoietiche	68	0,4	3,9	3,7	77	0,4	4,3	2,8	145	0,4	4,1	3,1
Mal. Endocrino-Metaboliche	760	4,0	43,6	42,0	696	3,3	38,7	26,0	1.456	3,7	41,1	33,1
Dist. Psicici e Comport.	1.073	5,7	61,6	59,4	2.306	11,0	128,3	75,9	3.379	8,5	95,5	70,1
Mal. Sist. Nervoso, Occhio, Orecchio	893	4,7	51,3	49,7	1.156	5,5	64,3	43,2	2.049	5,2	57,9	46,2
Mal. Sist. Circolatorio	5.194	27,5	298,2	287,6	6.680	32,0	371,6	227,7	11.874	29,8	335,5	255,7
Mal. Sist. Respiratorio	1.482	7,8	85,1	82,2	1.364	6,5	75,9	47,6	2.846	7,2	80,4	61,7
Mal. App. Digerente	621	3,3	35,6	34,4	652	3,1	36,3	24,0	1.273	3,2	36,0	28,7
Mal. Cute	42	0,2	2,4	2,3	75	0,4	4,2	2,7	117	0,3	3,3	2,6
Mal. Sist. Osteomuscolare	80	0,4	4,6	4,4	150	0,7	8,3	5,7	230	0,6	6,5	5,2
Mal. App. Genitourinario	435	2,3	25,0	24,1	514	2,5	28,6	17,6	949	2,4	26,8	20,2
Gravidanza, Parto, Puerperio	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Cond. Morbose Perinatale	21	0,1	1,2	1,5	15	0,1	0,8	1,1	36	0,1	1,0	1,3
Malf. Congenite	39	0,2	2,2	2,3	35	0,2	1,9	1,9	74	0,2	2,1	2,1
Mal. Mal Definite	72	0,4	4,1	4,0	169	0,8	9,4	5,5	241	0,6	6,8	5,0
Traumi e Avvelenamenti	818	4,3	47,0	45,5	583	2,8	32,4	22,1	1.401	3,5	39,6	32,9
Causa sconosciuta	233	1,2	13,4	13,1	133	0,6	7,4	6,2	366	0,9	10,3	9,5
Covid-19	1.284	6,8	73,7	71,4	1.028	4,9	57,2	37,2	2.312	5,8	65,3	51,9
Mal. senili e presenili	1.663	8,8	95,5	92,3	3.188	15,3	177,4	107,1	4.851	12,2	137,1	102,2
Mortalità generale	18.902	100,0	1.085,3	1.048,0	20.888	100,0	1.162,1	765,9	39.790	100,0	1.124,3	890,5
	14.953				17.003				31.956			

AUSLMO: prime 5 cause di morte

Confermate U: Tumori- mal sistema circolatorio- malattie senili/presenili-covid 19- Mal. sistema Respiratorio. T. prime 5:14.953 (rilevazione precedente 16.646)

Confermate D: Malattie sistema circolatorio - tumori- malattie senili/presenili- disturbi Psicici e comportamentali – mal sistema respiratorio T. prime 5: 18.281 (rilevazione precedente 14.564). dati espressi in percentuale:

Mortalità D/mortalità totale: 52,49% (52,37%); Dprime 5/Dtot. mortalità: 87,51% (86,22%).

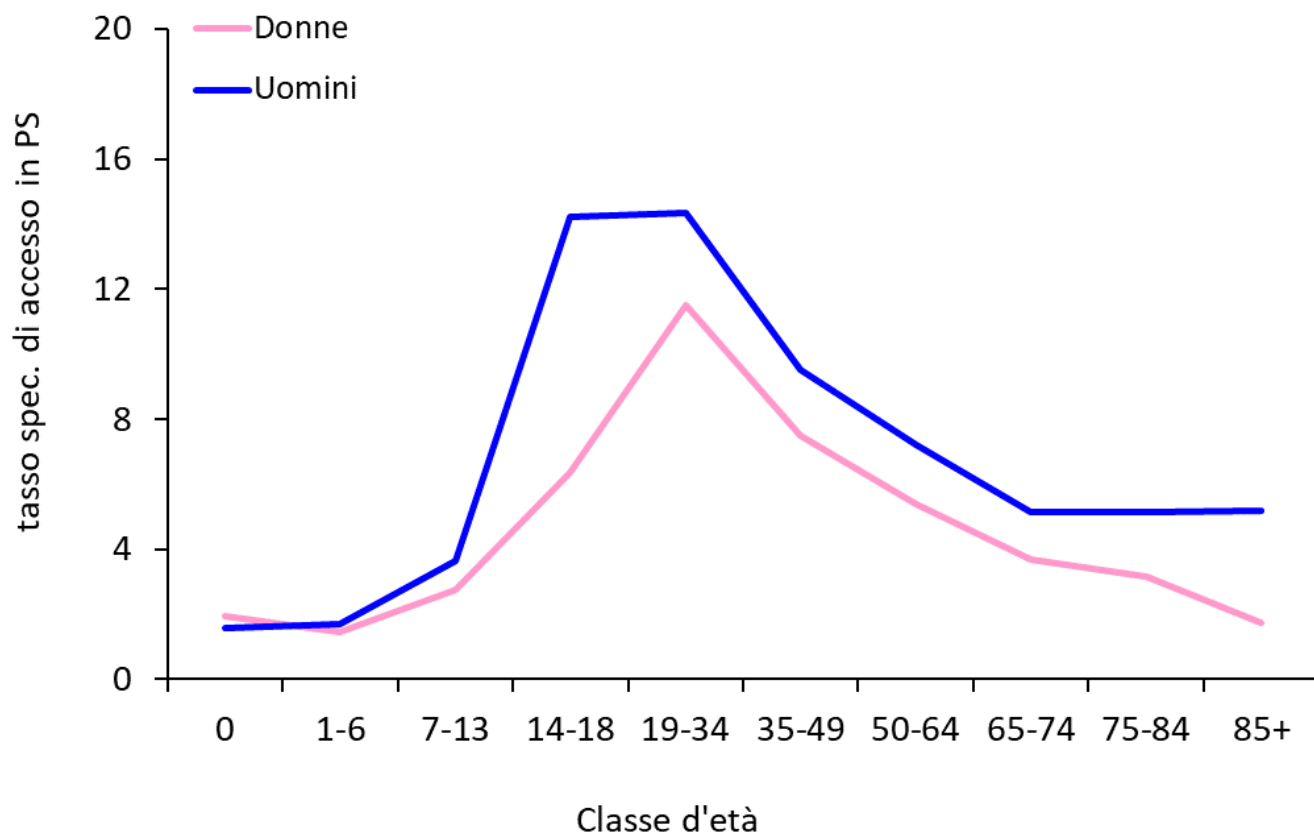
Al Nord, si confermano i tassi migliori, in particolare nelle prime tre posizioni si collocano Emilia-Romagna, Toscana (56% uomini e 65% donne in entrambe le Regioni) e Veneto (55% e 64%). In coda invece il Sud, con Sicilia (52% uomini e 60% donne), Sardegna (49% e 60%) e Campania (50% e 59%).

TRAUMI E INCIDENTI STRADALI

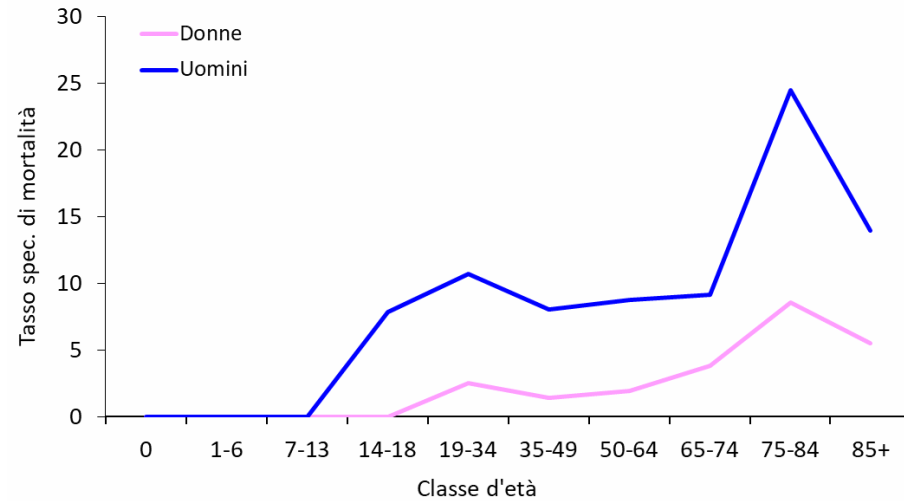
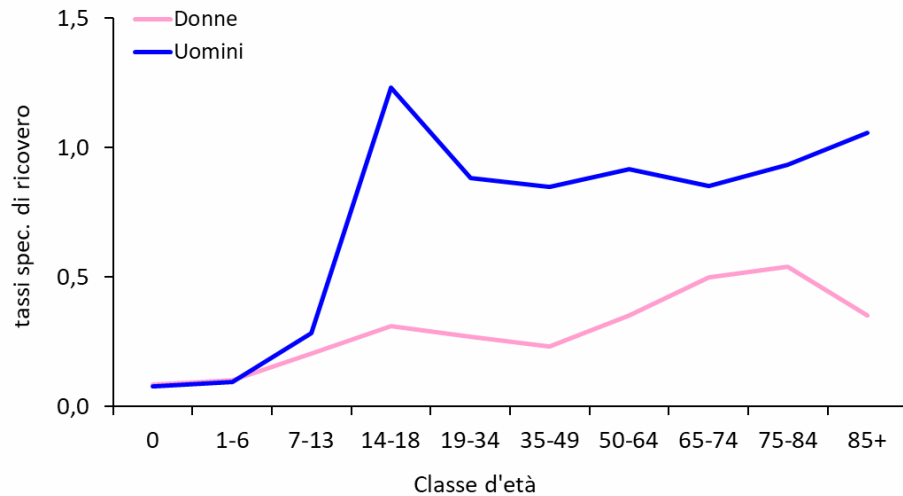
Morti D/T: 22,70 % (rilevazione precedente 26,08%). PS D/T: 42,10% (43,86%). Ricoveri D/T: 29,06 % (30,74%).

I dati confermano che anche nell'ultima rilevazione i ricoveri e mortalità per incidenti stradali mostrano valori molto superiori negli uomini rispetto alle donne a tutte le età, ad esclusione dei quelle infantili. Ciò vale anche per gli accessi al PS, ma con un differenziale inferiore.

Accessi in Pronto Soccorso per incidente stradale - Periodo 2020-2024



Numero assoluto decessi e tassi specifici per classi d'età e sesso. Periodo 2020 - 2024. Incidenti stradali



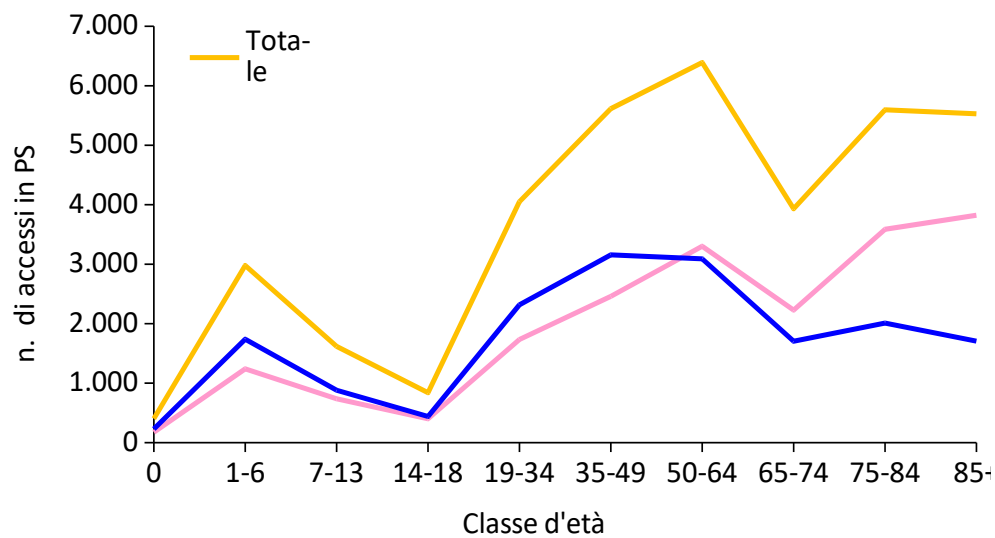
TRAUMI E INCIDENTI DOMESTICI

Morti D/T: 54,41% (56,91%). **PS D/T: 53,26%**(54,81%). **Ricoveri D/T: 62,97%** (63,40%). Confermata l'incidenza prevalente dei traumi domestici per il genere femminile. Sia gli accessi al PS che i ricoveri presentano un tasso più elevato per le D: PS D 7,4 % (9,8%) - U 6,3% (8,4%); Ricoveri D 1,1 % (1,59%) U 0,06 % (0,95%). Si registra una contrazione complessiva degli accessi per incidenti domestici.

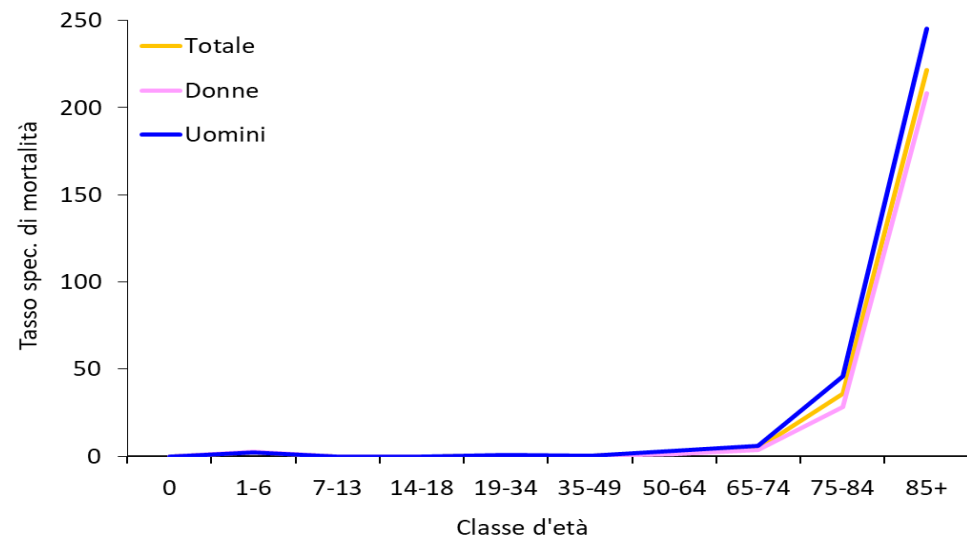
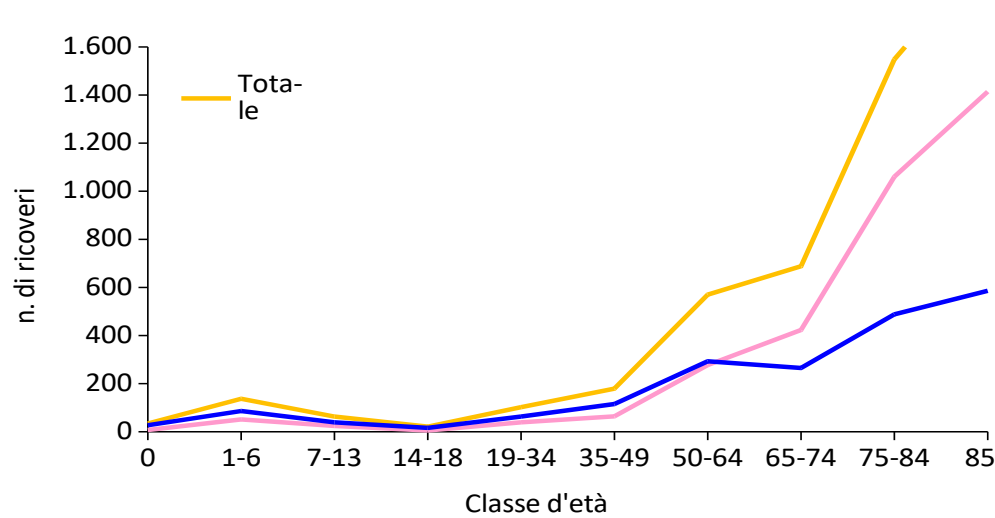
Diff x classi di età: si registra un picco 0-6 leggermente maggiore per i maschi, coerente con il numero più alto delle nascite e le differenze comportamentali. Il picco si ripresenta in età adulta per entrambi i generi ma con una leggera differenza: M tra i 35-65 per poi ridursi in età senile; F tra 50-65 per poi risalire in età senile.

Le differenze di genere sono complessivamente modeste fatta eccezione per i ricoveri. Nelle età **over 65 anni gli accessi in PS e i ricoveri per infortuni domestici sono più frequenti nelle donne**, ma la mortalità è abbastanza simile. Le donne trascorrono più tempo in casa degli uomini e sono esposte a un maggior numero di infortuni nei lavori domestici, soprattutto in età avanzata anche se, in questo caso, la classificazione di infortunio domestico soffre di misclassificazioni a causa delle cadute patologiche (secondarie a patologie), decisamente più frequenti nelle donne.

Numero assoluto accessi PS, tasso di accesso specifico per età e sesso (per 1.000 res.) _PS 2020 2024



Numero assoluto ricoveri , tasso di ospedalizzazione specifico per età e sesso (per 1.000 res.) _SDO 2020 2024



CRONICITA'

Dati scelti come indicatori più rappresentativi rispetto alla mortalità perché lo studio delle cronicità, offre una fotografia del carico di malattia più attuale dando così tre informazioni: efficacia della prevenzione, costi per l'azienda, oggettività dei bisogni.

Figura 1.6. Distribuzione dei sottogruppi di popolazione* - Dati PASSI d'Argento 2021-2023

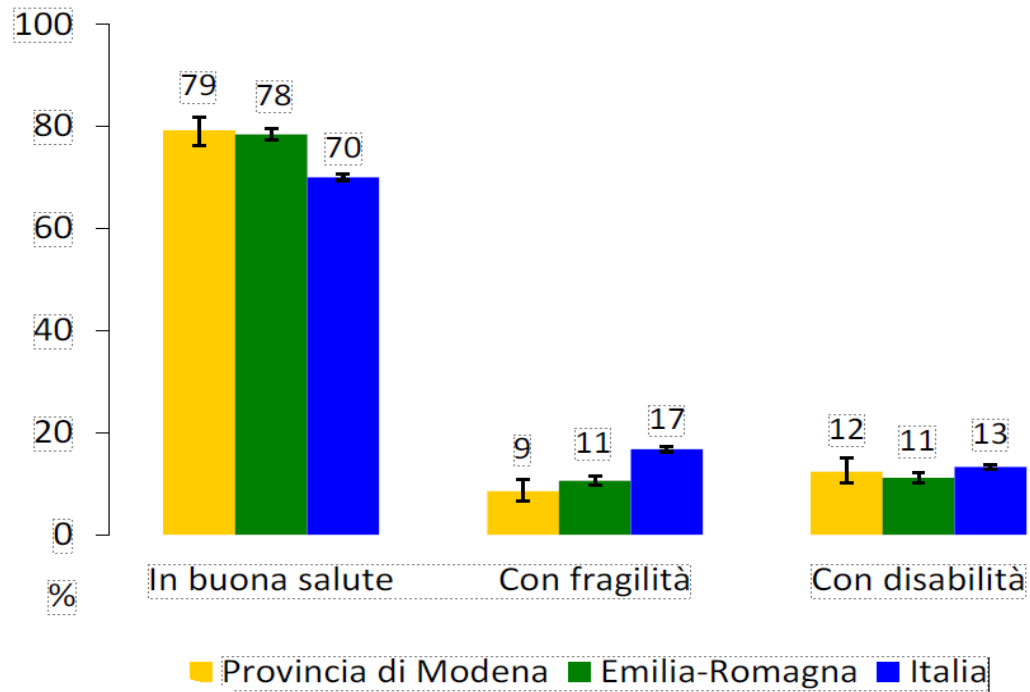


Figura 2.2.2 Prevalenza di patologia cronica distinta per sesso – N° di casi, tasso standardizzato – Popolazione residente nell’Ausl di Modena – Anno 2023

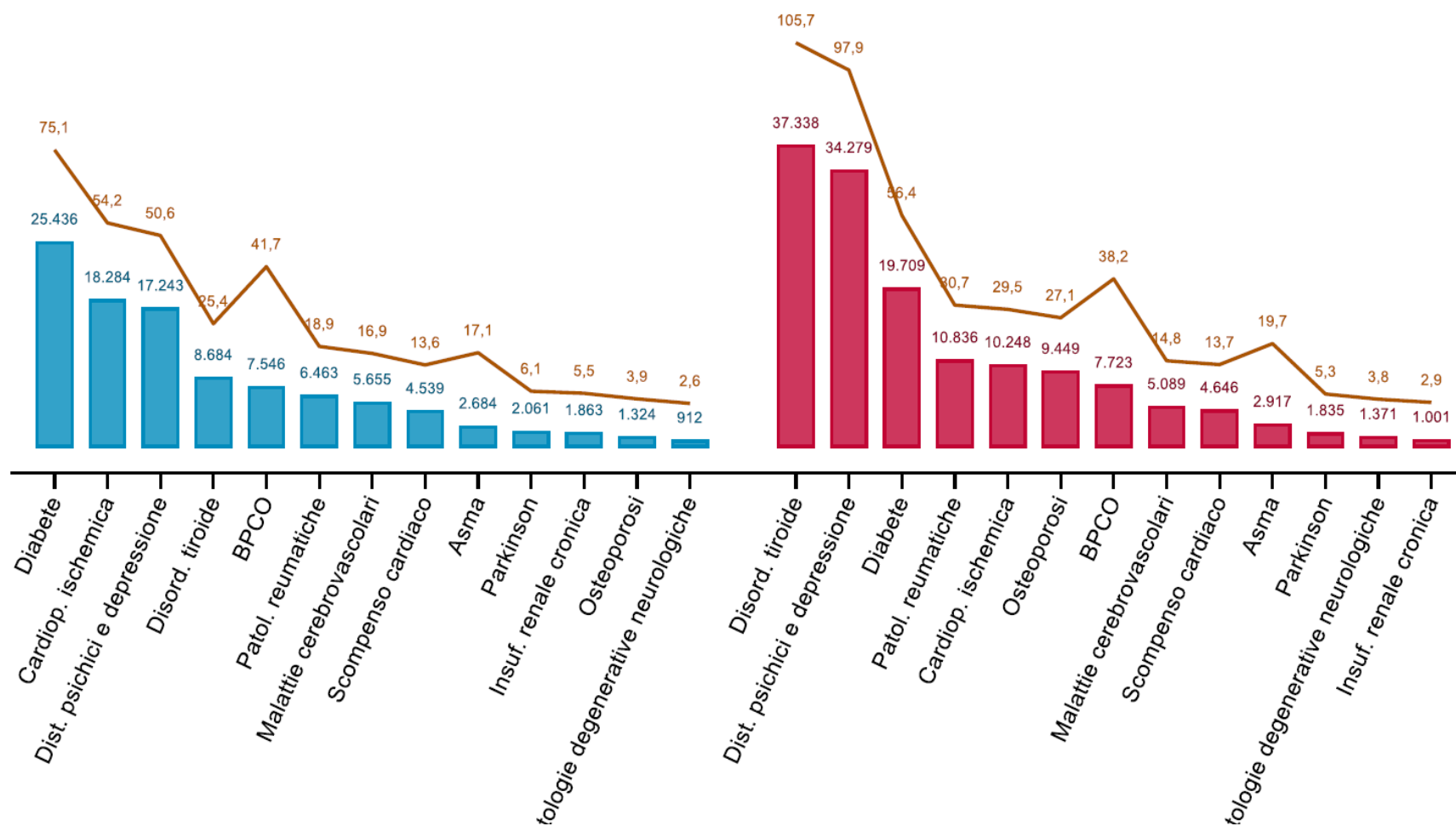
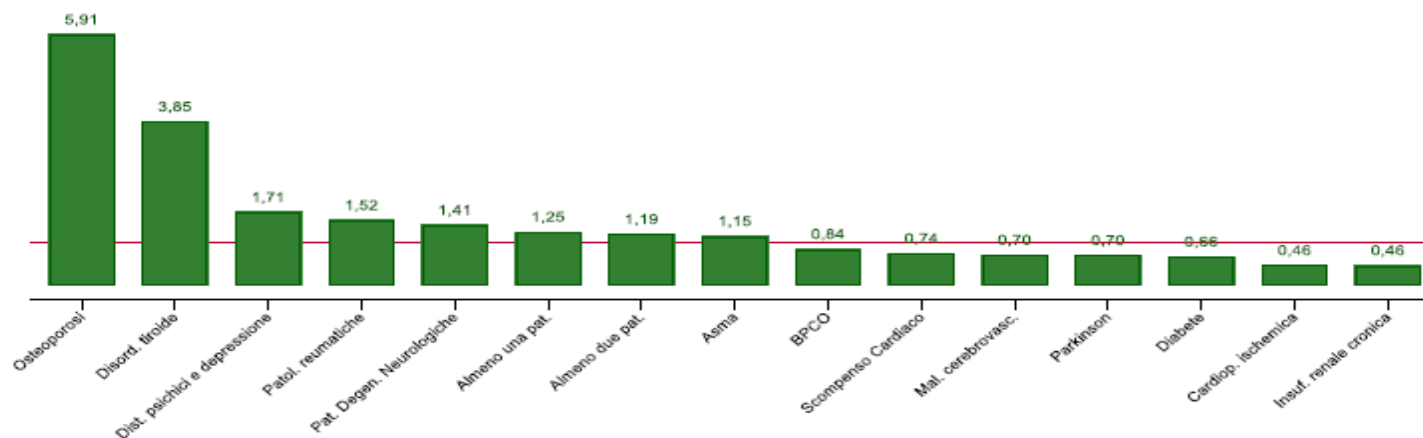
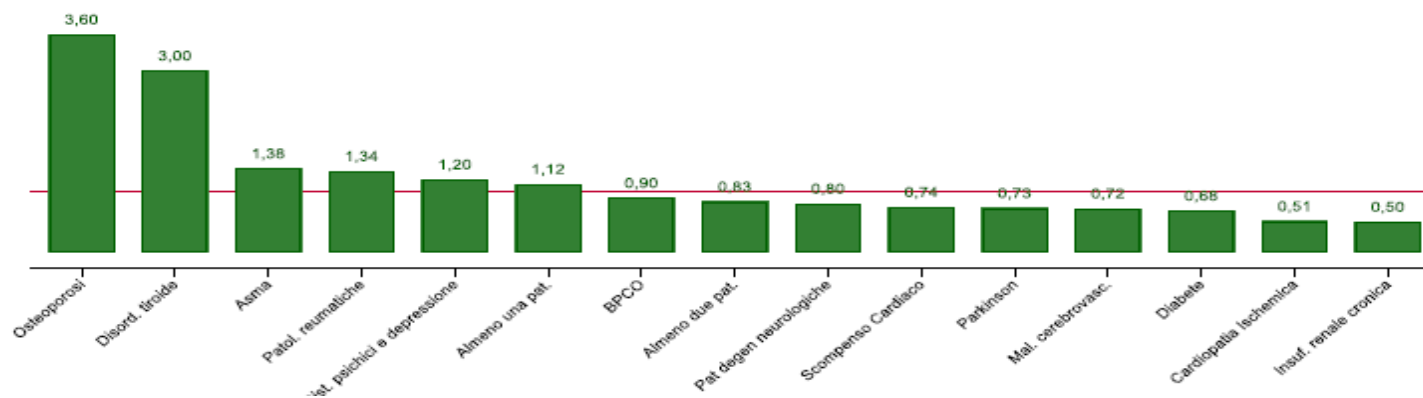


Figura 2.3.3 Rapporto fra tassi (femmine vs maschi) per patologia cronica – Popolazione residente nell’Ausl di Modena – Anno 2023

Prevalenza



Incidenza



Residenti con almeno 1 P cronica: F: 102280 ('23 79.328); M: 71540 ('23 57.716) 21678. F/tot malati 58,84%

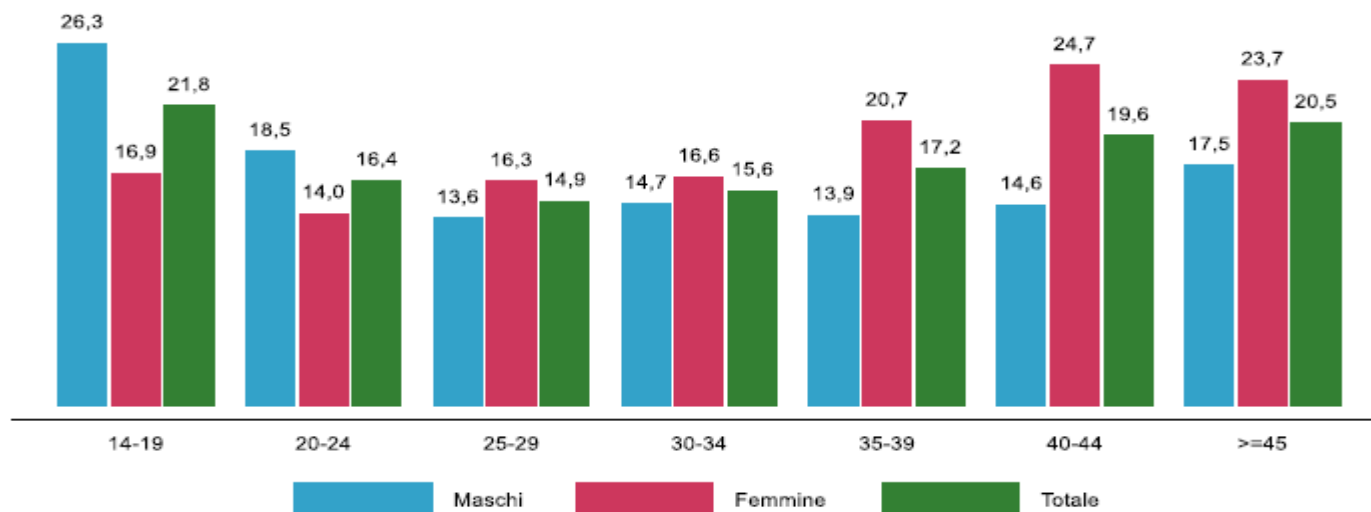
Malati cronici con almeno 2 patologie F: 31632 ('23 18.535); M: 21678 ('23 14.391) F/tot malati 59,33%

Di seguito l'elenco delle cronicità distinte per genere. NB sono ricomprese 3 cronicità in più rispetto al conteggio dell'anno precedente che sono: Patologie neurodegenerative; Patologie cerebrovascolari; Disturbi Psicici depressivi TOT +64549. Stima **incremento cronicità +8265** che si riferisce all'incremento delle cronicità rispetto lo scorso anno togliendo le tre aggiunte appena descritte.

Complessivamente si evidenzia una differenza di genere a svantaggio femminile nella maggioranza delle cronicità analizzate (D8/T13) in particolare per le F: Osteoporosi, Disordini della Tiroide, Disturbi Psicici e Depressioni, Patologie Degenerative Neurologiche e Patologie Reumatiche; per i M: Insufficienza Renale Cronica, Cardiopatia ischemica e Diabete. La differenza resta invariata stabile tra i generi. Si evidenzia un aumento delle patologie croniche stimabile in + 8265 persone con almeno una cronicità. Il fenomeno è spiegabile con l'aumento della popolazione anziana che, come noto, interessa maggiormente le donne e quindi della presa in carico. Le cronicità potrebbero essere aumentate anche a seguito di una contrazione nel periodo COVID, con l'aumento dei decessi.

Figura 3.6 ASMA – Distribuzione per sesso e classi di età – Tasso specifico per 1.000 – Popolazione residente nell'Ausl di Modena – Anno 2023

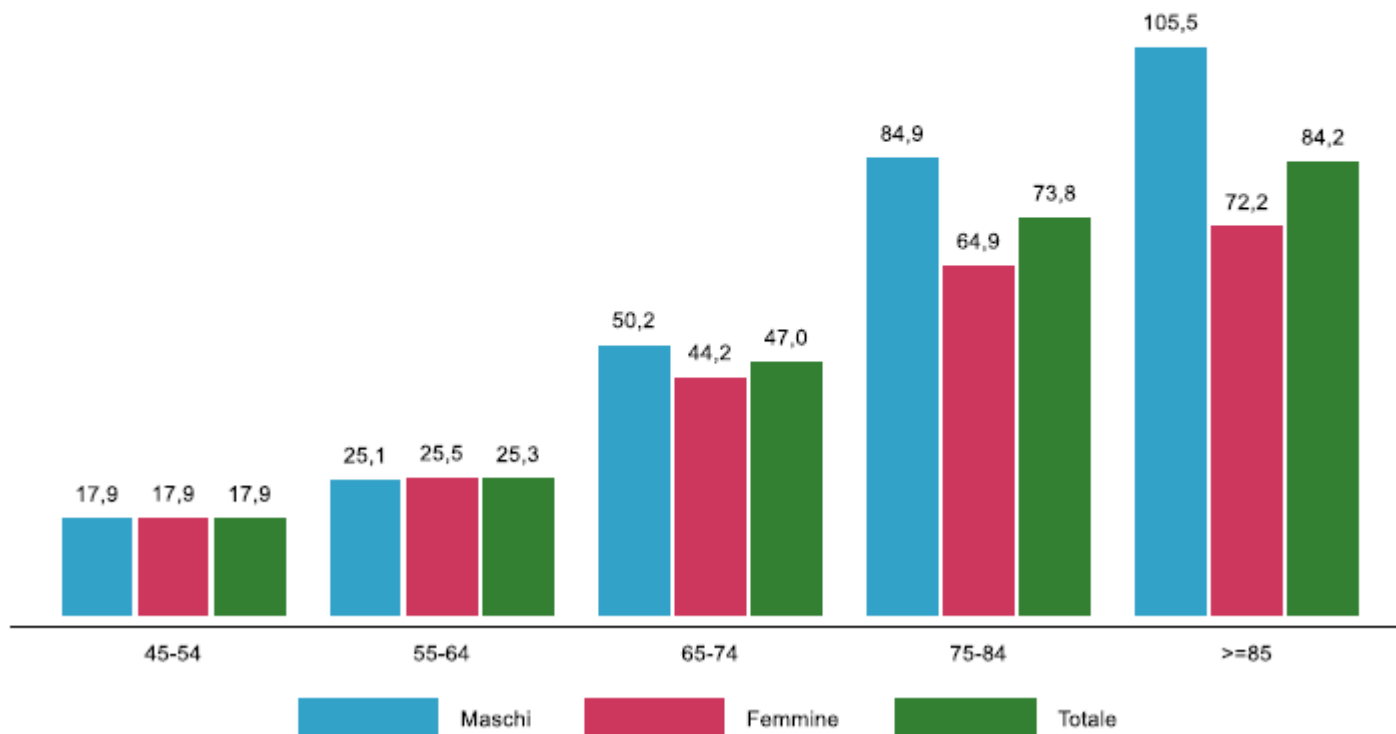
Prevalenza



Prevalenza di ASMA: F: 2917 ('23 2.704); M 2684 ('23 2599) F/tot malati 52,07%

Figura 4.6 BPCO – Distribuzione per sesso e classi di età – Tasso specifico per 1.000 – Popolazione residente nell’Ausl di Modena – Anno 2023

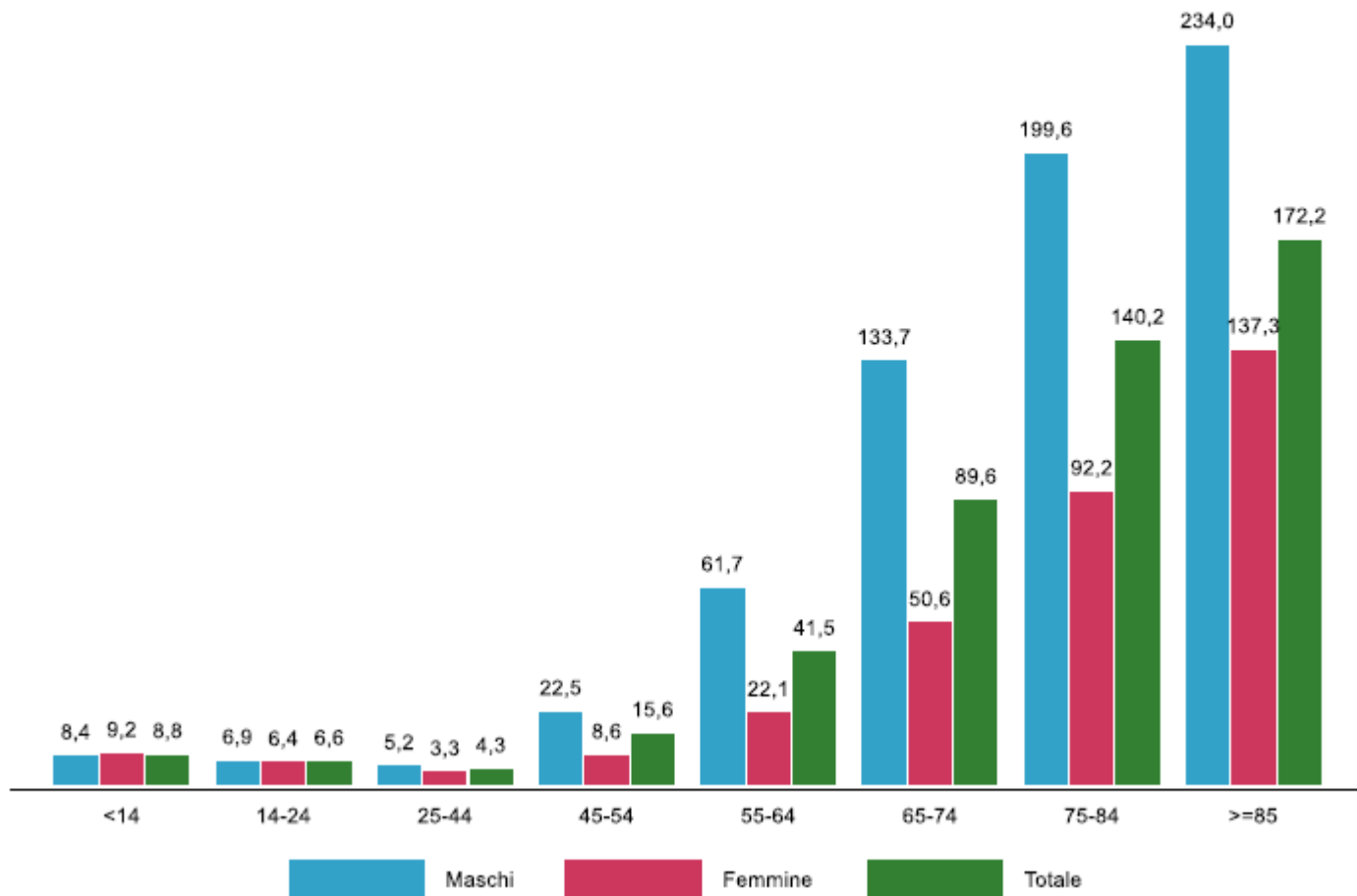
Prevalenza



Prevalenza di BPCO F:7723 ('23 7.519) M:7546 ('23 7.450) F/tot malati 50,57%

Figura 5.6 Prevalenza di CARDIOPATIA ISCHEMICA per sesso e classi di età – Tasso specifico per 1.000 – Popolazione residente nell’Ausl di Modena – Anno 2023

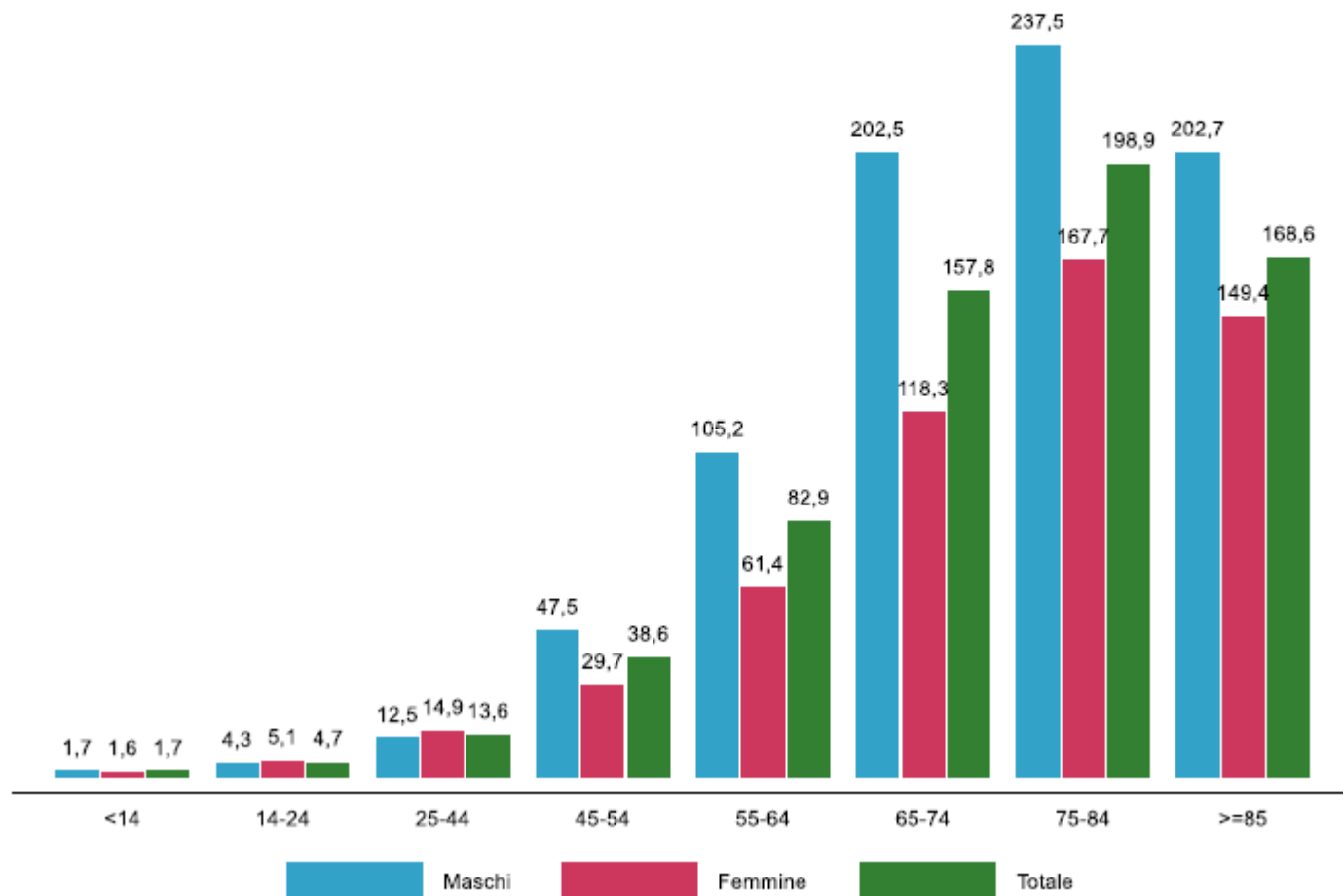
Prevalenza



Prevalenza di CARDIOPATIA ISCHEMICA. F10248 ('23 10.415) M18284 ('23 18.230) F/tot malati 35,91%

Figura 6.6 DIABETE – Distribuzione per sesso e classi di età – Tasso specifico per 1.000 – Popolazione residente nell’Ausl di Modena – Anno 2023

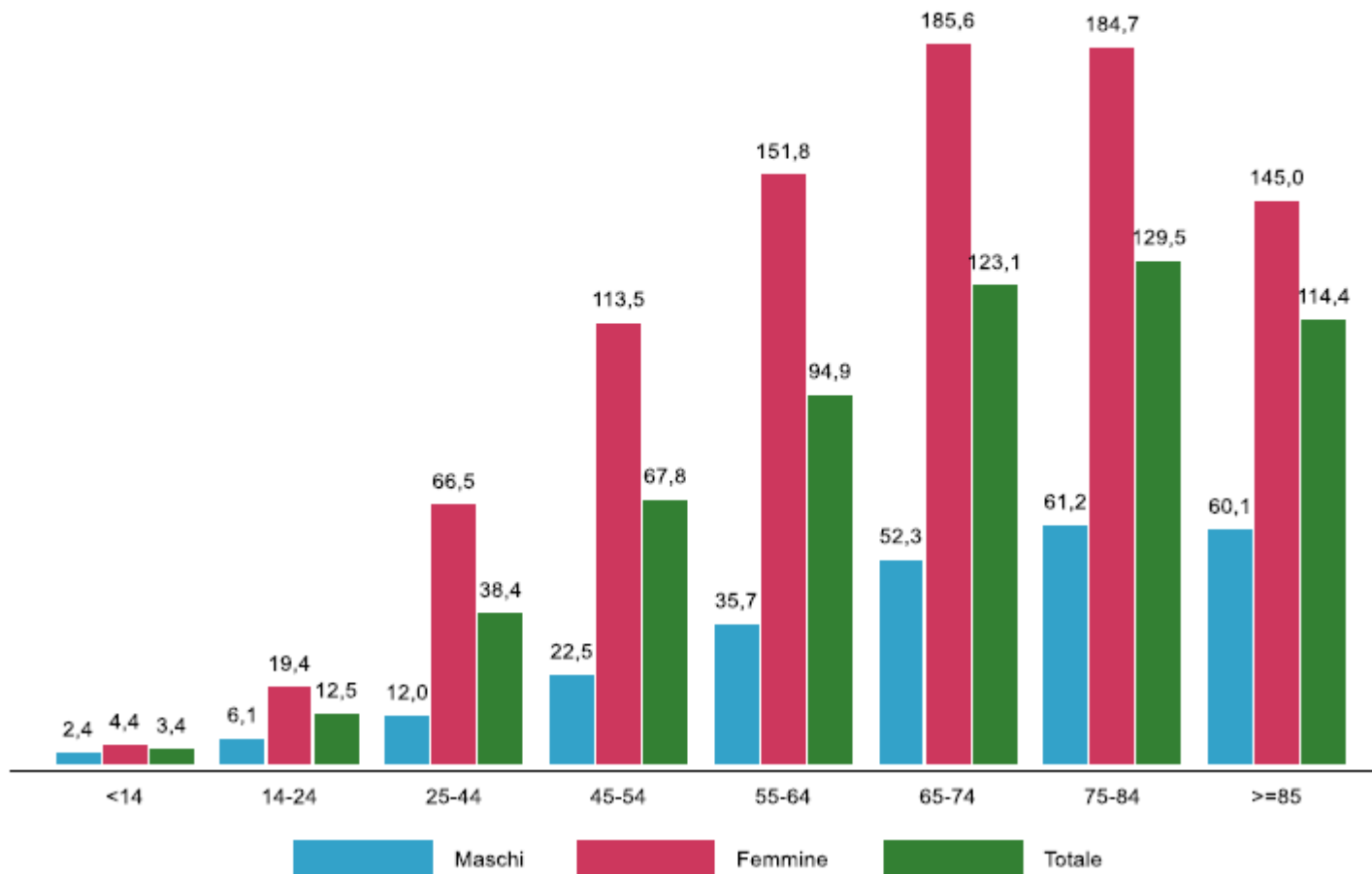
Prevalenza



Prevalenza di DIABETE F19709 ('23 19.291) M25436 ('23 24.626) F/tot malati 43,64%

Figura 7.6 DISORDINI DELLA TIROIDE - Distribuzione per sesso e classi di età – Tasso specifico per 1.000 – Popolazione residente nell’Ausl di Modena – Anno 2023

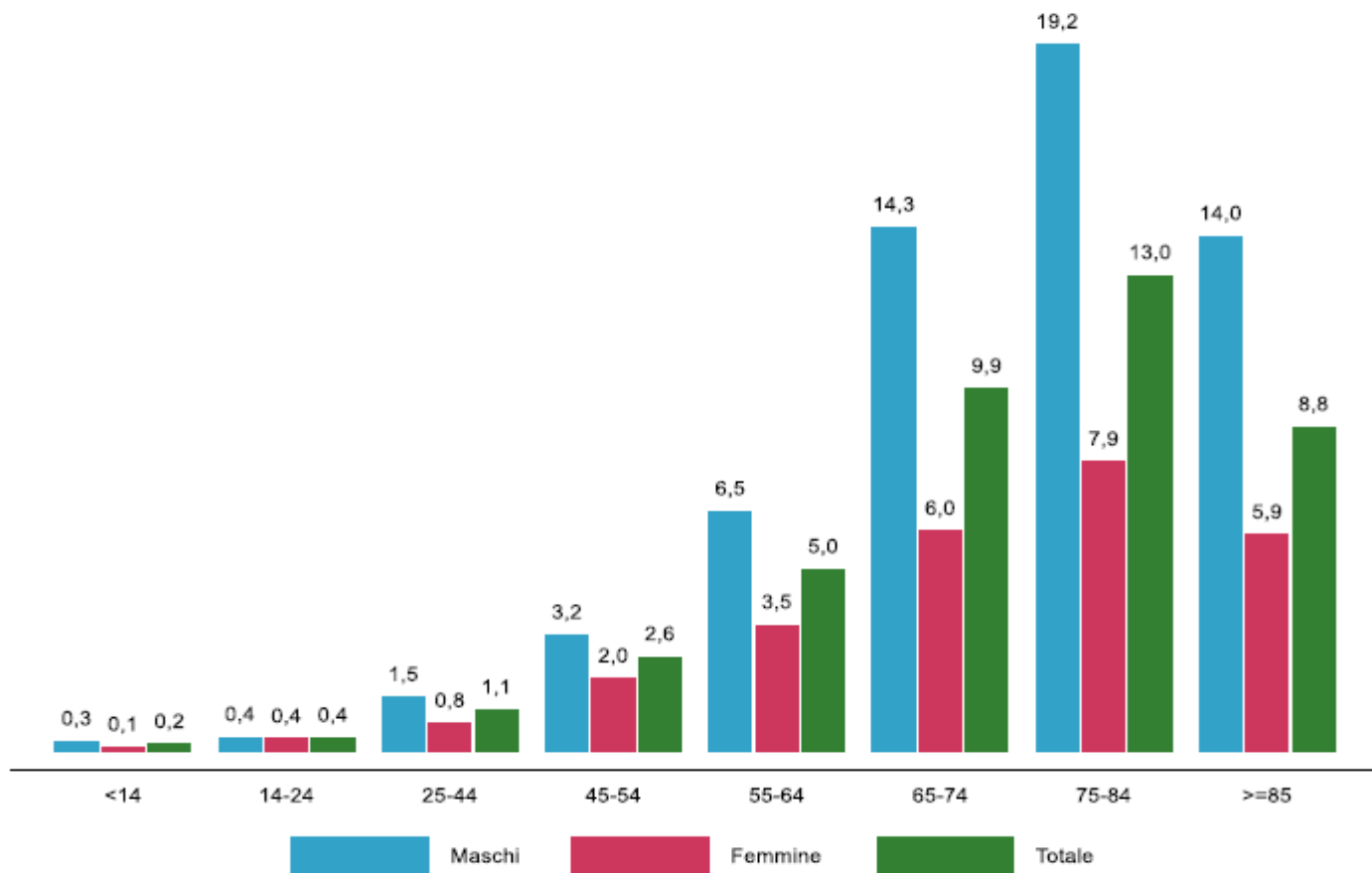
Prevalenza



Prevalenza di DISORDINI DELLA TIROIDE F37338 ('23 36.084) M8684 ('23 8.321) F/tot malati 81,13%

Figura 8.6 INSUFFICIENZA RENALE CRONICA - Distribuzione per sesso e classi di età – Tasso specifico per 1.000 – Popolazione residente nell’Ausl di Modena – Anno 2023

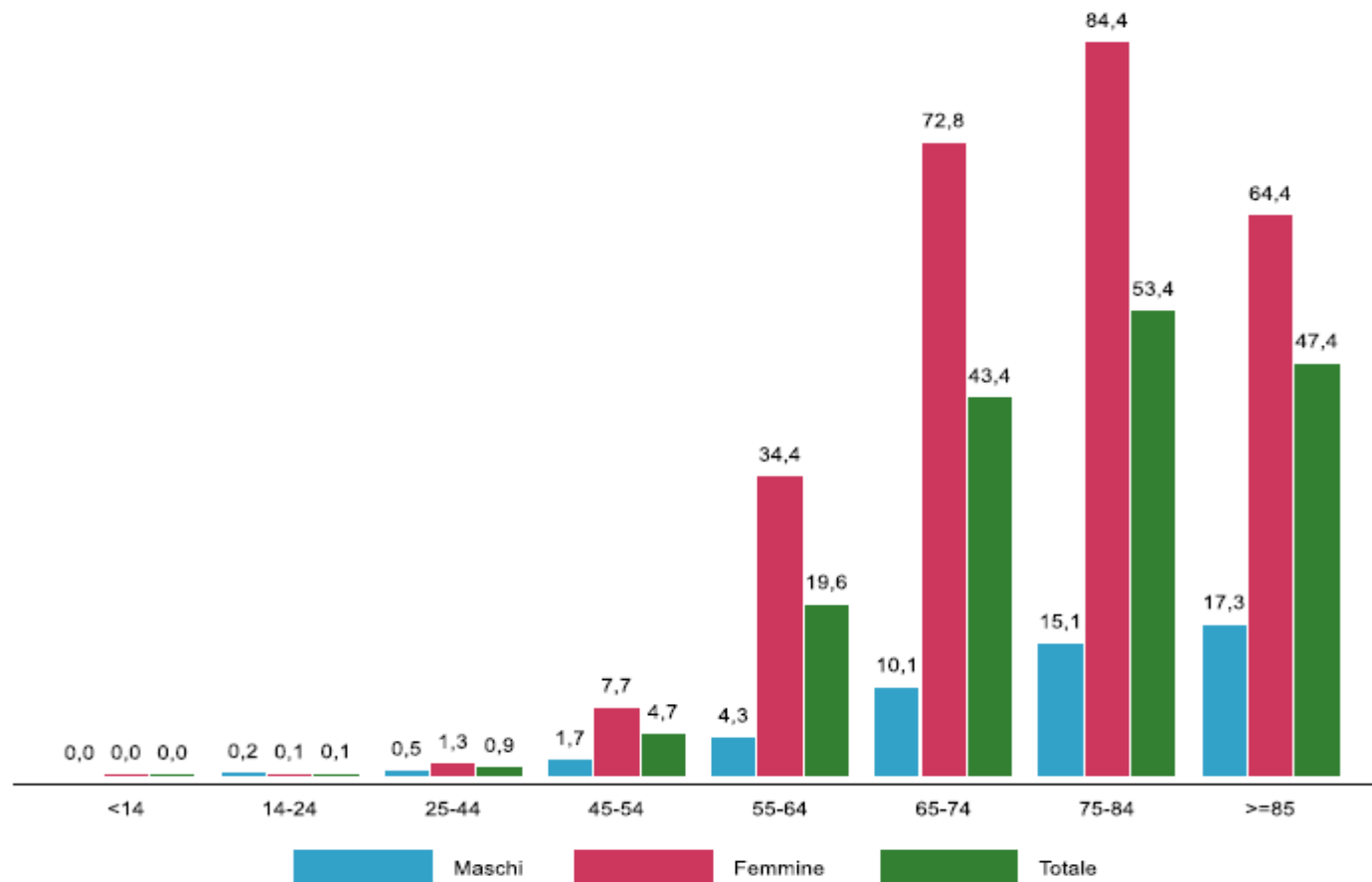
Prevalenza



Prevalenza di INSUFFICIENZA RENALE CRONICA F1001 ('23 938) M1863 ('23 1.758) F/tot malati 34,95%

Figura 9.6 MORBO DI PAGET /OSTEOPOROSI - Distribuzione per sesso e classi di età – Tasso specifico per 1.000 – Popolazione residente nell’Ausl di Modena – Anno 2023

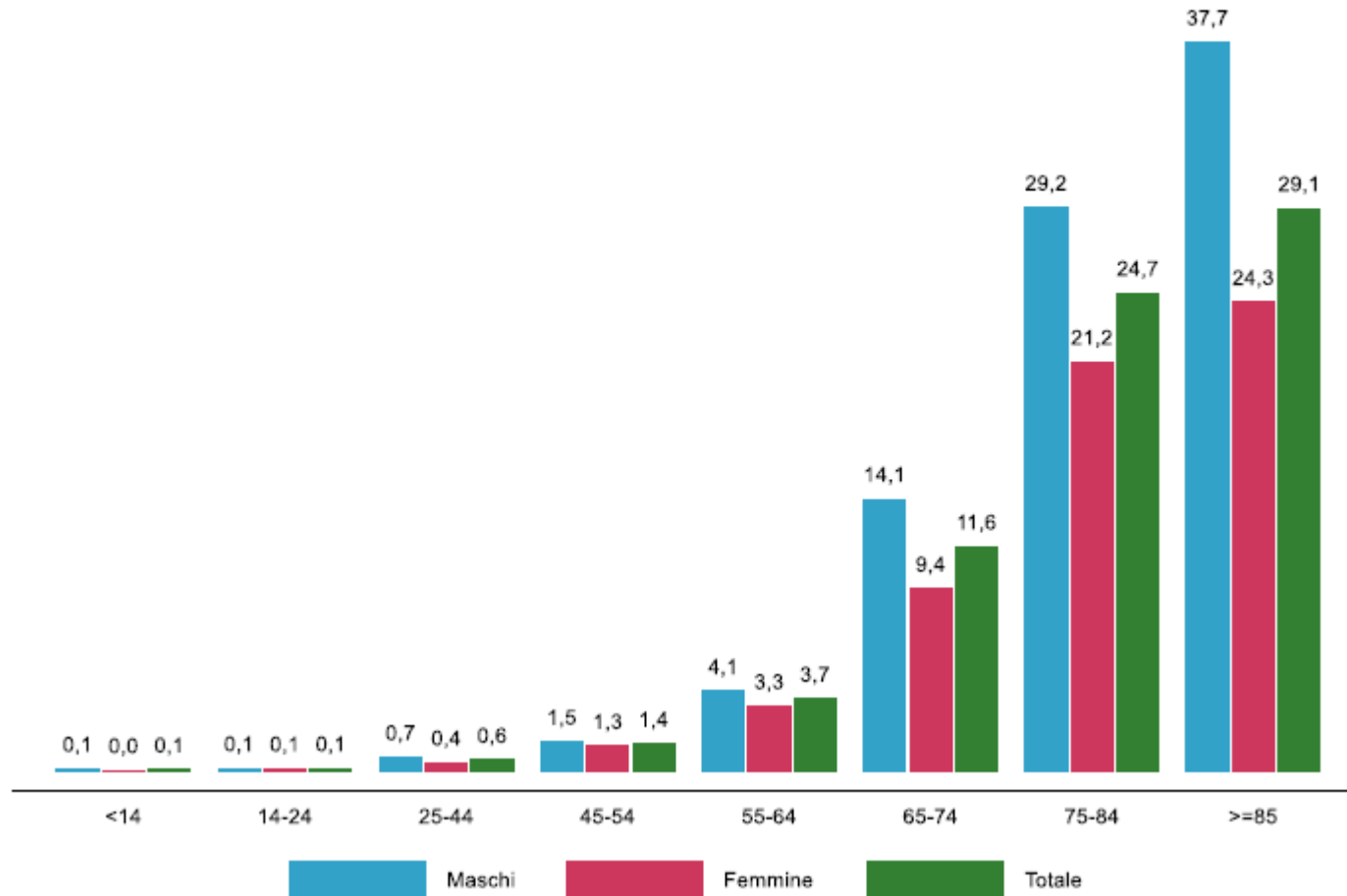
Prevalenza



Prevalenza di MORBO DI PAGET/OSTEOPOROSI F9449 ('23 9.366) M1324 ('23 1.242) F/tot malati 87,71%

Figura 10.6 Soggetti affetti da MORBO DI PARKINSON per sesso e classi di età – Tasso specifico per 1.000 – Popolazione residente nell’Ausl di Modena – Anno 2023

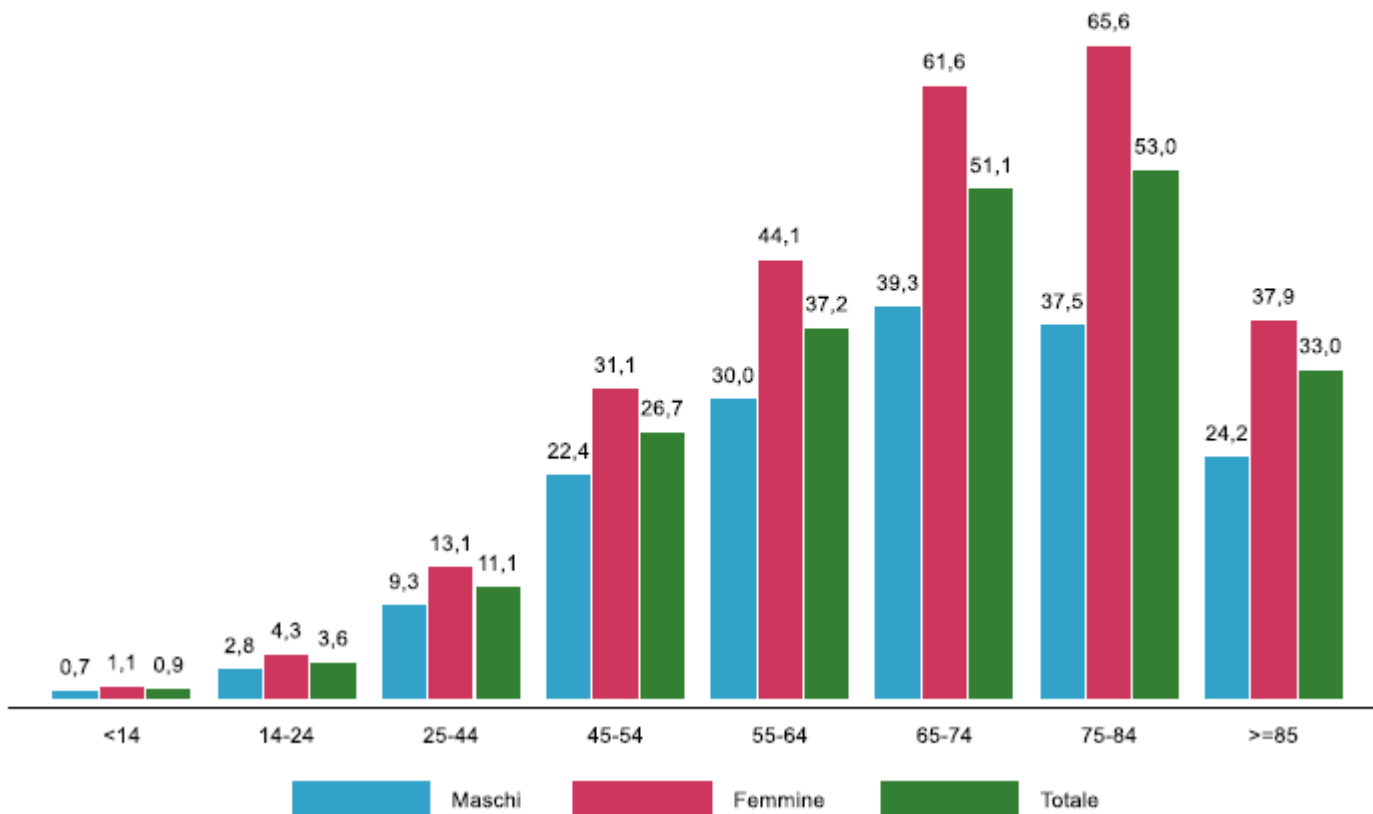
Prevalenza



Prevalenza di MORBO DI PARKINSON F1835 ('23 1.842) M2061 ('23 2.024) F/tot malati 47,09%

Figura 11.6 PATOLOGIE REUMATICHE – Distribuzione per sesso e classi di età – Tasso specifico per 1.000 – Popolazione residente nell’Ausl di Modena – Anno 2023

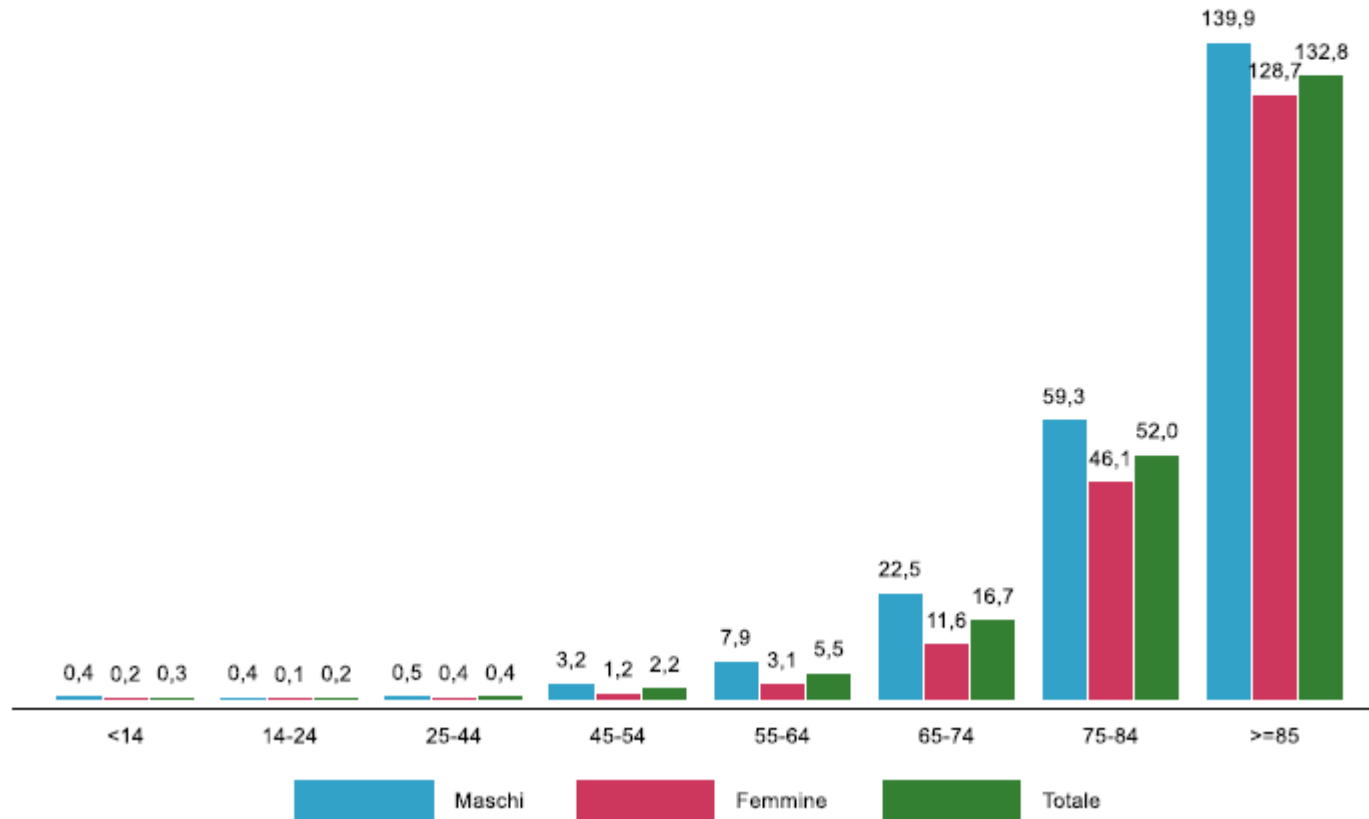
Prevalenza



Prevalenza di PATOLOGIE REUMATICHE F10836 ('23 10.057) M6463 ('23 5.904) F/tot malati 62,63%

Figura 12.6 SCOMPENSO CARDIACO – Distribuzione per sesso e classi di età – Tasso specifico per 1.000 – Popolazione residente nell’Ausl di Modena – Anno 2023

Prevalenza



Prevalenza di SCOMPENSO CARDIACO F4646 ('23 4.666) M4539 ('23 4.486) F/tot malati 50,58%

Figura 13.6 DISTURBI PSICHICI E DEPRESSIONE – Distribuzione per sesso e classi di età – Tasso specifico per 1.000 – Popolazione residente nell’Ausl di Modena – Anno 2023

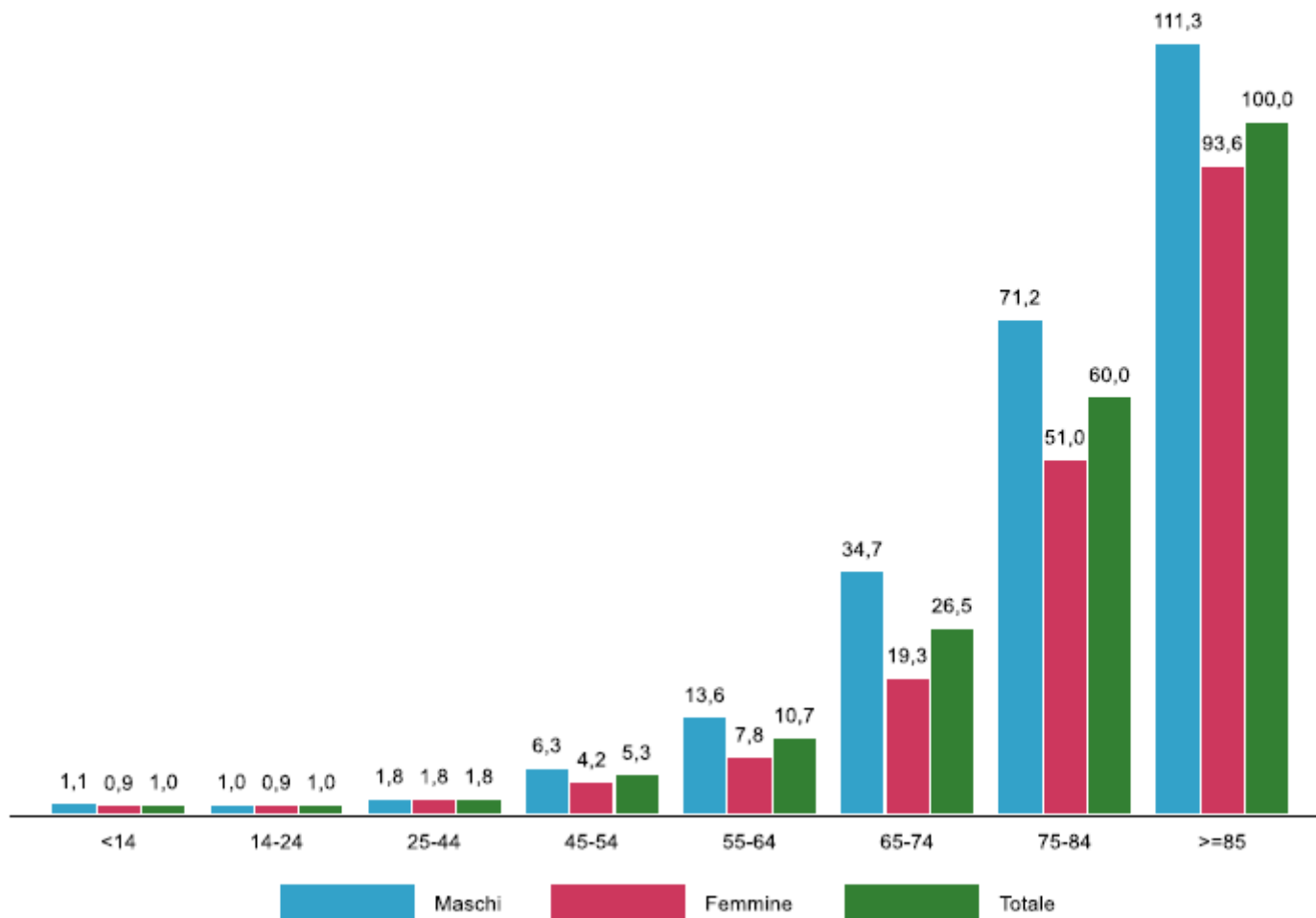
Prevalenza



Prevalenza di DISTURBI PSICHICI E DEPRESSIONE F34279 M17243 F/tot malati 66,53%

Figura 14.6 MALATTIE CEREBROVASCOLARI - Distribuzione per sesso e classi di età – Tasso specifico per 1.000 – Popolazione residente nell’Ausl di Modena – Anno 2023

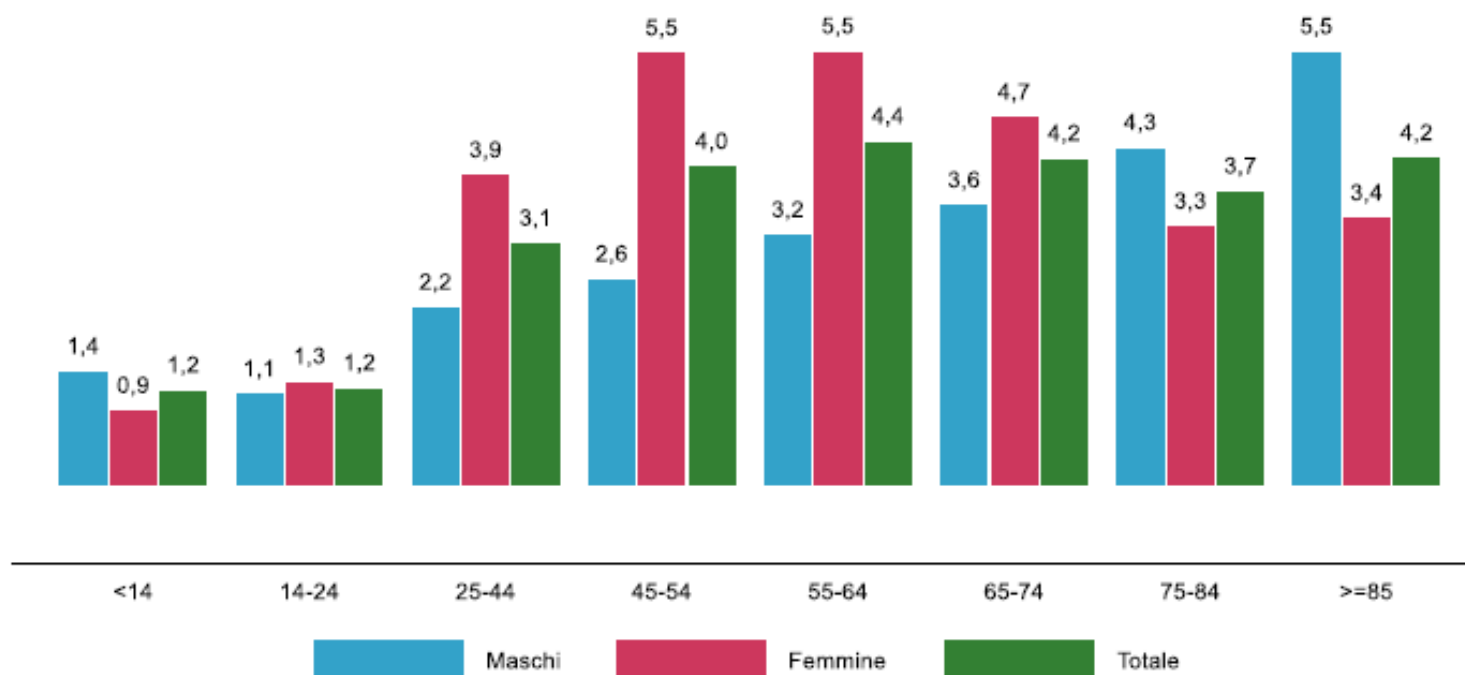
Prevalenza



Prevalenza di MALATTIE CEREBROVASCOLARI F5089 M10744 F/tot malati 47,36%

Figura 15.6 PATOLOGIE DEGENERATIVE NEUROLOGICHE – Distribuzione per sesso e classi di età – Tasso specifico per 1.000 – Popolazione residente nell’Ausl di Modena – Anno 2023

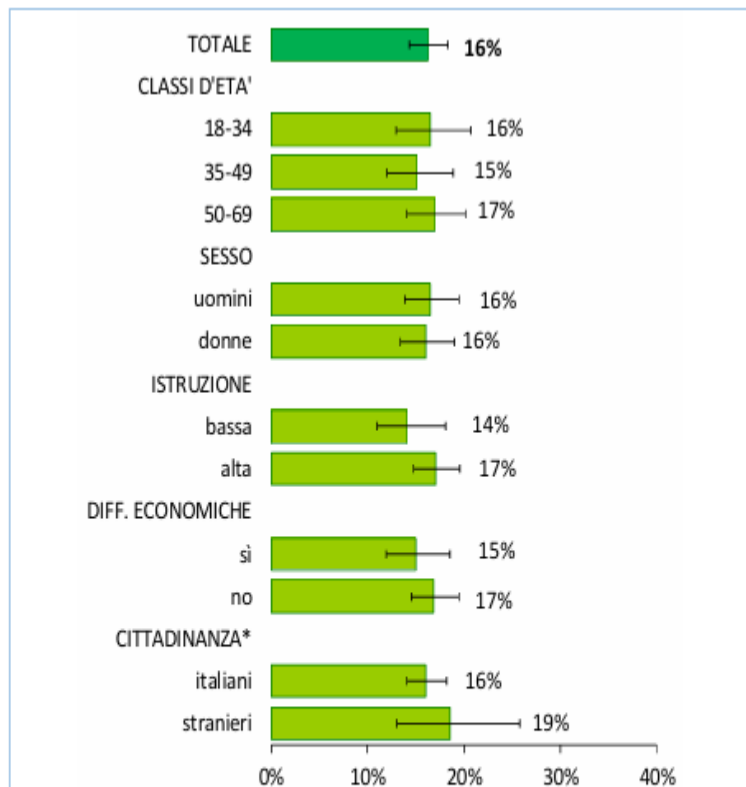
Prevalenza



Prevalenza di PATOLOGIE DEGENERATIVE NEUROLOGICHE F1371 M912 F/tot malati 60,05%

Categoria: stili di vita

STILI DI VITA - MOBILITA' FISICA

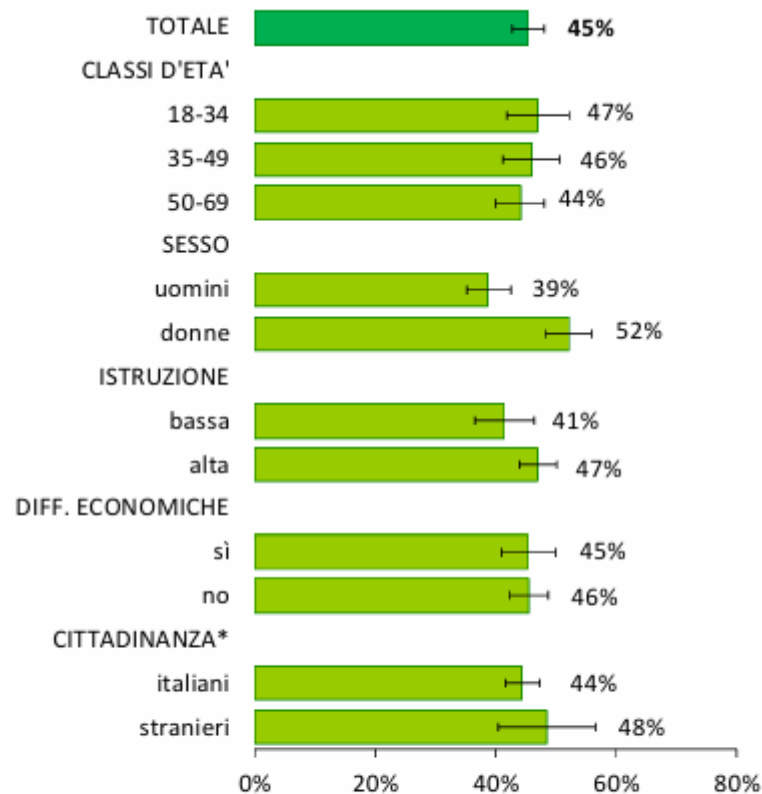


Utilizzo della Bici. D 15,6% - U 16 %. L'uso si lega presumibilmente a ragioni di necessità, in secondo ordine a ragioni sportive o tempo libero. L'ipotesi è che la D potrebbe essere più limitata per ragioni di capacità, o insicurezza (ricorrono all'uso maggiormente le persone straniere). Inoltre, svolgendo attività di caregiver e domestiche, che richiedono trasporto di cose/persona, hanno necessità di utilizzare l'auto.

Bicicletta per spostamenti. Complessivamente il 16% delle persone con 18-69 anni utilizza abitualmente la bicicletta per andare al lavoro o a scuola o per gli spostamenti quotidiani, escludendo l'attività sportiva o ricreativa. Percentuale in linea con i dati regionali (18%) e maggiore a quelli nazionali (11%).

Personae che hanno utilizzato nell'ultimo mese la bicicletta per gli spostamenti abituali (%) - PASSI 2022-2024 (Provincia di Modena)

() Italiani: persone con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA); Stranieri: persone immigrate da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM)*



Camminate D 52% - U 39% Leggero aumento complessivo di questa attività che praticano di più le D. La donna svolge maggiormente spostamenti a piedi x attività domestiche che prevedono l'accompagnamento di bambini o anziani a piedi. Sono spostamenti più brevi e che richiedono più tempo. E' rilevante la differenza tra zona geografica distrettuale: D3 49% tot; D736%tot.

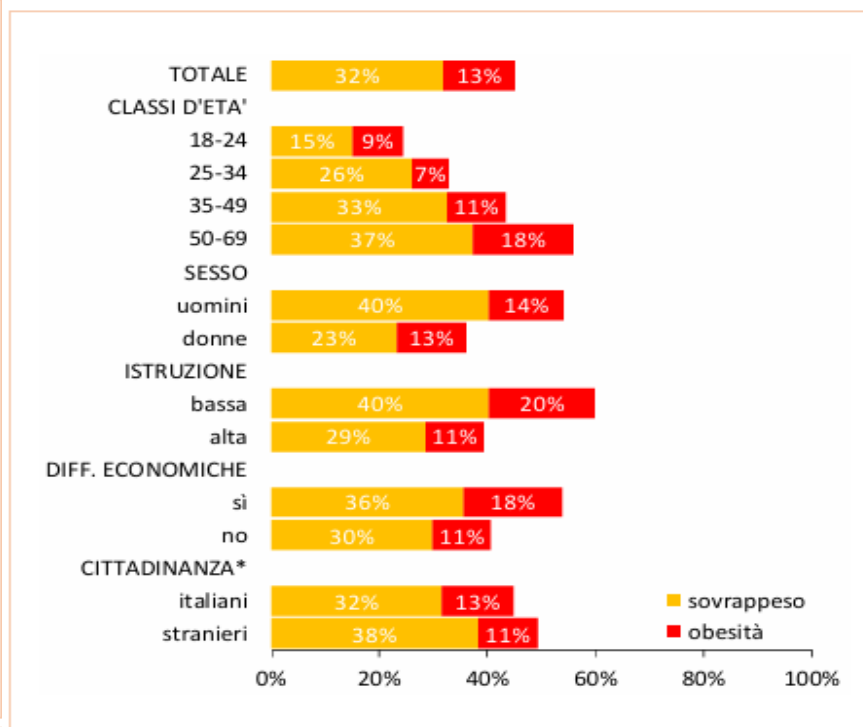
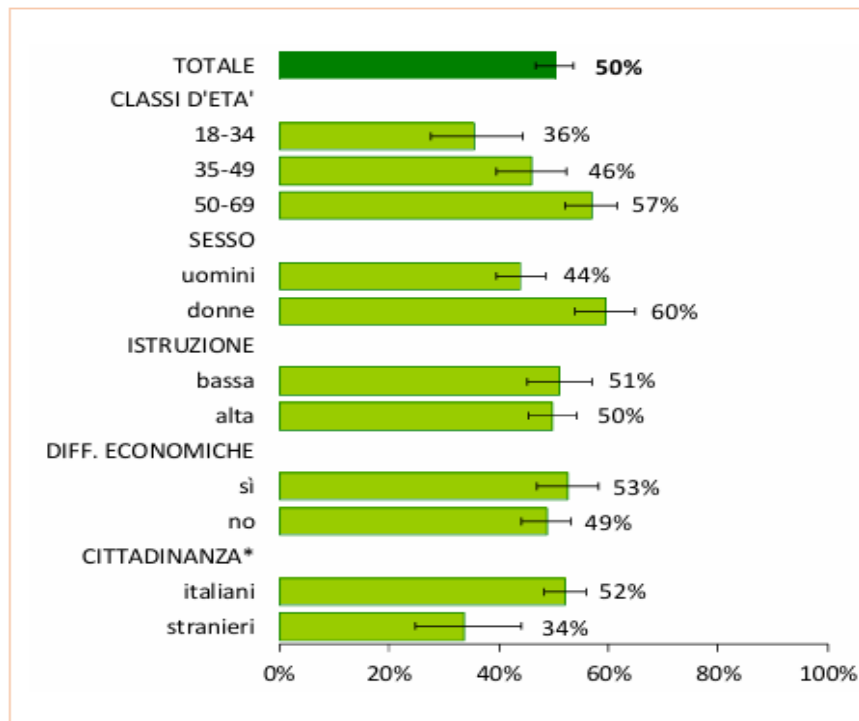
Camminate per spostamenti. Complessivamente il 45% delle persone con 18-69 anni si sposta a piedi per studio lavoro o a scuola o per gli spostamenti quotidiani, escludendo l'attività sportiva o ricreativa. Percentuale leggermente migliorata rispetto lo scorso anno (+2%) e leggermente superiore ai dati regionali (39%) e nazionali (38%).

Riduzione rischio mortalità espresso in n. decessi x anno: MO - 21 x l'uso bicicletta e -43 p,6er spostamenti a piedi (quest'ultimo dato migliorato di 4 anni). RER - 159 x uso bici e - 278 x spostamenti a piedi (dati migliorati). Ita - 1.581 x uso bici e - 4.667 x spostamenti a piedi (dati peggiorati). Riduzione Co2 x uso bici + piedi, stima annuale: MO -t.35400, RER -249000t., Ita - 2701000t.

Persone che hanno fatto nell'ultimo mese tragitti a piedi per gli spostamenti abituali (%) - PASSI 2022-2024 (Provincia di Modena)

() Italiani: persone con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA); Stranieri: persone immigrate da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM)*

STILI DI VITA - NUTRIZIONE



Consiglio sanitario di perdere peso alle persone in eccesso ponderale (%) - PASSI 2021-2024* (provincia di Modena)

(* Italiani: persone con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA); Stranieri: persone immigrate da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM)
 (*) Il dato aziendale del 2024 è stato stimato

Eccesso ponderale nelle persone di 18-69 anni (%) - PASSI 2022-2024 (provincia di Modena)

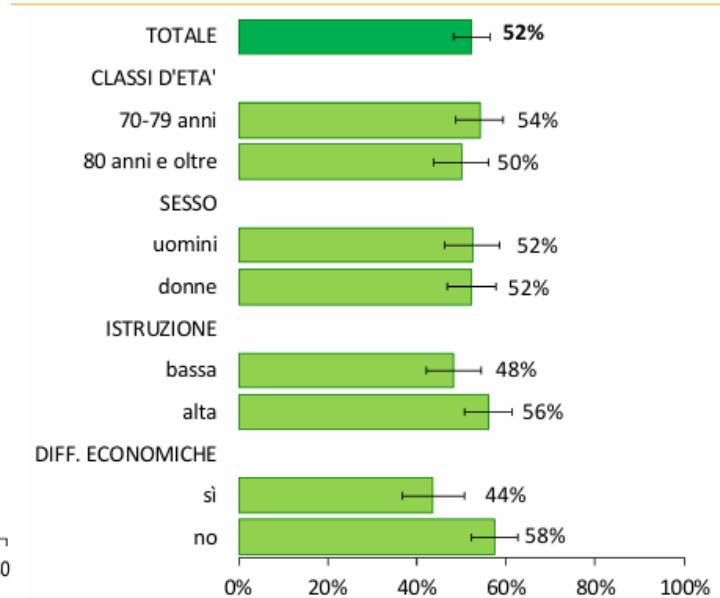
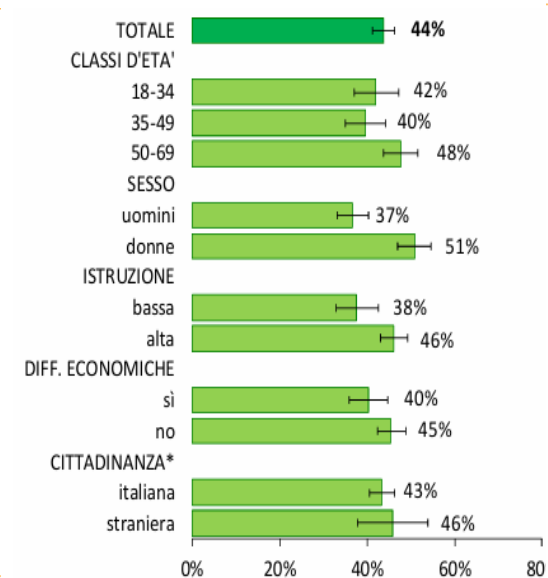
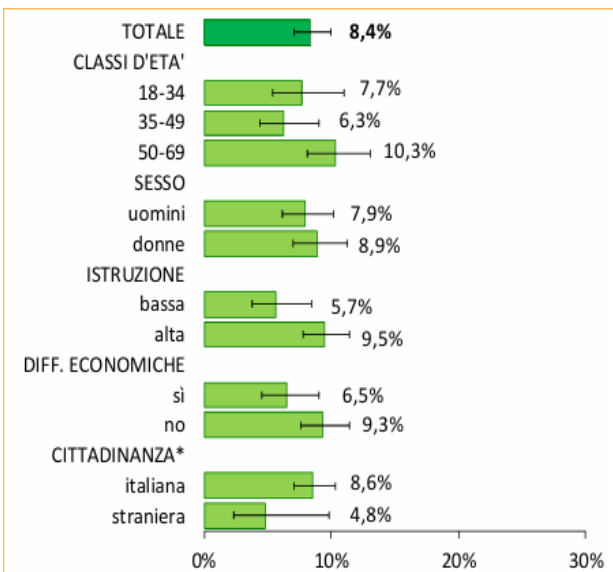
(* Italiani: persone con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA); Stranieri: persone immigrate da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM)

Si conferma che **l'eccesso ponderale aumenta con l'età 55% degli ultra 69enni** e risulta maggiore tra gli **uomini 54%** rispetto alle **donne 36%** (scorso anno U54% D 38%), tra le persone con bassa istruzione e quelle con difficoltà economiche. Nella **provincia di MO è 45%(55% scorso anno)** di poco maggiore rispetto al dato RER e ITA, con una ripresa dell'aumento dal 2020 dopo un periodo di decremento.

Eccesso ponderale e cronicità. Il 59% delle persone affette da almeno una patologia cronica è in eccesso ponderale

Raccomandazioni per **perdere peso**. Il **60% delle donne** (nel '23 62%) ricevono più facilmente raccomandazioni rispetto agli U 44% (nel '23 46%)

STILI DI VITA – CONSUMO DI FRUTTA E VERDURA



Consumo delle 5 o più porzioni di frutta e verdura raccomandate (%) - PASSI 2022-2024 (provincia di Modena)

(*) Italiani: persone con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA); Stranieri: persone immigrate da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM)

Consumo di 3 o più porzioni di frutta e verdura (%) - PASSI 2022-2024 (provincia di Modena)

Alto consumo di frutta e verdura durante la settimana (%) - PASSI d'Argento 2022-2024 (provincia di Modena)

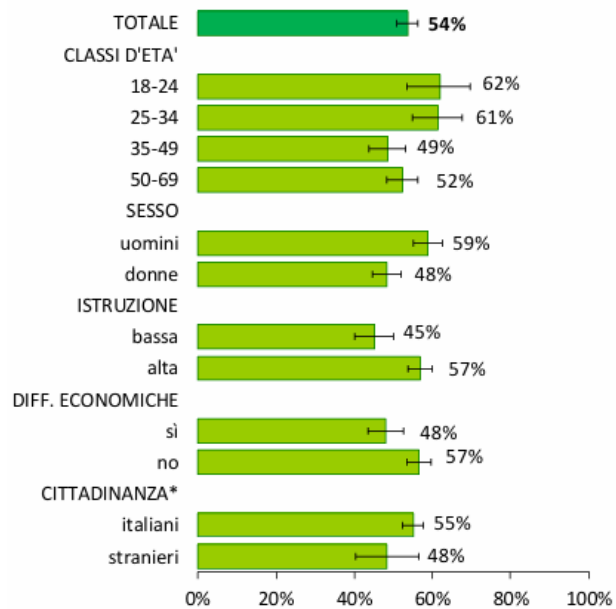
Consumo raccomandato di frutta e verdura in età adulta.

5 o più porzioni il 8,4% di cui **7,9% donne - 8,9% uomini**

3 o più porzioni il 44% di cui **51% donne e 37% uomini**.

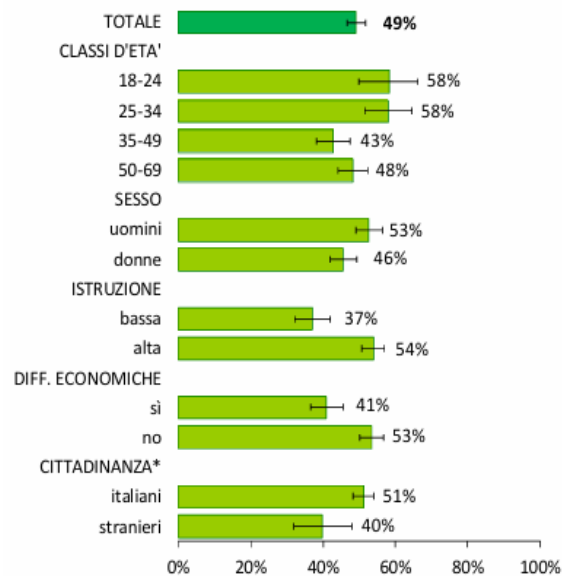
Il dato è migliore per le donne ma aumenta positivamente la percentuale maschile. Si conferma inoltre che il consumo corretto è più frequente nelle persone con alta istruzione mentre la riduzione delle porzioni dopo i 35 anni è maggiore nelle D, tra persone con bassa istruzione e quelle con basso reddito.

STILI DI VITA – ATTIVITA' FISICA



Attivi fisicamente (%) - PASSI 2022-2024 (provincia di Modena)

(*) Italiani: persone con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA); Stranieri: persone immigrate da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM)



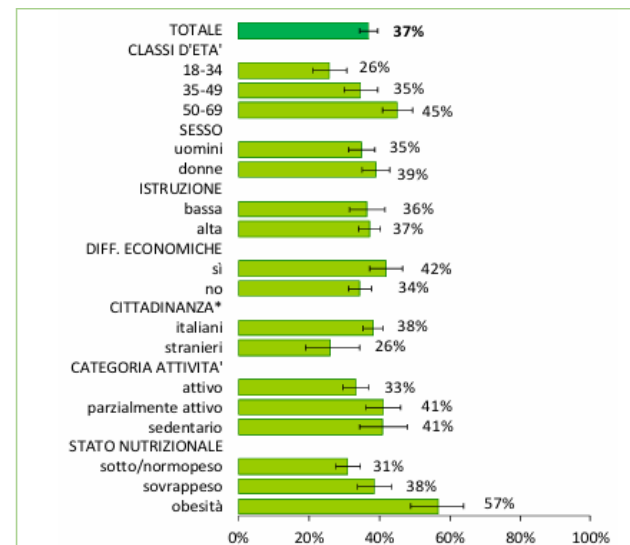
Attività fisica praticata nel tempo libero ai livelli raccomandati dall'OMS⁶ (%) - PASSI 2022-2024 (provincia di Modena)

(**) Italiani: persone con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA); Stranieri: persone immigrate da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM)

Il 54 % svolge attività fisica nel tempo libero di cui D 48% U 59%.

L'attività fisica praticata nel tempo libero come lo scorso anno si conferma inferiore nella classe di età anni 35-49 anni, maggiore tra gli uomini 53% rispetto alle D 46%, tra le persone con alta istruzione e quelle senza difficoltà economiche.

Nella RER L'analisi regionale per sottogruppi di popolazione mostra una diminuzione in tutte le categorie con recupero nel 2021-2022, più evidente tra: le donne, coorte 35-69 anni, le persone con difficoltà economiche e quelle con bassa istruzione. Nel 2023 si registrano percentuali prossime a quelle registrate nel 2019. Nel 2024 si assiste ad un recupero in tutte le categorie.



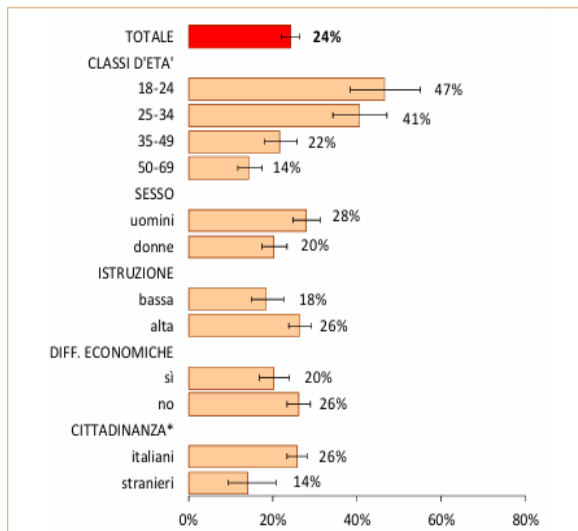
Persone che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica regolare^o (%) - PASSI 2022-2024** (provincia di Modena)

(*) La prevalenza è fatta sulle persone che hanno riferito di aver avuto contatto con un medico o operatore sanitario negli ultimi 12 mesi

(**) Italiani: persone con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA); Stranieri: persone immigrate da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM)

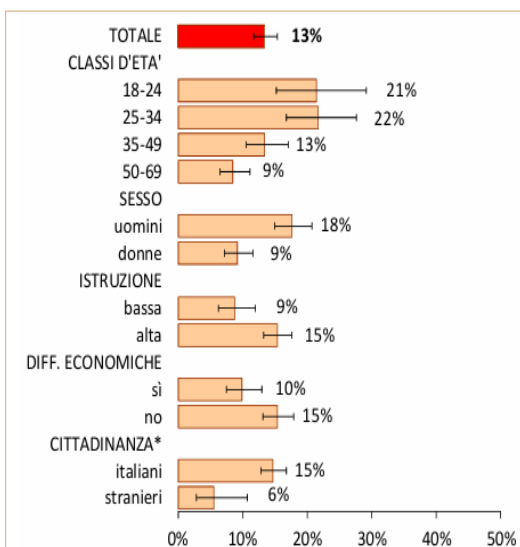
(**) Il dato del 2024 è stato stimato

STILI DI VITA – CONSUMO ALCOL



Consumo di alcol a maggior rischio nelle persone di 18-69 anni (%) - PASSI 2022-2024 (provincia di Modena)

(* Italiani: persone con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA); Stranieri: persone immigrate da Paesi a Forte Pressione Migratoria (FPFM))



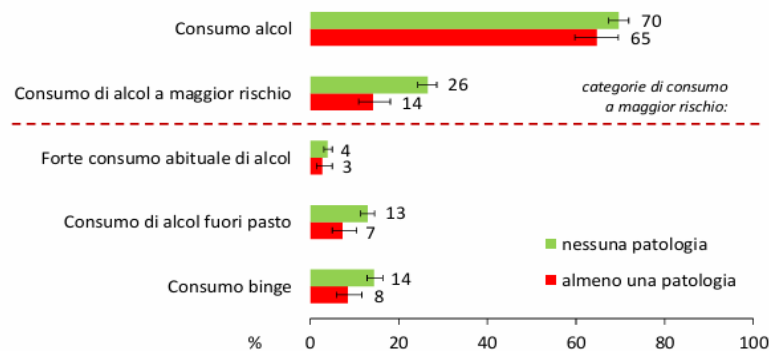
Consumo binge (%) - PASSI 2022-2024 (provincia di Modena)

(* Italiani: persone con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA); Stranieri: persone immigrate da Paesi a Forte Pressione Migratoria (FPFM))

A livello provinciale il **consumo di alcol a rischio** è in aumento ed è più diffuso tra:

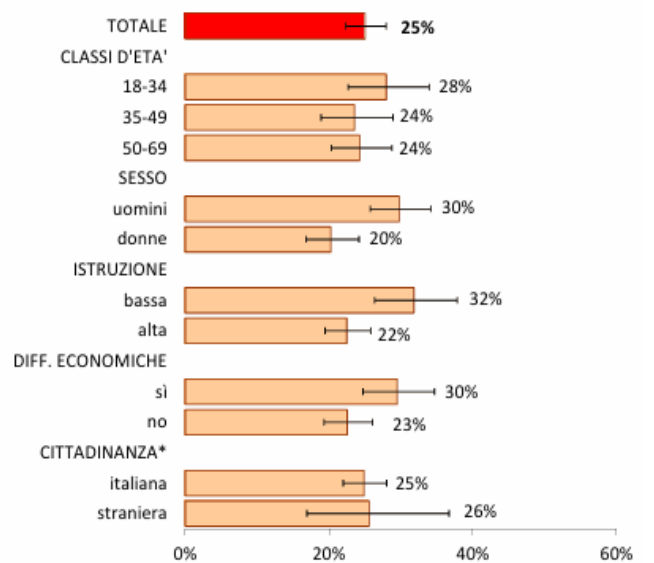
- i più giovani 47% nel totale,
- i ragazzi di 18-24 maschi il 43% femmine il 50%
- gli uomini
- le persone con alta istruzione
- le persone senza difficoltà economica
- le persone con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA).

Si conferma che nella popolazione adulta in genere le donne fumano quasi quanto gli uomini, bevono meno alcol, mangiano in modo più corretto e fanno più attività fisica ma il divario tende a diminuire specie in fumo e alcool. Per il fumo le donne hanno superato gli uomini come accesso ai servizi e per l'alcol il "sorpasso" femminile avviene nell'età adulta e nella fascia 13 - 15 con il binge drinking



Consumo a maggior rischio tra chi è affetto da almeno una patologia (%) - PASSI 2021-2024 (provincia di Modena)

STILI DI VITA – CONSUMO FUMO



Fumatori (%) - PASSI 2023-2024 (provincia di Modena)

(*) Italiani: persone con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA); Stranieri: persone immigrate da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM)

Fumatori provincia di Modena maggiorenni **18-69 anni sono il 25%** della popolazione di cui il **20% D e 30% U** con una maggiore incidenza nella fascia di età 18-34 pari a 28%

Abitudine al fumo

- per la fascia di età 18-69 anni: il 4% è un fumatore occasionale e il 23% è forte fumatore (=>20 sigarette);
- il 21% ha smesso di fumare, il 54% non ha mai fumato

Fumatori per età:

- Risultano fumatori l'1% degli 11enni, il 5% dei 13enni, il 25% dei 15enni e il 37% dei 17enni, il 35% tra i 18-24enni, l'11% tra i 70-79 e il 5% dopo gli 80

A 17 anni il fumo quotidiano è maggiore tra i maschi, 13% rispetto alle femmine, 8,5%, ma a 15 anni si assiste a una inversione a sfavore delle ragazze: 8,9% rispetto a 4,2% dei ragazzi.

Fumatori per livello d'istruzione bassa 32% alta 22%

Fumatori con difficoltà economiche sì 30% no 23%

Fumatori per cittadinanza Italiana 25% straniera 26%

Abitudine al fumo e malattie croniche:

- **senza** malattie croniche **maggioresni <70: non fumatori 53%; ex fumatori 21%; fumatori 26%**
- con **almeno una malattia** cronica **maggioresni <70 non fumatori 47% ('23 44%); ex fumatori 31%.**

L'abitudine al fumo è più elevata rispetto a chi non presenta malattia croniche

L'uso di sigarette tradizionali assieme ad altri dispositivi evidenzia una lieve differenza di genere D 6% U 7% negli adulti. Questo uso è maggiore tra i 18-34enni (13% rispetto al 5% nei 35-49enni e al 3% nei 50-69enni. Quanto all'uso delle sigarette elettroniche, si osserva che il fumo quotidiano nelle ragazze di 15 e 17 anni è maggiore rispetto a quello dei loro coetanei maschi.

L'uso di sigarette "rollate" nel 2024 16% U, 10% D, più alta tra i giovani (18-34 anni) 19% rispetto al 11% dei 35-49enni e al 12% dei 50-69enni.

In provincia di Modena il 15% ha dichiarato che nella propria abitazione è permesso fumare: nel 11% limitatamente ad alcune stanze o situazioni e nel 4% ovunque

Nel periodo 2008-2024 si è registrata una diminuzione dell'abitudine al fumo, fenomeno che sembra essersi arrestato nel 2020-2024.

Complessivamente i dati non si discostano molto dall'anno precedente e le donne fumano meno degli uomini ma perdono vantaggi, specie tra le giovani ragazze tra le quali aumenta anche il consumo di alcool incrementando i rischi clinici conseguenti come il tumore al polmone.

Il recupero degli stili di vita sani, per il tabagismo è più difficile fare smettere di fumare in età adulta e anziana rispetto alla giovinezza.

STILI DI VITA – COMPETENZE DIGITALI

Ore di **sedentarietà davanti a device: sono inferiori nelle le bambine** nei primi anni di scuola **nei giorni feriali mentre aumentano nei weekend**. Dato spiegabile presumibilmente con maggiore diligenza e occupazione nel fare i compiti scolastici infrasettimanali rispetto ai maschi.

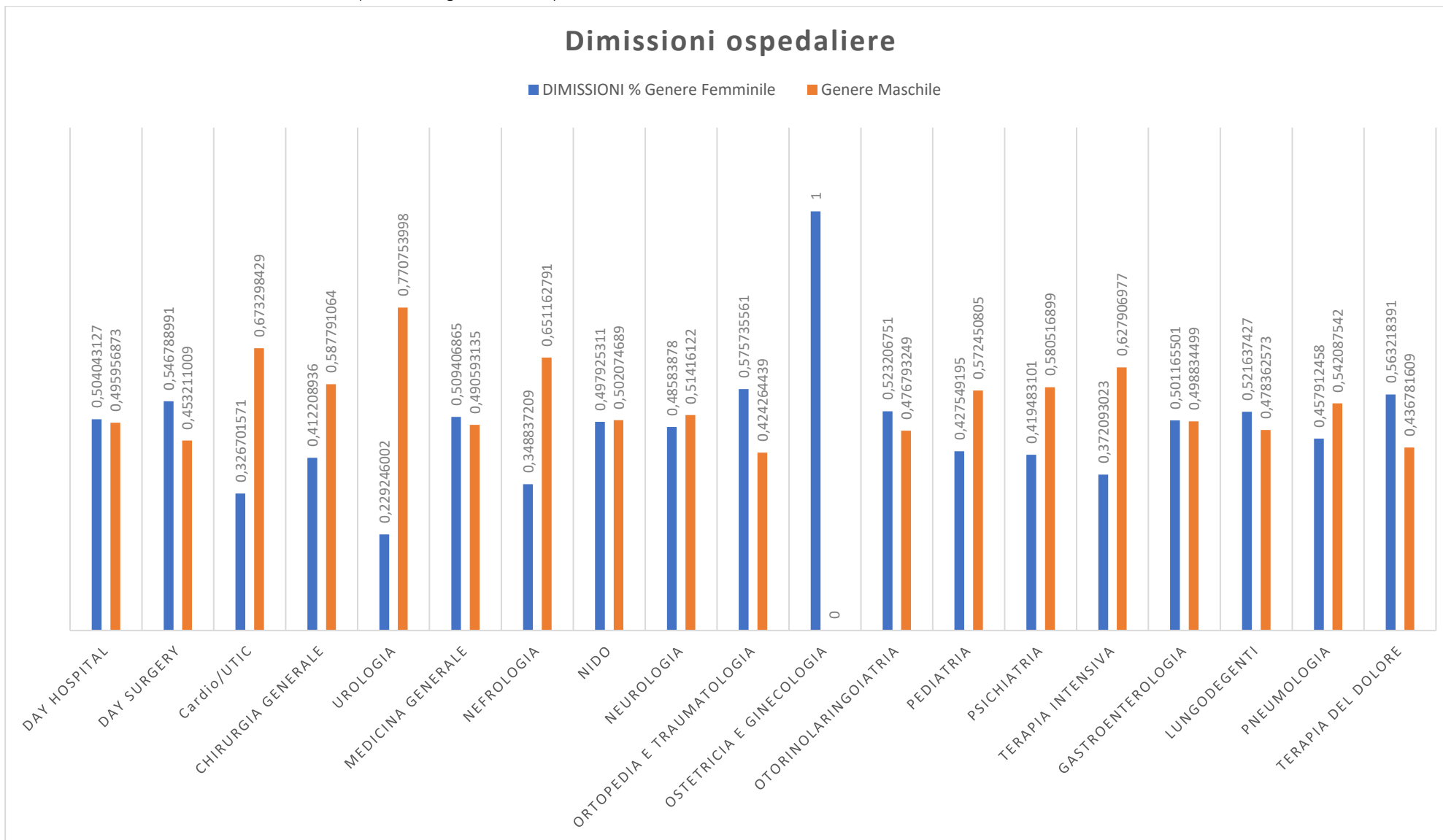
Col passare degli anni la differenza si riduce ed entrano in gioco altri fattori di analisi molto più complessi:

- 8-9 anni: stratificando per sesso e considerando separatamente il tempo dedicato alle due attività, si rileva che in un normale giorno di scuola: **il 42,2% dei maschi verso il 37,2% delle femmine** trascorre più di 2 ore davanti ai device. Durante il fine settimana il 86,2% dei bambini ne trascorre più di 2 ore rispetto al 81,7% delle bambine.
- 11,13, 15 e 17 anni: si osserva una preferenza nella durata di uso del PC/ Tablet/ cellulare delle femmine. **Il 47% delle ragazze dedica** più di due ore al giorno contro **il 32,6% dei ragazzi;**

Vedi dati approfondimento fonte HBSC

Categoria: dipartimenti clinici e attività ambulatoriale

ATTIVITA' DI RICOVERO Dimissioni ospedaliere dagli stabilimenti pubblici della AUSL di Modena



Sintesi Valutazioni

Numero complessivo di **prestazioni: 25160** che corrispondono a **52,1%D**. L'85,36% del Tot sono P **Ordinarie di cui il 51,5%D**. Confronto anno '23 Numero complessivo di prestazioni:24467 che corrispondono a 52,2D. Si osserva un **leggero aumento** delle prestazioni con un **rapporto tra i generi sostanzialmente** invariato compresa la % femminile più alta nel DS/H rispetto alle PO.

Si riportano in sintesi le osservazioni relative al genere per alcune discipline

Cardiologia e UTIC >U67,3% a.'23 U 68,1%. Spiegabile con il fattore protettivo femminile fino alla menopausa degli estrogeni sulle patologie cardiovascolari. Gli eventuali falsi negativi femminili sarebbero comunque numeri bassi e riconducibili prevalentemente alle coronaropatie.

Intensive Care >U62,8%

Chirurgia >U58,8% a.'23U56,2% e **URO >U77,5%**. Gli U sono più trattati per le ernie (inguinali) e le D per la colecisti. Il numero alto di ricoveri in urologia si spiega per apparato maschile più complesso e patologie D gestite in ginecologia;

Medicina: >D50,9% a.'23 D51%. Il dato non si presta a interpretazioni per la poca differenza e vista la codifica di ricovero che rappresenta malattie molto varie.

Gastro: >D50,1%

Nefro > U65,1% La letteratura mostra maggiore prevalenza patologie renali autoimmuni, gli uomini hanno una progressione più rapida di malattia renale cronica

ORL > D 57,6% In letteratura non ci sono sostanziali differenze legate al genere

Neuro >U 51,4% In letteratura nelle donne più frequente SLA e cefalea, uomini eventi ischemici e traumatici

Psichiatria >U58,1% a.'23U 53,3% per quanto riguarda il tasso di ospedalizzazione, in linea con i dati di letteratura, per la diversa capacità di manifestare e gestire l'aggressività da parte dell'uomo.

Nido >U 50,2%

Pediatria: >U 57,2% a.'23 U 54,6% coerente con i dati epidemiologici che confermano una presenza maschile maggiore in età pediatrica e oltre, che si inverte nell'anzianità.

Pneumologia: >U54,2% a.'23U58,1% per l'incidenza delle patologie come K polmonare, BPCO e insufficienza respiratoria che sono maggiori negli uomini anche se il KP è in incremento x D x aumento tabagismo;

Ortopedia Traumatologia >D57,6% a.'23D57,6% è spiegabile dalla maggior presenza in ortopedia di fratture spontanee e/o secondarie a traumi da osteoporosi associata alla protesica femminile in età avanzata; la tendenza è diversa nella traumatologia sportiva e della strada, che solitamente registra numeri inferiori a >U giovani;

Lungodegenza >D52,2% a.'23D53,8% è spiegabile per la maggiore aspettativa di vita e per alto numero di trattamenti riabilitativi femminili;

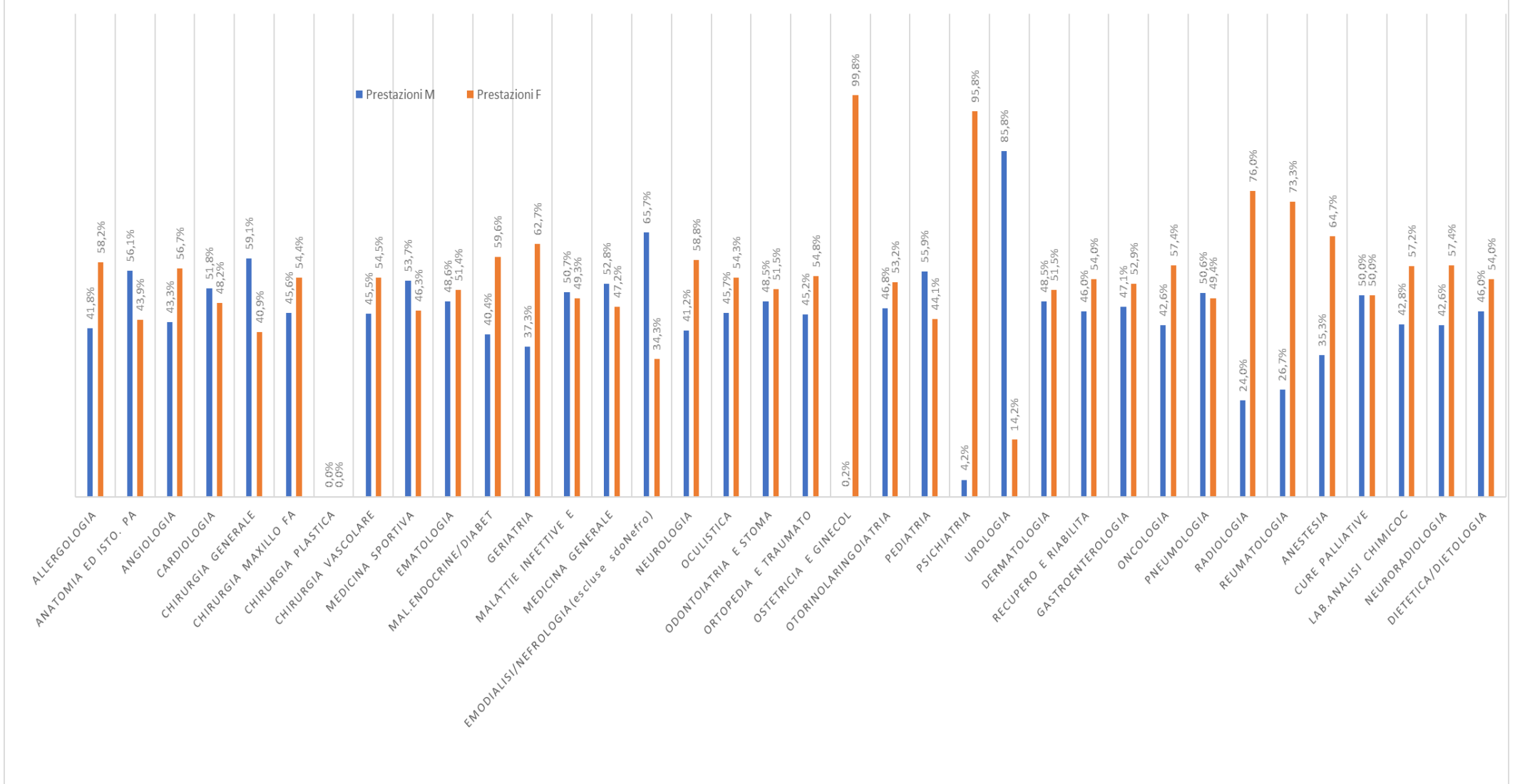
Terapia del dolore >D56,3% a.'23D 53,6%, differenza spiegabile dalla presenza dei trattamenti femminili riconducibili a patologie reumatologiche; NB Si riferisce ai trattamenti effettuati a CFE ma non comprendono tutti i trattamenti ambulatoriali che qui non sono conteggiati e confluiscono in ASA

DH/DS: >D52,5% a.'23 50% dato senza osservazioni di genere in quanto rappresenta prestazioni altamente polispecialistiche

In sintesi, si può osservare una sostanziale rispondenza di volumi totali e differenziati per genere tra le prestazioni diagnostiche ASA: visite, diagnostica, terapeutica, riabilitativa e laboratorio (vedi anche dati di approfondimento nelle schede di Laboratorio) e i ricoveri SDO.

ATTIVITA' AMBULATORIALE

Prestazioni di specialistica ambulatoriale



Sintesi Valutazioni

Numero complessivo di **prestazioni: 9838349** di cui **57,5%D** a. '23 9195862 che corrispondono a 58,1% D. **Variazione tot +642487 con aumento %D +0,6**

Si riportano in sintesi le osservazioni relative al genere per alcune discipline

Emodialisi e Nefrologia (escluse SDO Nefro) **>U 65,7%** a. '23 (comprese SDO Nefro) dato stabile che conferma una prevalenza maschile 64,7% contrariamente ai dati di letteratura che riportano una leggera prevalenza femminile. E' qui proposta una lettura associata alla emodialisi quale driver maggiormente rappresentativo.

Allergologia >D 58,2% a.'23 D 59,3% dato stabile che conferma per malattie autoimmuni e malattie da contatto (detersivi per estetiste e parrucchiere);

Angiologia >D56,7% a.'23 D 57,0% dato stabile che conferma accesso femminile maggiore associabile a problematiche estetiche (es. varici);

Medicina dello Sport >U53,7% a.'23U 54,7% dato stabile con un aumento degli accessi per le donne;

Endocrinologia Diabetologia: >D59,6% a.'23 D59,9% dato stabile che conferma maggioranza femminile per l'alta presenza di malattia endocrinologiche (tiroide) più diffuse nelle D. NB il diabete è più comune negli U ma non è pervenuto il dato scorporato.

Geriatría: >D62,7% a.'23D62,2% dato stabile con leggero aumento a carico femminile spiegabile per aspettativa vita più alta, maggior incidenza di multicronicità e disabilità acquisite;

Reumatologia >D73,3% a.'23 D73,7% dato stabile imputabile a malattie autoimmuni maggiori nelle D;

Neurologia >D58,8% a.'23 57,8% si evidenzia aumento incidenza femminile nella diagnostica coerente coi i dati SDO;

Anestesia: >D64,7% a.'23D 67,1% si conferma netta prevalenza femminile ma meno accentuata rispetto lo scorso anno, spiegabile per l'incidenza maggiore delle terapie analgiche x malattie cronicizzate più diffuse nelle D;

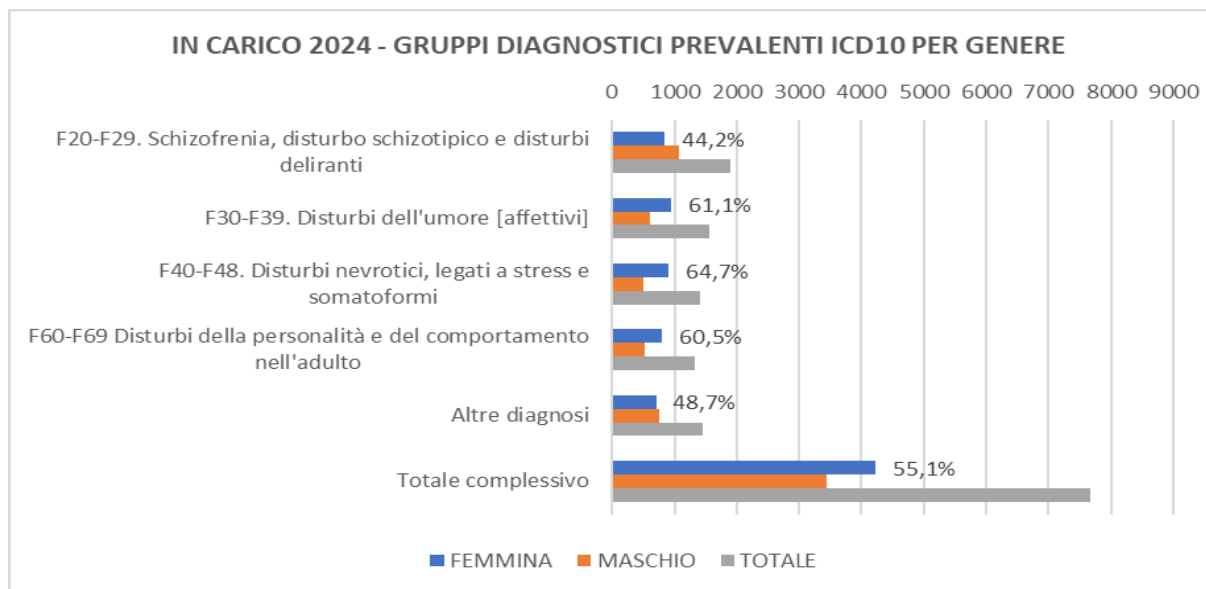
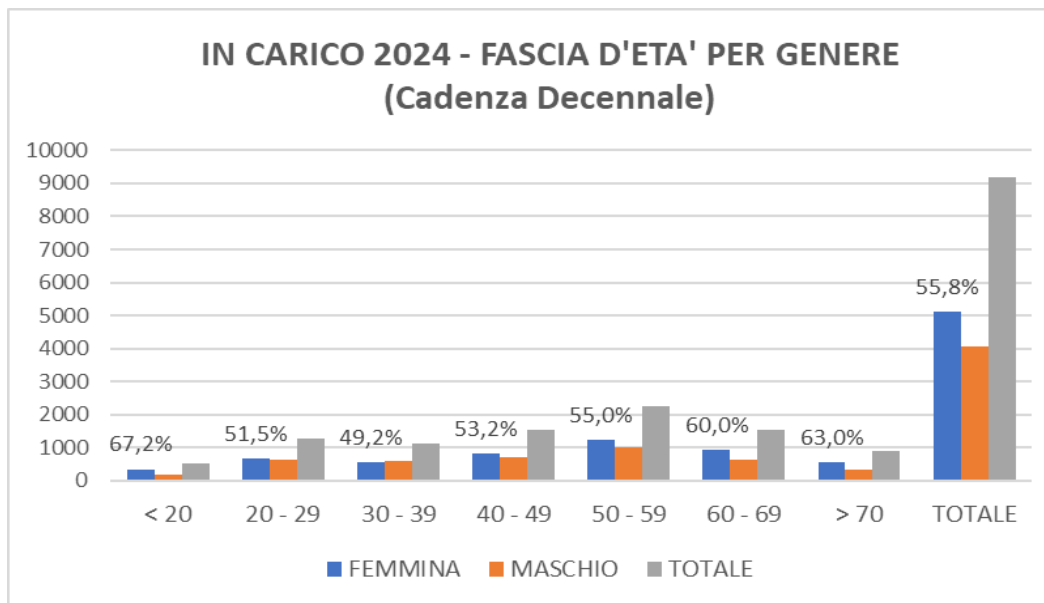
Radiologia: nettamente>D76% a.'23 D76,5%. Dato stabile. L'alta incidenza è dovuta agli screening mammografici.

ENDOCRINOLOGIA – SEZIONE DI APPROFONDIMENTO

Tot Prestazioni 29332 di cui D71,28% ('23 D 71.3%)

Tot DH 102, di cui 78% D (76.5%). Volumi di prestazioni e differenza di genere stabile. L'unità continua ad essere una eccellenza riconosciuta nel territorio per i servizi dedicati alle donne e all'avanguardia nella diagnosi precoce con strumentazioni tecnodigitali. Aspetti organizzativi: 5 ambulatori per malattie endocrine in gravidanza (2 nel Distretto di Carpi e 1 nei distretti di Mirandola, Castelfranco e Vignola).

UTENTI IN CARICO PER PATOLOGIA PSICHIATRIA



Psichiatria - Sintesi e valutazioni

Totale utenti **First Ever 1854** Di cui **D60,3% Trattati 12644** di cui **D56,5% In Carico 9176** di cui **D 55,10% Media tot D 57.7%**

Differenziazione di genere in relazione alla diagnosi (classificazione ICD-10) rispecchia sia il dato nazionale che il trend rispetto all'anno precedente: le donne manifestano più frequentemente **disturbi dell'umore media 61,6%**; negli uomini vi è una prevalenza di **disturbi psicotici 56,3%** e nei in tutte e 3 le categorie: "FE-first ever", "T-trattati" e "IC-presi in carico".

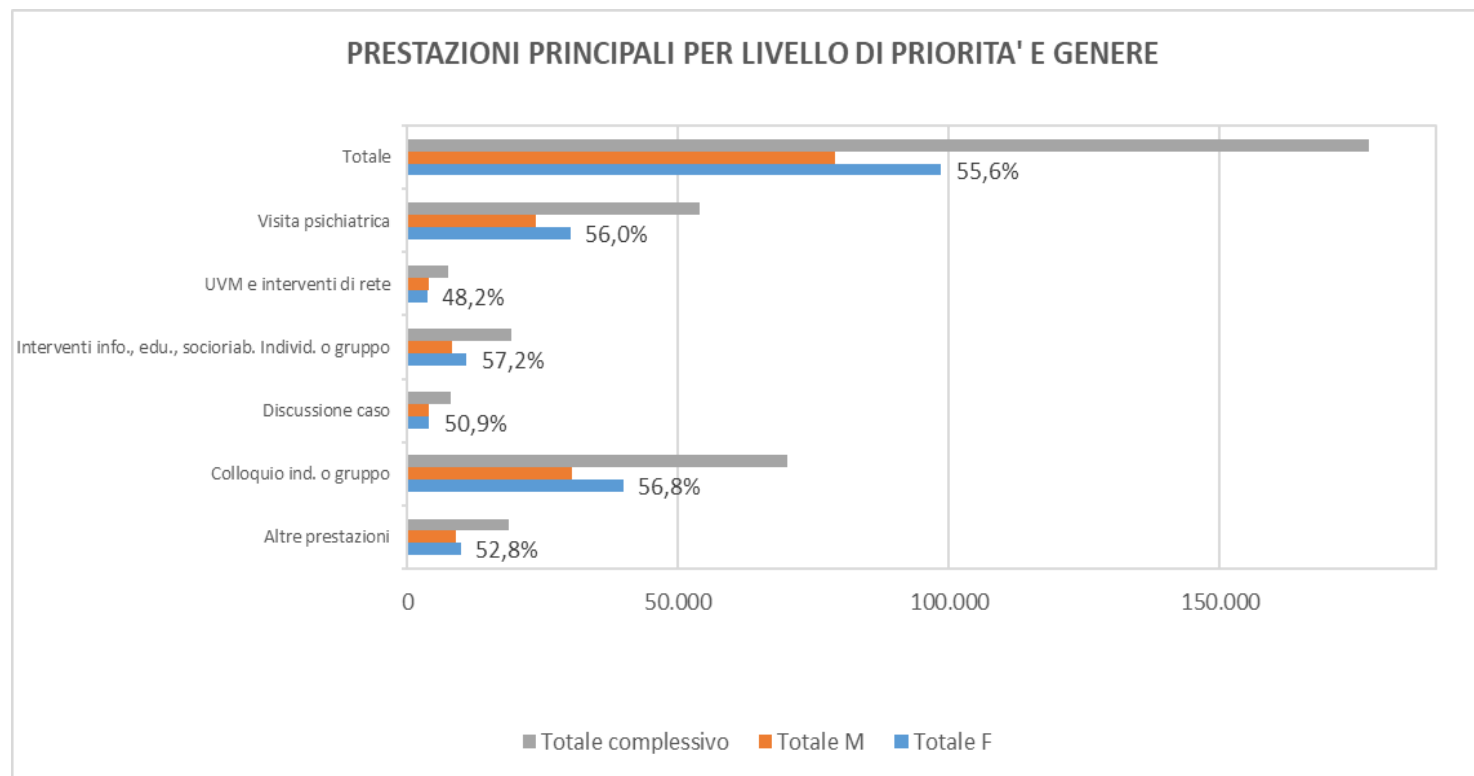
Età da =>50 anni il divario di genere aumenta con l'età a svantaggio delle donne nelle 3 categorie: D58,86% fa eccezione la fascia =>36 con incidenza maggiore maschile M64%.

F di Rischio legati all'età, più alti nelle donne: incertezza socioeconomica, allontanamento dei figli dal nucleo familiare; riduzione delle relazioni affettivo-amicali.

F di Rischio maggiori nelle D per i disturbi dell'umore: caregiver, squilibrio vita lavoro e carico familiare fisico/mentale; difficoltà ruolo genitoriale (correlabile depressione post partum e ansia) solitudini sia fisiche che affettive

F di Rischio maggiori negli uomini correlabili ai disturbi psicotici: perdita lavoro; identità di ruolo sociale incerto; difficoltà /disagio manifestare emozioni (correlabili a depressione peri-natale e problemi comportamentali ansia fino ad episodi di violenza).

UTENTI IN CARICO PER PRESTAZIONE PSICHIATRIA



Tot prestazioni 177416 di cui F55,6%

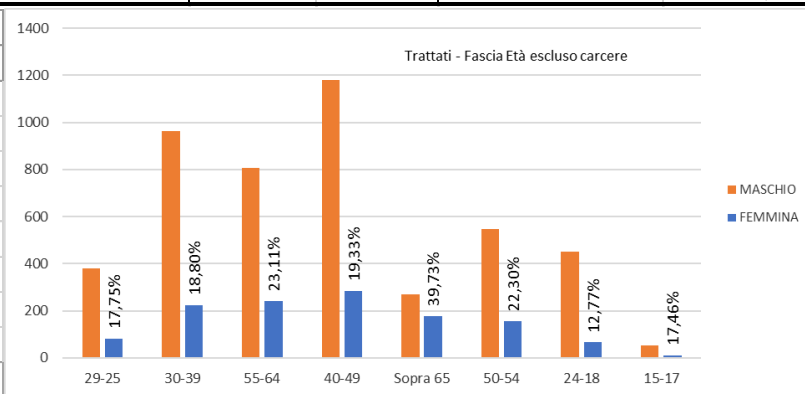
Nell'analisi delle prestazioni stratificate per genere e per priorità di accesso, emerge che nel sesso femminile il colloquio individuale o di gruppo programmato è in numero doppio rispetto al non programmato, mentre nei maschi ha numeri molto inferiori (D39.826 contro U30.283).

Prevale l'utenza femminile rispetto a quella maschile anche nella **vista psichiatrica urgente** e negli interventi informativi. Al contrario, l'utenza maschile ha numeri maggiori nelle UVM (3898 uomini contro le 3631 donne). La donna è più propensa rispetto all'uomo a proseguire un percorso di cura avviato (vedi stesso fenomeno in vari ambiti della cura come ad es. il trattamento delle dipendenze o la medicina sportiva) o nel percorso scolastico

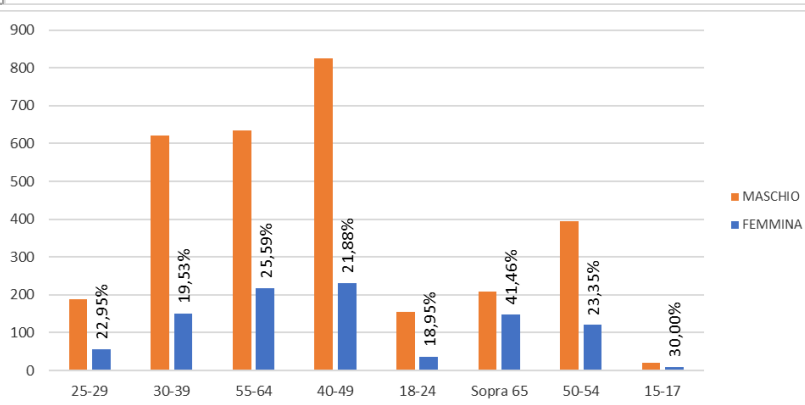
UTENTI TRATTATI E IN CARICO PER PATOLOGIA DIPENDENZE PATOLOGICHE

trattati totali					in carico totali				
Area problematica	FEMMINA	MASCHIO	Totale Risultato	%D/Utotale	Area problematica	FEMMINA	MASCHIO	Totale Risultato	%D/Utotale
Alcol	464	1640	2071	22,40%	Alcol	337	964	1301	25,90%
Altro	22	104	95	23,16%	Altro	5	9	14	35,71%
Droghe e/o farmaci	497	2899	3077	16,15%	Droghe e/o farmaci	404	1862	2266	17,83%
Gioco d'azzardo patologico	47	196	236	19,92%	Gioco d'azzardo patologico	37	134	171	21,64%
Tabacco	226	180	397	56,93%	Tabacco	188	140	328	57,32%
(vuoto)	7	8	15	46,67%	(vuoto)	4	5	9	44,44%
Totale Risultato	1263	5027	6290	20,08%	Totale Risultato	975	3114	4089	23,84%

TRATTATI-FASCIA Età SENZA CARCERI				
fascia età	MASCHIO	FEMMINA	Totale complessivo	%D/Utotale
29-25	380	82	462	17,75%
30-39	963	223	1186	18,80%
55-64	805	242	1047	23,11%
40-49	1181	283	1464	19,33%
Sopra 65	270	178	448	39,73%
50-54	547	157	704	22,30%
24-18	451	66	517	12,77%
15-17	52	11	63	17,46%
Totale complessivo	4649	1242	5891	21,08%



IN CARICO_FASCIA Età SENZA CARCE				
Fascia età	MASCHIO	FEMMINA	Totale complessivo	%D/Utotale
25-29	188	56	244	22,95%
30-39	622	151	773	19,53%
55-64	634	218	852	25,59%
40-49	825	231	1056	21,88%
18-24	154	36	190	18,95%
Sopra 65	209	148	357	41,46%
50-54	394	120	514	23,35%
15-17	21	9	30	30,00%
Totale complessivo	3047	969	4016	24,13%



DP Sintesi Valutazioni

Utenza **in carico: 4089** di cui **F 24%**; Utenza **trattata 6290** di cui **F 20%**. L'utenza femminile è genericamente aumentata ('23 trattati 5039) in cui le F erano il 19,3% Rispetto al totale, la **percentuale di donne è pari al 22%** in aumento rispetto al '23 (F19,3%). Il dato conferma un rapporto di 1/4 per le DP, ma in tendenziale aumento 1/5 dell'utenza complessiva. E' confermato inoltre in tutte le dipendenze il tasso di "aggancio" maggiore nelle D per cui rimangono in carico più facilmente degli uomini.

TABAGISMO Nuovi trattati: Donne 103 – Uomini 78 Nuovi In carico: Donne 70 – Uomini 51; Tot **Trattati 397 di cui F56,92%**; tot **In carico 328 di cui F 57,31%** Trattasi di interventi individuali o aderenti ai corsi antifumo CAF. Si mantiene la tendenza del 2023 sui nuovi accessi con le donne che nel 2024 hanno superato gli uomini. Guardando ai valori percentuali si nota ancora di più l'alta percentuale delle donne, sia tra i trattati che tra gli utenti in carico, rispetto agli uomini.

Da segnalare soprattutto la fascia d'età 14-25 anni dove le donne rappresentano il 43% e gli uomini il 36%. Un dato interessante deriva dal rapporto ESPAD che evidenzia come in Italia, nella fascia d'età 15-19 anni "degli sperimentatori", nei tre parametri che si utilizzano per valutare il consumo di tabacco (nell'anno/nel mese/nel quotidiano) il gap donne/uomini si riduce sempre di più.

Incide sulla maggioranza femminile la maggior predisposizione delle donne a partecipare ai corsi antifumo e quindi sono casi conteggiati. E' anche spiegabile con la maggior predisposizione delle D a partecipare ai corsi antifumo, infatti sono in aumento le donne che si recano ai centri per "farsi curare". Sia donne che uomini accedono generalmente ai servizi nella fascia di età 51-60 anni. Questo approccio alla cura è ben riscontrato in tutte le discipline compresa la Medicina dello Sport. L'aumento del tabagismo femminile è coerente con l'incidenza delle patologie polmonari, che sono in incremento nelle D.

Tabagismo nelle carceri. E' rilevante che le richieste di valutazione DP riguardi il 35% dei detenuti, dei quali, il 30% risultano anche tossicodipendenti.

DROGHE/FARMACI Trattati 3077 di cui F 16,25% In carico 2266 di cui F 17,82%

In Italia il rapporto ESPAD evidenzia come, nella fascia d'età 15-19 anni, per l'uso della cocaina, dell'1,8% di giovani che sperimentano/cominciano l'uso, si mantiene una differenza di circa 1 a 4 tra donne e uomini (0,9% donne – 2,6% uomini). Questa dipendenza si associa spesso a quella dell'Alcol fino al 50% dei casi. Non sono riscontrati casi di consumo di Fentanyl

FARMACI a livello internazionale, sono di più le donne che ne abusano e sono aumentate rispetto ai maschi. E' molto diffusa l'assunzione precoce nelle ragazze e donne giovani, nelle depressioni, nelle donne sottoposte a forti stress emotivi o di lavoro. Il dato è molto incerto e decisamente sottostimato, a differenza di altre dipendenze questa non è visibile, non sottopone la donna a stigmatizzazione e per questo costituisce un rischio.

Dipendenze da farmaci specifici

BENZODIAZEPINE: si riferisce al consumo in modo continuativo. Il dato è in linea con il trend mondiale, sia nella popolazione adulta che adolescenziale. La maggioranza femminile è spiegabile col fatto che non rappresenta un atto illegale ed è poco visibile.

OPPIACEI: l'uso di questa sostanza conferma il rapporto stabile 1/5

OPPIOIDI (sostanze sintetizzate). Il 50% circa sono persone Italiane. Il fenomeno è rilevabile solo dai dati di accesso al servizio che, tra le addictions, è il meno rispondente al dato reale del consumo.

COCAINA E CRACK(Cocaina fumata): Nei nuovi ingressi cresce la dipendenza nelle donne con un incremento fino al 30% circa

CANNABINOIDI è riscontrata questa dipendenza con un rapporto di genere tendente al 1/10

GIOCO D'AZZARDO trattati 236 di cui F19,91% in carico 171 di cui F21,63%

La motivazione e tempistica di accesso sono medesime per donne e uomini. La persona arriva al servizio quando la situazione è troppo a rischio. Gli uomini giocano di più in vari campi mentre le donne hanno uno stile di gioco d'azzardo più sommerso, con giochi meno a rischio e meno costosi. Il gioco d'azzardo è più facile da contenere rispetto

ad altre addiction come l'alcol. Questo tipo di utenza viene intercettata dalla rete sociale (parrocchie, amici, famiglia) o dal sistema economico (banche, agenzie di prestito) che li possono contenere dato il rischio che coinvolge anche la famiglia, o l'istituto di credito.

ALCOL trattati 2071 di cui F22,40% in carico 1301 di cui F25,90%

Indicatori di consumo: life time (1 volta nella vita) – ultimi 30 gg – ultimi 7 gg. L'indice di incremento vede il raddoppio delle donne rispetto l'anno precedente. L'incremento dell'alcol nelle donne e maggiormente rilevabile nelle straniere perchè sostanza più accessibile rispetto ad altre ed espone socialmente meno le donne. Indicatori di rischio, differenze e similitudini di genere:

-Inizio precoce. Al momento della presa in carico è più alto nelle D

-Bing drinking (l'abbuffata alcolica, assunzione di più bevande alcoliche in un intervallo di tempo breve). E' uno dei modi più pericolosi di bere. Per le D si associa il maggior rischio di subire violenza, per gli U il maggior rischio di provocare incidenti di strada

-Bere fuori pasto. Più diffuso negli uomini

-Bere eccessivo. Più diffuso negli uomini. Le D sono meno soggette a tale modalità perchè più sensibili degli U al danno organico che ne deriva

ALTRO trattati 95 di cui F23,15% in carico 14 di cui F35,71%

NC trattati 15 di cui F46,66% in carico 9 di cui F44,44%

ETA', per le tre dipendenze maggiori (Droghe/farmaci, Alcol, Tabacco) le la maggior parte degli utenti, sia per M che per F, si trovano tra 40-49, confermando il generale innalzamento dell'età per droga e sostanze psicoattive in genere e per l'alcolismo che tende a cronicizzarsi nelle persone adulte e anziane.

Si conferma inoltre, la tendenza già rilevata l'anno precedente, ovvero che, se si considera il gaming patologico, che ha analoga alterazione neurologica delle patologie ICD10 (Classificazione Internazionale WHA delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati), l'età media si alza ulteriormente pari a >50 anni.

CITTADINANZA

Donne: l'85% circa sono italiane. Uomini: il 79% circa sono italiani. Di seguito le diverse nazionalità in ordine decrescente di presenza:

Donne: italiane rumene ucraine (soggette a programmi di osservazione maggiori correlati alla condizione di profughe) marocchine

Uomini: italiani marocchini, tunisini, rumeni

I servizi- LE UNITÀ DI STRADA

Nell'ultimo anno l'utenza femminile è aumentata molto per l'attivazione del Drop-in e rappresenta circa il 10%. La donna non accede mai da sole alle postazioni di strada perché sono più a rischio rispetto agli uomini. Di solito sono accompagnate da uomini con cui hanno una relazione affettiva controversa. Il Drop-in facilita il contatto delle donne con le unità di strada in quanto rappresenta un luogo fisico chiuso che non espone al rischio come la strada. Negli ESP (lavoro sugli utenti esperti) è molto chiaro il diverso comportamento di genere tra aggregazione, più frequente tra i maschi, e ricerca di protezione, più frequente nelle donne, anche se questo in tali ambienti non rappresenta un aiuto ma spesso nega l'emancipazione e l'autodeterminazione.

I servizi – LE CARCERI trattati 399 in carico 73 . In entrambe le casistiche la maggioranza delle sostanze è rappresentata dalle droghe/farmaci.

Le donne riescono a “fare comunità” all'interno del carcere, creando un ambiente migliore rispetto al carcere maschile, più gradevole e adatto alla quotidianità.

Gli uomini tendenzialmente creano un sistema di potere e dominazione. Subiscono pesantemente il problema del sovraffollamento.

I servizi nelle comunità con specificità femminili riguardo l'approccio e presa in carico secondo i principi di salute di genere

ARTEMISIA, inaugurata nel 2024 comunità doppia diagnosi solo femminile con funzione hab regionale. E' una comunità terapeutica riabilitativa per donne dipendenti da sostanze ma affette anche da patologie psichiatriche, sia adulte che minorenni. La comunità è diventata una conquista importante per il SerDP di Modena.

ZORA: comunità socio-educativa integrata per sole donne con difficoltà psicologiche e relazionali

Le restanti comunità alloggio per le DP vedono un accesso prevalentemente di utenti italiani: 95% a maggioranza maschile: 59,70% con scolarità prevalente di scuola secondaria di I° e II°.

ENTI ACCREDITATI delle dipendenze patologiche, sono molto disponibili ed attenti alla salute e medicina di genere, anche grazie ai laboratori attivati in tre anni su: salute di genere, stereotipi, inclusione/accesso. Sono stati inoltre coinvolti nella formazione aziendale annuale sulla medicina di genere.

L'APPLICAZIONE DI ALCUNI PROTOCOLLI STRATEGICI:

DONNA IN GRAVIDANZA E BAMBINO, in applicazione del protocollo provinciale DGR 2050/2019 quando sono presenti condizioni di fragilità e multi problematicità.

SEX WORKERS fornitura alle donne che sono sex worker di un dispositivo sottocutaneo in consultorio, per evitare gravidanze.

APPLICAZIONE art. 75 del Testo unico stupefacenti (D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309) relativamente all'attivazione della procedura per chiunque venga trovato in possesso di sostanze che prevedere l'invio al SERDP da parte del prefetto: il SerDP ha ulteriormente attivato con il prefetto un protocollo che mette insieme l'aspetto educativo con quello repressivo (prevenzione selettiva).

FATTORI DI RISCHIO/PROTEZIONE rispetto alle determinanti di salute/malattia (dipendenza)

Per le D soggette a dipendenza il rischio più alto è quello di essere maltrattate, violentate, abusate. L'abuso sessuale è correlabile alla perdita di autostima, autodeterminazione, all'esposizione a comportamenti e stili di vita a rischio e, ulteriore fattore è la perdita di coscienza che acuisce la vulnerabilità. Nella gravidanza, il rischio è la nascita di un bambino già in astinenza. Le donne possono avere atteggiamenti scomposti provocati dall'abuso di sostanze ma non violenti come invece lo sono gli uomini che abusano delle stesse sostanze. Le donne senza dimora sono spessissimo vittime di violenza, picchiate/rincorse.

Altro forte fattore di rischio per la donna è la relazione con un compagno che abusa delle sostanze. DP Le D utenti affette da tossicodipendenza hanno subito maggiormente traumi famigliari nell'infanzia/adolescenza e hanno specificità di rischio indotte dalle relazioni che possono instaurare con maschi, pertanto sono necessarie comunità esclusivamente femminili. Nella tossicodipendenza le donne hanno subito abusi anche in ambito familiare nel 90% dei casi; per tale ragione hanno la tendenza a non fidarsi quasi.

Un elemento interessante da segnalare riguarda il fatto che le donne non si aggregano tra loro a differenza degli uomini che lo fanno un po' di più: gli utenti esperti spontanei di strada si aiutano di più tra loro; le donne invece si fanno proteggere o vogliono prendersi cura. Nei gruppi ESP, le donne si ingaggiano di più perché hanno la tendenza innata ad aiutare. Tale atteggiamento non sempre però è un aspetto di protezione ma genera dipendenza ed espone allo sfruttamento, fino alla violenza.

Per gli U soggetti a dipendenza c'è il rischio di violenza sessuale agita, ma soprattutto un alto rischio di incidenti stradali.

Per entrambi i generi incidono le relazioni intergenerazionali e gli stili genitoriali. Stili opposti quali ipeprotettivi o fortemente disinteressati sono entrambi fattori di rischio. Anche l'allontanamento del giovane dipendente da parte del genitore è un comportamento a rischio.

Il bilanciamento delle determinanti di salute socio ambientali, messo in rapporto ai fattori di rischio sia individuali che sociali, serve a strutturare le azioni di Prevenzione e Promozione della salute. Trattando la vulnerabilità ci si riferisce a 4 categorie:

MACROAMBIENTI – MICROAMBIENTI – FATTORI PERSONALI – FATTORI LEGATI ALL'USO DELLA SOSTANZA STESSA. In queste 4 categorie si può agire con diverse progetti di protezione/prevenzione

Per cocaina e crack è problematico il comportamento nella collettività: il crack in particolare sta creando problemi comportamentali in strada. Un fattore di prevenzione e protezione è quello di coordinare degli interventi con le Forze dell'Ordine. In questo il Servizio è capofila a livello regionale (gruppo già deliberato)

ASPETTI ORGANIZZATIVI E RILEVAZIONE DATI

- Gap dati tra i 2 sistemi di rilevazione Sister e CURE. Ora la rilevazione è omogenea nella regione e tra i servizi DSM anche se per le DP la classificazione è ridotta a 5 classi.
- DP MO capofila RER progetto coordinamento interventi con forze dell'ordine per comportamenti a rischio in strada; -Servizi a carico DP come il CAF, a differenza di altre aziende quali BO e AOU)

DSMDP DOMICILIARITA'

DOMICILIO (Compresi Appartamenti e contesti non clinici) PER DISTRETTO E GENERE					DOMICILIO (Compresi Appartamenti e contesti non clinici) PER DISTRETTO E FASCIA ETA'					
DISTRETTO	FEMMINA	MASCHIO	TOTALE	%F/TOT	DISTRETTO	<= 35	>= 36	TOTALE	%<35/TOT	%>35/TOT
DISTRETTO MODENA - POLO EST	1.381	1.078	2.459	56,2%	DISTRETTO MODENA - POLO EST	389	2.070	2.459	15,8%	
DISTRETTO CARPI	1.660	1.358	3.018	55,0%	DISTRETTO CARPI	554	2.464	3.018	18,4%	
DISTRETTO CASTELFRANCO EMILIA	812	979	1.791	45,3%	DISTRETTO CASTELFRANCO EMILIA	318	1.473	1.791	17,8%	
DISTRETTO MIRANDOLA	3.762	742	4.504	83,5%	DISTRETTO MIRANDOLA	3.230	1.274	4.504	71,7%	
DISTRETTO MODENA - POLO OVEST	1.018	1.096	2.114	48,2%	DISTRETTO MODENA - POLO OVEST	416	1.698	2.114	19,7%	
DISTRETTO PAVULLO	918	806	1.724	53,2%	DISTRETTO PAVULLO	350	1.374	1.724	20,3%	
DISTRETTO SASSUOLO	865	703	1.568	55,2%	DISTRETTO SASSUOLO	403	1.165	1.568	25,7%	
DISTRETTO VIGNOLA	1.227	947	2.174	56,4%	DISTRETTO VIGNOLA	473	1.701	2.174	21,8%	
Totale complessivo	11.643	7.709	19.352	60,2%	Totale complessivo	6.133	13.219	19.352	31,7%	68,31

Tot utenti 19352 di cui F60,2%. I servizi domiciliari, compresi gli appartamenti e i contesti non clinici, sono **più frequentati dalle donne e dagli >35: 68,30%** sul totale, con utenza affetta da disturbi psichiatrici a cui si può accompagnare l'abuso di sostanze. La maggioranza femminile è spiegabile con la tendenza maggiore per i maschi ad essere accuditi rispetto alle femmine, le quali invece più spesso si rivolgono ai servizi avendo meno supporti famigliari o di coppia. D'altra parte l'uomo ha più difficoltà a prendersi cura di sé, a gestire il proprio "abitare" e a farsi accudire nel sociale da persone estranee.

Differenze nella provincia. Il Distretto di Castelfranco Emilia, utilizzato come "controllo", è in linea con i dati complessivi. Mirandola riporta dati superiori alla media specie nell'età <35.

Un'altra variazione si nota nel confronto tra Modena Ovest e Modena Est: questa differenza è significativa in quanto il polo Est storicamente ha un'organizzazione operativa che predilige l'intervento domiciliare, anche se l'aumento è presente solo nella fascia >36. Meccanismi simili si notano anche in altre provincie come nel Distretto di Scandiano I servizi domiciliari, compresi gli appartamenti e i contesti non clinici, sono più frequentati dalle donne over 35: 55% sul totale, con utenza affetta da disturbi psichiatrici a cui si può accompagnare l'abuso di sostanze. La maggioranza femminile è spiegabile con la tendenza maggiore per i maschi ad essere accuditi rispetto alle femmine, le quali, invece, devono rivolgersi ai servizi avendo meno facilmente supporti famigliari o di coppia. D'altra parte l'uomo ha più difficoltà a prendersi cura di sé, dei famigliari e a gestire il proprio "abitare".

OSPEDALIZZAZIONE PER GENERE					
NUMERO DI TSO PER GENERE E DISTRETTO (TESTE)					
	DISTRETTO	MASCHIO	FEMMINA	Totale complessivo	%D/tot
	DISTRETTO CARPI	15	11	26	42,3%
	DISTRETTO CASTELFRANCO	19	7	26	26,9%
	DISTRETTO MIRANDOLA	9	5	14	35,7%
	DISTRETTO MODENA	41	29	70	41,4%
	DISTRETTO PAVULLO	5	6	11	54,5%
	DISTRETTO SASSUOLO	10	10	20	50,0%
	DISTRETTO VIGNOLA	2	1	3	33,3%
	Totale complessivo	101	69	170	40,6%
NUMERO DI TSO PER GENERE E DISTRETTO (CON TSO RIPETUTI)					
	DISTRETTO	MASCHIO	FEMMINA	Totale complessivo	%D/tot
	DISTRETTO CARPI	32	21	53	39,6%
	DISTRETTO CASTELFRANCO	38	14	52	26,9%
	DISTRETTO MIRANDOLA	21	18	39	46,2%
	DISTRETTO MODENA	81	60	141	42,6%
	DISTRETTO PAVULLO	12	11	23	47,8%
	DISTRETTO SASSUOLO	21	17	38	44,7%
	DISTRETTO VIGNOLA	4	2	6	33,3%
	Totale complessivo	209	143	352	40,6%
NUMERO DI RICOVERI IN TUTTE LE STRUTTURE (GESTIONE DIRETTA ED INDIRECTA)					
		MASCHIO	FEMMINA	Totale complessivo	%D/tot
SPDC	SPDC - MINORI	28	25	53	47,2%
	SPDC - TSV	193	169	362	46,7%
	SPDC - TSO	209	143	352	40,6%
	Totale SPDC	430	337	767	43,9%
SPOI ospedaliere	VILLA IGEA SPOI	305	256	561	45,6%
	VILLA ROSA SPOI	146	153	299	51,2%
	Totale SPOI	451	409	860	47,6%
RTI residenza trattament o intensivo	RTI MODENA CENTRO	44	75	119	63,0%
	RTI CARPI	18	11	29	37,9%
	VILLA IGEA RTI	248	197	445	44,3%
	VILLA ROSA RTI	187	156	343	45,5%
	Totale RTI	497	439	936	46,9%
RTP Residenza trattament o Psichiatrico	RTP Pavullo	8	1	9	11,1%
	VILLA ROSA RTP	2	4	6	66,7%
	VILLA IGEA RTP	8	4	12	33,3%
	RTP Borgo	18	8	26	30,8%
	RTP Luna	13	18	31	58,1%
RSR	RSR Barca	10	1	11	9,1%
	Totale RTP/RSR	59	36	95	37,9%
	Totale complessivo	1437	1221	2658	45,9%

DSMDP OSPEDALIZZAZIONE

Totale ricoveri e ospiti in strutture 2658 di cui F 45,9%

Tot TSO persone ricoverate 170 di cui F 40,6% con una netta maggioranza maschile in linea con gli anni precedenti, spiegabile con la maggiore espressività di comportamenti oppositivi maschili e le sintomatologie che portano al trattamento. Tot TSO ripetuti 352.

SPDC - F44,8% la prevalenza dei del genere maschile rispetto a quello femminile è meno marcata.

RTP Borgo: F30,8%.

RTP Luna: D58,1% è una struttura per giovani e adolescenti (18-35 anni), vengono trattati principalmente i disturbi borderline, di cui soffrono maggiormente le D.

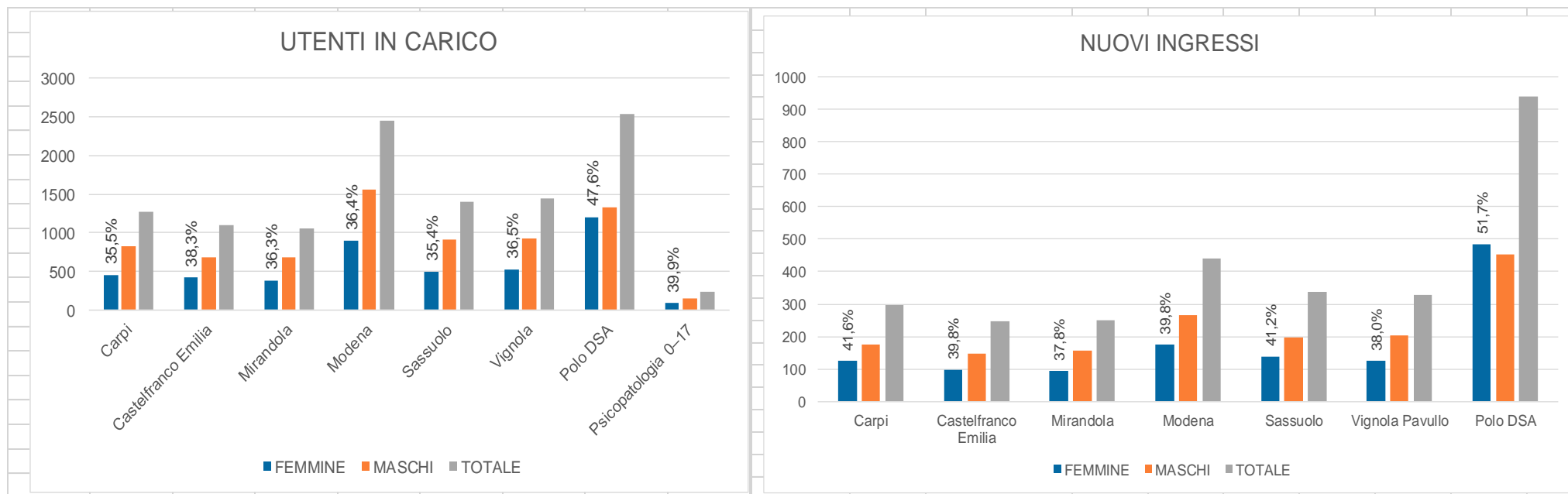
RTP V. Rosa D 66,7% anche in relazione al trattamento dei DCA

RSR La barca: questa struttura si occupa prevalentemente di patologie psicotiche e prende in carico anche autori di reato. **D 9,1%**

All'interno di **SPOI e RTI RTP e RSR** le donne raggiungono la numerosità maschile essendo trattamenti e sintomatologie meno intense

Sono in aumento gli stranieri con una stima attuale sul 30%-35% tra cui i maschi sono oltre il 75%. L'utenza è affetta da disturbi psichiatrici ma il quadro si accompagna spesso dall'abuso di sostanze illegali che danno dipendenza.

DSM NPIA



Sintesi valutazioni

Tot **14352** di cui **F39,85%**. In Carico **11510** di cui **F 38,9%**, Nuovi ingressi **2842** Di cui **F 43,7%**

La maggior parte dell'utenza in carico è rappresentata dall'**Autismo** e il dato conferma l'incidenza maschile superiore anche se in alcuni casi quella femminile supera il 40%. Anche per quanto riguarda i disturbi del linguaggio, e in generale i disturbi neuropsicologici, c'è una forte prevalenza maschile, come anche nei disturbi del comportamento e della condotta. Nei disturbi depressivi e nei disturbi di personalità (borderline), invece, sono più frequenti le utenti di sesso femminile. Altre diagnosi come i ritardi mentali non presentano invece differenze di genere.

DSA I casi, probabilmente sottostimati, sono **tot 3470** di cui **nuovi ingressi 939**. **F48,73%/tot DSA**. **F51,7%/nuovi ingressi DSA**

I casi sono aumentati molto negli ultimi 10 anni per cui si è creato un polo unico provinciale per affinare le diagnosi con personale specializzato. l'esordio è sempre più precoce, con quadri di maggiore complessità già nella pre-adolescenza (11-13 anni) quindi è particolarmente importante lavorare sulla prevenzione.

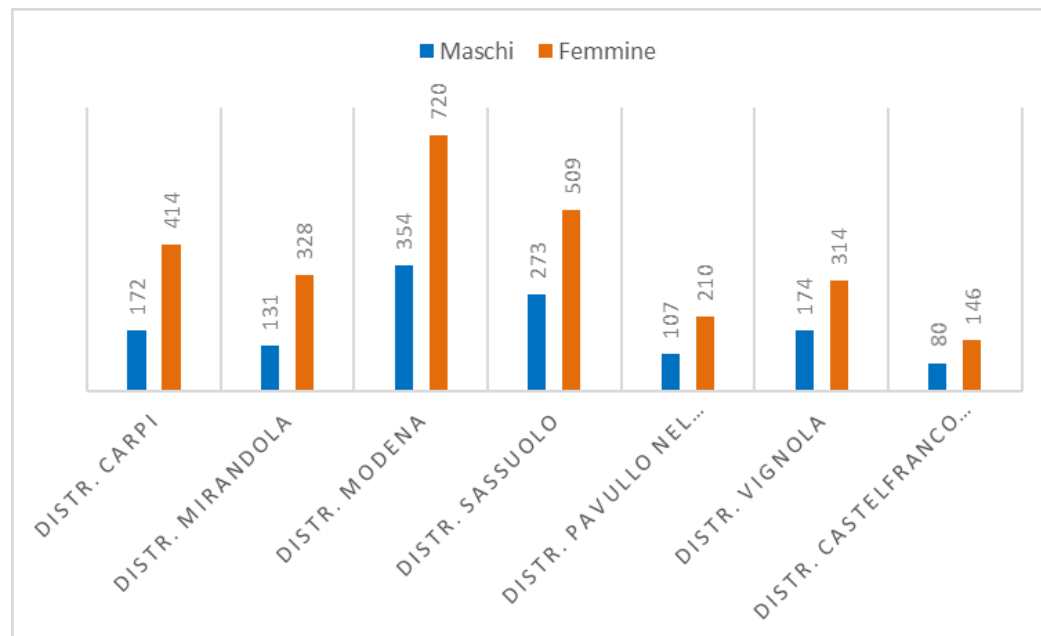
Nei nuovi ingressi l'utenza femminile è maggiore (mancano i dati della psicologia 0-13).

In generale, i casi di autismo nell'ultimo ventennio sono aumentati sempre di più. Modena in particolare registra numeri alti. Sono aumentate anche le disforie di genere, spesso associate ad autismo. Le femmine hanno spesso un alto funzionamento e possono mascherare una diagnosi di autismo attivando strategie di compensazione. L'invio avviene in epoca più tarda, in pre-adolescenza o adolescenza.

I maschi possono incorrere diagnosi tardiva, perché possono essere presi in carico per altro, come i disturbi ansiosi o disturbi di comprensione e dell'apprendimento.

Categoria: servizi socio sanitari

UTENTI CRA – ANZIANI



Tot ospiti in 13 anni 49834. andamento 12 anni (2012-23): D% 68,71 - 69,80 - 69,82 - 68,67 - 68,16 - 67,70 - 67,84 - 65,89 - 66,70 - 68,72 - 68,33 - 66,89

Oltre il 70% degli ospiti sono dislocati in area nord

UTENTI ANZIANI RESIDENZIALE

Tot ospiti nel 2024 3920 di cui **D 67,2%** a.'23 3879 di cui D/U66,89%.

-grave disturbo comportamentale **D 490** Pari al **18,6%**/Tot donne a. '23 D464

-elevato bisogno sanitario e correlato bisogno assistenziale **TD 834** Pari al **31,66%**/tot D. a. '23 D819

-disabilità severa **Tot D 1200** pari al **45,55%**/tot D. a. '23 D1184

-disabilità moderata **Tot D110** pari al **4,1%**/tot D a. '23 D128

Si conferma la netta prevalenza femminile con trend in aumento nelle residenze per anziani in linea con i dati epidemiologici: speranza di vita e condizioni socio economiche che vedono la donna più frequentemente sola e non accudita da caregiver. Trend in linea agli anni precedenti.

UTENTI ANZIANI CENTRO DIURNO

Tot ospiti 845 di cui **D 65,4%** a.'23 858 di cui D 66,08%

- non autosufficiente con demenza e gravi disturbi del comportamento **Tot ospiti D132** pari a **23,86%** a'23 D 124

- non autosufficiente di grado severo Tot ospiti **D 80** pari a **14,46%**. a.'23 D96

- non autosufficiente di grado moderato Tot ospiti **D 341** pari a **61,66%**. a.'23 D 347

Si evidenzia la netta prevalenza femminile nei CD per anziani in linea con i dati epidemiologici: speranza di vita e condizioni socio economiche che vedono la donna più frequentemente sola e non accudita da caregiver. Trend in linea agli anni precedenti

UTENTI RESIDENZIALI DISABILI

Tot ospiti **262 di cui D 35,1%**

- Disabilità particolare **D 44 Pari al 47,82%**
- Disabilità completa **TD 23 Pari al 25,00%**
- Disabilità severa **Tot D 16 pari al 17,39%**
- Disabilità moderata **Tot D7 pari al 7,6%**
- Disabilità lieve **Tot D 2 pari al 2,17%**

Si conferma la netta prevalenza maschile

UTENTI CD DISABILI

Tot ospiti **606 di cui D 43,1%**

- Disabilità particolare **D 46 Pari al 17,24%**
- Disabilità completa **TD 92 Pari al 35,24%**
- Disabilità severa **Tot D 58 pari al 22,22%**
- Disabilità moderata **Tot D34 pari al 13,02%**
- Disabilità lieve **Tot D 32 pari al 12,26%**

Le persone disabili presso i CD sono nettamente superiori a quelle nelle residenze.

Si conferma la prevalenza maschile ma più contenuta rispetto alla residenzialità

Categoria: Salute Pubblica

IGIENE PUBBLICA

DIFTERITE

	MASCHI MIN	MASCHI MAG	FEMMINE MIN	FEMMINE MAG	TOTALE
2020	9628	3648	9015	5688	27979
2021	13322	2419	12280	5032	33053
2022	12781	5153	11788	7592	37314
2023	12414	7333	11573	9031	40351
2024	10681	7100	10029	8864	36674

D 18893 U17781 anno '23 D20604 U19747 anno '22 D19380-U17934

si rileva una riduzione delle prestazioni rispetto lo scorso anno senza variazioni per età genere.

Gap UD giustificabile dal percorso fisiologico (gravidanza e puerperio) a cui è sottoposta la donna.

Tema della difterite anche dal PRP è diventato tema importante soprattutto nel genere femminile x gravidanza e puerperio.

TETANO

	MASCHI MIN	MASCHI MAG	FEMMINE MIN	FEMMINE MAG	TOTALE
2020	9641	3685	9020	5738	28084
2021	13332	2439	12287	5063	33121
2022	12788	5197	11792	7644	37421
2023	12420	7417	11578	9126	40541
2024	10690	7151	10032	8932	36805

D 18964 U 17841 anno '23 D20704 U 19837 anno '22 D19436-U17985

si rileva una riduzione delle prestazioni senza variazioni per età e per sesso > x D probabilmente perché sono più attente al tema di salute, nonostante la profilassi antitetanica x legge è legata all'attività lavorativa (attività fisiche pesanti più praticate dagli uomini).

PERTOSSE

Pertosse							
	MASCHI MIN	MASCHI MAG	FEMMINE MIN	DI CUI GRAVIDE	FEMMINE MAG	DI CUI GRAVIDE	TOTALE
2020	9612	3114	9001	0	5251	2075	26978
2021	13306	2228	12273	2	4857	2067	32664
2022	12769	4896	11783	2	7297	2726	36745
2023	12402	6852	11566	0	8493	2708	39313
2024	10672	6424	10019	2	8219	2838	35334

D 18238 U 17960 anno '23 D20059 U19254 anno '22 D21808-U17665

si rileva una riduzione delle prestazioni senza variazioni per età e per sesso. Prosegue in maniera efficace la presa in carico delle donne in gravidanza.

PAPILLOMA VIRUS

Papilloma Virus FEMMINE						
	COORTE 1995	COORTE 1996	COORTE 1997	COORTE 1998	COORTE 1999	TOTALE
2020	36 no		no			36
2021	38	23 no				61
2022	662	278	132			410
2023	247	146	85	146		624
2024	62	38	26	53	146	325

D 7108 U 6549 anno '23 D8216 U7262 anno '22 D9834-U7795

si rileva una riduzione delle prestazioni senza variazioni con una eccezione riguardo le ragazze 26anni. Il dato è compatibile con l'alta copertura nelle coorti delle 27enni (>90% già vaccinate in età adolescenziale).

La maggiore adesione D è complessivamente spiegabile per l'efficacia delle campagne di salute e la maggior sensibilità alla chiamata attiva.

HERPES ZOSTER

Herpez Zoster	COORTE 1955		COORTE 1956		COORTE 1957		COORTE 1958		COORTE 1959		COORTE 1952 AL 1957		COORTE 1952 AL 1958		COORTE 1952 AL 1959	
	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE
	2020	8	8	2	2	1	7					77	104			
2021	31	22	15	22	0	2					78	63				
2022	1660	1700	1596	1762	1584	1749					5342	5672				
2023	111	88	122	103	155	154	1530	1607			819	714	2349	2321		
2024	75	77	71	95	98	80	122	117	1577	1884	598	575	720	692	2297	2576

D 2576 U 2297 anno '23 D2321 U2349 anno '22 D5672-U5342

si rileva un dato stabile delle prestazioni con una leggera maggioranza femminile. Continua a ridursi l'incremento dal 2022 indotto dalla campagna informativa

PNEUMOCOCCO

Pneumococco	MASCHI MIN	MASCHI MAG	FEMMINE MIN	FEMMINE MAG	TOTALE
2020	4972	675	4637	611	10895
2021	4996	245	4536	188	9965
2022	5042	329	4641	269	10281
2023	4955	551	4553	402	10461
2024	4745	1181	4472	1012	11410

D5484 U5926 Dati anno '23 D4955 U5506 anno '22 D4910-U5371

Si rileva un aumento della quantità delle prestazioni con contenuta maggioranza maschile stabile negli anni. Il decremento delle vaccinazioni nel 2021 è rientrato, ed è spiegabile con associazione in quel periodo ad altre campagne vaccinali es COVID ANTIFLU che potrebbero aver disincentivato l'adesione a questa vaccinazione

MORBILLO-PAROTITE-ROSOLIA

Morbillo - Parotite - Rosolia					TOTALE
	MASCHI MIN	MASCHI MAG	FEMMINE MIN	FEMMINE MAG	
2020	5723	364	5409	374	11870
2021	6656	124	6093	138	13011
2022	5806	163	5297	155	11421
2023	6547	286	6050	214	13097
2024	5887	683	5485	322	12377

D5807 U6570 anno '23 D6264 U6833 anno '22 D5452-U5969

Decremento delle vaccinazioni femminili ma non si rilevano grosse differenze tra quest'annata e le annate precedenti in quanto l'andamento complessivo è altalenante. C'è una prevalenza nell'età minorenni e per i maschi nonostante le chiamate attive per le donne

AntiCOVID-19

COVID					TOTALE
	MASCHI MIN	MASCHI MAG	FEMMINE MIN	FEMMINE MAG	
2020					
2021					
2022					
2023	891	31868	778	34839	68376
2024	103	23869	99	25897	49968

D 25996 U23972 Tot 49968 anno '23 D35617 U 32759 Tot 68376 anno '22 D298171-U286386

Si rileva una netta riduzione delle vaccinazioni data la rimozione dell'obbligo vaccinale. Tale calo era atteso e in linea con le previsioni. La riduzione è anche imputabile a motivi organizzativi essendo il flacone multidose e, pertanto, tendenzialmente aperto con una programmazione di almeno 6 vaccinazioni.

Anti FLU

	MASCHI MIN	MASCHI 18-64	MASCHI da 65	femmine MIN	femmin 18-64	femmine da 65	TOTALE
2020	3110	30091	52442	2556	38285	63849	190333
2021	2610	23825	49947	2167	28737	60237	167523
2022	2503	19116	44556	2086	23585	53783	145629
2023	2623	24778	58613	2171	32017	70941	191143
2024	4883	20594	48905	4206	26058	58010	162656

D88274 U74382 anno '23 D105129 U86014 anno '22 D79454-U66175

Dati complessivamente in riduzione specie per le donne con andamento altalenante nel quadriennio. Persiste in modo costante il vantaggio femminile, probabile motivo la maggiore adesione delle donne alla campagna vaccinale a copertura massiva.

Monkey Pox

monkey pox			
	MASCHI MAG	FEMMINE MAG	TOTALE
2022	169	0	169
2023	55	0	55
2024	54	0	54

D0 U54 anno '23 D0 U55 anno '22 D0-U169

Si conferma un'adesione esclusivamente del sesso maschile (maggiorescenti) compatibile con le indicazioni regionali e una riduzione costante delle adesioni maschili spiegabile con l'andamento epidemiologico che vede una diminuzione dei contagi e una conseguente abbassamento dell'attenzione a queste casistiche

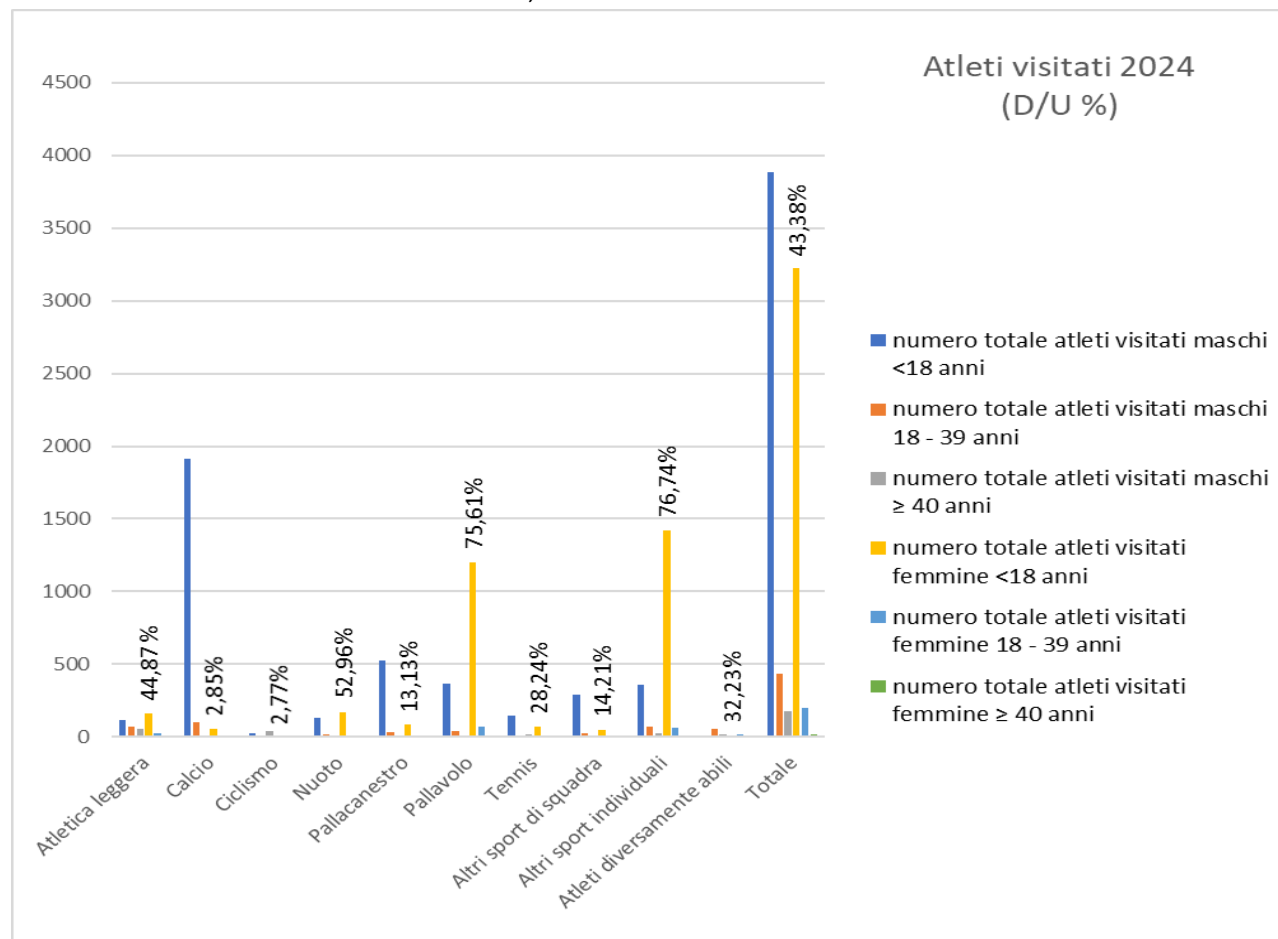
MEDICINA SPORTIVA

Adesione ai diversi sport Disabilità e sport agonistici

Tot visite 7930 di cui D43,38%: Calcio 2070 D2,85%; Volley 1685 D75,60%;

anno '23 Tot visite effettuate 8249 di cui U 4665 D 3584 43,4%D/tot

- Calcio D 73-U 2054 3,43%D/tot di cui U<18=1940;
- PV U 420 - D 1316 75,8%D/tot di cui <18=1233
- anno '22 Tot visite effettuate 8455 di cui U 4893 D 3562 42,1%D/tot
- Calcio D 88-U 2226 di cui <18=2088; PV U 374 - D 1290 di cui <18=1209



I dati evidenziano un andamento stabile con oscillazioni poco significative e un leggero decremento delle visite.

Pallavolo >D per fattori socio culturali. E' evidente l'alto n. di < 18 anni M per calcio, speculare all' alto n. di <18 D per pallavolo, ciò a dimostrare l'incidenza dello stereotipo sociale nelle famiglie, e società sportive. Abbandono età scolare >F.

Dal 2022 nel calcio esiste il professionale femminile per il quale il Paygap molto alto in quanto lo sport maschile ha più appeal.

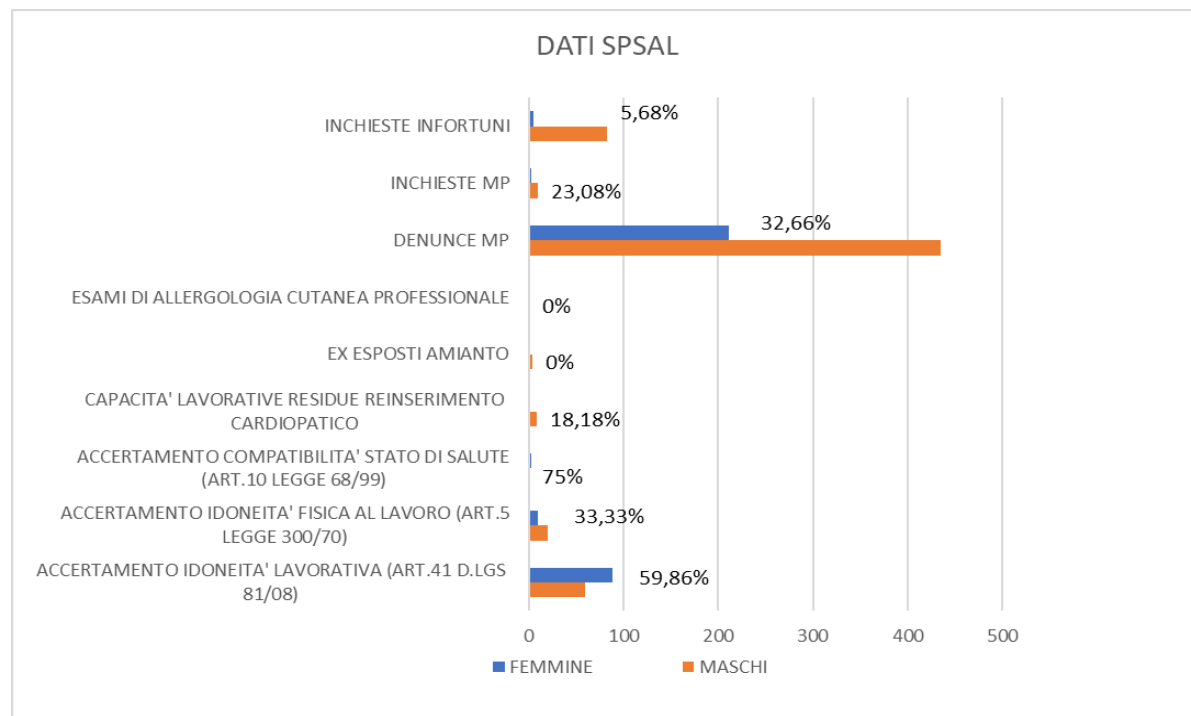
Disabili 136 D 28,26%

anno '23 D39-U99 28,3%D/tot anno '22 D28-U117 19,13%D/tot

I dati evidenziano un a stabilità delle visite totali e nel rapporto di genere.

Si evidenzia una tendenza > M nello sport ad alta intensità cardiovascolare. Ciò si spiegherebbe per motivi psicosociali: M più predisposto competizione fisica di squadra e cerca di superare la disabilità attraverso lo sport, la D subisce maggiormente l'influenza degli stereotipi.

SERVIZIO PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO



Accertamento **idoneità lavorativa** per verificare stato di salute e mansione svolta. Art.41 D Lgs 81/08

U59 D88 anno '23 U49-D91 anno 22 U41-D91

Si rileva un aumento degli accertamenti specie per le D, conseguente ad un maggior numero di ricorsi avverso il giudizio di idoneità espresso dal medico competente. Gli U lavoratori >D. D>richiesta rivalutazione stato idoneità probabilmente per maggiore attenzione stato salute. La richiesta proviene maggiormente dalle fasce di età 40-60, in linea con probabilità sviluppare malattie.

Accertamento **idoneità fisica al lavoro** rispetto alla mansione svolta Art.5 Legge 300/70

U20 D 10 anno '23 U19-D10 anno 22 U15-D8

Dato più alto per U, ma complessivamente poco significativo.

Accertamento **compatibilità stato di salute e mansione svolta da disabili**. Art. 10 Legge 68/99

U1 D3 anno '23 U1-D0 anno 22 U1-D4

Dati sono numericamente poco rilevanti. L'iter procedimentale è integrato tra più enti (CPI AUSL INPS) rende talvolta tardivo l'esito. Procedimento seguito con difficoltà per il disabile come soggetto debole.

Valutazione **capacità lavorative residue per reinserimento cardiopatici**

U9 D2 anno '23 U18-D0 anno '22 U11-D3

Si evidenzia alto n. U dimezzato rispetto lo scorso anno ma altalenante nel complesso spiegabile con una maggiore incidenza di patologie cardiache negli U rispetto alle D e alla maggior impiego di U in lavori pesanti. Potrebbe essere segnale una sottostima delle patologia cardio nelle donne

Controlli **Ex esposti amianto**

U4 D0 anno '23 U1-D0 anni '22 U3-D0

Malattia a carico quasi esclusivo di U (per periodo storico di esposizione e lavoro svolto da U). La maggior parte sono deceduti e/o sono residenti in altre provincie

Esami di **allergologia cutanea professionale** per diagnosi dermatite allergiche da contatto, in contesti lavorativi

Dato assente per trasferimento dell'accertamento alla specialistica ambulatoriale, anno '23 U12-D17 anno '22 U32-D38

Il decremento negli anni è spiegabile con la progressiva dismissione dell'ambulatorio. Maggior incidenza D probabilmente per maggior attenzione stato salute e maggiore impiego delle D in attività con sostanze allergizzanti. Le donne sono più predisposte a sviluppare patologie da iperattivazione del sistema immunitario. Le D sono maggiormente sottoposte a agenti allergizzanti nel lavoro domestico.

Denunce MP per sospetta o certa malattia professionale

U435 D211 anno '23 U385-D219 anno '22 U370-D143

Netto incremento delle denunce da parte maschile. Lo scorso anno l'aumento era stato a carico delle donne, spiegabile con aumento delle denunce di patologie muscoloscheletriche da sovraccarico biomeccanico degli arti superiori, che sono più frequenti nelle D. Maggiore il numero di denunce negli uomini per la maggiore incidenza di ipoacusie da rumore negli U, maggiormente impiegati in lavorazioni rumorose. Certamente dato sottostimato in quanto i medici di qualsiasi specialità non sempre segnalano la malattia di origine professionale anche se è un obbligo di legge. Nei 3 anni analizzati non vi è una flessione, ma negli anni precedenti (oltre 10 anni) il dato era maggiore, segno di un miglioramento condizioni lavorative

Inchieste MP indagini di polizia giudiziaria in caso di malattie professionali con lesioni gravi, gravissime, mortali

U10 D3 anno '23 U15-D4 anno '22 U32-D9

Si conferma un decremento delle inchieste concluse maggiore nel sesso maschile perché correlate a malattia professionali collegate a lavori svolti maggiormente da U. Incidenza> per U per prevalenza mesotelioma e ernia del disco, che sono prevalentemente correlate a lavori maschili.

Inchieste Infortuni. Indagini di polizia giudiziaria in caso di infortunio sul lavoro. Sono atti di polizia giudiziaria che vengono attivati in caso di eventi che hanno causato lesioni gravi, gravissimi o mortali, al fine di individuare la presenza di eventuali responsabilità.

U 83 D5 anno '23 U110-D15 anno'22 U169-D14

Si conferma la diminuzione delle inchieste soprattutto da parte maschile perché gli uomini sono più coinvolti in comparti come l'industria, edile e agricoltura dove i rischi legati alla sicurezza sono molto elevati e vi è preponderanza di occupati maschi. Gli infortuni che coinvolgono le donne sono collegati prevalentemente al comparto della sanità, assistenza sociale, PA ecc.

Categoria: Cure Primarie

SCREENING SERVICE

Classe età	Invitate	Aderenti	Adesione corretta
25-29	6.160	3.373	58.1%
30-34	5.582	3.380	70.8%
35-39	5.715	3.854	78.6%
40-44	5.969	4.170	80.7%
45-49	7.827	5.554	80.4%
50-54	7.806	5.294	78.3%
55-59	4.902	3.299	82.5%
60-64	3.993	2.566	78.8%
Totale	47.954	31.490	76.0%

Dati al 31 Dicembre 2024					
CLASSE_ETÀ	Pop. target	Non aderenti ultimo invito	Pop. target >=2 inviti	Non aderenti ult	Mai aderenti
25-29 anni	13.321	5.007	5.427	1.141	1.133
30-34 anni	19.793	5.784	16.175	2.889	2.479
35-39 anni	20.517	5.673	17.661	2.787	1.970
40-44 anni	22.074	5.899	20.145	3.177	1.904
45-49 anni	26.125	6.837	24.696	4.023	2.199
50-54 anni	29.467	7.949	28.155	4.918	2.596
55-59 anni	28.239	7.459	27.145	4.944	2.668
60-64 anni	25.969	7.319	25.016	5.098	2.763
Totale	185.505	51.927	164.420	28.977	17.712

Screening Service target D 185.505, totale di **non aderenti 17.712**.

D invitate 47.954 di cui aderenti 31.490, **adesione corretta 76.0%**.

Invii a Residenti 188.195 con una **copertura screening del 72.3%**,

Invii a Domiciliate 4.388 con copertura screening di 52.0%.

Confronto anno precedente

Pap Test tot 45764D pari al 26,11% del totale attività dei Consulteri famigliari;

cittadinanzaoms	Pop. target	Non aderenti ultimo invito	Pop. target >=2 inviti	Non aderenti ult	Mai aderenti
1 Italiana	151.476	37.808	138.404	22.903	13.948
1 PSA	983	362	743	159	115
2 PFFPM-UE	7.176	2.879	5.897	1.419	895
3 PFFPM-AltriPaesiEuropei	8.584	2.987	6.455	1.187	673
4 PFFPM-Africa Nord	5.985	2.816	4.680	1.200	759
4 PFFPM-Africa Sub-sahariana	2.676	1.036	2.018	405	198
5 PFFPM-Asia	7.042	3.407	5.140	1.453	966
6 PFFPM-America	1.575	626	1.080	250	157
7 PFFPM-Oceania	1	1	1	1	1
8 Apolide	7	5	2	0	0
Totale	185.505	51.927	164.420	28.977	17.712

SCREENING COLON RETTO

<i>situazione anagrafica</i>	Pop. target	estensione	copertura screening
Residenti	188.195	99.9	72.3
Domiciliate	4.388	98.0	52.0

DATI anno 2024 ITALIANI		DATI anno 2024 STRANIERI		
ADESIONE %	GENERE	ADESIONE %	GENERE	ADESIONE %
52.4	FEMMINE	54.6	FEMMINE	39.6
36.8	MASCHI	50.01	MASCHI	33.4

Italiani/Stranieri						
	età	Inviti	inesitati	% inesitati	aderenti	ade corrett
Italiani	50-54	12.271	128	1	6.006	50
	55-59	8.701	80	1	4.913	58
	60-64	9.097	58	1	4.995	56
	65-69	7.192	71	1	4.065	58
	Total	37.261	337	1	19.979	55
Stranieri	50-54	3.885	292	8	1.390	39
	55-59	2.297	153	7	895	42
	60-64	2.109	191	9	771	40
	65-69	1.504	141	9	494	36
	Total	9.795	777	8	3.550	40

Screening Colon Retto

Persone invitate **Italiane 37.261, aderenti 19.979 con non esitati 337;**

Persone invitate **straniere 9.795, aderenti 3.550 con non esitati 777.**

D italiane 54.6% -D straniere 39.6 %

U italiani 50.01%- U stranieri 33.4%

Confronto anno precedente. N. Screening Colon Retto Tot. 50808 di cui D 54,18%; migranti tot 5087 di cui D61,64%, più alta rispetto alle percentuale femminile delle donne italiane: 53,34% in quanto le italiane accedono ai controlli più facilmente mediante MMG e servizi privati

SCREENING MAMMOGRAFIA

CITTADINANZA	Pop. target	Non aderenti ultim	Pop. target >= 2 inv	Non aderenti	Mai aderenti
1 Italiana	133.391	28.654	128.085	21.477	14.768
1 PSA	616	198	558	136	96
2 PFPM-UE	4.713	2.076	4.192	1.419	963
3 PFPM-AltriPaesiEuropei	6.204	2.296	5.439	1.412	918
4 PFPM-Africa Nord	2.713	1.514	2.275	1.012	745
4 PFPM-Africa Sub-sahariana	982	428	815	286	199
5 PFPM-Asia	3.721	2.019	3.054	1.326	1.033
6 PFPM-America	817	308	668	191	137
8 Apolide	2	1	1	0	0
Totale	153.159	37.494	145.087	27.259	18.859

anno	Pop. target	Pop. annuale	Invitati	Aderenti	Adesione corretta
2022	154.959,0	92.113,5	80.895,0	61.732,0	82.2%
2023	155.485,0	92.074,0	100.066,0	70.096,0	74.5%
2024	155.689,0	91.637,5	84.805,0	66.134,0	83.4%

Screening mammografico

Donne italiane **target 133.391** di cui 128.085 2 inviti,

Donne **straniere target 19.769** di cui 17.002 2 inviti

2022 Invitate 80.895,0 / aderenti 61.732,0

2023 Invitate 100.066,0 / aderenti 70.096,0

2024 Invitate 84.805,0 / aderenti 66.134,0

Screening al seno le donne straniere si sottopongono maggiormente alle mammografie come a tutti gli screening

SALUTE DONNA

Azienda di erogazione	NASCITA	IVG	CONTROLLO FERTILITA'	MENOPAUSA	GINECOLOGIA /ANDROLOGIA	PREVENZIONE ONCOLOGICA E PROMOZIONE DELLA SALUTE	STERILITA'/ PROBLEMI DI FERTILITA'	ALIMENTAZIONE	PROBLEMATI CHE PSICO-RELAZIONALI	SESSUOLOGIA	ADOZIONE/ AFFIDO	RAPPORTI CON LE ISTITUZIONI	PREVENZIONE, INDIVIDUAZIONE PRECOCE E ASSISTENZA - VIOLENZA DI GENERE E SESSUALE	ALTRO	TOTALE	%/Tot
PIACENZA	40.710	1.690	7.399	319	6.938	19.616	10	.	1.279	15	.	.	.	50	78.026	8,32
PARMA	31.191	1.189	10.514	408	22.322	25.549	20	202	3.411	4	.	.	.	17	94.827	10,11
REGGIO EM	38.208	1.767	25.647	83	7.791	29.815	8	.	5.074	169	.	.	.	445	109.007	11,63
MODENA	52.526	1.344	27.850	320	26.458	41.652	10	770	4.461	286	.	.	.	3.828	159.505	17,01
BOLOGNA	48.721	2.844	13.047	.	24.316	43.206	76	.	11.440	.	1.553	3	.	.	145.206	15,49
IMOLA	14.440	189	7.378	24	4.520	100	50	4	2.682	14	92	69	434	51	30.047	3,20
FERRARA	24.540	223	9.389	1.668	20.385	19.330	1.804	2	2.035	3	4	.	34	1.056	80.473	8,58
ROMAGNA	81.913	4.869	34.629	1.627	46.107	58.694	49	820	10.366	123	831	.	.	499	240.527	25,65
TOTALE	332.249	14.115	135.853	4.449	158.837	237.962	2.027	1.798	40.748	614	2.480	72	468	5.946	937.618	
%Modena	15,81	9,52	20,50	7,19	16,66	17,50	0,49	42,83	10,95	46,58				64,38	17,01	

Tot Prestazioni: **159505 = 17,01% attività RER**. a. '23 155103=16,75% delle attività regionali ER che si suddividono come segue:

Nascita 15,80% a. '23 14,29%

IVG 9,52% a. '23 9,65%

Controllo fertilità 20,50% a. '23 21,00%

Menopausa 7,19% a. '23 4,92%

Ginecologia andrologia 16,65% a. '23 14,00%

Prevenzione oncologica 17,50% a. '23 20,64%

Sterilità 0,49% a. '23 2,67%

Alimentazione 42,82% a. '23 0%

Problematiche psico-relazionali 10,94% a. '23 9,92%

Sessuologia 46,57% a. '23 41,80%

Adozione/affido – Rapporti con le istituzioni - Prevenzione Violenza di genere 0%

Altro 64,37% a. '23 70,22%.

Si evidenzia un aumento complessivo delle prestazioni e sono presenti le prestazioni "alimentazione" assenti il '23

Dati qualitativi dal servizio

787 consulenze psicologiche per violenza di genere.

Screening in gravidanza per la violenza domestica nel 67% dei casi

Progetti scolastici affettività e sessualità, 6000 studenti e formato 604 studenti peer educator.

CARCERI

Totale persone carcerate 1470 ('23 1265) di cui **D 5,98%** ('23 5,21%).

Fascia età maggiormente rappresentata **26-55=78,16%** ('23 77,15%) di cui **6,52D%**.

Cittadinanza maggiormente rappresentata **Italia pari a 42,58%** ('23 44,74%) di cui **D 7,82%** ('23 6,18%), **Marocco 15,85%** ('23 16,28%) di cui D2,14% ('23 3,39%), **Tunisia 12,51%** ('23 12,17%) di cui D 0%

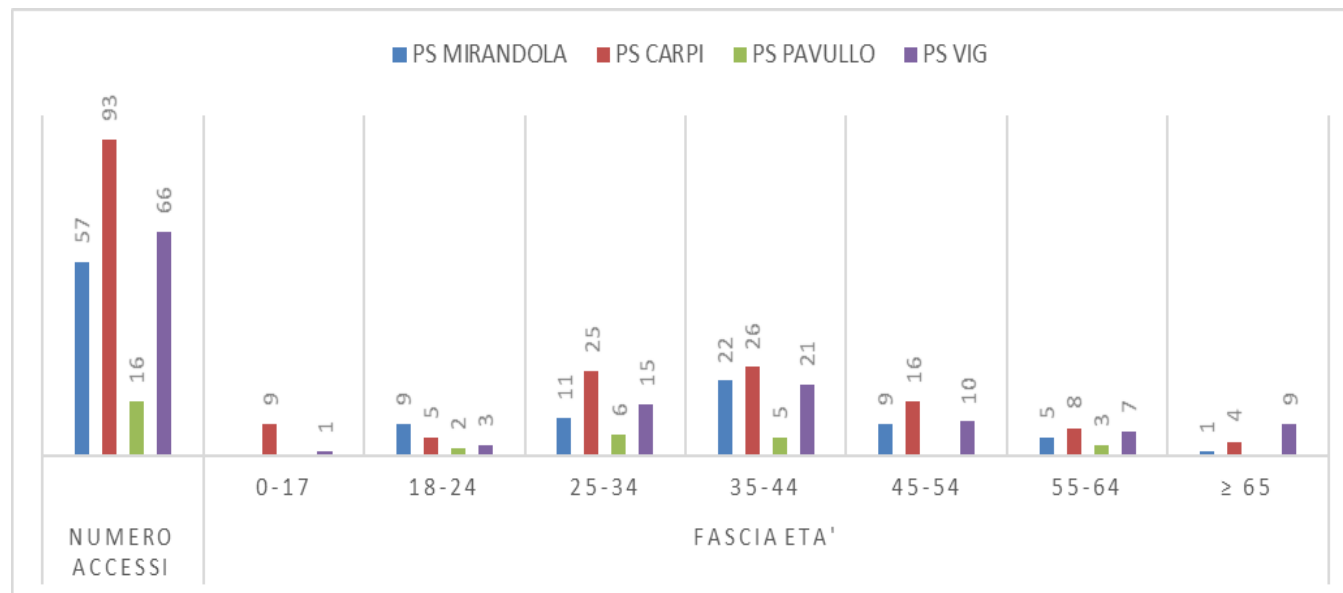
La distribuzione per genere, età e cittadinanza risulta stabile rispetto lo scorso anno con un **aumento complessivo di +205** carcerat* e un **sovraffollamento rispetto alla capienza del 294%** in aumento rispetto lo scorso anno

Genere	D	U	tot				
Capienza	30	470	500	%	D%		
Età	Donne	Uomini	Totale	U%	D%	Magg /tot	Magg D/tot
18_25	5	149	154	10,48	5,68		
26_35	25	380	405	27,55	28,41		
36_45	25	410	435	29,59	28,41		
46_55	25	284	309	21,02	28,41	78,16	6,53
56_65	5	119	124	8,44	5,68		
>65	3	40	43	2,93	3,41		
	88	1382	1470		5,99		

Categoria: violenza di genere - VDG

MONITORAGGIO VIOLENZA DI GENERE – VDG – PS e CAU

MONITORAGGIO VIOLENZA DI GENERE DIEU ANNO 2024							
2024		PS MIRANDOLA	PS CARPI	PS PAVULLO	PS VIG	TOT AUSL	%
NUMERO ACCESSI		57	93	16	66	232	
FASCIA ETA'	0-17		9		1	10	3%
	18-24	9	5	2	3	19	9%
	25-34	11	25	6	15	57	25%
	35-44	22	26	5	21	74	30%
	45-54	9	16		10	35	20%
	55-64	5	8	3	7	23	7%
	≥ 65	1	4		9	14	4%

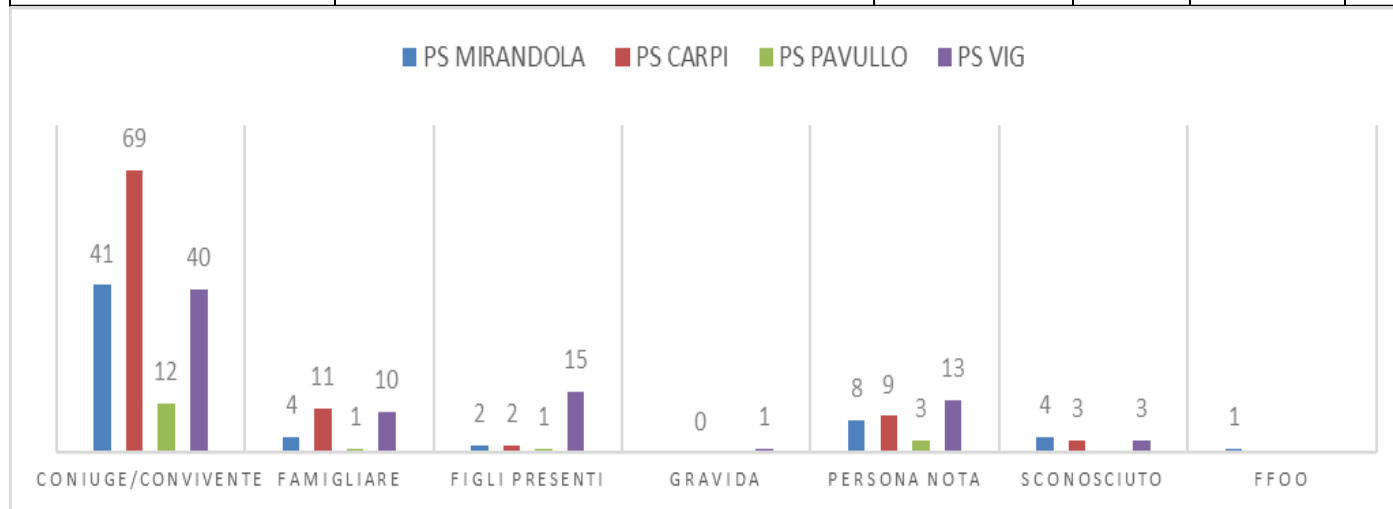


Tot accessi delle Violenza di genere agli accessi AUSL della provincia **266** (228 nel'23). Di cui: **PS 232** (manca PS ginecologico Carpi) – CAU 34 (casi accertati sottostimati)

- CAU Castelfranco Emilia = 14
- CAU Carpi = 1
- CAU Fanano = /
- CAU Modena = 2
- CAU Castelfranco Emilia = 14
- CAU Carpi = 1
- CAU Fanano = /
- CAU Modena = 2
- CAU Finale Emilia = 17

Gli accessi solo ai PS aggiungendo SASS 312, aggiungendo AOU totale accessi provincia 417. (Le violenze sessuali PS ostetrico ginecologico del Policlinico sono 34).

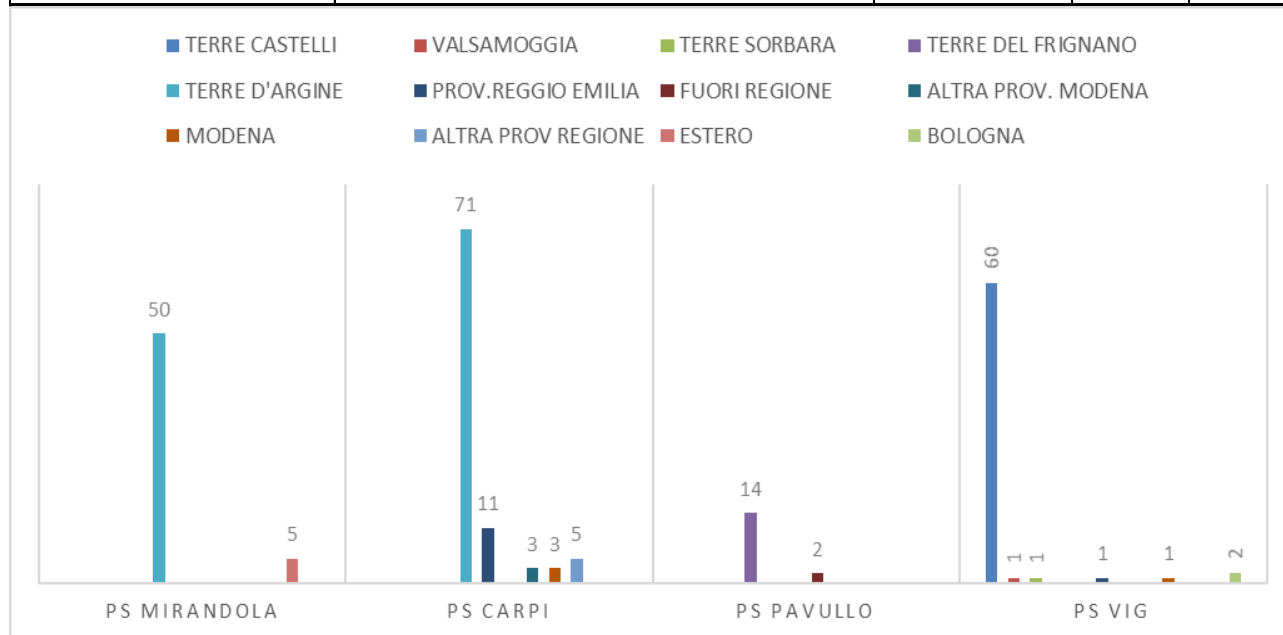
AUTORE DELLA VIOLENZA		PS MIRANDOLA	PS CARPI	PS PAVULLO	PS VIG	TOT AUSL	
aggressione da parte di coniuge, convivente, familiare	coniuge/convivente	41	69	12	40	162	64,03
	famigliare	4	11	1	10	26	3,95
in presenza di figli/gravida	figli presenti	2	2	1	15	20	5,93
	gravida		0		1	1	0,40
aggressione da parte di persone al di fuori della cerchia familiare	persona nota	8	9	3	13	33	13,04
	sconosciuto	4	3		3	10	3,95
	FFOO	1				1	0,40
	stupro di gruppo					0	
non riferito					0		



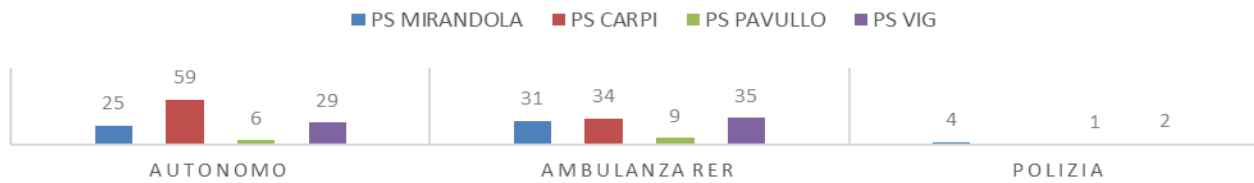
Violenza di Genere (solo accessi da PS) da parte di persone conosciute con relazioni strette eventualmente intime e violenza sessuale: 211 pari al 96%/totali. Tra queste:

- da parte del coniuge/convivente: 162 pari al 64.03%/tot;
 - da parte di altri familiari: 26 pari al 3.95%/tot;
 - in presenza di figli: 20 pari al 5.93%/tot;
 - nei confronti di donne gravide: 1 pari al 0.40%/tot.
 - da persona nota: 33 pari al 13.04% tot
 - accessi impropri (codifica errata da parte del triagista/opera terzi, infortunio ecc.): 21 pari al 9%/tot
- Non ci sono stati accessi per stupro di gruppo.

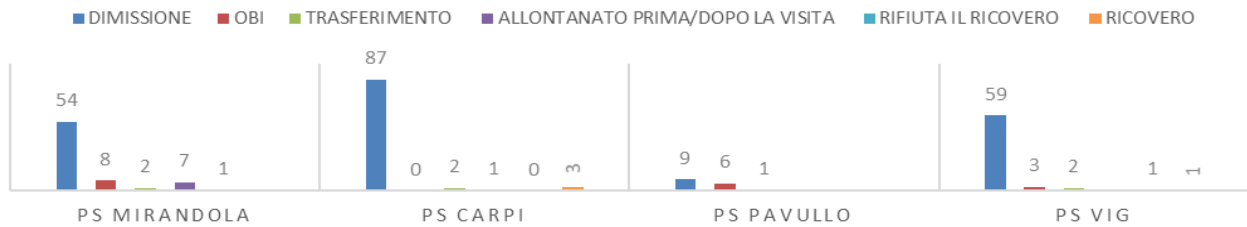
COMUNE DI PROVENIENZA		PS MIRANDOLA	PS CARPI	PS PAVULLO	PS VIG	TOT AUSL
elenco da differenziare a seconda del distretto di pertinenza	TERRE CASTELLI				60	60
	VALSAMOGGIA				1	1
	TERRE SORBARA				1	1
	TERRE DEL FRIGNANO			14		14
	TERRE D'ARGINE	50	71			121
	DISTRETTO CERAMICO					0
	PROV.REGGIO EMILIA		11		1	12
	FUORI REGIONE			2		2
	FORMIGINE					0
	SCONOSCIUTA					0
	ALTRA PROV. MODENA		3			3
	MODENA		3		1	4
	ALTRA PROV REGIONE		5			5
	ESTERO	5				5
BOLOGNA				2	2	



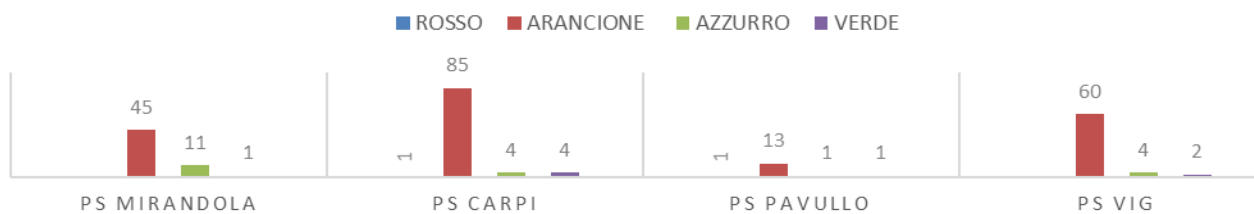
TIPO DI PRESENTAZIONE		PS MIRANDOLA	PS CARPI	PS PAVULLO	PS VIG	TOT AUSL	
	AUTONOMO	25	59	6	29	119	50%
	AMBULANZA RER	31	34	9	35	109	47%
	POLIZIA	4		1	2	7	3%



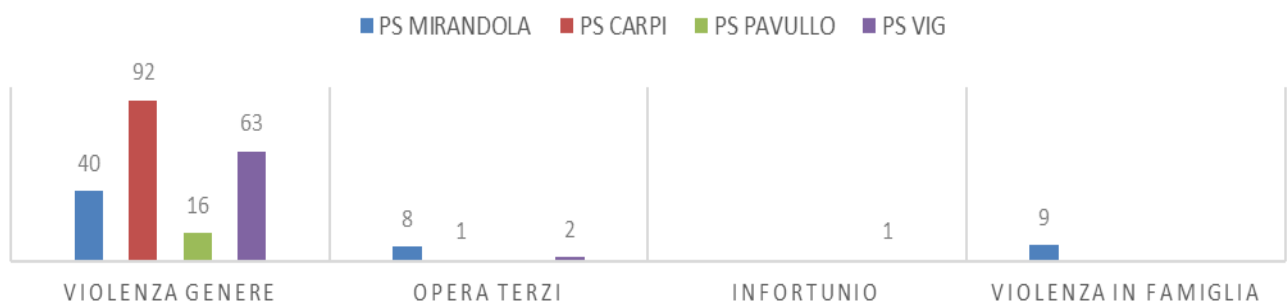
ESITO		PS MIRANDOLA	PS CARPI	PS PAVULLO	PS VIG	TOT AUSL	
	DIMISSIONE	54	87	9	59	209	90%
	OBI	8	0	6	3	17	5,00%
	TRASFERIMENTO	2	2	1	2	7	2%
	ALLONTANATO PRIMA/DOPO LA VISITA	7	1			8	4%
	RIFIUTA IL RICOVERO	1	0		1	2	2,00%
	RICOVERO		3		1	4	1



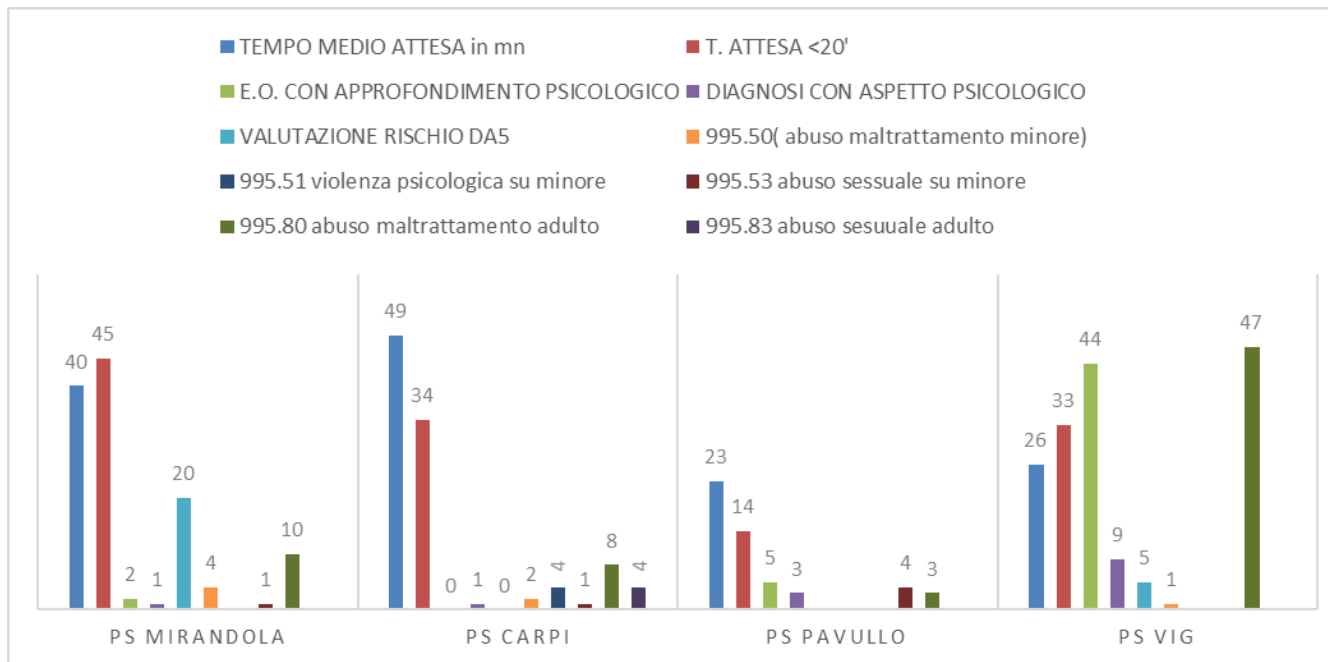
CODICE TRIAGE		PS MIRANDOLA	PS CARPI	PS PAVULLO	PS VIG	TOT AUSL	
	ROSSO		1	1		2	80%
	ARANCIONE	45	85	13	60	203	
	AZZURRO	11	4	1	4	20	
	VERDE	1	4	1	2	8	
	BIANCO					0	



CAUSA		PS MIRANDOLA	PS CARPI	PS PAVULLO	PS VIG	TOT AUSL	
	VIOLENZA GENERE	40	92	16	63	211	91%
	OPERA TERZI	8	1		2	11	5%
	INFORTUNIO				1	1	0%
	VIOLENZA IN FAMIGLIA	9				9	4%
	VIOLENZA SESSUALE					0	



ANALISI RELAZIONE PS		PS MIRANDOLA	PS CARPI	PS PAVULLO	PS VIG	TOT AUSL	
TEMPO ATTESA	TEMPO MEDIO ATTESA in mn	40	49	23	26	34,5 mn	
	T. ATTESA <20'	45	34	14	33	126	42%
VALUTAZIONE PSICOLOGICA	E.O. CON APPROFONDIMENTO PSICOLOGICO	2	0	5	44	51	17,00%
	DIAGNOSI CON ASPETTO PSICOLOGICO	1	1	3	9	14	3,50%
altro	VALUTAZIONE RISCHIO DA5	20	0		5	25	14,00%
ICD9 SPECIFICI	995.50(abuso maltrattamento minore)	4	2		1	7	3200%
	995.51 violenza psicologica su minore		4			4	
	995.53 abuso sessuale su minore	1	1	4		6	
	995.80 abuso maltrattamento adulto	10	8	3	47	68	
	995.83 abuso sessuale adulto		4			4	



Si conferma la fascia di età 25-54 la più colpita: 166 pari al 75% sul tot accessi.

Accessi per nazionalità: **Ita: 114 pari al 48%/tot; stranieri: 118 pari al 52%/tot**

Modalità di accesso: **autonomo 119 pari al 50%; ambulanza 109 pari al 47%;** polizia 7 pari al 3%

Tempo di attesa <20min: **126 pari al 42%/tot. T medio attesa 34.5 mn.**

Descrizione stato psicologico in corso prestazione PS: **51 pari al 17%/tot**

Valutazione **rischio esistente alla dimissione** calcolata sull'autore tramite SCORE DA5: **25 pari al 14%**

Riflessioni per quanto riguarda i dati paragonati al 2023:

- l'età delle donne presentate continua ad essere prevalente nella fascia 25-54, come peraltro in linea con i dati nazionale Di.Re
- rimane costante l'autore della violenza che continua ad essere all'interno delle mura domestiche per l'80% circa dei casi (coniuge/familiare)
- rispetto al 2023 sono aumentati gli accessi con ambulanza della Donna al PS 118 (2023 39%, 2024 47%) quasi la metà. Segue la riflessione dell'importanza di formazione in materia anche degli operatori SET 118
- in miglioramento l'appropriatezza dell'assegnazione del corretto codice colore a triage (rosso/arancione) , nel 2023 63% e nel 2024 78%. Questo dovuto alla formazione residenziale fornita.
- migliora anche l'attribuzione della giusta causale "VIOLENZA DI GENERE " VS " OPERA TERZI" (l'errore di attribuzione della causale passa dal 17% nel 2023 al 7.6% del 2024). Anche in questo caso il miglioramento è dovuto alla formazione.
- nonostante un lieve miglioramento rimaniamo sempre inadempienti nell'assegnazione da parte medica degli ICD9 specifici, indicazione prevista dalle Linee Guida Regionali di Ott.'22 (nel 2023 17% e nel 2024 39%)

Indicatori VDG DIEU 2024

INDICATORE	PS MIRANDOLA	PS CARPI	PS PAVULLO	PS VIGNOLA	PS POLICLINICO	PS OCSAE	PS SASSUOLO	Media tot	Media AUSL
APPROPRIATEZZA ASSEGNAZIONE COD.COLORE (ARANCIONE)	79,00%	92,50%	87,50%	91,00%	79,00%	68,90%	45,70%	77,43%	85%
TEMPO D'ATTESA ALLA PRESA IN CARICO < 20 MIN	79,00%	6,50%	87,50%	50,00%	17,10%	22,20%	54,30%	39,60%	
E.O. MEDICO COMPRESO DI PUNTO DI VISTA PSICOLOGICO	3,50%	0,00%	31,20%	66,60%	0,00%	33,30%	14,30%	24,23%	
DIAGNOSI COMPRENSIVA DI ASPETTO CLINICO E PSICOLOGICO	1,70%	1,00%	18,70%	13,60%	0,00%	0,00%	2,80%	6,02%	
ICD9 SPECIFICI	26,30%	16,00%	43,70%	71,20%	10,5%	33,30%	57,10%	44,26%	
VALUTAZIONE DEL RISCHIO IN DIMISSIONE (DA5) *	2,50%	0,00%	0,00%	10,00%	0,00%	31,40%	33,30%	12,45%	
Media tot	32,00%	19,33%	44,77%	50,40%	19,22%	31,52%	34,58%	34,00%	

Appropriatezza codice 85% - Attesa 20mn 64,5%. Restano critiche la valutazione Psicologica, l'ICD9) specifico e la valutazione del rischio alla dimissione Netto miglioramento rispetto lo scorso anno dovuto alla sensibilizzazione e all'attuazione del programma formativo anche se, quest'ultimo risulta attuato a macchia di leopardo.

EPISODI DI VIOLENZA VERSO E TRA OPERATOR*

Violenza **verso il personale: 282 ('23 195)** di cui vittime **Donne il 67% ('23 75%)**. 110 nella fascia di età 30-39 e 76 nella fascia di età 50-59. Il profilo professionale più colpito è quello **infermieristico (162 casi)** seguito da quello **medico(53 casi)**

Il fenomeno può essere spiegato con una maggior sensibilizzazione a segnalare e una "minor tolleranza" da parte del personale. Prevalgono sempre e comunque le violenze verbali, anche telefoniche. Riguardo al ruolo risulta più colpita la categoria infermieristica e secondariamente quella medica. Facendo un confronto con i dati complessivi RER nel 2024, la categoria più colpita è stata quella infermieristica ma in calo rispetto al 2023; con un certo divario segue quella medica seconda in classifica che registra un incremento degli episodi in confronto al 2023.

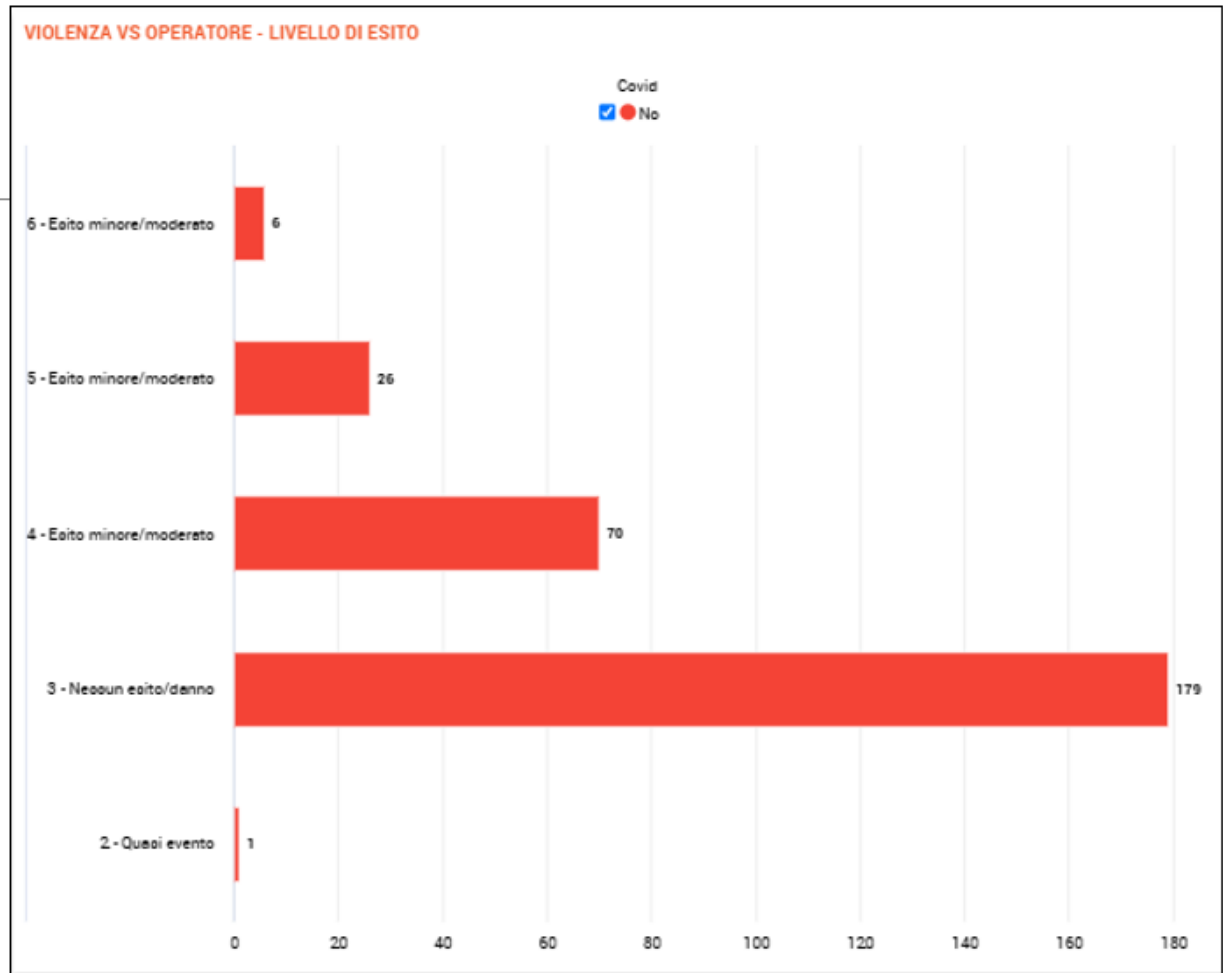
Di seguito l'analisi completa del monitoraggio complessiva per dipartimenti e servizi.

AUSL – episodi totali violenza vs operatore

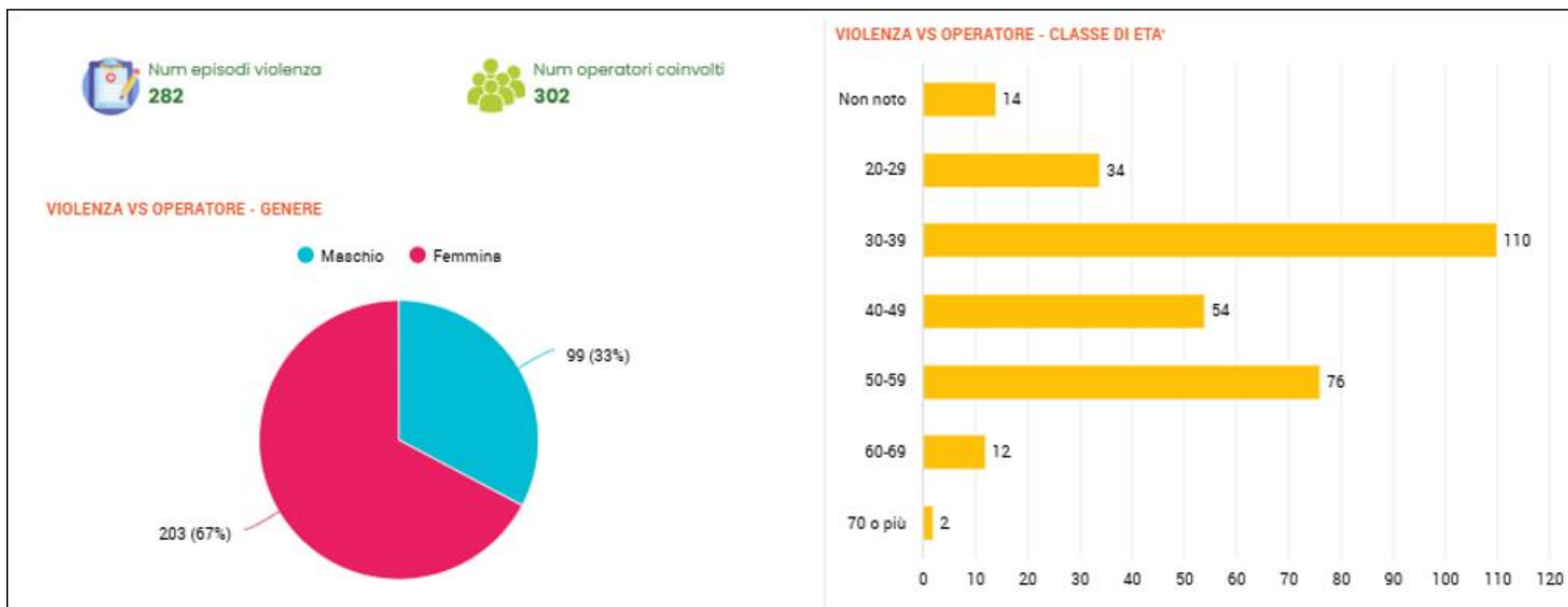
VIOLENZA VS OPERATORE - TIPOLOGIA

↑ TIPOLOGIA	↑ anno	
	2024	Totale
A12 Violenza fisica e verbale vs operatore	35	35
A12 Violenza fisica e verso cose	3	3
A12 Violenza fisica vs operatore	17	17
A12 Violenza verbale e fisica verso operatore e verso cose	17	17
A12 Violenza verbale e verso cose	21	21
A12 Violenza verbale vs operatore	180	180
A12 Violenza verso cose	9	9
Totale	282	282

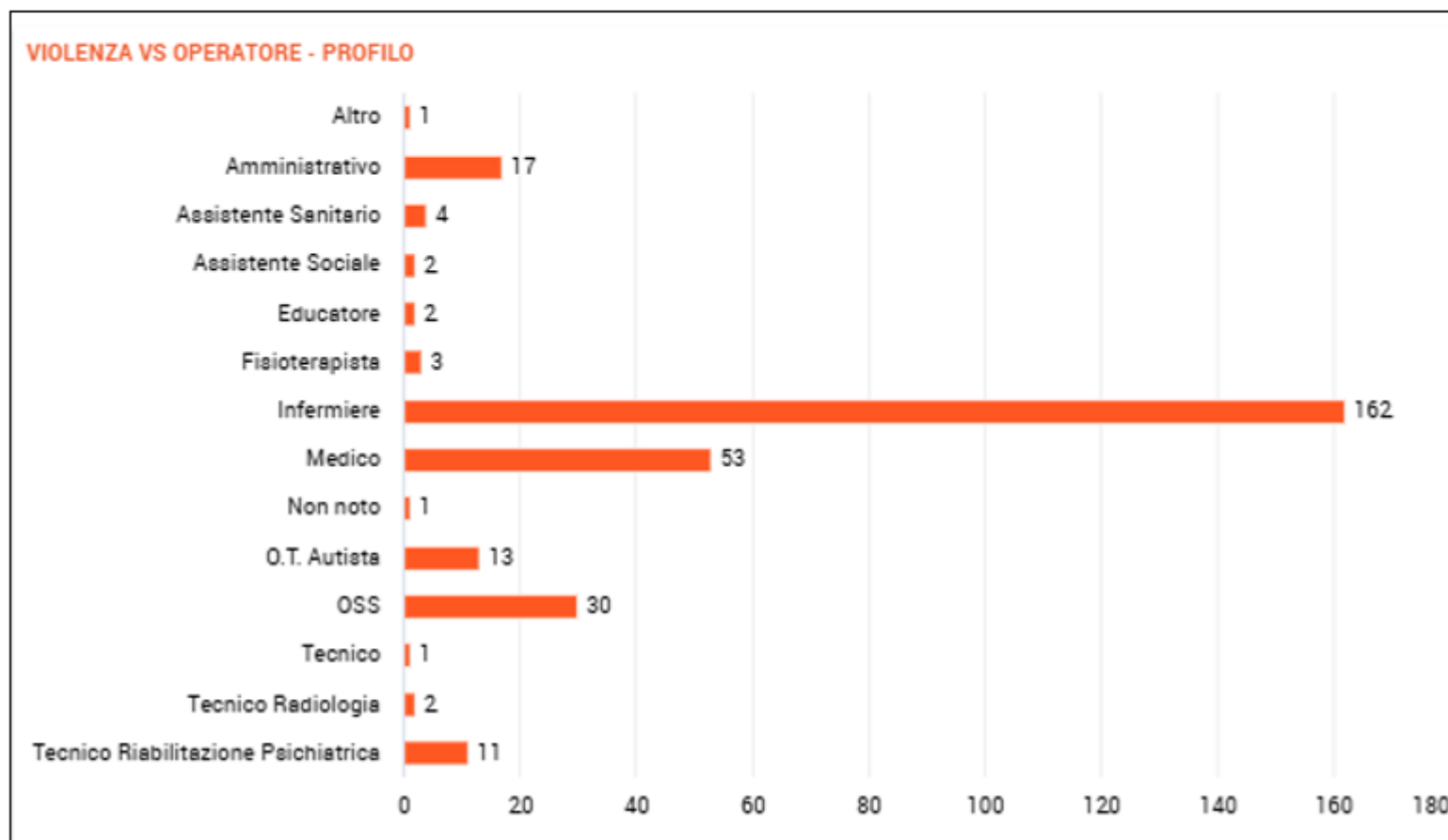
AUSL –
episodi
totali
violenza vs
operatore
per esito



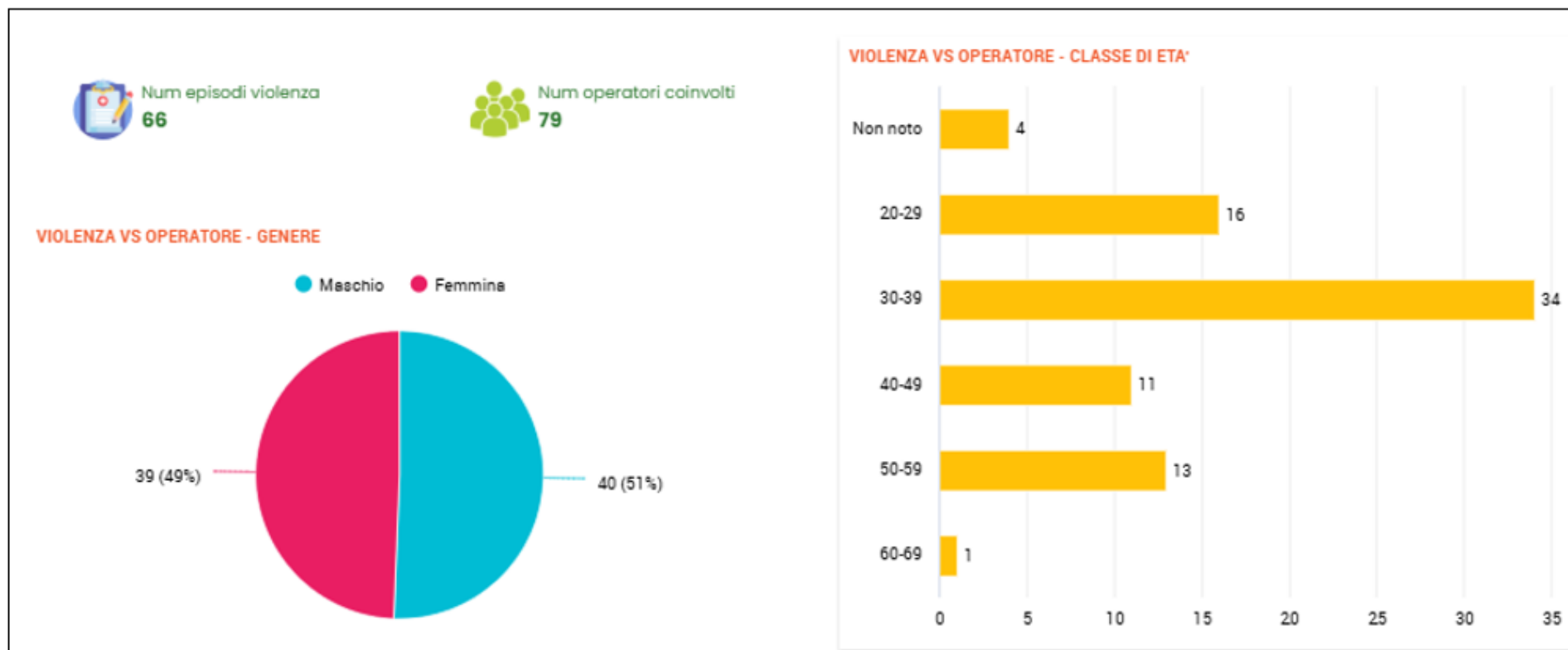
AUSL – episodi totali violenza vs operatore per genere e fascia d'età



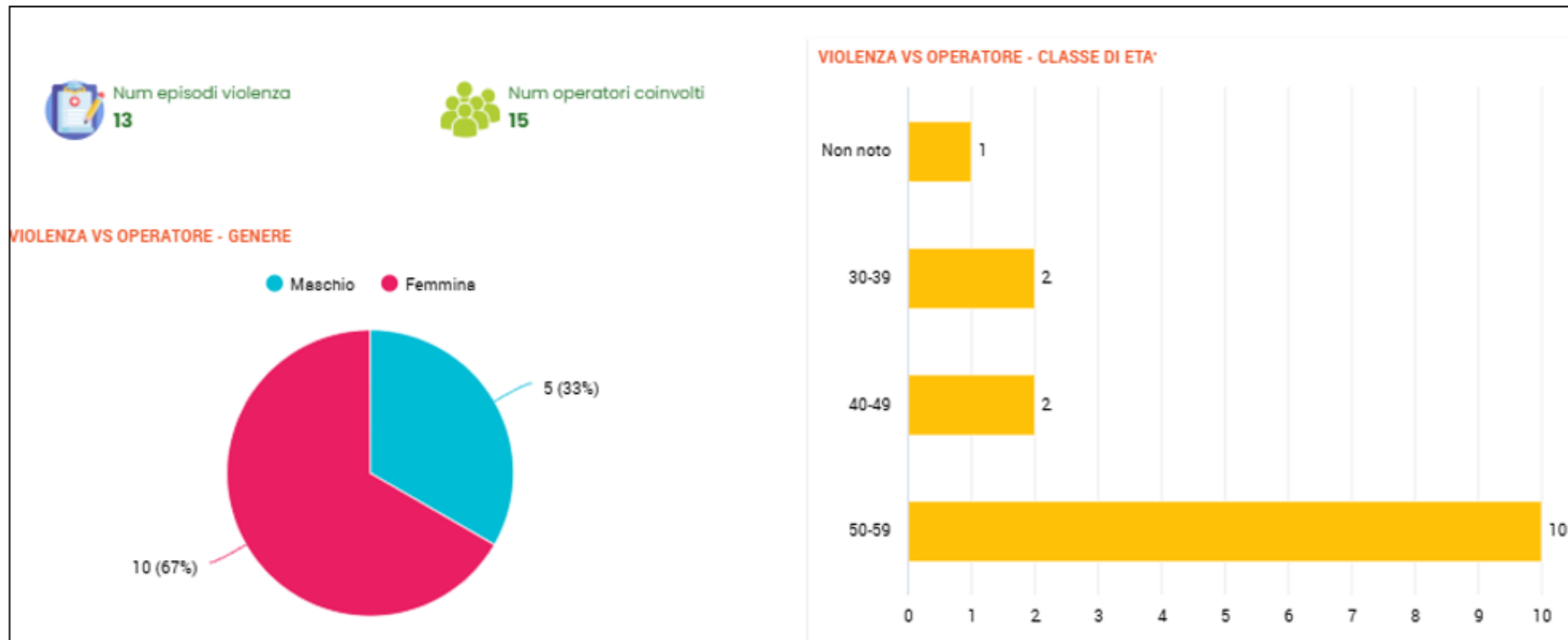
AUSL – episodi totali violenza vs operatore per profilo professionale



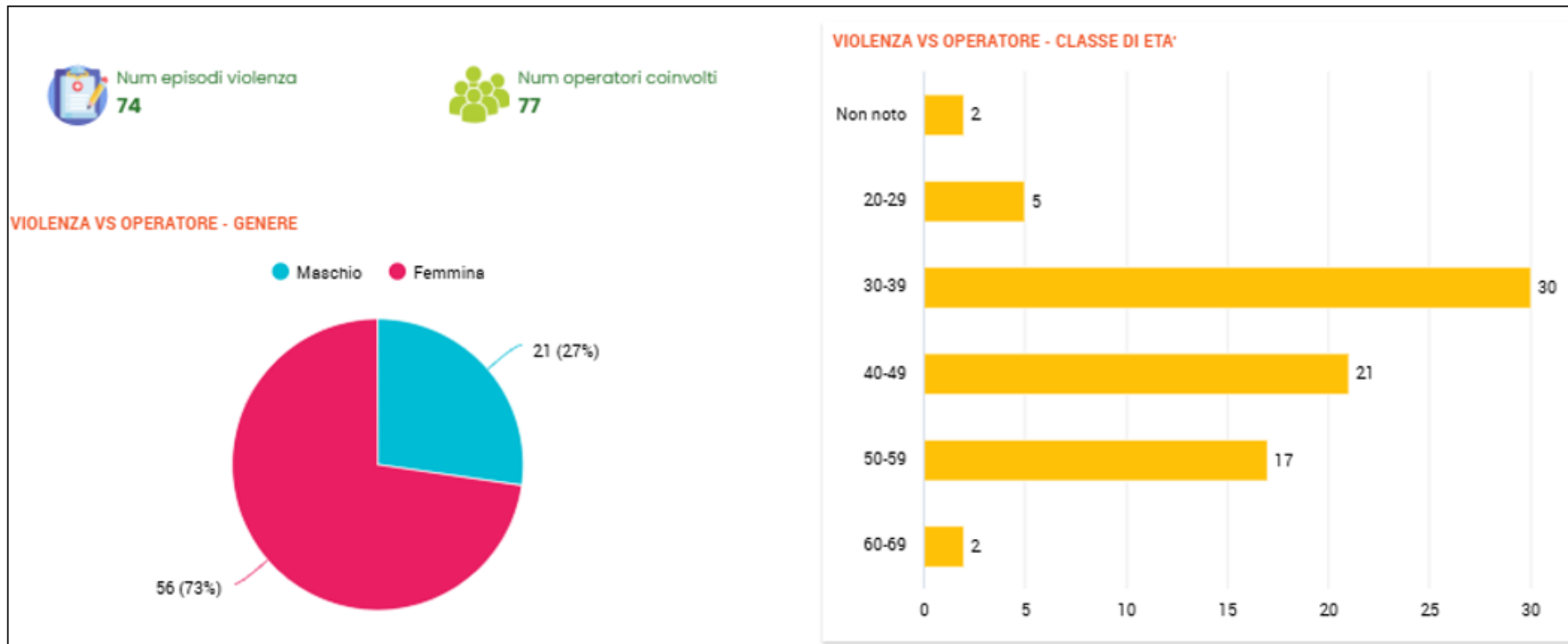
DIEU – episodi totali violenza vs operatore per genere e fascia età



Dip. Att. Chir. – episodi totali violenza vs operatore per genere e fascia di età



DCP – episodi totali violenza vs operatore per genere e fascia di età



Dip. Farmaceutico – episodi totali violenza vs operatore per genere e fascia di età



Num episodi violenza

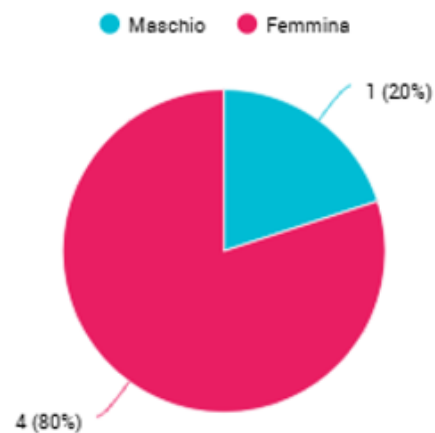
4



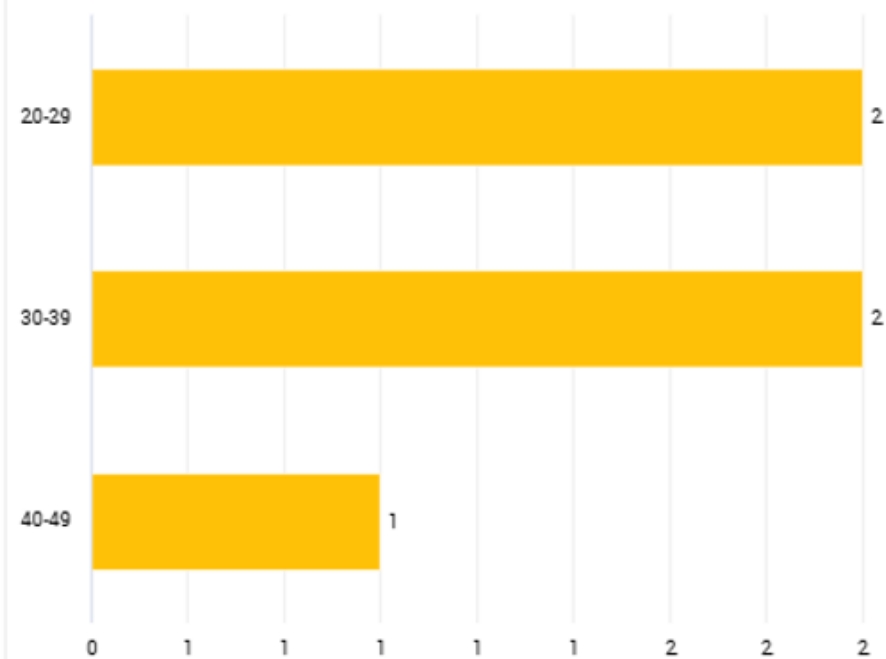
Num operatori coinvolti

5

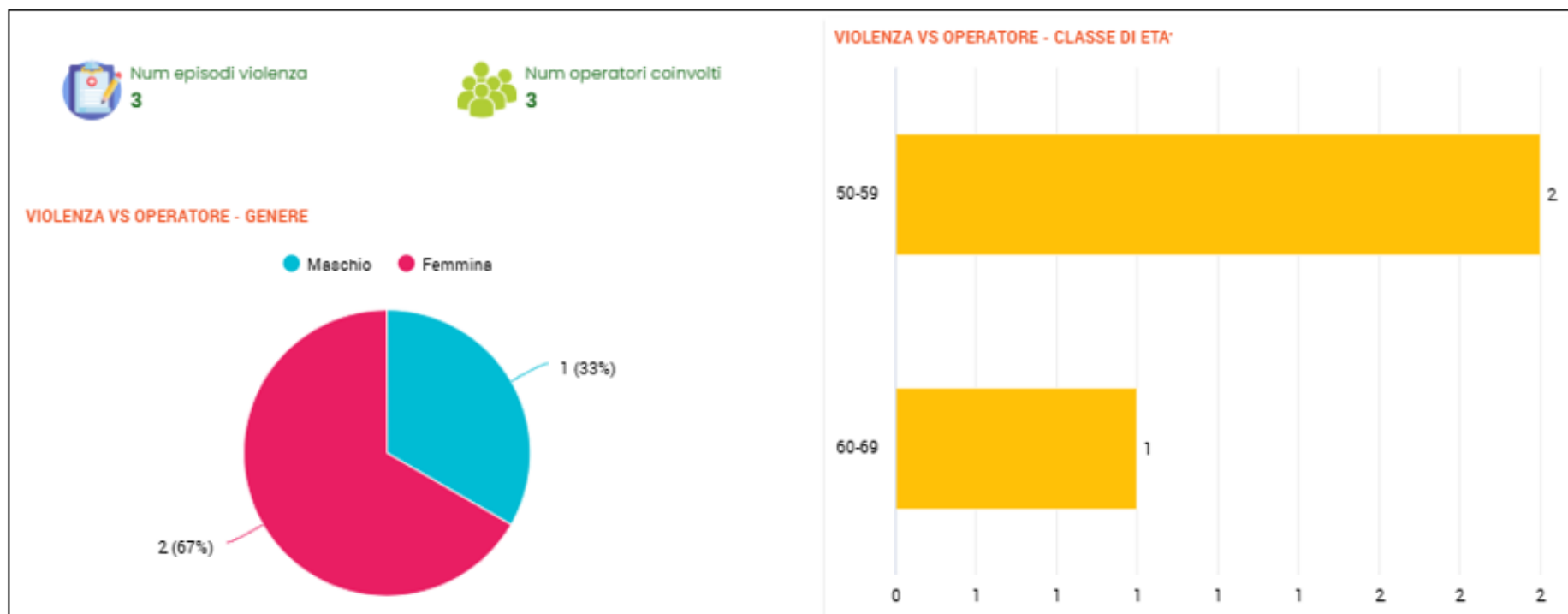
VIOLENZA VS OPERATORE - GENERE



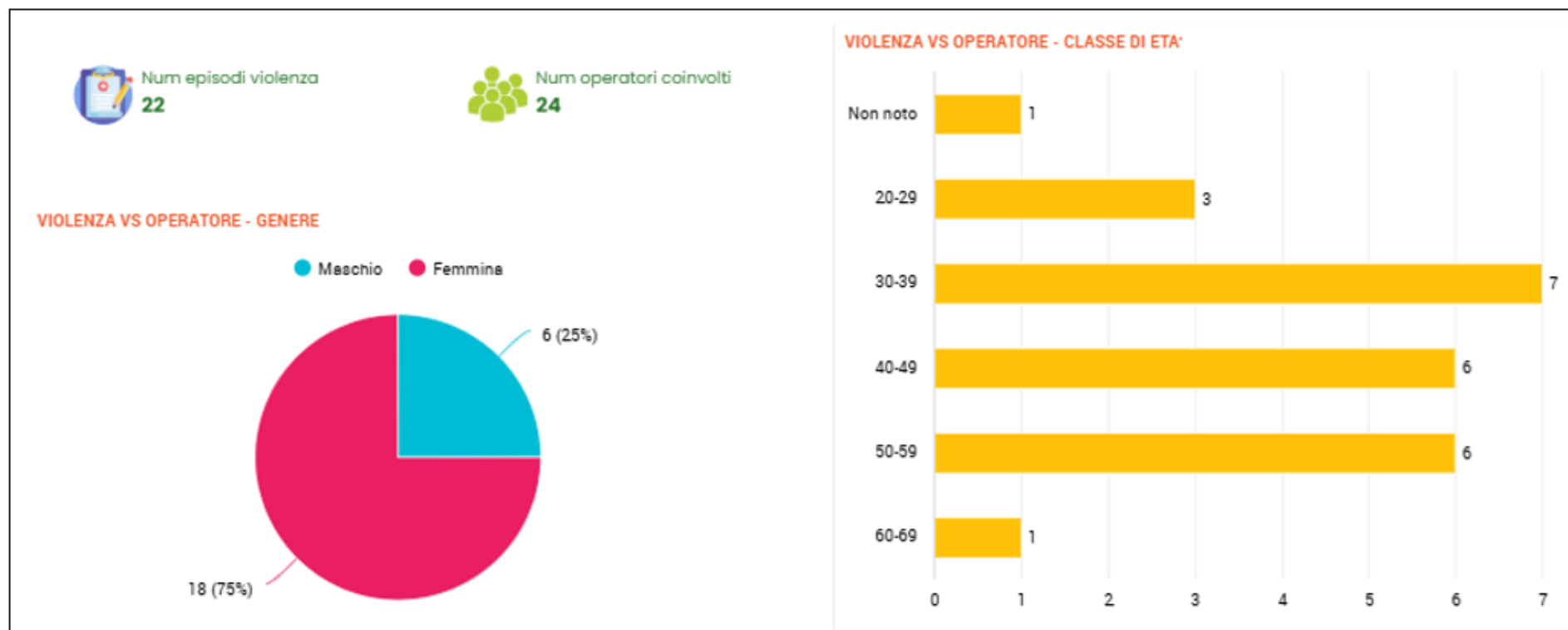
VIOLENZA VS OPERATORE - CLASSE DI ETÀ



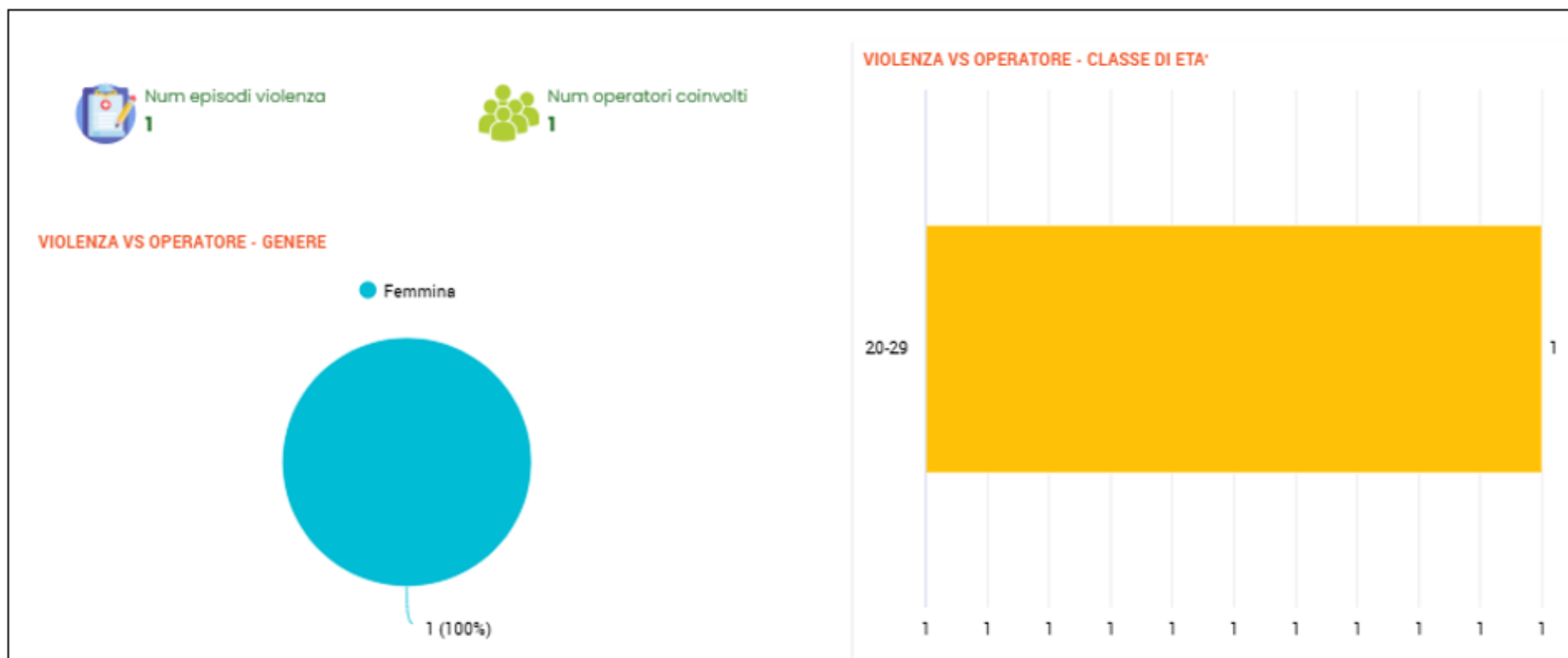
Dip. Radiologia – episodi totali violenza vs operatore per genere e fascia di età



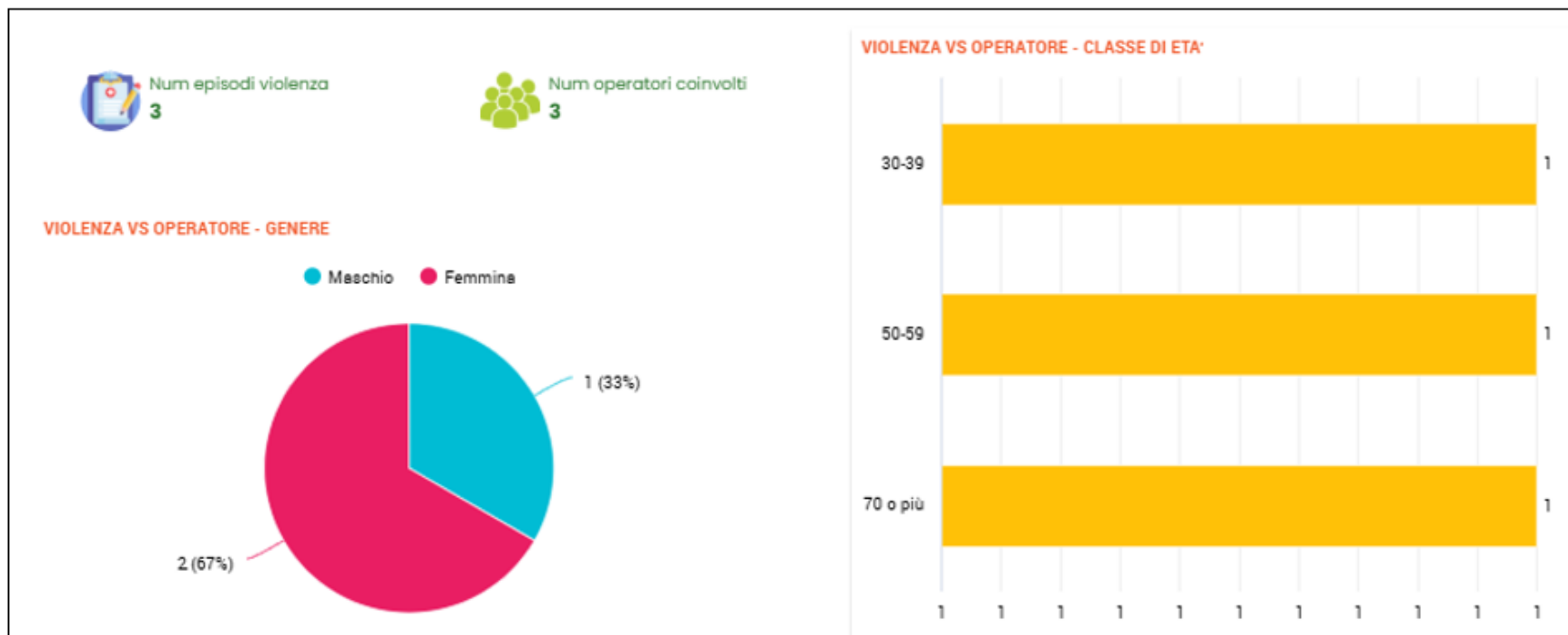
DMIR – episodi totali violenza vs operatore per genere e fascia di età



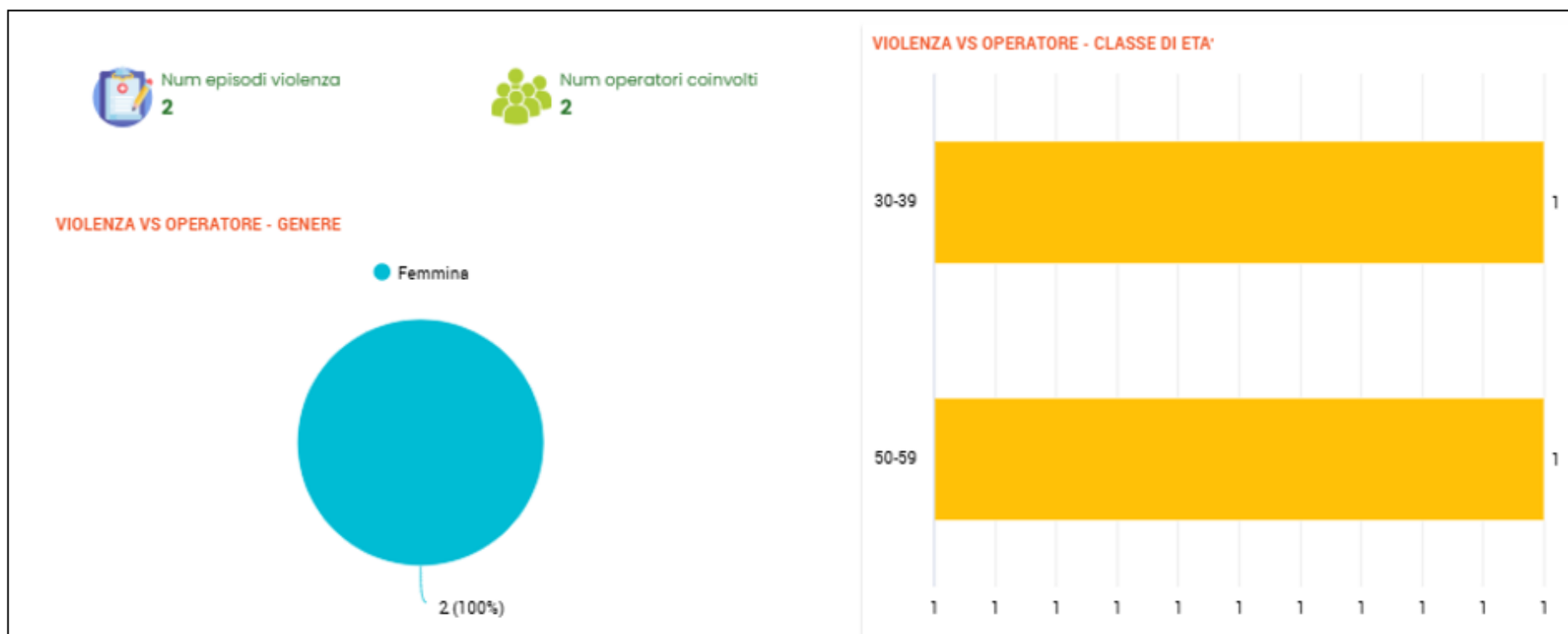
Dip. N-C-V – episodi totali violenza vs operatore per genere e fascia di età



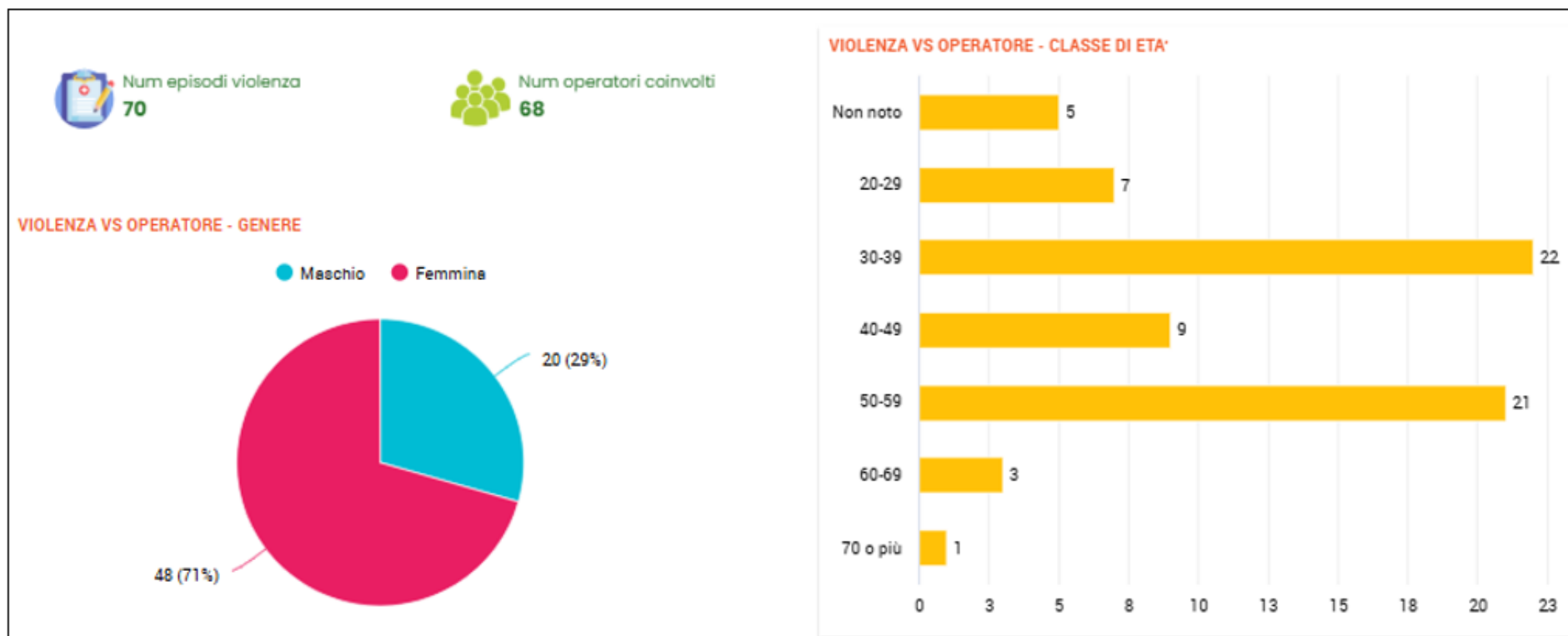
Dip. Ost-Gin-Ped – episodi totali violenza vs operatore per genere e fascia di età



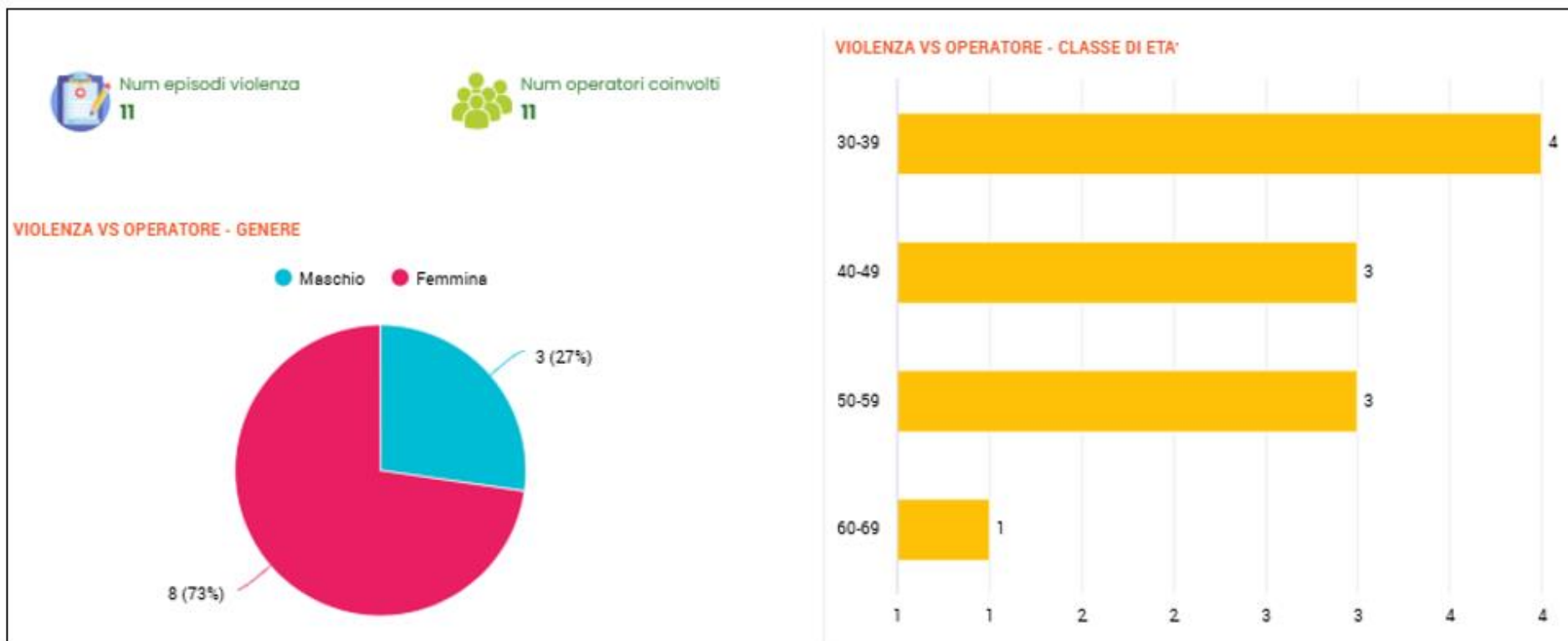
Dip. oncoematologico – episodi totali violenza vs operatore per genere e fascia di età



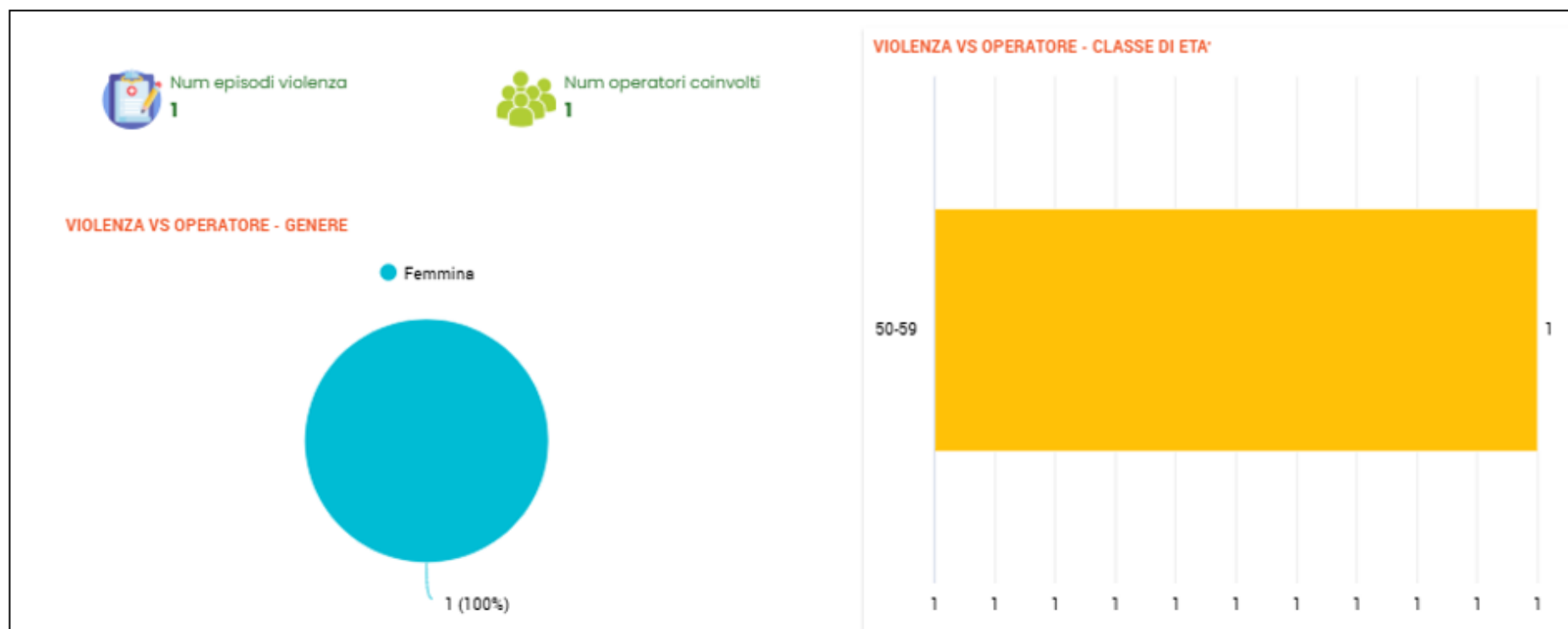
DSM – episodi totali violenza vs operatore per genere e fascia di età



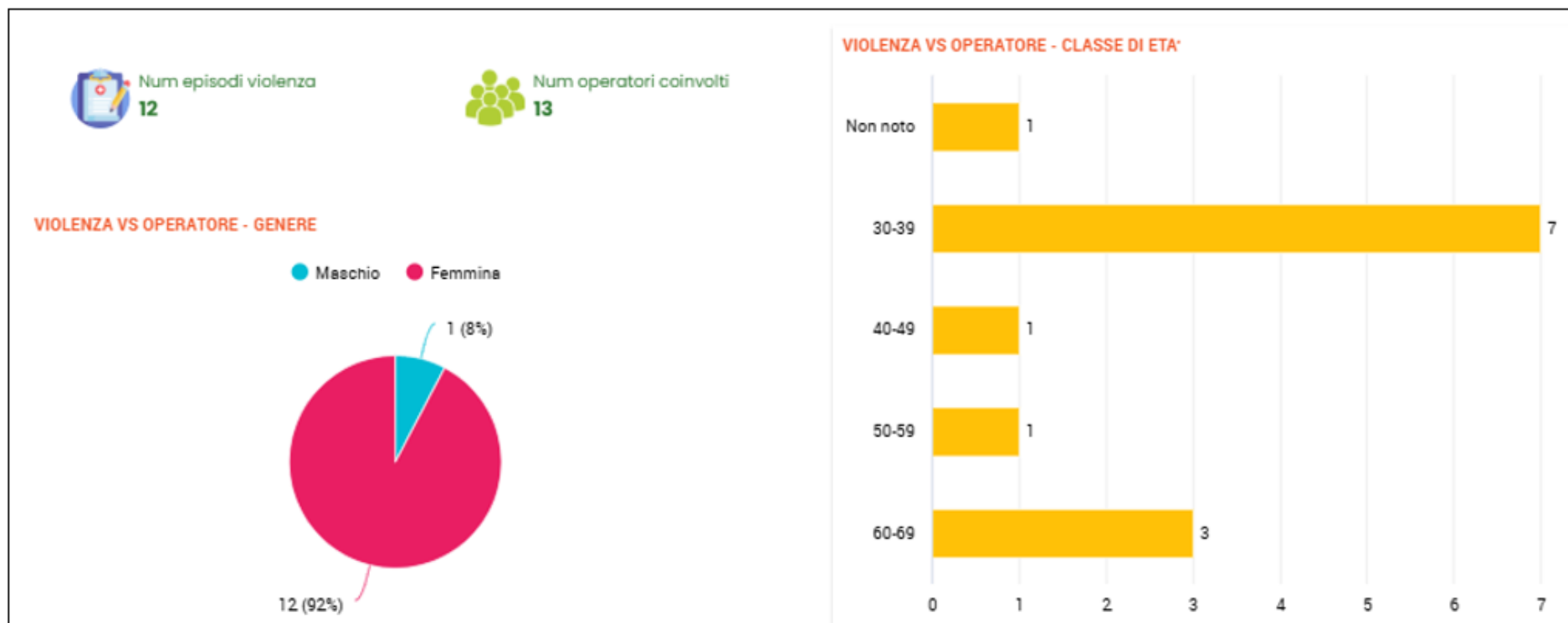
DSP – episodi totali violenza vs operatore per genere e fascia di età



Direzione Sanitaria – episodi totali violenza vs operatore per genere e fascia di età

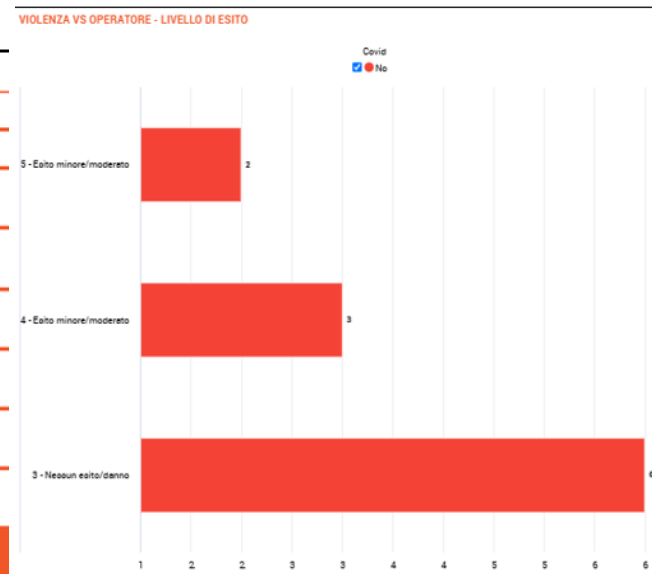


Staff Direzione – episodi totali violenza vs operatore per genere e fascia di età



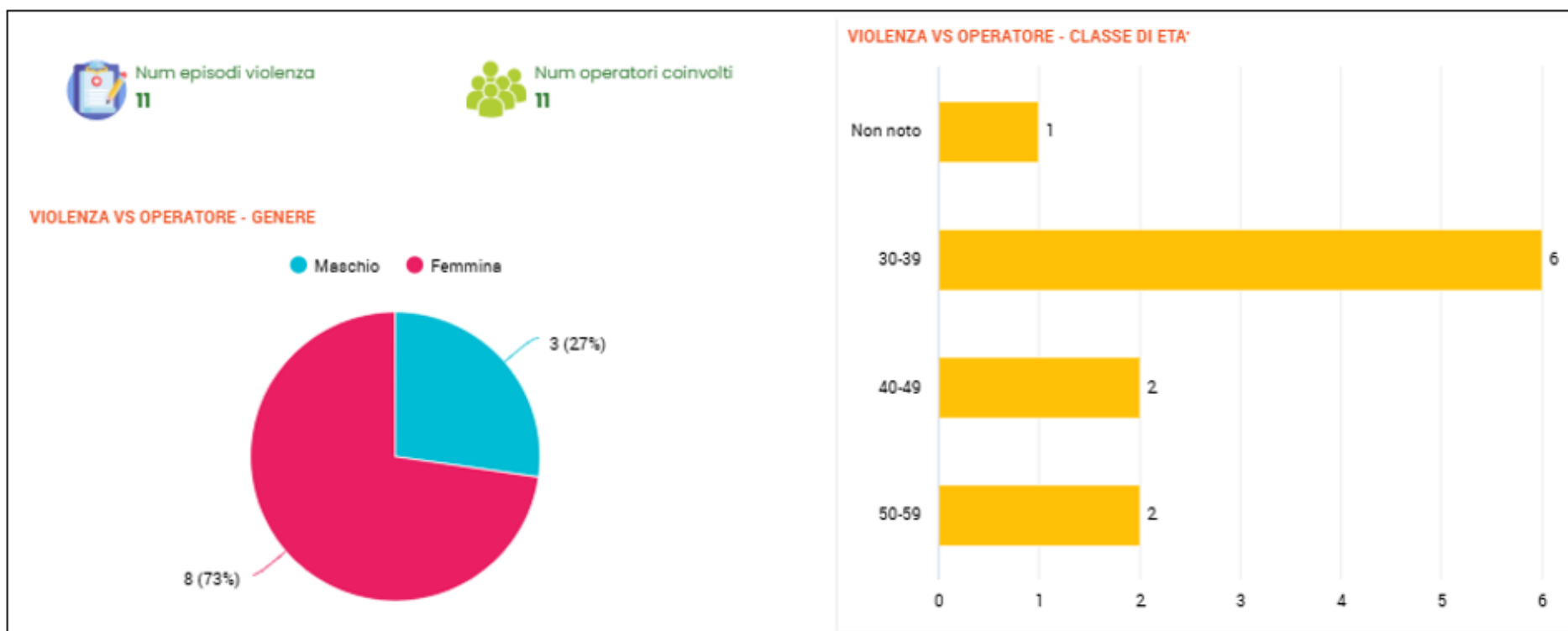
AUSL – episodi violenza TRA operatori per Dipartimento

VIOLENZA VS OPERATORE - EPISODI PER DIPARTIMENTO	
↑ DIPARTIMENTO	2024
DIEU	3
DSM	1
Dip. Attività Chir.	1
Dip. Cure Primarie	4
Dip. Med. Int. e Riab.	1
Staff Direzione - Dir. Operativa	1
Totale	11

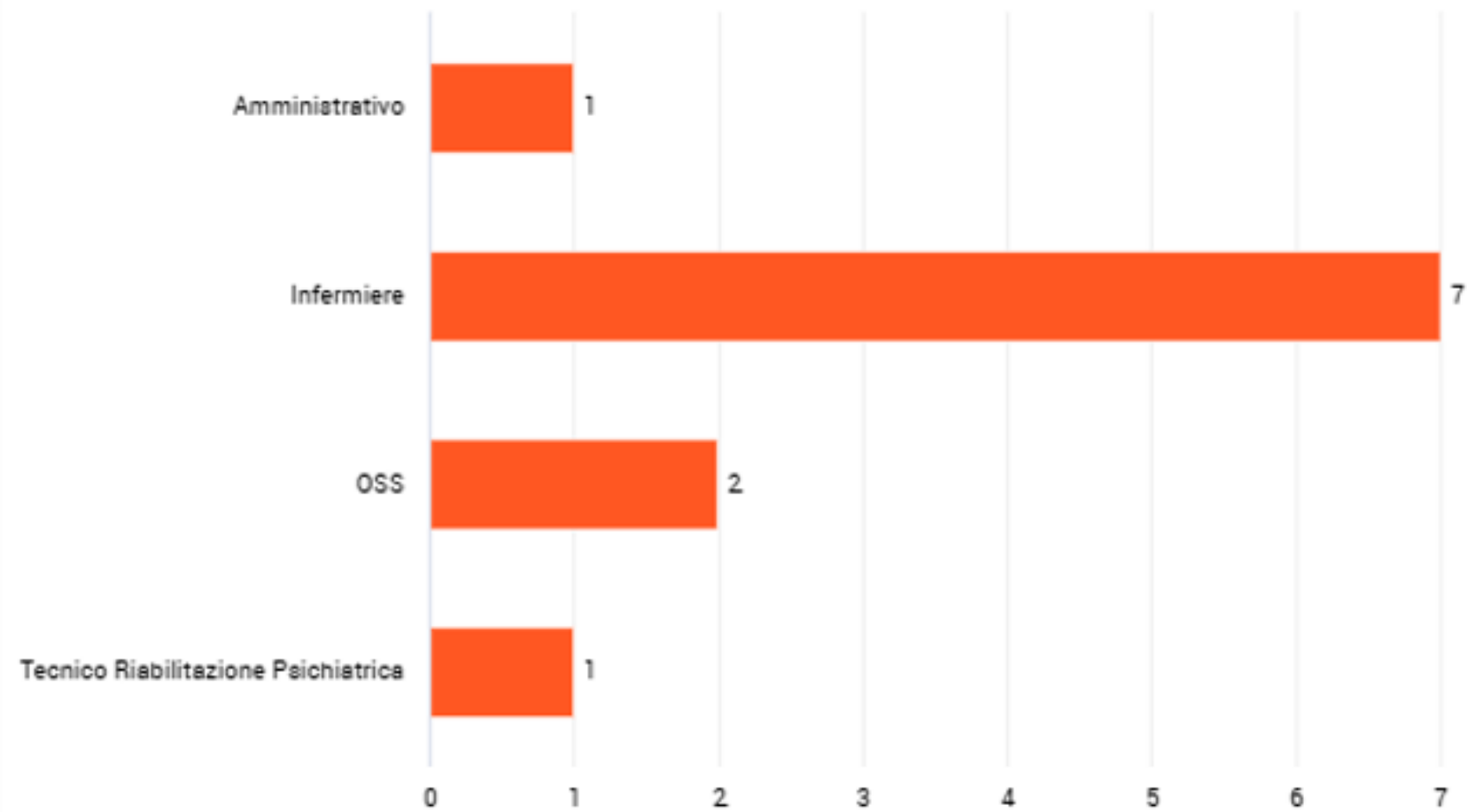


Violenza tra il personale: **11 ('23 12)** di cui vittime **Donne il 73% ('23 100%)** di cui 6 nella fascia di età 30-39. Il profilo più colpito è quello infermieristico. Si evidenzia un chiaro incremento delle segnalazioni (non direttamente collegabile all'aumento della violenza verso il personale) con un aumento di 87 casi, più contenuto nei confronti delle donne. Tra il personale la situazione è complessivamente stabile ma compaiono anche vittime maschili. Si può affermare che l'aumento sia reale ma anche dovuto all'emersione del fenomeno sommerso.

AUSL – episodi totali violenza TRA operatori per genere e fascia età



VIOLENZA VS OPERATORE - PROFILO



VIOLENZA SUGLI ANIMALI DOMESTICI E CORRELAZIONI CON VIOLENZA DI GENERE. Prima indagine in collaborazione con l'ordine dei Veterinari

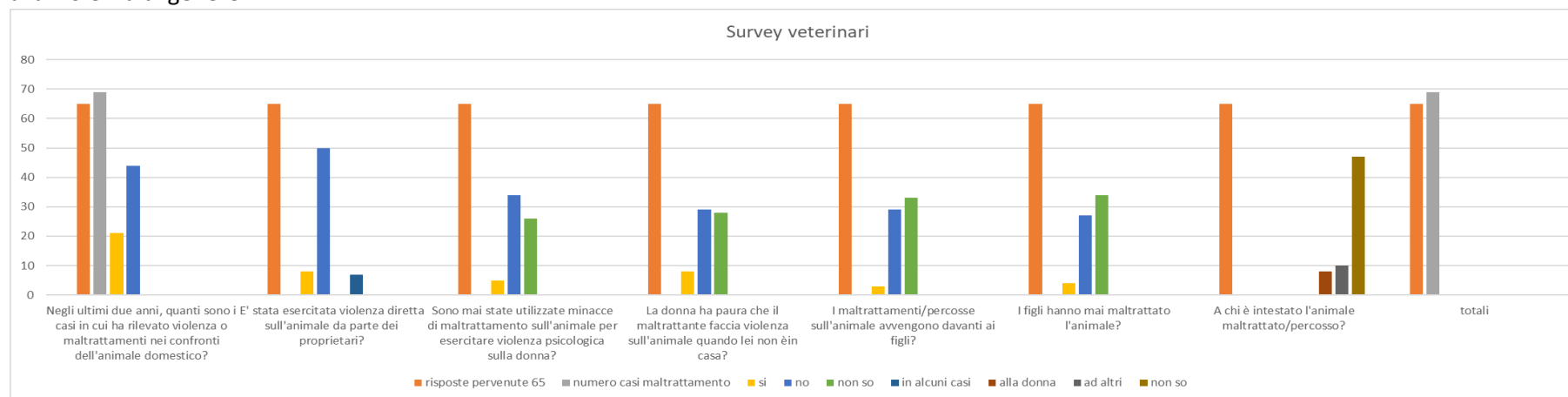
Spesso l'animale domestico intestato alla Donna è parte del maltrattamento sia fisico che psicologico e, con tutta probabilità, questi maltrattamenti avvengono davanti ai figli (violenza assistita). I/le Veterinari/e svolgono un ruolo importantissimo perché, nella loro attività in ambito ambulatoriale possono sospettare, dall'esame dell'animale in cura, una situazione di violenza familiare, ad esempio se riscontrano, durante la visita, lesioni traumatiche ripetute e diffuse (ustioni, fratture) inspiegabili dal punto di vista anamnestico. Rivestono quindi il ruolo di "sentinella sociale".

Il questionario somministrato ai Medici Veterinari iscritti all'Ordine dei Medici Veterinari della provincia di Modena aveva lo scopo di misurare la presenza certa o sospetta di violenze sugli animali ad opera dei proprietari. Il **13% dei Veterinari iscritti ha risposto che in 69 casi hanno riscontrato violenza sugli animali domestici**, **5 volte** sono state utilizzate minacce di maltrattamento per **esercitare violenza psicologica sulla donna**, **8 volte la donna ha paura** che il maltrattante faccia violenza sull'animale quando lei non è in casa, **3 volte i maltrattamenti/percosse sono avvenuti davanti ai figli**, **4 volte i figli hanno maltrattato l'animale**. Quindi 65 veterinari nella loro attività clinica hanno sospettato lesioni degli animali riferibili a maltrattamenti subiti. Le lesioni possono essere di vario grado sino ad essere mortali quando l'animale è di piccola taglia e la donna teme che le aggressioni possano accadere in sua assenza. Le risposte confermano le ipotesi che spesso è l'uomo che maltratta gli animali, specie quando questi sono di proprietà della donna o la donna ne è particolarmente legata. Accade che gli animali siano le prime vittime e il primo segnale di disagio in ambito domestico familiare, ancora prima delle donne e dei figli, che talvolta emulano il comportamento paterno/maschile nei confronti dei pet.

Dopo questa breve analisi sembra opportuno diffondere una cultura e sensibilità tra i Colleghi Medici Veterinari, per impedire e prevenire le violenze in ambito domestico verso tutti i componenti della famiglia, animali inclusi. Formazione e collaborazione con altri profili sanitari potrebbero aiutare il Medico Veterinario ad intercettare precocemente i segnali di disagio e violenza domestica a salvaguardia dei più deboli.

Questa analisi conferma l'importanza non solo di diffondere la cultura di sensibilizzazione ai Colleghi Veterinari, ma anche di sensibilizzare il personale Medico di Pronto Soccorso ad indagare su questo aspetto in fase di colloquio ambulatoriale con la donna vittima di violenza tra le mura domestiche.

Un maltrattamento dell'animale domestico di proprietà della Donna è un "alert" fondamentale e, se descritto nel referto di PS, può favorire la Donna anche in fase di eventuale denuncia all'Autorità Giudiziaria. Anche tale aspetto è stato talvolta inserito nei corsi di Formazione interni sull'"Accoglienza della donna vittima di violenza di genere in Ps". Monitorare anche questo aspetto inserendolo negli indicatori, e stimolare i formatori aziendali nei PS rappresenta un passo ulteriore verso il reale contrasto alla violenza di genere.



PARTE QUINTA La dimensione dei costi

Dimensione Interna Si riportano i dati di costo in relazione a quanto analizzato nella parte III

Personale dipendente dati generali

Totale lordo competenze 2024 personale dipendente, diviso per genere e contratto, voci fisse e variabili.

Totale Esclusi co.co.co., DA-DS-DG, borsisti, somministrati, Religiosi, Pers. Giuridiche, Prest. occasionali.

COMPARTO F 102.890.118,88 M 33.815.774,37 T **136.705.893,25**

DIRIGENZA SANITARIA (MED/VET/SAN) F 52.204.151,92 M 33.045.909,36 T **85.250.061,28**

DIRIGENZA PTA F 2.569.891,74 M 1.803.444,51 T **4.373.336,25**

Totale complessivo per competenza escluso oneri F **157.664.162,54** M **68.665.128,24** T **226.329.290,78** ↑

Confronto anno '23 Totale complessivo F 154.302.928,66 M 67.197.021,73 T 221.499.950,39

si riscontra un aumento dei costi complessivi di + € 4.829.340,39

Personale convenzionato dati generali

F 56.311.814,90 € M 43.562.378,19€ Totale complessivo 99.874.193,09 suddiviso per genere corrisponde a D47.30% - U52.70%

Differenza media DVsU -9383,06€ Deviazione DVsU -10%

Specialistica F 12.211.002,70 M 6.199.706,76 Tot 18.410.709,46

MMG PLS CA MET F 44.100.812,20 M 37.362.671,20 Totale complessivo 81.463.483,63.

Confronto anno '23 composizione: D646 - U463

Stipendi totali 98.642.982,51 di cui D45% U55% Differenza media DVsU -12258,44 Deviazione DVsU -17% con variazione da -42% (MET) a +7%

Personale dipendente, specificazioni sulla componente variabile

Divario economico, media delle retribuzioni onnicomprensive per tutto il personale a tempo pieno, suddivise per genere nei livelli di inquadramento (dato netto e lordo senza frazione anno PT proporzionato). Escluso co.co.co., DA-DS-DG, borsisti, somministrati, Religiosi, Pers. Giuridiche, Prest. Occasionali, comandati e altri atipici. Estrazione per cassa.

MEDIA LORDO

Con assenze: M = 46.424,40 F = 39.864,14 Differenza media retribuzione DVsU Comparto Base -821,74 Dir San Base -5929,12 complessiva. Anno '23 -6451.83

Senza assenze: M = 40.378,67 F = 46.993,76

TOTALE LORDO complessivo per cassa

Con assenze: M = 56.869.886,67 F = 133.584.741,66 T = 190.454.628,33

Senza assenze: M = 55.922.575,36 F = 128.404.185,28

% Differenza media Lorda F 43,10 M 56,90

Confronto anni precedenti

Anno '23: D42,57 -U57,43. Deviazione S. DVsU -25,87%

Anno '22: D44,45 -U55,55 Deviazione S. DVsU -18,6%

Anno '21: D45,13 -U54,87 Deviazione S. DVsU -17,77%

Anno '20: D45,75 -U54,25 Deviazione S. DVsU -18,57%

Dirigenza. Variabili totali lorde

MEDIA LORDO

Con assenze:

DIRIGENZA PTA SSN F = 21.766,72 M = 26.467,89

DIRIGENZA SANITARIA (MED/VET/SAN) SSN F = 32.349,01 M = 41.267,25

Senza assenze:

DIRIGENZA PTA SSN F = 21.995,97 M = 27.028,40

DIRIGENZA SANITARIA (MED/VET/SAN) SSN F = 33.079,91 M = 41.999,54

TOTALE LORDO

Con assenze:

DIRIGENZA PTA SSN F = 631.234,99 M = 555.825,66 T = 1.187.060,65

DIRIGENZA SANITARIA (MED/VET/SAN) SSN F = 17.112.625,23 M = 11.183.425,57 T = 28.306.050,80

Senza assenze:

DIRIGENZA PTA SSN F = 615.887,03 M = 513.539,68

DIRIGENZA SANITARIA (MED/VET/SAN) SSN F = 16.539.956,25 M = 11.045.880,03

% Differenza media Lorda F 41,34 M 58,66 Dev DVsU -29,53%

Anno '23 % Differenza media Lorda F 40,75 M 59,25 Dev DVsU -31,00%

Dirigenza. Variabili di posizione lorde

MEDIA LORDO

Con assenze:

DIRIGENZA PTA SSN F = 14.403,96 M = 17.049,67

DIRIGENZA SANITARIA (MED/VET/SAN) SSN F = 8.315,43 M = 11.143,60

Senza assenze:

DIRIGENZA PTA SSN F = 14.721,79 M = 18.255,63

DIRIGENZA SANITARIA (MED/VET/SAN) SSN F = 8.571,86 M = 11.356,58

TOTALE LORDO

Con assenze:

DIRIGENZA PTA SSN F = 403.310,99 M = 358.042,99 T = 761.353,98

DIRIGENZA SANITARIA (MED/VET/SAN) SSN F = 4.265.816,01 M = 2.953.053,86 T = 7.218.869,87

Senza assenze:

DIRIGENZA PTA SSN F = 397.488,36 M = 346.857,03

DIRIGENZA SANITARIA (MED/VET/SAN) SSN F = 4.165.921,58 M = 2.929.997,75

% Differenza media Lorda F 40,26 M 59,74 Dev. DVsU -17,71%

Anno '23 % Differenza media Lorda F 40,24 M 59,76 Dev. DVsU -32,61%

Dirigenza. Variabili risultato lorde

MEDIA LORDO

Con assenze:

DIRIGENZA PTA SSN F = 4.879,48 M = 5.726,16

DIRIGENZA SANITARIA (MED/VET/SAN) SSN F = 3.811,96 M = 4.252,14

Senza assenze:

DIRIGENZA PTA SSN F = 4.793,41 M = 4.894,09

DIRIGENZA SANITARIA (MED/VET/SAN) SSN F = 3.872,77 M = 4.273,71

TOTALE LORDO

Con assenze:

DIRIGENZA PTA SSN F = 126.866,56 M = 114.523,15 T = 241.389,71

DIRIGENZA SANITARIA (MED/VET/SAN) SSN F = 1.898.353,71 M = 1.109.809,34 T = 3.008.163,05

Senza assenze:

DIRIGENZA PTA SSN F = 119.835,23 M = 88.093,56

DIRIGENZA SANITARIA (MED/VET/SAN) SSN F = 1.835.692,54 M = 1.085.523,60

% Differenza media Lorda F 43,46 M 56,54 Dev. DVsU -23.14%

Anno '23 % Differenza media Lorda F 44,20 M 55,80 Dev. DVsU -20.78%

Dirigenza. Variabili fisse e ricorrenti lorde

MEDIA LORDO

Con assenze:

DIRIGENZA PTA SSN F = 7.043,40 M = 6.756,94

DIRIGENZA SANITARIA (MED/VET/SAN) SSN F = 19.551,83 M = 24.366,50

Senza assenze:

DIRIGENZA PTA SSN F = 7.393,35 M = 8.230,85

DIRIGENZA SANITARIA (MED/VET/SAN) SSN F = 19.752,40 M = 24.705,02

TOTALE LORDO

Con assenze:

DIRIGENZA PTA SSN F = 98.607,60 M = 54.055,54 T = 152.663,14

DIRIGENZA SANITARIA (MED/VET/SAN) SSN F = 10.284.261,49 M = 6.554.587,49 T = 16.838.848,98

Senza assenze:

DIRIGENZA PTA SSN F = 96.113,60 M = 49.385,11

DIRIGENZA SANITARIA (MED/VET/SAN) SSN F = 9.876.198,62 M = 6.472.716,50

% Differenza media Lorda sul totale F 42,24 M 57,76 Dev. DVsU -26.87%

Anno '23 % Differenza media Lorda sul totale F 40,75 M 59,25 Dev. DVsU -16.50%

Dirigenza. Variabili competenze accessorie escluso straordinario lorde

MEDIA LORDO

Con assenze:

DIRIGENZA PTA SSN F = 279,44 M = 1.781,98

DIRIGENZA SANITARIA (MED/VET/SAN) SSN F = 1.712,33 M = 2.255,51

Senza assenze:

DIRIGENZA PTA SSN F = 279,44 M = 1.781,98

DIRIGENZA SANITARIA (MED/VET/SAN) SSN F = 1.747,53 M = 2.267,59

TOTALE LORDO

Con assenze:

DIRIGENZA PTA SSN F = 2.235,53 M = 23.165,75 T = 25.401,28

DIRIGENZA SANITARIA (MED/VET/SAN) SSN F = 582.192,10 M = 478.167,53 T = 1.060.359,63

Senza assenze:

DIRIGENZA PTA SSN F = 2.235,53 M = 23.165,75

DIRIGENZA SANITARIA (MED/VET/SAN) SSN F = 580.179,13 M = 473.926,52

% Differenza media Lorda sul totale F 32,73 M 67,27 Dev. DVsU -51.35%

Anno '23 % Differenza media Lorda sul totale F 32,81 M 67,19 Dev. DVsU -51.00%

Comparto. Indennità di servizio notturno escluso straordinario lordo

MEDIA LORDO

Con assenze:

COMPARTO F = 1.382,93 M = 1.634,08

Senza assenze:

COMPARTO F = 1.389,55 M = 1.640,33

TOTALE LORDO

Con assenze:

COMPARTO F = 1.080.070,64 M = 650.362,72 T = 1.730.433,36

Senza assenze:

COMPARTO F = 1.065.786,64 M = 641.370,72

% Differenza media Lorda sul totale F 45,86 M 54,14 Dev. DVsU -14.59%

Dirigenti. Variabili LP Dirigenti lorde

MEDIA LORDO

Con assenze: M = 22.290,54 F = 8.817,84

Senza assenze: M = 22.434,91 F = 8.938,41

TOTALE LORDO

Con assenze: M = 3.120.675,33 F = 1.543.121,61 T = 4.663.796,94

Senza assenze: M = 3.096.017,17 F = 1.510.591,44

% Differenza media Lorda sul totale F 25,87 M 74,13 Dev. DVsU -65.10%

Anno '23 % Differenza media Lorda sul totale F 20,53 M 79,47 Dev. DVsU -68.60%

Dirigenza e comparto. Variabili LP e attività aggiuntiva - totali lorde

MEDIA LORDO

Con assenze:

COMPARTO F = 1.081,00 M 1.691,06

DIRIGENZA SANITARIA (MED/VET/SAN) SSN DIRIGENZA SANITARIA (MED/VET/SAN) SSN F = 8.817,84 M = 22.290,54

Senza assenze:

COMPARTO F = 1.097,52 M = 1.695,18

DIRIGENZA SANITARIA (MED/VET/SAN) SSN F = 8.938,41 M = 22.434,91

TOTALE LORDO

Con assenze:

COMPARTO F = 542.664,44 M = 443.057,18 T = 985.721,62

DIRIGENZA SANITARIA (MED/VET/SAN) SSN F = 1.543.121,61 M = 3.120.675,33 T = 4.663.796,94

Senza assenze:

COMPARTO F = 537.785,45 M = 439.051,78

DIRIGENZA SANITARIA (MED/VET/SAN) SSN F = 1.510.591,44 M = 3.096.017,17

% Differenza media Lorda sul totale F 25,94 M 74,06 Dev. DVsU -64.97%

Anno '23 % Differenza media Lorda sul totale F 20,48 M 79,52 Dev. DVsU -75.00%

Straordinario totale lordo dirigenti più incarichi di funzione e comparto senza incarichi

MEDIA LORDO

Con assenze: M = 858,77 F = 651,85

Senza assenze: M = 860,94 F = 658,07

TOTALE LORDO

Con assenze: M = 512.684,63 F = 773.096,09 T = 1.285.780,72

Senza assenze: M = 504.508,40 F = 765.993,29

% Differenza media Lorda totale F 34,17 M 65,83 Dev. DVsU -48.09%

Anno '23 % Differenza media Lorda totale F 29,30 M 70,70 Dev. DVsU -52.00%

Eccedenza oraria non remunerata totale lordo (voce costo negativa = risparmio)

M

TOTALE COSTO se fosse STR. DIURNO 1.124.104,36

TOTALE COSTO se fosse STR. NOTT E FEST 1.466.130,85

TOTALE COSTO se fosse STR. NOTT O FEST 1.270.791,33

F

TOTALE COSTO se fosse STR. DIURNO 1.994.525,85

TOTALE COSTO se fosse STR. NOTT E FEST 2.601.436,86

TOTALE COSTO se fosse STR. NOTT O FEST 2.254.807,48

Note ai criteri: per la costruzione del costo orario per mansione utilizzati costi mansioni simili afferenti allo stesso profilo-ruolo. Calcolati 3 tipi di straordinario (diurno, nott e fest, nott o fest). Chiaramente, per alcune mansioni risulta impossibile accedere ad alcuni tipi di importi, ad esempio un amministrativo non avrà praticamente mai in pagamento straordinario nott e fest. I valori/h indicati, sono le medie per ciascuna mansione.

Fruizione delle misure di conciliazione Indennità sostitutiva assist. Lorda L 104 (escluso CP)

M = 201.069,81 F = 667.187,12 T = 868256,93

% Differenza media totale Lorda F 76,84% M 23,16%

Remunerazione docenze lorde

Totale

M= 132.291,64 F= 57.717,48 T = 190.009,12

Di cui:

Esclusi contratti di PRESTAZIONI OCC. E PREST.OCC. C/O A.ENTE

M= 104.295,82 F= 38.947,81 T = 143.243,63 Vol. doc est. D 64 %

Costi docenze personale esterno diviso per genere

M= 27.995,82 F= 18.163,11 T = 46.158,93 Vol. doc est. D 55 %

Note ai criteri: dato ricavato dall'estrazione del pagato per competenze 2024 sul cedolino, con le voci stipendiali delle docenze sul personale dipendente.

DIMENSIONE ESTERNA

Si riportano i dati di costo reali o stimati in relazione a quanto analizzato nella parte IV

Criteri adottati. Riepilogo costi secondo macro classificazione con variabili di genere (D & U). Primo criterio LEA e sottocategorie. Secondo dipartimenti clinici e territoriali, terzo aree o aggregazioni di attività scelte per rilevanza e opportunità.

Dati Generali AUSL – SDO - ASA - DACP SCREENING CONSULTORI - DSP

COSTI 2024											
	beni di consumo	servizi	personale	altro	totale			femmine		maschi	
salute donna - consultori	271.784,20	2.340.534,94	8.294.021,09	399.817,93	11.306.158,16	fonte: COA01 anno 2024		11.306.158,16	100%	-	-
prestazioni ambulatoriali (territoriali+ospedaliere)	29.026.413,34	49.209.762,64	68.486.338,82	8.038.303,56	154.760.818,36	fonte: COA01 anno 2024		86.666.058,28	57,5 % 56%	68.094.760,08	42,5 % 44%
degenza (escluso mobilità e ospedali privati)	18.778.503,37	28.246.736,21	69.716.841,87	2.662.925,26	119.405.006,71	fonte: COA01 anno 2024		60.896.553,42	52,1 % 51%	58.508.453,29	47,9 % 49%
screening oncologici (escluse endoscopie)	460.296,08	741.649,20	3.263.920,11	140.456,17	4.606.321,56	fonte: COA01 anno 2024		4.468.131,91	97%	138.189,65	3%
TARIFFE 2024											
								femmine		maschi	
degenza	fonte: report flussi SDO RER solo residenti (escluso mobilità e strutture private) anno 2024					tariffa		33.547.361,16	0,51	31.788.215,54	49%
prestazioni ambulatoriali (territoriali+ospedaliere)	fonte: report flussi ASA RER solo residenti (escluso mobilità e strutture private) anno 2024					tariffa		46.385.348,80	0,56	35.792.377,00	44%

Volumi

AUSL MODENA									
	Anno 2024			2023			2022		
	Donne	Uomini	Totale	Donne	Uomini	Totale	Donne	Uomini	Totale
Vaccinazione contro il Papilloma virus umano (HPV)	628.507,52 €	580.160,78 €	1.208.668,30 €	766.602,95 €	602.330,89 €	1.368.933,84 €	925.752,59 €	727.377,04 €	1.653.129,63 €
Vaccinazione contro la rosolia congenita	282.706,42 €	275.066,20 €	557.772,62 €	303.259,39 €	315.638,29 €	618.897,68 €	279.183,77 €	302.449,08 €	581.632,85 €
Vaccinazione antinfluenzale e antipertosse alle donne in gravidanza	51.452,94 €	- €	51.452,94 €	51.732,98 €	- €	51.732,98 €	49.338,00 €	- €	49.338,00 €
Percorso nascita: tutela della "buona nascita" e facilitazione dell'accesso delle gravide/puerpere e del neonato ai servizi sanitari dedicati (consultori)	2.733.173,54 €	- €	2.733.173,54 €	2.329.958,38 €	- €	2.329.958,38 €	2.359.447,79 €	- €	2.359.447,79 €
Programmi di screening per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori: colo-rettale, collo dell'utero, tumori al seno	6.245.493,07 €	186.079,20 €	6.431.572,27 €	6.179.424,02 €	234.831,29 €	6.414.255,31 €	3.724.695,02 €	- €	3.724.695,02 €
Totale	9.030.119,55 €	186.079,20 €	9.216.198,75 €	9.630.977,72 €	1.152.800,47 €	10.783.778,19 €	7.338.417,17 €	1.029.826,12 €	8.368.243,29 €

DSP Igiene Pubblica - stima costi vaccini e personale

VACCINO TRIVALENTE (DIFTERITE-TETANO-PERTOSSE)						2024	2023	2022
N° U	N° D	N° TOT	€/VAC+pers.	€ VAC.U	€/VAC.D	€/VAC.TOT	€/VAC.TOT	
17096	18238	35334	24.5	418852	446831	865683	963169	1922865,9
VACCINO PAPILOMA VIRUS FEMMINE (Coorte '95-'96-'97)								
N° U	N° D	N° TOT	€/VAC+pers.	€ VAC.U	€/VAC.D		€/VAC.TOT	
0	325	325	75.66	0,0	24590	24590	47212	113985,8
VACCINO PAPILOMA VIRUS (tutte fasce di età)								
N° U	N° D	N° TOT	€/VAC+pers.	€ VAC.U	€/VAC.D		€/VAC.TOT	
6549	6783	13332	75.66	495497	513202	1008699	1171065	1874491,6
VACCINO HERPES ZOSTER (coorte '52-'58)								
N° U	N° D	N° TOT	€/VAC+pers.	€ VAC.U	€/VAC.D		€/VAC.TOT	
2297	2597	4873	134.02	307844	345236	653079	625873	1468496,6
VACCINO MONKEY POX								
N° U	N° D	N° TOT	€/VACC.	€ VAC.U	€/VAC.D		€/VAC.TOT	
54	0	54	0	0,0	0		0,0	
VACCINO PNEUMOCOCCO								
N° U	N° D	N° TOT	€/VAC+pers.	€ VAC.U	€/VAC.D		€/VAC.TOT	
5926	5484	11410	55.20	327115	302717	629832	577447	579128,7
VACCINO MORBILLO-PAROTITE-ROSOLIA								
N° U	N° D	N° TOT	€/VAC+pers.	€ VAC.U	€/VAC.D		€/VAC.TOT	
6570	5807	12377	22.18	145723	128799	274522	290491	940290,9
VACCINO COVID-19								
N° U	N° D	N° TOT	€/VAC+pers.	€ VAC.U	€/VAC.D		€/VAC.TOT	
23972	25996	49968	0	0,0	0		0,0	
VACCINO ANTIFLU								
N° U	N° D	N° TOT	€/VAC+pers.	€ VAC.U	€/VAC.D		€/VAC.TOT	
74382	88274	162656	25.06	1864013	2212146	4076159	4790044	1456290,0
				TOT € U	TOT € D		TOT €	
				3559044	4518324⁸	7532564	8465301	8355549,5

⁸ Non comprende Papilloma coorte ('95 '96 '97)

DSP Medicina dello Sport - stima costi personale

AUSL MO anno 2024

	T Costi M	T Costi F
Automobilismo	120,39	0
Bocce	80,26	160,52
Golf	0	80,26
Motociclismo	481,56	0
Altri sport di squadra	0	0
Altri sport individuali	1244,03	321,04
Atleti diversamente abili	963,12	441,43
Totale	2889,36	1003,25
	TOT CM	TOT CF
Atletica leggera	12119,26	8547,69
Calcio	80821,82	2367,67
Ciclismo	4414,3	120,39
Nuoto	6781,97	7223,4
Pallacanestro	22352,41	3370,92
Pallavolo	16533,56	51205,88
Tennis	8146,39	2889,36
Altri sport di squadra	12600,82	2086,76
Altri sport individuali	18941,36	59753,57
Atleti diversamente abili	4414,3	1324,29
Totale 2024	187126,2	138889,9
Totale 2024 A+B	190015,6	139893,2
Totale 2023	195152,20	145110,10
Totale 2023 A+B	199245,50	146273,90
Totale 2022 A+B		

DSP SPSAL stima costi personale

	DATI SPSAL								
	2024			COSTI 2024			COSTI 2023		
	MASCHI	FEMMINE	TOTALE	CTP	CTP D	CTP U	CTP	CTP D	CTP U
ACCERTAMENTO IDONEITA' LAVORATIVA (ART.41 D.LGS 81/08)	59	88	147	79874	44224	35650	76264	45578	30686
ACCERTAMENTO IDONEITA' FISICA AL LAVORO (ART.5 LEGGE 300/70)	20	10	30						
ACCERTAMENTO COMPATIBILITA' STATO DI SALUTE (LEGGE 68/99)	1	3	4	234	176	59	59	0	59
CAPACITA' LAVORATIVE RESIDUE REINSERIMENTO CARDIOPATICO	9	2	11	644	117	527	1054	0	1054
EX ESPOSTI AMIANTO	4	0	4	161	0	161	40	0	40
ESAMI DI ALLERGOLOGIA CUTANEA PROFESSIONALE							1133	664	469
DENUNCE MP	435	211	646	14576	4761	9815	13231	4797	8434
INCHIESTE MP	10	3	13	15228	3514	11714	21481	4522	16959
INCHIESTE INFORTUNI	83	5	88	37541	2133	35408	21481	6399	46926
TOTALE	621	322	943	148258	54925	93333	134743	61960	104627

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

DSM	2023	€D/tot	2024	€D/tot
PSICHIATRIA	46.105.161,56 €	25.357.838,86 €	48.214.442,28 €	27.819.733,20 €
DIPENDENZE PATOLOGICHE	12.924.441,46 €	2.494.417,20 €	15.207.379,52 €	3.345.623,49 €
TOTALE AREA DSM	59.029.603,02 €	27.852.256,06 €	63.421.821,80 €	31.165.356,69 €
DASS DACP LABORATORIO				
CRA ANZIANI	50.690.450,73 €	33.906.842,49 €	53.558.504,20 €	35.991.314,82 €
CENTRI DIURNI ANZIANI	3.092.806,83 €	2.041.252,51 €	3.620.847,80 €	2.368.034,46 €
TOTALE SALUTE ANZIANI	53.783.257,56€	35.948.095€	57.179.351,99 €	38.359.349,28 €
CARCERI	2.713.235,11 €	162.794,11 €	3348949,76 €	200.267,20 €
LABORATORIO ANALISI (COSTI PER NON RICOVERATI) 2023. %D CALCOLATA SUL TOT PRESTAZIONI INCLUSO RICOVERATI	28.690.889,93 €	16.066.898,36 €	31.503.150,48 €	17.673.267,4 €
Totale tariffa per prestazioni esenti per gravidanza 2023	6.640,80 €	6% del tot Donne	-	-

EU VIOLENZA - STIMA

COSTI PERSONALE E FARMACI DEU VIOLENZA CAU											
	Personale Impiegato/H					Costo Medicinali + diagnostica/Accesso			Numero Accessi Tot.	Costo Tot.	
	Medico/H	Infermiere/H	Dir ML/H	Ass. Amm./H	Oss/H	Costo Unitario	radiodiagnostica cranio rx (60%/tot)	Farmaci			Costo unitario
COSTO UNITARIO	58,57 €	21,69 €	58,57 €	18,91 €	17,50 €		22,20 €				
Adulto codice: Bianco/Arancio/Verde/Azzurr	0,5	1,5	0,5	0,25	0,75	108,96 €	13,32 €	0,20 €	13,52 €	231	28.292,30 €
Adulto codice: Rosso	1,5	3	0,5	0,25	0,75	200,06 €				2	427,17 €
Minore (coinvolto)	1,5	3	0,5	0,25	1,5	213,19 €				13,74	3.114,96 €
Accessi Totali (compreso CAU)	266									Costo tot. Esclusi CAU	31.834,43 €

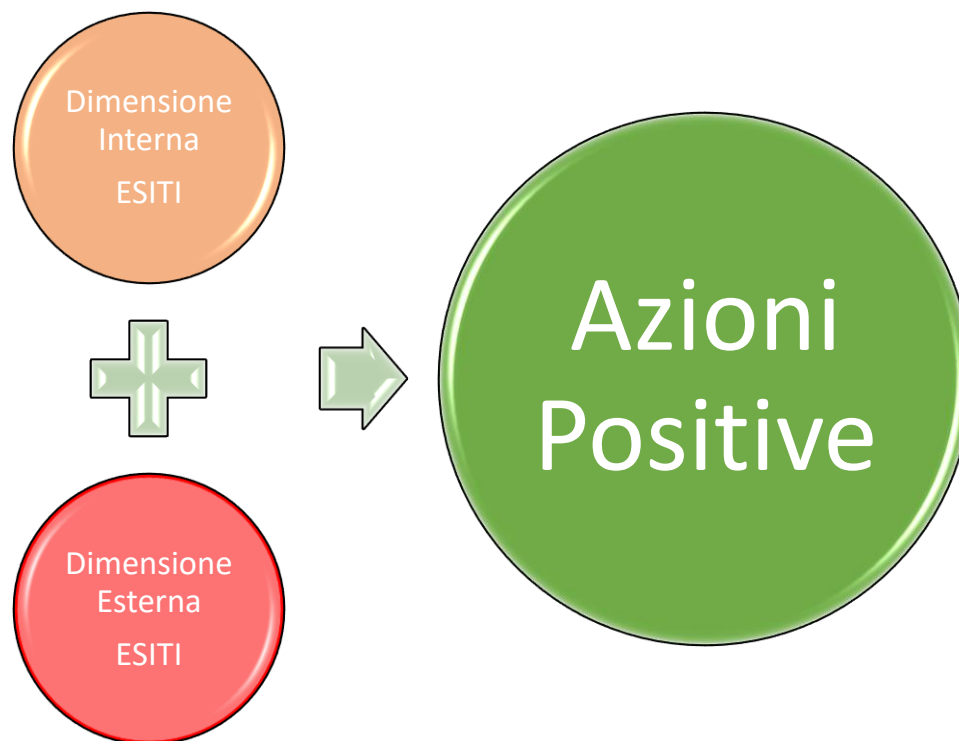
Dati di processo e costi conteggiati

DEU Violenza processo ordinario:

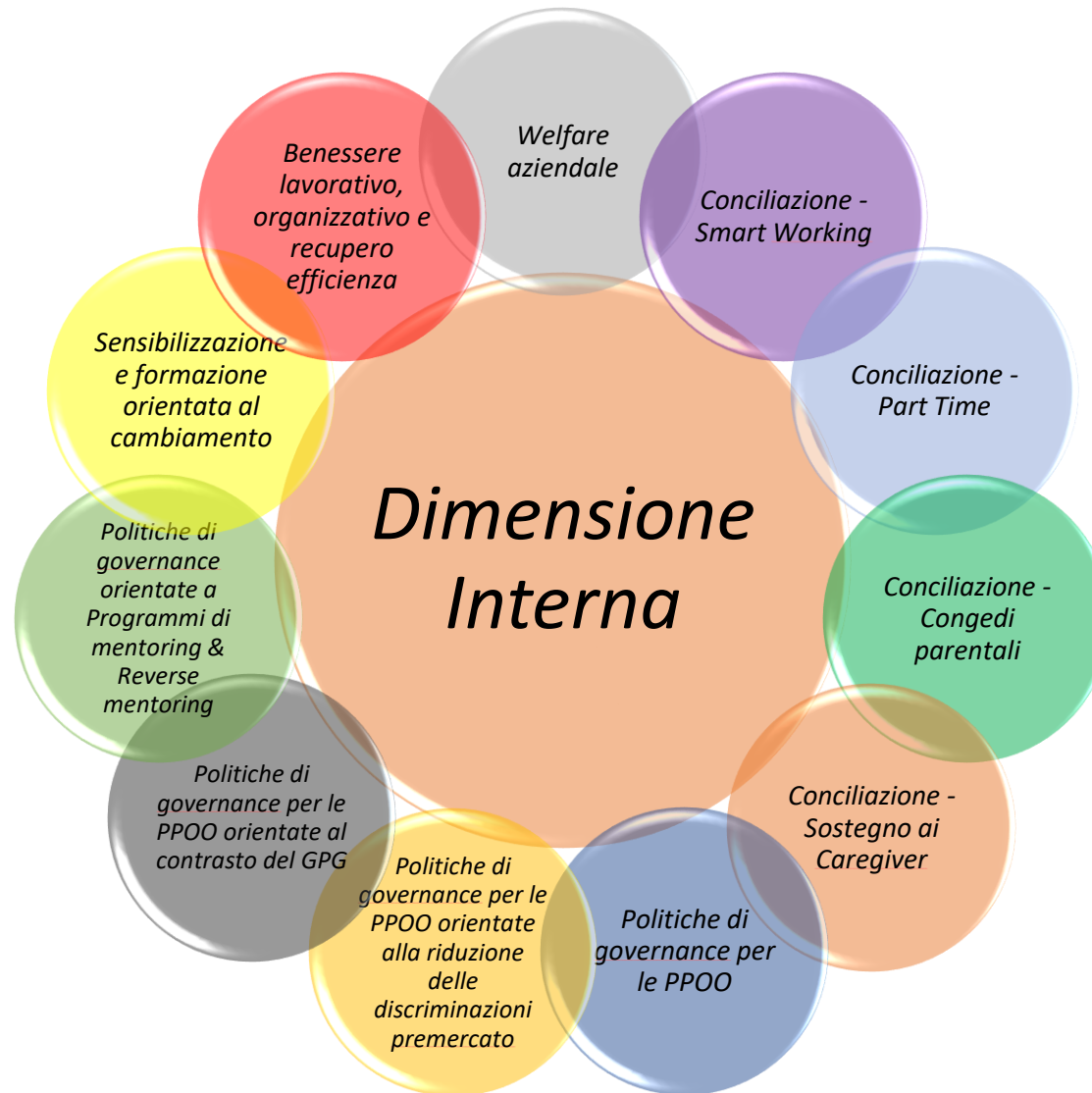
- Attesa-triage-trattamento infermieristico-trattamento medico. Tempo complessivo processo clinico 90mn che richiede: 1med+1inf+1oss50% (parte clinica) + ML 30mn-gestione amm.va15mn
- DEU Violenza processo codice rosso come ordinario ma richiede 2inf
- DEU Violenza complicanze minori come ordinario ma richiede tempo complessivo clinico 180mn
- Farmaci 1dose ansiolitici per oss + una dose analgesici per oss x tutti gli accessi
- Esami strumentali 1 radiografia (costo tariffa) x il 60% degli accessi
- Dati di processo e costi diretti/indiretti e sociali non conteggiati
- Salute Donna- ricoveri – laboratorio – rischio clinico visite mediche specialistiche e MMG - Cons Psicologica (costi diretti ausl)
- CAV - CR — forze dell'ordine (costi diretti no ausl)
- Riduzione reddito – riduzione produttività -assenteismo e sostituzioni- (Costi diretti per parte lesa e sistema produttivo)
- Ordine pubblico - cause giudiziarie – servizi sociali (costi indiretti sociali)
- Risarcimenti (fratture lividi lesioni genitali) (costi indiretti previdenza e infortunistica)
- Riduzione PIL – riduzione entrate tributarie – riduzione entrate previdenziali (costi indiretti comunità)

PARTE SESTA La Riprogrammazione - Le Azioni Positive in cantiere sulla base dei risultati emersi

Si riepilogano di seguito in sintesi le AP già suggerite da professionisti durante gli audit negli anni scorsi, e integrate dal CUG. Sulla base di quanto fino ad ora emerso, per quanto riguarda la Dimensione Interna si è avviato un confronto con la Direzione Aziendale – Sviluppo Organizzativo identificare le AP realizzabili e maggiormente efficaci. Analogamente, sarà avviato un confronto con la Direzione Sanitaria per le AP emerse dai servizi per la Dimensione Esterna.



DIMENSIONE INTERNA



Welfare aziendale

Sono le azioni più incisive rispetto la possibilità di incidere sulla conciliazione, sul benessere lavorativo e organizzativo, sullo stress lavoro correlato, sul senso di appartenenza e sull'attrattiva aziendale come sano e sicuro ambiente di lavoro. La problematica forte è la possibilità di "mettere a terra" azioni positive efficaci rispetto alle politiche relative alle pari opportunità.

Molti gli elementi di complessità quali la struttura contrattuale vincolante, la limitazione dei costi e la dimensione aziendale che, con oltre 5000 dipendenti, non sempre può applicare esperienze positive di altri con le medesime ricadute attese. Proposte:

- attivare corsi aziendali teorico pratici di autodifesa gender oriented, con programmi specifici a seconda del livello di rischio lavorativo
- attivare corsi aziendali teorico pratici rivolti alle dipendenti di età 40 – 65 (la fascia maggiormente rappresentata) con approfondimenti di medicina tradizionale ed alternativa con programmi di lavoro con il corpo, rafforzamento dell'autostima, cura delle relazioni e corretta alimentazione, per affrontare con maggiore consapevolezza i cambiamenti fisici, psichici e sociali a cui le donne vanno incontro in questo delicato periodo della vita
- promuovere le attività dei circoli aziendali in collaborazione con i servizi ausl esempio: centri estivi per bambini
- attivare convenzioni con associazioni per servizi anziani o nidi privati con 10% sconto sulla retta
- attivare iniziative di welfare aziendale con oggetto la salute dei lavoratori e delle lavoratrici esempio: gruppi di cammino condotti da walking leader appositamente formati, con invio suggerito dal Medico Competente o dalla Medicina dello Sport
- attivare corsi nelle palestre aziendali gestiti da studenti di scienze motorie in convenzione PCTO o tirocinio professionale
- attivare interventi condotti da specialisti Back School in convenzione con 10% sconto, eventualmente su indicazione Medico Competente o Medicina dello Sport
- gestire posti disponibili per dipendenti per diagnostica laboratorio o strumentale in caso di disponibilità improvvisa (es. mancata disdetta)
- studio fattibilità per la fruizione del buono mensa come corrispettivo in valore commerciale nei supermercati
- ottimizzare l'accoglienza dell' asilo aziendale affinché soddisfi le esigenze delle donne turniste
- studio fattibilità attivazione del servizio "la tua spesa al lavoro" mediante convenzione

Conciliazione - Smart Working

In una Azienda territoriale che si estende in lunghezza dalla pianura alla montagna consentire una flessibilità, seppur di minima, sulla sede lavorativa è estremamente interessante non solo per il dipendente ma anche per aspetti più generali come la sostenibilità ambientale e la mobilità. Queste scelte devono essere valutate ma riteniamo che il ritorno sarebbe sicuramente positivo. Proposte:

- studio fattibilità del lavoro a distanza agevolato: una parte della settimana il lavoratore la svolge in postazione vicina a casa
- attivare una formazione motivazionale e responsabilizzazione per OBT orientati all'incremento dell'efficienza individuale, alla sicurezza e all'integrazione del lavoro a distanza.

Conciliazione - Part Time

Risulta essenziale avere in tempo reale la mappatura di quanti professionisti lo utilizzano e in quali servizi. Dato il vincolo della normativa nazionale, ogni intervento deve tener conto delle necessità organizzative dell'azienda e delle dinamiche di permanenza al lavoro, infatti molti lavoratori e lavoratrici optano per un servizio o un'azienda dove possono fare il PT. Data la ridotta capacità attrattiva degli ultimi anni, risulta fondamentale trovare gli strumenti necessari per applicare al meglio questo istituto, con vantaggi da ambo le parti (datore di lavoro e lavoratore): un accordo vantaggioso come patto generalizzato con i dipendenti e le OOSS che definisca una pianificazione generale di regole di conciliazione. Proposte:

- fare e aggiornare la proiezione in prospettiva "aeging" di quanti, dove e quando sono in uscita, per gestire le inefficienze in modo proattivo
- reinterpretare la % del limite
- tracciare indici di preferenza (figli? anziani? disabili in famiglia? ISEE, studi in corso, necessità riorganizzazioni aziendali
- co-progettazione di soluzioni con OPI/OOSS per le proposte di modifica.

Conciliazione - Congedi parentali.

- incentivare l'utilizzo da parte degli uomini, con interventi informativi/formativi per abbattere lo stigma o altra resistenza a questo istituto
- offrire alternativa a donne affinché vi ricorrano meno, facendo accordi con associazioni culturali ed educative, parrocchie, ecc., disponibili ad offrire diverse opportunità a sostegno delle famiglie e della genitorialità.

Conciliazione - Sostegno ai Caregiver

Avviare confronto e collaborazione con le associazioni maggiormente rappresentative nel territorio per realizzare e azioni più efficaci esempio:

- attivare una rete informativa fiduciaria per reclutamento colf/badanti/procedure di gestione
- supporto servizi agevolati interni per anziani, disabili CD.
- verificare accesso e utilizzo importanti finanziamenti regionali per i fragili e per chi li assiste
- verificare e proporre altre forme di supporto mediante convenzioni con associazioni no profit, AMA – Attività di Mutuo Aiuto che svolgono le attività gratuitamente
- studio fattibilità attivazione banca ore a sostegno delle dipendenti

Politiche di governance per le PPOO

In collaborazione con il Comitato Unico di Garanzia, sulla base dei risultati del bilancio di genere, dare vita ad un insieme di iniziative e norme tendenti al superamento di condizioni sfavorevoli alla realizzazione di un'effettiva parità uomo-donna in ambito lavorativo. Ad esempio

- socializzare ai vari livelli aziendali la rappresentazione delle varie dimensioni del Gender Gap emerse dal bilancio di genere quale processo in grado di dare razionale visibilità e coinvolgimento sul fenomeno
- promuovere l'equità di genere a livello decisionale, negli organismi e nella docenza, ricerca, pubblicazioni

Politiche di governance per le PPOO orientate alla riduzione delle discriminazioni premercato

Tali discriminazioni non trovano strumenti normativi di contrasto ma sono dannose perché incidono su stigmi, scelte delle discipline sfavorevoli, autodeterminazione e autoconsapevolezza delle proprie potenzialità. Proposte:

- fare politiche di genere nella società (scuole secondarie, di specializzazione, ordini professionali) anche in rete con altri attori nel territorio;
- intercettare lavoratrici che lasciano il lavoro perché in difficoltà le quali, rischiano di non rientrare nel mercato;
- curare la fase di inserimento dei neo assunti e il rientro dalle lunghe assenze
- sviluppare politiche volte a rendere più conciliabili tempi di vita e di lavoro e ad aumentare la condivisione del lavoro di cura mediante sistemi di misurazione a campione della giornata tipo;
- intraprendere accordi di co-progettazione (possibilmente finanziati) per il miglioramento della transizione scuola-lavoro, abbattendo pregiudizi e stereotipi e favorendo le informazioni rendendo attrattiva l'azienda come ambiente di lavoro

Politiche di governance per le PPOO orientate al contrasto del GPG

- pianificare interventi informativi/formativi sull'evidenza dei dati ma soprattutto sulla genesi socioeconomica e lavorativa che genera Gender Pay Gap
- pubblicazione nella sezione "trasparenza di genere" delle relazioni CUG e del Bilancio di genere, secondo progetto regionale in corso
- socializzazione del processo di Bilancio di Genere e integrazione con il bilancio economico e il PIAO
- trasparenza criteri erogazione incentivi e determinazione voci variabili
- trasparenza informativa delle progressioni di carriera
- programma formazione specifico per Dirigenti di Strutture Complesse e Semplici riguardo i principi GEM: come si sviluppano le discriminazioni, come si misurano e come si contrastano
- attivazione degli strumenti di conciliazione vita/lavoro (vedi welfare aziendale)
- diffusione dei programmi di educazione finanziaria come strumento per contrastare la violenza economica
- impostare la rendicontazione gender oriented delle pubblicazioni scientifiche, docenze e PI – personal investigator

Politiche di governance orientate a Programmi di mentoring & Reverse mentoring

- mentoring su date attività/conoscenze: programmare incontri formativi ad hoc garantire passaggio competenze/valori ai nuovi inserimenti.
- assicurare tempi e strumenti di affiancamento tra un professionista e l'altro
- assicurare tempi di consegne tra i turni.
- reverse mentoring mediante trasferimento di conoscenza da un individuo junior a uno senior, mediante tutoraggio inverso dove un membro junior condivide le sue conoscenze e competenze in alcuni ambiti come quello digitale ad un membro senior. Si può ricorrere ai PCTO con istituti di informatica
- in tema di disability management, attivare la rilevazione in proiezione temporale per anni, delle disabilità crescenti per ottimizzare la collocazione, la produttività e il benessere del professionista
- sviluppare percorsi di diversity management: non considerare le differenze come qualcosa da discriminare, ma come qualcosa da incoraggiare con opportuni modelli organizzativi che includono la diversità;

Sensibilizzazione e formazione orientata al cambiamento

La formazione, rappresenta un valore importante, in particolare per le Aziende Sanitarie Pubbliche è la leva per il cambiamento e per le innovazioni. Nonostante i costi in termini economici e organizzativi, gli eventi formativi possono esitare in ricadute importanti che permettono di individuare ambiti su cui apportare miglioramenti. Alcuni esempi:

- formazione sulle discriminazioni, molestie, violenze.
- formazione con esercitazioni su tutto il personale riguardo gli stereotipi sul lavoro e i corrispondenti comportamenti attesi
- formazione riguardo l'uso del linguaggio corretto, non conflittuale e rispettoso dei generi, con esercitazioni e aggiornamento condiviso delle Linee Guida aziendali
- formazione e trattamento delle microconflittualità in rete con tutti i servizi aziendali che a vario titolo se ne occupano
- alfabetizzazione formativa per il contrasto alle discriminazioni per pregiudizi e stigma professionale (alcune professioni sono principalmente femminili anche se l'accademizzazione della professione ha ridotto questo gap).
- incontri di orientamento con ordini professionali rispetto scelte di discipline e di percorsi aziendali "with profit projections career "
- formazione qualificata graduata orientata ai gestori di risorse con verifica della ricaduta.
- impostare interventi formativi basati sul senso etico e dei valori morali e di atteggiamenti other-regarding
- inserire nel codice di comportamento e di condotta etica norme sul linguaggio corretto inclusivo, rispettoso dei generi anche basato sulla cortesia e applicata alla comunicazione e ai comportamenti
- programmare interventi informativi annuali sugli istituti contrattuali e sul portale dipendente e formazione. Gli argomenti più richiesti:
 - gestione portale del dipendente
 - utilizzo applicativi aziendali relativi alla formazione.
 - variabili stipendiali
 - aggiornamenti contrattuali
 - sistemi di valutazione
 - istituti di conciliazione

Benessere lavorativo, organizzativo e recupero efficienza

E' convinzione comune che siano possibili e importanti alcune riorganizzazioni orientate al benessere organizzativo per limitare lo stress lavoro correlato, considerato anche l'impatto sul lavoro dal 2020 (emergenza COVID) e lo stress organizzativo conseguente. Le donne risentono maggiormente della difficoltà di conciliare le esigenze familiari con quelle lavorative. L'organizzazione del lavoro ha attualmente margini di miglioramento. Proposte emerse:

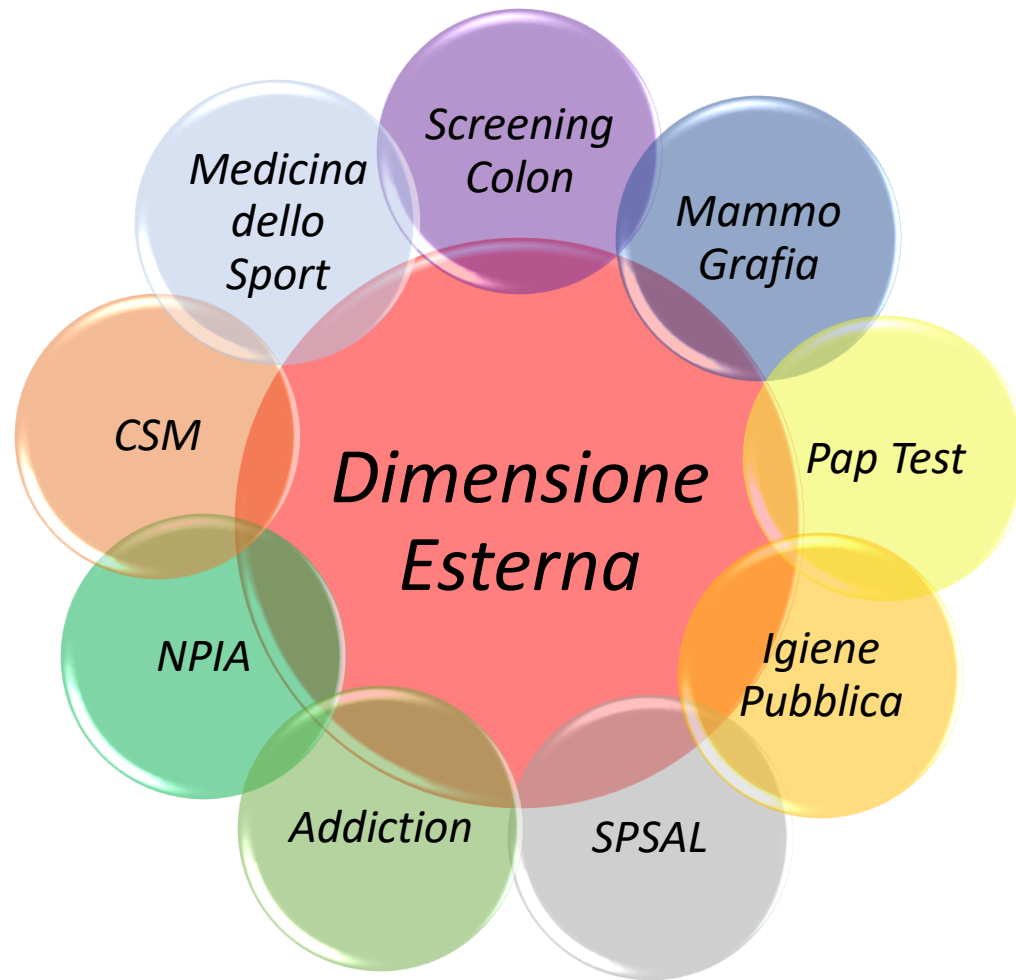
- attivare check up organizzativo con rilievo delle disfunzioni nei servizi e piccoli gruppi coinvolgendo il middle management nel formulare le azioni correttive e la valutazione delle ricadute
- garantire trasparenza e comunicazione capillare sulle riorganizzazioni dei processi e della struttura aziendale
- monitorare la micro conflittualità con distinzione di genere

- rilevare a campione l'indice di squilibrio vita/lavoro con distinzione di genere mediante strumenti appositi, finalizzato a modifiche degli orari e giornate lavorative nei settori di maggior "sofferenza" per disagi organizzativi, sovraccarico o alto rischio di micro conflittualità
- adottare politiche di recupero efficienza e benessere lavorativo mediante accordi sindacali e regionali per migliorare le possibilità di sostituzioni delle assenze per maternità.
- adottare politiche di sostegno della maternità mediante accordi con associazioni culturali/educative a sostegno della maternità.
- rendere più l'ambiente lavorativo (soft organization) data la struttura delle HR a maggioranza femminile
- studio di fattibilità per adottare politiche di lavoro a orientate a sostenere e fidelizzare i lavoratori e le lavoratrici, in base al genere, l'età e le professioni.
- studio di fattibilità per ri-strutturare l'articolazione oraria organizzativa, ferma a 30 anni fa, ad esempio impostando orari o turni svincolati dagli orari scuola figli: fascia 6.30-8,00, e tenendo conto dell'accesso dell'utenza esterna
- agevolare il part time in specifici periodi (es estate, festività).
- studio e valutazione con orientamento al genere dei periodi brevi di malattia per ridurre le inefficienze
- su malattie brevi e ripetitive (possibili segnali di stress lavoro correlato), interventi mirati con SPPA e MC sulla piccola équipe per correggere disfunzioni organizzative, spesso alla base di questi fenomeni

Prevenzione della violenza verso il personale dipendente

- Ottimizzare gli eventi informativi e formativi rivolti al contrasto della violenza collegandoli agli obiettivi di budget
- Ottimizzare l'utilizzo delle segnalazioni SEGNALER
- Verificare la fattibilità dell'inserimento del waiting all manager
- Ottimizzare la rilevazione degli episodi di violenza al PS e nei CAU
- Ottimizzare l'osservazione del fenomeno violenza domestica e sugli animali
- Ottimizzare la videosorveglianza nei punti critici rispetto alla violenza
- Ottimizzare gli accordi locali con le forze dell'ordine

DIMENSIONE ESTERNA



Sono state definite Azioni Positive orientate al miglioramento dell'appropriatezza applicando un approccio di Salute e Medicina di Genere

A Livello Aziendale:

- attivato il Gruppo aziendale Medicina di Genere che agisce in sinergia con il Gruppo Equità e Pari opportunità (CUG)
- programmati annualmente interventi formativi dal CUG sul tema della Salute, Medicina di genere, Pari Opportunità ed Equità
- attivato l'osservatorio di evidenze nell'applicazione approccio Medicina di Genere da parte dei servizi e delle équipes (PDTA-Protocolli-Procedure)
- attivati i metalaboratori di genere nell'approccio all'utenza delle addiction
- adesione e supporto a progetti locali sul tema della Salute e Medicina di Genere
- definiti accordi distrettuali con forze dell'ordine per la gestione della violenza di genere

Nei servizi - Medicina dello Sport

- incentivare l'Adesione femminile ai diversi sport
- attivare maggior collaborazione con società sportive e istituti scolastici per incentivare la pratica sportiva per le donne
- rafforzare le campagne informative e di orientamento per la Disabilità prevedendo la presenza CIP (comitato Italiano Paralimpico) presso case comunità
- AMA - Attività motoria adattata non agonistica: rafforzare una sensibilizzazione gender oriented riguardo la presenza di percorsi dedicati ai cittadini e al personale sanitario/associazioni
- manifestazione long covid: aumentare offerta in altre palestre (accreditate AMPA-LM67) con presenza di professionisti qualificati e competenti sulle differenze di genere
- attività sportiva bambino obeso/sovrappeso: sensibilizzazione gender oriented sul personale sanitario interno e convenzionato
- sport e tossicodipendenze: Identificare luogo fisico per gestire questa attività che sono altamente penalizzate dallo stigma specie per le donne

SPSAL

- denunce malattie professionali: sensibilizzare i medici convenzionati, specialisti e tutta la categoria medica rispetto agli adempimenti Medico Legali
- inchieste malattie professionali e infortuni: attivare accordi OOSS per sensibilizzare i lavoratori e le aziende sul tema e far emergere i casi sommersi

Igiene Pubblica

- difterite: estendere la copertura vaccinale anche per le donne che non hanno vaccinazioni (nate ante 63) e straniere.
- tetano: rafforzare campagna antitetano per uomini e garantire posti disponibili
- pertosse: rafforzare campagna per uomini e garantire posti disponibili
- papilloma Virus: mantenere gratuità vaccinazione anche oltre un anno. Migliorare campagne adesione per capillarità e qualità/efficacia.
- h zoster: migliorare campagne vaccinali per qualità/efficacia e capillarità, alle donne difficilmente raggiungibili.
- morbillo parotite rosolia: rafforzare efficacia informativa nei corsi preparto riguardo alla possibilità di effettuare il vaccino durante degenza ospedaliera
- antinflù: qualificare l'efficacia informativa del vaccino somministrabile anche in gravidanza. Qualificare una informazione efficace e mirata da parte di ostetriche e specialisti. Rafforzare e qualificare una campagna vaccinazione rivolta ai caregiver.
- monkey Pox: data la riduzione delle adesioni riattivare campagne di sensibilizzazione rivolte alle donne a rischio e conviventi con uomini a rischio

DSMDP

- Risolvere il Gap dati tra i 2 sistemi di rilevazione Sister e CURE affinché la rendicontazione sia corretta e con criteri unici per i settori del dipartimento

DP

- DP e marginalità: importante rilevare la fragilità delle donne che vivono in condizioni di marginalità, anche e soprattutto a contrasto degli stereotipi e delle discriminazioni di genere che originano dal ruolo sociale e dal corpo femminile di questa particolare fascia di utenza.
- Realizzare progetti di prevenzione/protezione rispetto ai fattori legati all'uso delle sostanze stupefacenti che tengano conto delle variabili di genere e personali e gli ambienti di frequentazione (micro e macro)
- Prevenzione e contrasto alla violenza, abuso, maltrattamenti a donne affette da dipendenze da sostanze provocati soprattutto dal consumo di crack e stimolanti, nonché di alcol, per i quali le donne sono spesso vittime di agiti aggressivi e violenti.
- Realizzare eventi e strumenti informativi/formativi per contrastare i problemi comportamentali in strada
- Realizzare progetti di inclusione per le donne afferenti ai Servizi curando l'esperienza degli ESP, Esperti per Esperienza (tra cui ci sono molte donne)
- Salvaguardia dei progetti finanziati e condotti dalle unità di strada e associazioni territoriali altamente qualificate per far fronte al fenomeno
- Azioni indirizzate a rafforzare l'autostima e l'autodeterminazione delle donne affette da dipendenza nonché a far conoscere i diritti e i percorsi di cura/protezione(vedi percorso ESP, Esperti per Esperienza, attività di gruppo, attività dedicate)
- Prevenzione e contrasto dei comportamenti a rischio di incidenti stradali, conflittualità grave e violenza di genere agire da maschi affetti da dipendenza da sostanze
- Percorsi di cura innovativi dedicati (per es la Struttura residenziale "Artemisia" aperta nel 2024)

CSM

- Approccio di genere nel trattamento delle malattie psichiatriche, depressioni ed emicranie in quanto le donne manifestano una prevalenza significativamente maggiore (mediamente doppia) di depressione, distimia, disturbo d'ansia generalizzato, disturbo di panico, fobia sociale e fobie specifiche, a fronte di tassi significativamente maggiori di disturbi di personalità antisociale e disturbi da uso di sostanze e di alcol nel genere maschile
- Prevenzione e trattamento in ottica di genere dei traumi e abusi subiti sia in infanzia/adolescenza che in età adulta quali fattori di rischio per le malattie psichiatriche

NPIA

- Approccio di genere nel trattamento dei disturbi del comportamento alimentare, dei disturbi dell'umore e dei disturbi d'ansia che interessano prevalentemente il mondo femminile, a fronte di tassi significativamente maggiori di disturbi esternalizzanti del comportamento e di gran parte dei disturbi ad esordio precoce (disturbi della condotta, autismo, disturbi del linguaggio, disturbi da deficit di attenzione e iperattività e dislessia) che mostrano una marcata prevalenza maschile

SCREENING

- Colon Retto - Promuovere l'importanza della prevenzione (con focus sulla popolazione maschile, quale meno aderente) con incontri mirati per le comunità straniere
- Mammografia - pubblicizzare incontri mirati per le comunità straniere relativamente all'importanza della prevenzione sulla popolazione
- Pap Test - promozione dell'importanza della prevenzione sulla popolazione maschile e femminile con anche incontri mirati per le comunità straniere

SALUTE DONNA

- Studio fattibilità progetto nei consultori del contrasto all'abuso del digital babysitting.