

The background of the title area features a light grey surface with several pieces of crumpled paper in red, yellow, green, blue, and purple at the top. In the center, there are four 3D cutouts: two yellow figures (a male and a female) and two red figures (a male and a female symbol with an upward-pointing arrow).

BILANCIO DI GENERE 2023

Azienda USL di Modena

**Basato sui Principi
di Gender Equality
Management**

Dr. Mattia Altini – Direttore Generale AUSL di Modena



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

Sulla base dell'esperienza dell'anno precedente, si è potuto applicare a tutta l'azienda territoriale.

Il Bilancio di Genere è stato inteso come un processo di analisi e rendicontazione della realtà aziendale (dimensione interna ed esterna) secondo una prospettiva di genere, con valutazione dell'impatto delle politiche e degli impegni economico-finanziari. La scelta di un'analisi di tipo Auditing sul consuntivo 2023, 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 per misurare 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 per le donne

“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

Le ragioni ultime del Bilancio di Genere si radicano quindi al principio di giustizia sociale ed equità in ambito lavorativo, estendibile al concetto di appropriatezza delle cure applicate dai servizi alla comunità territoriale.

L'inclusione 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 ci offrirà quindi un'ulteriore opportunità per crescere insieme in questo percorso necessario e importante.

Dott.ssa Milena Casalini - Coordinatrice del Gruppo Aziendale Bilancio di Genere



Nella conduzione del processo che ha portato a realizzare il secondo Bilancio di Genere Auditing anno 2023, si è collaudato il metodo strutturato tra le banche dati a disposizione, condiviso con i servizi e soprattutto replicabile. L'evoluzione dell'analisi ha comportato l'inserimento di nuovi indicatori per la parte esterna che riguardassero anche il personale convenzionato e il benessere lavorativo, ma lo "sforzo" maggiore è stato estendere l'analisi esterna a tutta l'azienda territoriale. I servizi principalmente coinvolti nell'estrazione dati sono stati il controllo di gestione, il servizio gestione unica del personale, il servizio qualità, il servizio epidemiologico e la struttura produttiva coinvolta: i dipartimenti clinici compreso il servizio di endocrinologia, la specialistica e il laboratorio, la sanità pubblica, la salute mentale, il socio sanitario e le cure primarie tra cui gli screening, i consultori, le case della comunità e le carceri.

Un principio di base adottato è quello secondo cui il Gender Gap non va indagato separatamente nel periodo lavorativo ma va considerato un processo tendenzialmente incrementale con discriminazioni che si generano prima dell'ingresso nel lavoro (pre-mercato) ma che il lavoro può peggiorare con ulteriori ricadute nel periodo di pensionamento. Smascherare queste dinamiche tra loro interconnesse, permette di impostare le azioni positive che interrompano questo ciclo.

E' un metodo basato sulla condivisione con il gruppo del processo estrattivo e dell'interpretazione dei dati, collaudato nel tempo e replicabile. Il coordinamento si basa sui seguenti punti

-Competenza ed esperienza sui presupposti di fondo in tema di Gender Management tra cui i concetti di: gender gap, gender pay gap (divario salariale), istituti di conciliazione, il sistema degli incarichi e degli istituti contrattuali, il part time Involontario, le discriminazioni al lavoro e pre mercato, il glass ceiling, glass cliff e la queen bee syndrome, gli stereotipi, i pregiudizi, il fenomeno della sovra-formazione, le discriminazioni nella carriera e nella ricerca.

-La costruzione della Road map e della dashboard.

-L'individuazione dei KPI, degli indicatori e delle categorie di riferimento funzionali alla struttura del Bilancio e propedeutici alla Certificazione

-La scelta delle banche dati di confronto (banchmark) e di estrazione

-Il collegamento BG – PTAP – Ciclo di Budgeting

-La Ri-programmazione delle Azioni Positive di miglioramento

L'impianto degli strumenti utilizzati permette di ricondurre i KPI – Key Product Indicator della dimensione interna e quelli della dimensione esterna ad aree di riferimento comuni alle rilevazioni maggiormente collaudate.

La fase di estrazione, elaborazione ed interpretazione, è stata completata da vari interventi di Audit per abbattere possibili "bias" interpretativi e, soprattutto, per far emergere le possibili azioni Positive ipotizzate direttamente con i professionisti e integrate dal CUG.

Concludo rimarcando l'importanza della "fiducia" da parte della Direzione Aziendale e della collaborazione dei professionisti e professioniste che hanno collaborato con me e che ringrazio, senza le quali non sarebbe possibile condurre un progetto così impegnativo per tutta l'azienda.

INDICE

PARTE PRIMA

Bilancio di genere - cosa intendiamo	8
Fonti normative legittimanti	8
La classificazione EIGE e come si colloca l'Italia	11
Il Gei Nella Sanità	22

PARTE SECONDA

L'azienda AUSL di Modena	24
Collocazione del BG nella programmazione e rendicontazione aziendale	26
Presupposti di Gender Equality Management applicati	26
Metodologia e Richiamo al Bilancio Precedente	27

PARTE TERZA Analisi della Dimensione Interna

RIPARTIZIONE DEL PERSONALE PER GENERE ED ETÀ' NEI LIVELLI DI INQUADRAMENTO	31
ANZIANITÀ NEI PROFILI E LIVELLI NON DIRIGENZIALI, RIPARTITE PER ETÀ E PER GENERE	32
POSIZIONI DI RESPONSABILITÀ REMUNERATE NON DIRIGENZIALI, RIPARTITE PER GENERE	33
PERSONALE DIRIGENZIALE E COMPARTO SUDDIVISO PER LIVELLO E TITOLO DI STUDIO	34
DIVARIO ECONOMICO, MEDIA DELLE RETRIBUZIONI ONNICOMPRESIVE PER TUTTO IL PERSONALE, NEI LIVELLI DI INQUADRAMENTO	35
VARIABILI TOTALI LORDI DIVISI PER GENERE	37
VARIABILE POSIZIONE DIVISA PER GENERE	38
VARIABILE RISULTATO DIVISA PER GENERE	39
VARIABILE FISSE RICORRENTI DIVISA PER GENERE	40
VARIABILE COMP. ACCESSORIA (NO STRAORDINARIO) DIVISA PER GENERE	41
VARIABILE LP DIRIGENTI	42
VARIABILE LP TUTTO PERSONALE SUDDIVISO PER GENERE/ETÀ/RUOLI	43
PERMANENZA NEL PROFILO	44
PERSONALE CONVENZIONATO	44
IMPORTO STRAORDINARIO TUTTO IL PERSONALE PER ETÀ/RUOLI	45
ECCEDENZA ORARIA SUDDIVISA PER GENERE/ETÀ/RUOLI	46
FRUIZIONE DELLE MISURE DI CONCILIAZIONE (PT+SW) PER GENERE ED ETÀ'	47

FRUIZIONE DELLE MISURE DI CONCILIAZIONE (CP+L104) PER GENERE ED ETA'	48
FRUIZIONE DEI CONGEDI OBBLIGATORI PER MATERNITA' PER GENERE ED ETA'	48
FRUIZIONE ISTITUTO PER VITTIME DI VIOLENZA PER GENERE	48
N. RECESSI DIPENDENTE E MOBILITÀ PASSIVE DIVISO X RUOLO/ETÀ GENERE E MOTIVAZIONI	49
COMPOSIZIONE C.CONCORSI E GARE	50
HHR RAPPORTO TRA PARTECIPANTI E SELEZIONATI	50
TASSI DI ASSENZA PER GENERE	51
LIMITAZIONI E RICOLLOCAZIONI	52
COMPOSIZIONE Top Management	52
COMPOSIZIONE COLLEGI SINDACALI	52
COMPOSIZIONE C.DIREZIONE E C.DIPARTIMENTO	52
COMPOSIZIONE CUG CCI OAS	52
FRUIZIONE ORE FORMAZIONE PER GENERE/ETÀ/TIPOLOGIA	53
PI – PRINCIPAL INVESTIGATOR RELATIVI AI SOLI PROGETTI AUTORIZZATI	53
N. DOCENZE	54

PARTE QUARTA Analisi della Dimensione esterna

DATI DEMOGRAFICI E POPOLAZIONE	55
DATI DEMOGRAFICI E SPERANZA DI VITA	60
DATI SOCIO ECONOMICI	64
DATI SOCIOECONOMICI FAMIGLIE	65
MORTALITA	66
TRAUMI E INCIDENTI STRADALI	67
TRAUMI E INCIDENTI DOMESTICI	70
CRONICITA'	72
STILI DI VITA - MOBILITA' FISICA	82
STILI DI VITA - NUTRIZIONE	84
STILI DI VITA – CONSUMO DI FRUTTA E VERDURA	85
STILI DI VITA – ATTIVITA' FISICA	86

STILI DI VITA – CONSUMO ALCOL	87
STILI DI VITA – CONSUMO FUMO	88
STILI DI VITA – COMPETENZE DIGITALI	89
ATTIVITA' DI RICOVERO	90
ATTIVITA' AMBULATORIALE	92
LABORATORIO	94
DSMDP PSICHIATRIA	96
DSMDP DIPENDENZE PATOLOGICHE	98
DSMDP DOMICILIARITA'	100
DSMDP OSPEDALIZZAZIONE	101
DSMDP RESIDENZIALITA' SOCIO SANITARIA	102
DASS UTENTI CRA – CASA RESIDENZA ANZIANI	103
DASS UTENTI CD – CENTRO DIURNO	104
DSP IGIENE PUBBLICA	105
DSP MEDICINA SPORTIVA	110
DSP SERVIZIO PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO	112
DACP SCREENING	114
DACP SALUTE DONNA	114
DACP CASE DELLA COMUNITA'	115
DACP CARCERI	116
EU MONITORAGGIO VIOLENZA DOMESTICA DI GENERE – VDG	117
EU RILEVAZIONE VIOLENZA VERSO E TRA OPERATOR*	120

PARTE QUINTA La dimensione dei costi	
DIMENSIONE INTERNA	124
DIMENSIONE ESTERNA	127
PARTE SESTA	
La Dimensione interna - uno sguardo d'insieme ai risultati in base al genere.	
La distribuzione del personale e la femminilizzazione strutturale	132
Le dimensioni del Gender Gap: il Pay Gap	133
Conciliazione	133
Carriera Ricerca e Formazione	134
Organi e Organismi collegiali	135
Benessere organizzativo e ambiti di sofferenza	135
Violenza e microconflittualità	135
La Dimensione esterna - uno sguardo d'insieme ai risultati in base al genere	
La rispondenza tra il quadro epidemiologico- sociodemografico, la diagnostica e gli interventi di cura (specialistica e ricoveri)	136
La Salute mentale e le determinanti di salute socio demografiche	136
Socio sanitario e domiciliarità: una differenza evidente nell'anzianità	138
La Salute Pubblica nei luoghi di lavoro, nello sport e le vaccinazioni	138
Il territorio: gli screening, salute donna, case della comunità e salute nelle carceri	138
Violenza di Genere: l'osservatorio sugli accessi in PS e la violenza verso e tra il personale	139
La Riprogrammazione - Le Azioni Positive in cantiere sulla base dei risultati emersi	140
DIMENSIONE INTERNA	141
DIMENSIONE ESTERNA	147

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 stanziate 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 modificazioni 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

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.

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.

Il Gender Equality Index 2023 è l'indice che sintetizza la parità di genere nei 27 Stati Membri dell'UE in un unico dato rappresentativo della performance complessiva misurata tramite 31 indicatori da cui si definiscono 14 variabili aggregate in sei dimensioni, vede l'Italia al 13° esimo posto. La media europea si attesta a 70.2 mentre quella italiana è di 68.2.

Italy in 2023 edition

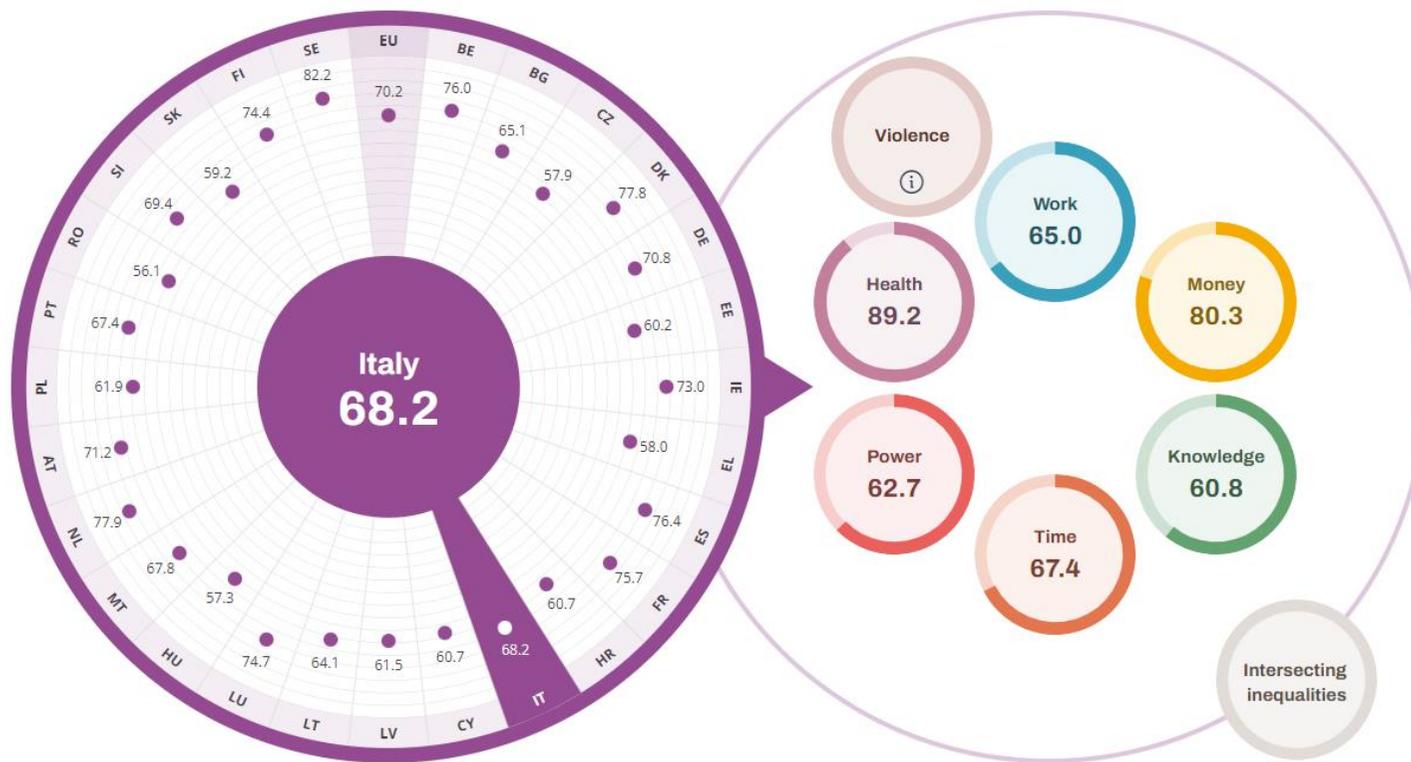


Tabella 1 – Punteggio e ranking dell'Italia rispetto alla media europea (EU-27) per dimensione

Dimensione	Punti Italia 2023	Ranking	Gap IT-EU 2
Totale	68,2	13° (+1)	-2,0 pt +1,6 pt
Lavoro	65,0	27° (=)	-8,8 pt -0,3 pt
Denaro	80,3	14° (=)	-2,3 pt -0,2 pt
Conoscenza	60,8	13° (=)	-2,8 pt +0,2 pt
Tempo	67,4	12° (+4)	-1,1 pt +4,5 pt
Potere	62,7	12° (=)	+3,6 pt +3,9 pt
Salute	89,2	10° (+1)	+0,7 pt +0,4 pt

Paese/Zona Gap nel tasso di occupazione nei settori

Italia	19,6pp (26,9% F vs 7,3% M)	8pp (26,9% F vs 34,9% M)	3,8pp (51,9 F vs 55,7 M)
Media EU-27	22pp (30,4 F% vs 8,4% M)	8,2pp (29,0% F vs 37,2% M)	1,6pp (61,5 F vs 63,1 M)
Media Sud Europa	19,3pp (27,0% F vs 7,7% M)	5,8pp (30,9% F vs 36,7% M)	2,3pp (54,0 F vs 56,4 M)
Italia vs EU-27	+2,4 pp	+0,2pp	-2,2pp
Italia vs sud Europa	-0,3 pp	-2,4pp	-1,5pp

Tabella 2 – Risultati comparati dell'Italia con la media europea e dei Paesi del sud Europa[3] negli indicatori di partecipazione al mondo del lavoro

Paese/Zona	Gap nel tasso di occupazione FTE	Gap
Italia	19,8pp (31,3% F vs 51,1% M)	9 anni (26,9 F vs 35,9 M)
Media EU-27	14,9pp (42,5% F vs 57,4% M)	4,5 anni (33,6 F vs 35,9 M)
Media Sud Europa	16,4pp (37,3% F vs 53,7% M)	6,3 anni (30,4 F vs 36,7 M)
Italia vs EU-27	-4,9pp	-4,5 anni
Italia vs sud Europa	-3,4pp	-2,7 anni

Tab1:Guardando le singole dimensioni, si nota che l'Italia ha una miglior performance in relazione agli altri Stati Membri solo nella dimensione del Potere e della Salute. Una nota importante riguarda il miglioramento nella dimensione del Tempo in cui si registra un allineamento con la media europea.

Tab2 e 3: l'Italia presenta un gap importante rispetto alla media degli Stati Membri dell'UE relativo alla partecipazione al mondo del lavoro sia per le donne che per gli uomini, mentre risulta allineata per quanto riguarda la segregazione e qualità del lavoro.

Figura 1 – Variazione comparata dei risultati dell'Italia negli ultimi 10 anni (2023 vs 2013) con la media europea e dei Paesi del sud Europa

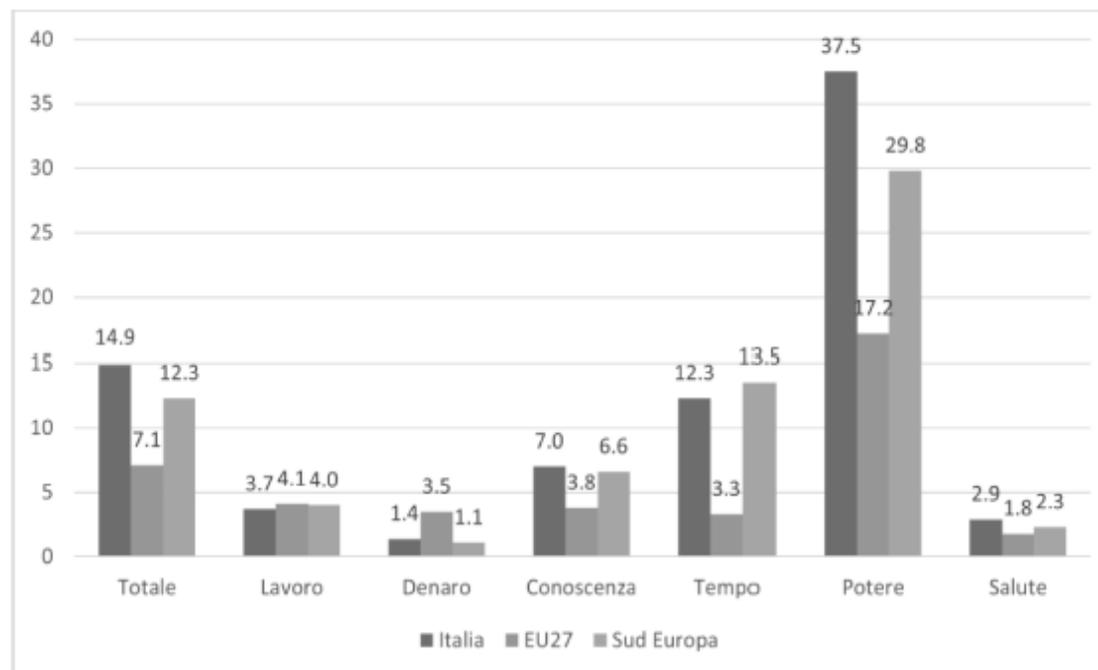


Fig1: Emerge come dato significativo, la forte crescita dell'Italia nell'ultimo decennio in particolar modo nella dimensione del Potere grazie anche all'introduzione delle "quote di genere" in contrasto però della lenta crescita nella dimensione Lavoro.

In conclusione, nonostante l'Italia sia il Paese ad aver guadagnato più punti e posizioni nel Gender Equality Index, risulta ancora indietro in diverse dimensioni in particolare in quella del lavoro. Sono ancora troppo poche le donne occupate e quelle con contratto part-time richiesto per gestire il carico di cura.¹

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. Questi Obiettivi (o Goals) sono stati inseriti in un programma d'azione che prevede 169 target da raggiungere entro il 2030 in ambito economico, sociale, ambientale e istituzionale.

All'Obiettivo sulla parità di genere (Goal 5) è stato assegnato il valore 4, indicativo di un ritardo sulla tabella di marcia. Su questo Obiettivo, l'impatto della pandemia è stato notevole.

La posizione dell'Italia rispetto al GOAL 5 dell'Agenda 2030 è stata analizzata nell'ultimo report di ISTAT Salute 2023. In sintesi:

- Dopo il picco della fase pandemica, nel 2022 si riduce il numero di chiamate al numero di pubblica utilità 1522 contro la violenza e lo stalking.
- In aumento nel 2021 i centri antiviolenza e le case rifugio, con un tasso di 2,39 servizi in totale ogni 100.000 donne di 14 anni e più.
- Nel 2022, le donne uccise sono state 119 (3 in più rispetto al 2021). L'84% degli omicidi avviene tra le mura domestiche.
- La rappresentanza femminile si riduce nel Parlamento nazionale scendendo al 33,7% nel 2022 (-1,7 punti percentuali), ma cresce nelle amministrazioni regionali (+1,2 punti percentuali nei Consigli regionali rinnovati nel 2023).
- In crescita anche la quota di donne nei consigli di amministrazione delle società quotate in borsa

¹ Fonte: IDEMlab nov 2023

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 d'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 d'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, 2022, per 100.000 donne)	Di contesto nazionale	38,2		(b)	⇒⇐
	Omicidi di donne commessi da partner, ex-partner o altro parente (per 100 donne uccise) (Istat, 2021, valori percentuali)	Di contesto nazionale	84,0	--	--	--
	Centri antiviolenza e case rifugio: tasso per 100.000 donne di 14 anni e più (Istat, 2021, per 100.000)	Di contesto nazionale	2,39			⇒⇐
5.2.2	Proporzione di donne e ragazze (di almeno 15 anni d'età) che hanno subito negli ultimi 12 mesi violenza sessuale da parte di persone diverse dal partner, per gruppo d'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	1,6	--	(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, 2022, valori percentuali)	Di contesto nazionale	72,4		(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, 2021/2022, 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, 2023, valori percentuali)	Proxy	23,5		(e)	↔
5.5.2	Proporzione di donne in posizioni direttive					
	Donne negli organi decisionali (Istat, 2023, valori percentuali)	Proxy	21,0		(b)	--
	Donne nei consigli d'amministrazione delle società quotate in borsa (Consob, 2022, valori percentuali)	Proxy	42,9			--
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, 2021, per 1.000)	Di contesto nazionale	5,3			⇒⇐
5.b.1	Proporzione di individui che posseggono un telefono cellulare, per sesso.					
	Persone di 6 anni e più che usano il cellulare tutti i giorni, per 100 persone con le stesse caratteristiche (Istat, 2022, valori percentuali)	Proxy	84,4			⇒⇐
	Persone di 16-74 anni che hanno usato internet negli ultimi 3 mesi almeno una volta a settimana (incluso tutti i giorni) (Istat, 2021, valori percentuali)	Di contesto nazionale	83,5			⇒⇐

Legenda

	MIGLIORAMENTO
	STABILITÀ
	PEGGIORAMENTO
	NON DISPONIBILE / NON SIGNIFICATIVO

	CONVERGENZA
	STABILITÀ
	DIVERGENZA

Note
(a) Variazione calcolata sul 2006
(b) Variazione calcolata sul 2013
(c) Variazione calcolata sul 2018
(d) Variazione calcolata sul 2014
(e) Variazione calcolata sul 2013

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

Un'attenzione particolare va data alle 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 2023 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 almeno di base. 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.²

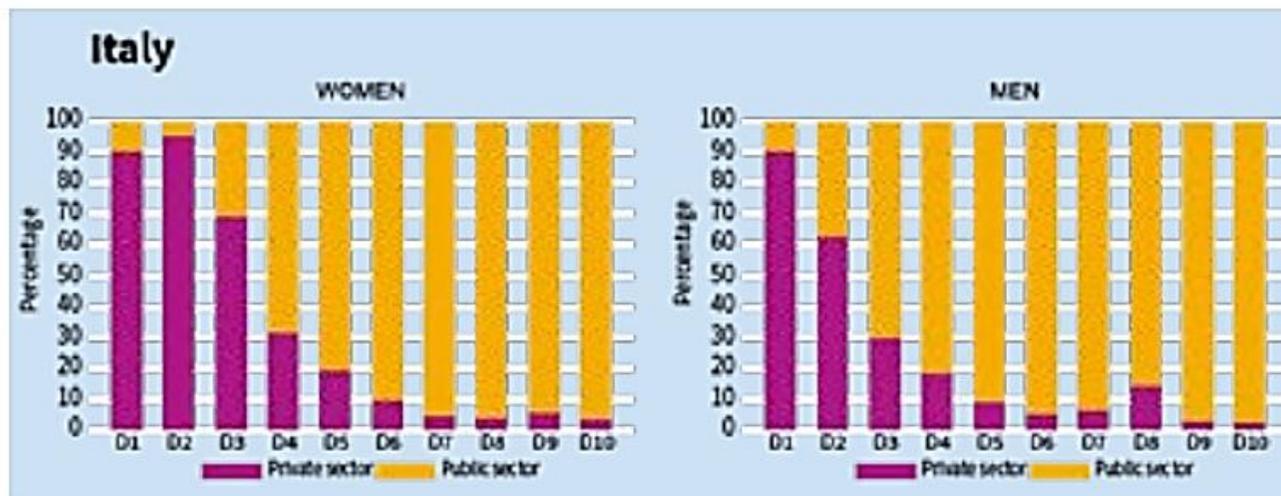
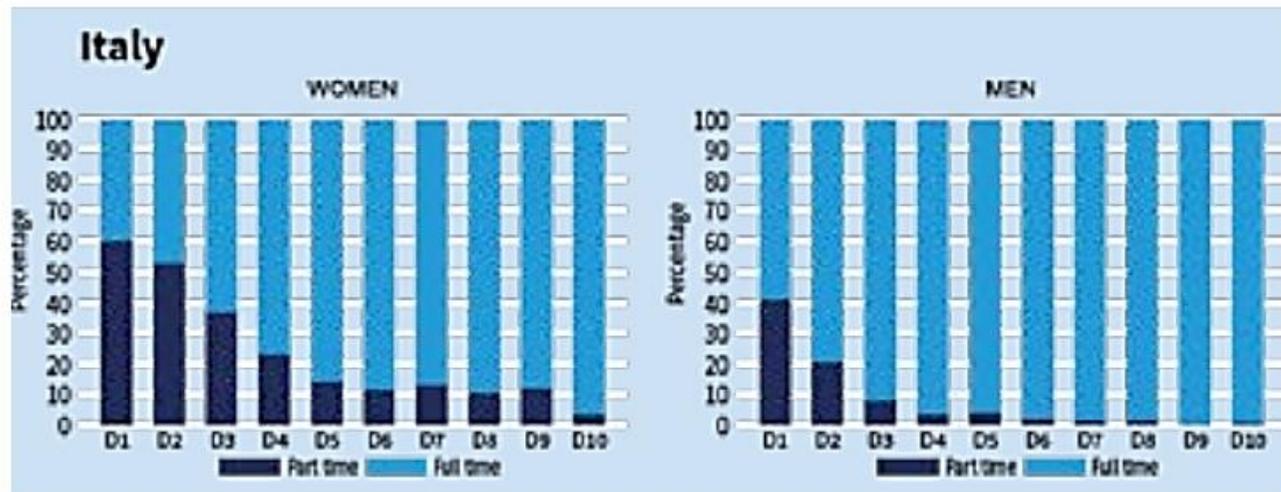
Il Gender Gap si evidenzia e si indaga in vari altri fenomeni e diverse “facce”.

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 nel 2020 ha causato un aumento di lavoro part time per le donne.

FACCE E SFUMATURE DEL GENDER GAP

² Fonte: Istat 2024

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.

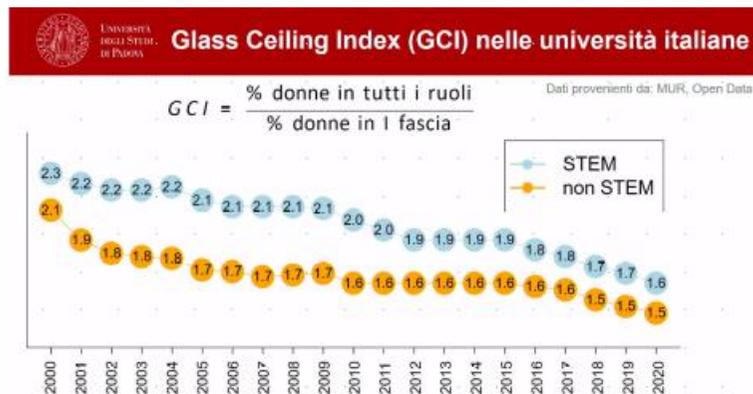
Posizioni apicali e Organizzazione del lavoro. Con l'espressione "soffitto di cristallo" o "glass ceiling" si indica tutta quella serie di difficoltà che incontrano le donne nell'accesso alle posizioni apicali in ambito lavorativo, a tutte quegli ostacoli invisibili che impediscono, limitano o complicano 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 (professoressa ordinaria) AREA STEM_ La percentuale di donne è circa costante fino al livello di ricercatore e scende notevolmente al livello di "professoressa ordinaria"

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 "professoressa ordinaria".

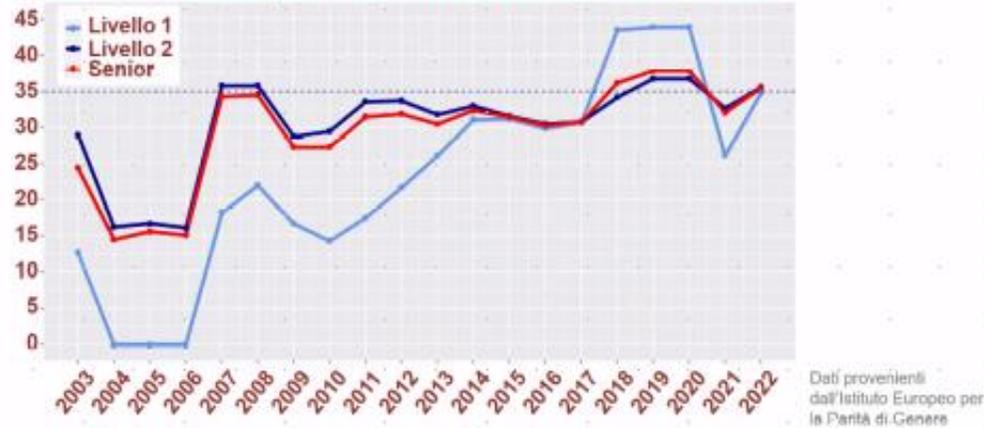
IL fenomeno del "glass ceiling" in ambito pubblico:

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



Il panorama italiano: leaders nella pubblica amministrazione

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)

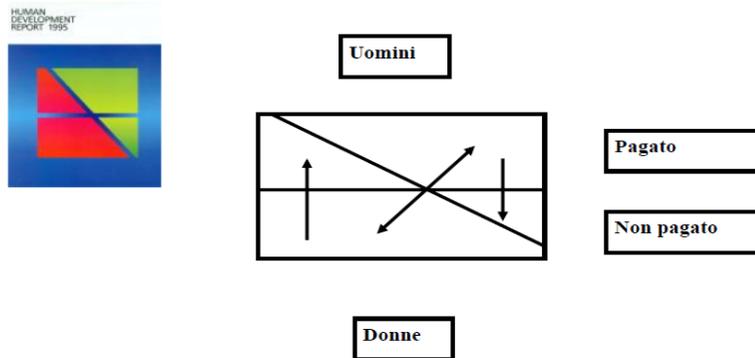
Sesso	Profili lavorativi			Totale
	Impiego stabile nel pubblico	Impiego stabile nel privato	Impiego instabile o non standard	
Donna				
Fasce di reddito	%	%	%	%
Fino a 1500 euro	48,5	58,8	85,9	69,6
Oltre 1500 euro	51,5	41,2	14,1	30,4
<i>Totale</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>
Uomo				
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
<i>Totale</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>

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 GEI 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.



Figura 1 Osservatorio Equità Business School Luiss

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-Romagna³.

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 d'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

³ Fonte: <https://www.ausl.mo.it/azienda>

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-sanitari⁴ 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.

Al 01/01/2023⁵ la popolazione residente in provincia di Modena era composta da Pop provinciale 708598 di cui F 50,7%.

Nel 2022 fanno parte della rete socio-sanitaria:

17 Case della Salute

36 Nuclei Cure Primarie

31 sedi di consultori familiari

23 Punti di continuità assistenziale

2 Ospedali di Comunità (OsCo)

1 Hospice

5 ospedali privati accreditati

130 strutture residenziali

198 farmacie pubbliche e private

27 strutture ambulatoriali private accreditate

Sono circa 6000 i professionisti che lavorano all'interno dell'Ausl di Modena:

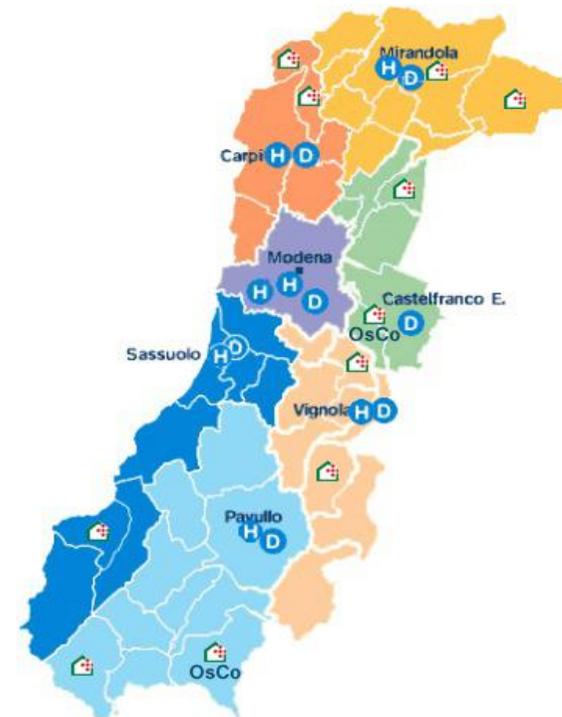
702 medici e veterinari

434 medici di medicina generale

94 pediatri di libera scelta

4 <https://www.ausl.mo.it/azienda>

5 fonte modenastatistiche.it



Legenda

- Distretto
- Ospedale
- Casa della salute
- Casa della salute con Ospedale di Comunità (OsCo)

3810 personale sanitario e tecnico

473 personale amministrativo

56 dirigenza PTA

179 dirigenza sanitaria non medica

Numero variabile di personale a contratto atipico

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 Equality Management applicati

Fattori ostacolanti le pari opportunità - socializzazione ai vari livelli aziendali di concetti GEM Gender Equality 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 Equality Management utilizzati quali presupposti anche per le indagini utili al Bilancio di Genere.

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.⁶ 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.

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: Area "servizi alla persona/sanità"- femminilizzazione della professione
- Gender Pay Gap: discriminazioni – meritocrazia - stereotipi
- Conciliazione: squilibrio casa/lavoro remunerato/tempo libero – stress lavoro correlato – patologie organizzative

- Organismi collegiali: glass Ceiling – Omofilia – discriminazione verticale
- Ricerca & Sviluppo: career gap&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 2024 (competenza 2023) ai sensi della delibera 394 del 28 ottobre 2022 ha riguardato:

Rilevazione dimensione interna: si mantiene la struttura dei KPI – Kay Product Indicator già in uso e relative formule, con una estensione al personale convenzionato. Saranno richiesti perfezionamenti per il personale dipendente area giuridica e Servizio Formazione.

Rilevazione dimensione esterna: estenderà l’analisi a tutta l’azienda dei dati suddivisi per genere, selezionando alcuni settori di seguito elencati:

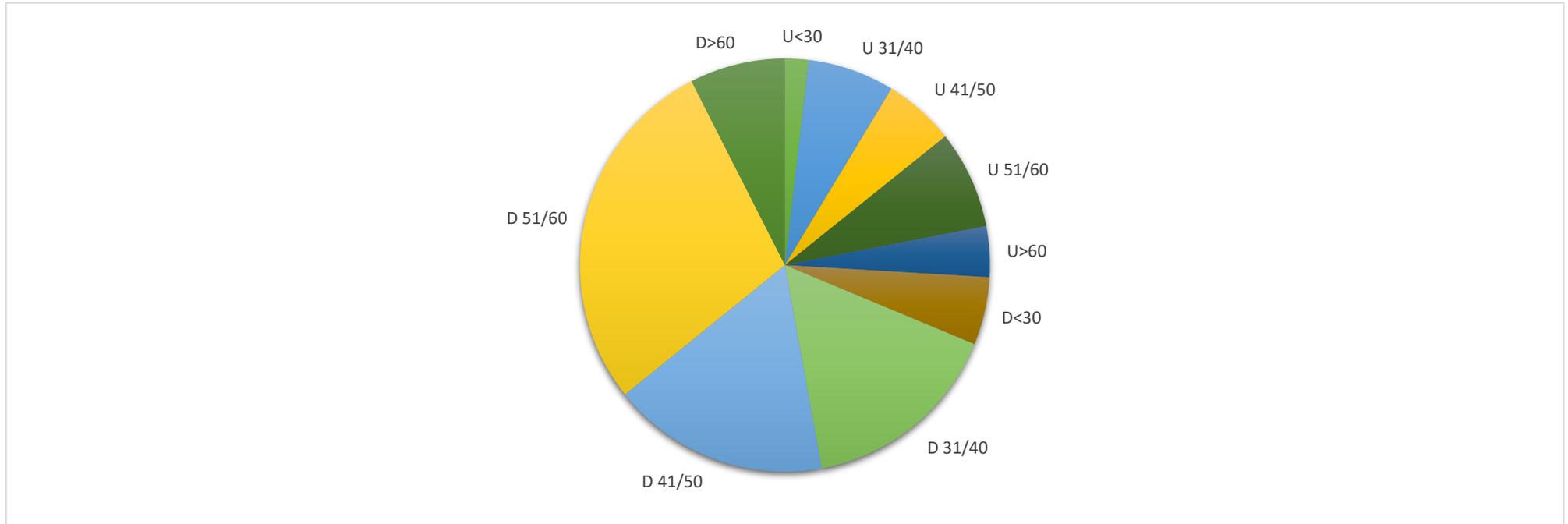
- Epidemiologia
- Dipartimenti Clinici: si procede alla rilevazione del n. ricoveri DH DS e prestazioni specialistiche - Flusso SDO e ASA
- Laboratorio analisi: n. prestazioni per tipologia e distribuzione geografica
- DSM: CSM DP NPIA rilevazione n. accessi e n. presa in carico per patologie
- DASS: rilevazione n. presenze SSA e Disabili - CRA e CD per Livelli non auto
- DSP: si mantiene la struttura dei KPI – Kay Product Indicator già in uso e collaudata con le formule applicata ai 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 - aggressioni dall’esterno - PS e CAU
 - Casa d Comunità: rilevazione attività n. accessi e n. presa in carico per patologie da parte dell’ infermiere e del medico comunità
 - Carceri

PARTE TERZA Analisi della Dimensione Interna

L'analisi ha preso in esame 6 categorie, 29 kpi, oltre 60 indicatori. In tutto sono state analizzate 45 tabelle e circa 9 banche dati

I dati quantitativi sono stati interpretati dal gruppo e sono stati integrati da approfondimenti AUDIT interni riguardo alcuni fenomeni. In tutto sono stati effettuati circa 40 audit

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



Distribuzione per genere: **U 25,93% D 74,06%** anni precedenti '22 U 26,01% D 73,99%; '21 D73,91%; '20 D74,04% '19D74,49; '18D73,99; '17D 73,56; '16D73,14; '15D73,11; '17D73,06. Si rileva un lieve incremento del **tasso di femminilizzazione rispetto lo scorso anno totale +0,06.**

Distribuzione maggiore per fascia di età D 50-60.

Fasce maggiormente rappresentate 31/40 (pari a U6,8% D15,8%) - 51/60 (pari a U7,6% D28,2%)

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

Tot Comparto 82% Dirigenza 18%

Tot D Dir 64,78% Tot D Comparto 76,09%; D Tecnico 79,9%/tot ruolo tecnico; DAmM79,9%/tot ruolo amm.; D Inf 79,5%/tot ruolo inf;

Tot SOS 111 di cui D 71 (64%)U 40;

Tot SOC 79 di cui D 28 (35%) U51

Confronto '22 DSOS 66,34%; DSOC 31,25%

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



Concentrazione maggiore anzianità: <3anni 32% - >10 anni 53% di cui, nelle fasce maggiormente rappresentate:

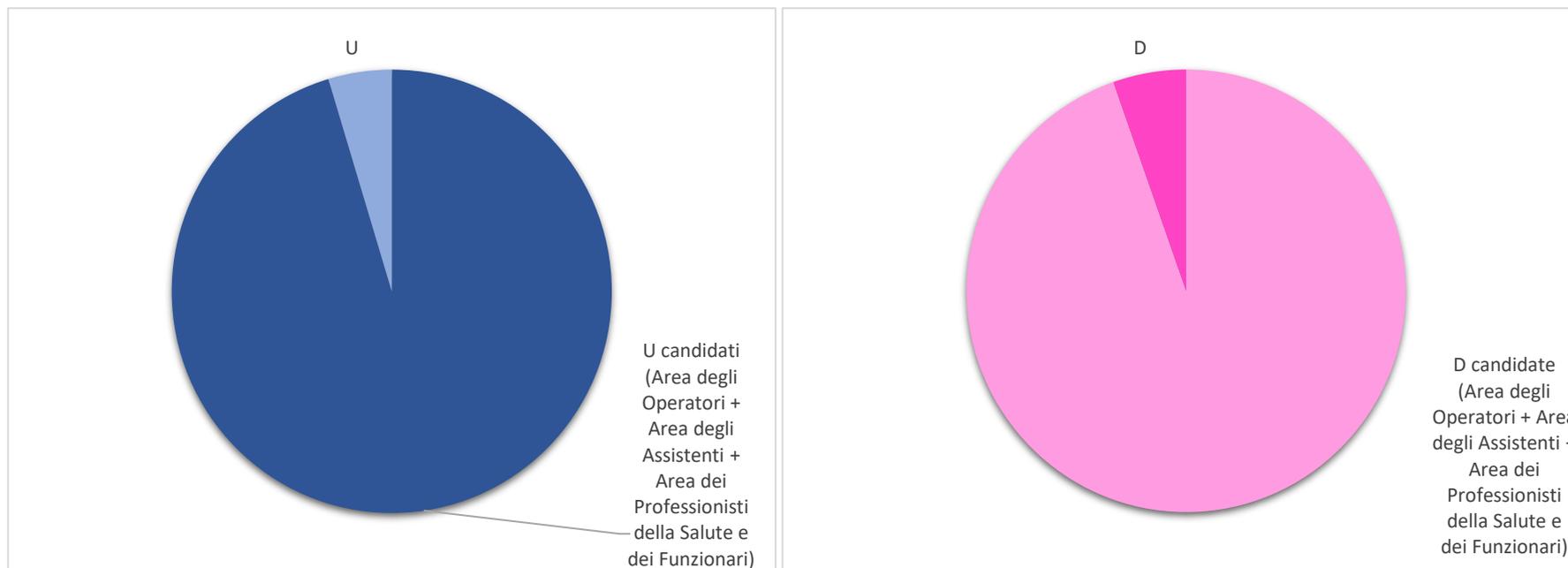
31/40 <3anni - D357; U 177 (D 67%) 51/60 >10 anni - D1083; U259 (D 81%)

Dati aa precedente

31/40 <3anni – D54; U 16 (D/U = 77%) 51/60 >10 anni - D1119; U265 (D/U = 81%)

Si conferma un incremento maschile all'ingresso in linea con lo scorso anno e un'alta femminilizzazione tra i 50-60 anni con anzianità di servizio >10 anni.

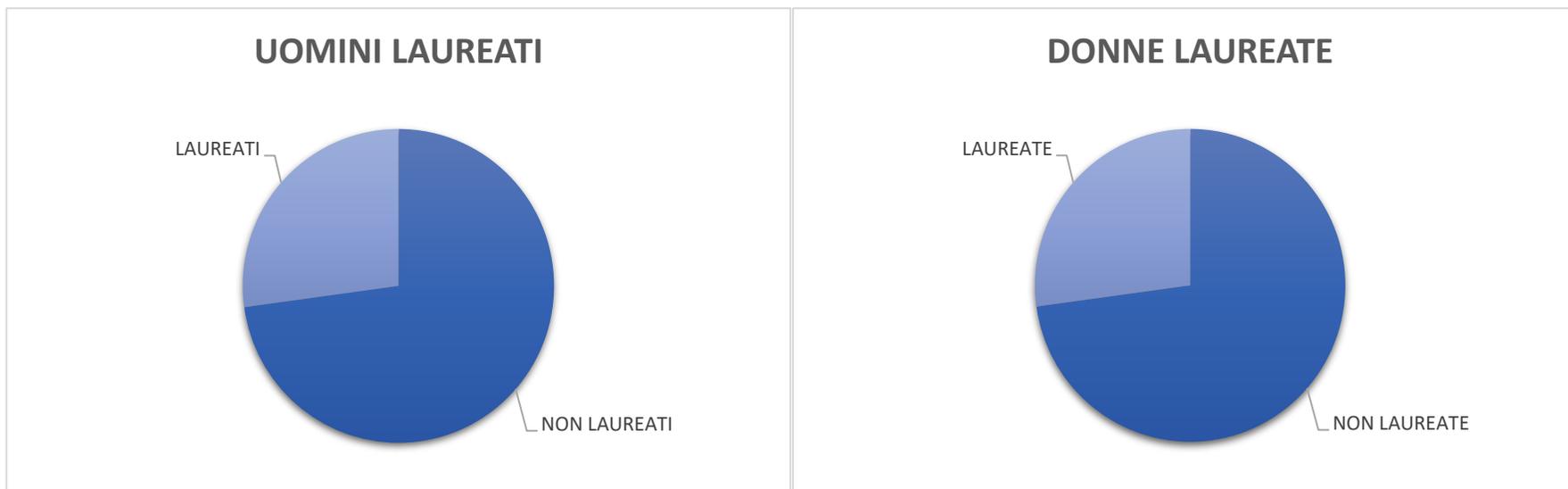
POSIZIONI DI RESPONSABILITÀ REMUNERATE NON DIRIGENZIALI, RIPARTITE PER GENERE



La Tabella mostra il n. incarichi rapportati ai “passivi” ossia le FPS (Ex Bs-C-D-Ds) che potrebbero accedere all’incarico di Funzione: D 5,7% - U 4,9% = **DvsU+0,8%**
a '22 D 6,9% - U 6,7% = **DvsU+0,2**

Si evidenzia un leggero incremento delle D rispetto lo scorso anno (+0,8%) in cui si registrava una sostanziale parità x AUSL ma in alcune MS (DSP) il dato era a favore degli U. 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 2 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.

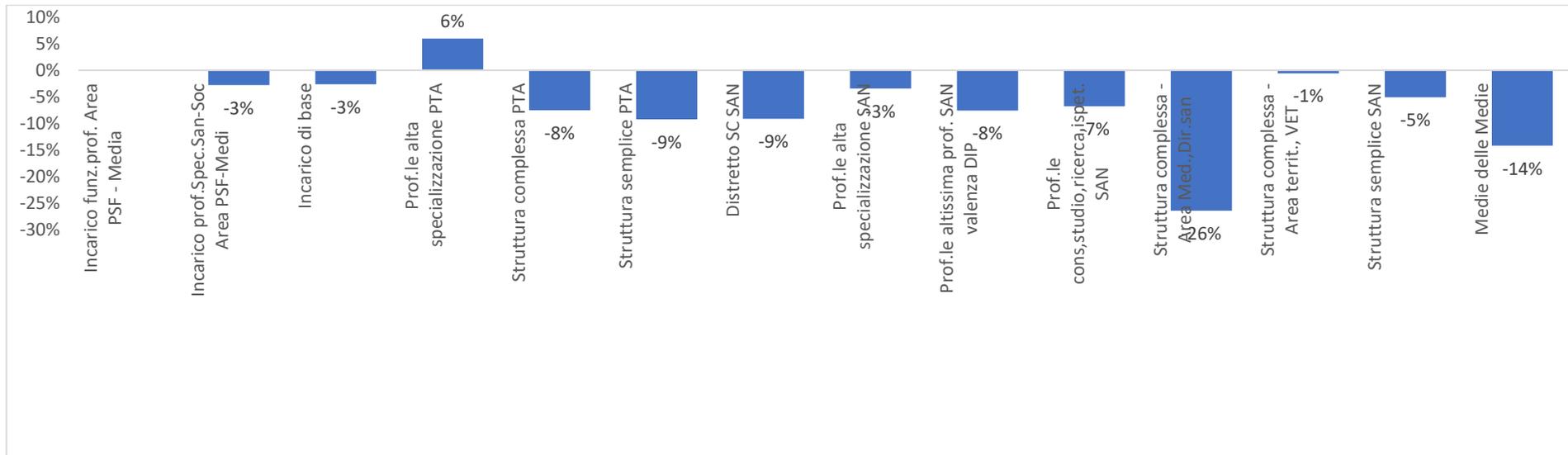
Si evidenzia n. laureate nel comparto

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

dato sostanzialmente invariato rispetto lo scorso anno: '22 D >U: DL1305-UL411 – DNL2132-UNL671 **%DL/DT 38%; %UL/UT 38%;**

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		RARIO ECON.PER LIVELLO LO		RARIO ECON.PER LIVELLO NE	
			F	M	F	M	Valori assoluti	%	Valori assoluti	%
COMPARTO	TD+TI	Incarico funz.org. Area PSF - Elevata	47.207,48	47.190,16	30.243,18	30.780,48	94.397,64	2,94	61.023,66	2,96
COMPARTO	TD+TI	Incarico funz.org. Area PSF - Media	39.882,74	40.581,74	26.864,52	27.631,18	80.464,47	2,50	54.495,70	2,64
COMPARTO	TD+TI	Incarico funz.prof. Area PSF - Media	41.724,81		26.990,90		41.724,81	1,30	26.990,90	1,31
COMPARTO	TD+TI	Incarico prof.Spec.San-Soc Area PSF-Medi	35.730,19	36.761,95	23.953,43	25.009,85	72.492,14	2,26	48.963,28	2,37
COMPARTO	TD+TI	Incarico di base	31.346,86	32.195,35	23.008,09	23.401,56	63.542,21	1,98	46.409,65	2,25
DIRIGENZA PTA	TD+TI	Dipartimento		104.201,10		57.418,86	104.201,10	3,24	57.418,86	2,78
DIRIGENZA PTA	TD+TI	Distretto SC PTA		90.676,72		45.164,10	90.676,72	2,82	45.164,10	2,19
DIRIGENZA PTA	TD+TI	Prof.le alta specializzazione PTA	72.883,12	68.770,85	47.415,59	41.482,55	141.653,97	4,41	88.898,14	4,31
DIRIGENZA PTA	TD+TI	Prof.le cons.studio,ricerca,ispet. PTA	57.971,70	58.090,83	35.090,51	34.763,90	116.062,53	3,61	69.854,41	3,38
DIRIGENZA PTA	TD+TI	Struttura complessa PTA	91.753,74	99.257,55	54.503,46	56.911,42	191.011,29	5,95	111.414,88	5,40
DIRIGENZA PTA	TD+TI	Struttura semplice PTA	63.983,08	70.514,59	44.431,01	41.694,31	134.497,67	4,19	86.125,32	4,17
DIRIGENZA SANITARIA (MEDVETISAN)	TD+TI	Dipartimento		132.521,00		76.097,60	132.521,00	4,13	76.097,60	3,69
DIRIGENZA SANITARIA (MEDVETISAN)	TD+TI	Distretto SC SAN	104.376,23	114.883,83	65.294,92	65.812,98	219.260,06	6,83	131.107,90	6,35
DIRIGENZA SANITARIA (MEDVETISAN)	TD+TI	Prof.le alta specializzazione SAN	85.126,87	88.173,22	53.000,80	57.797,88	173.300,10	5,40	110.798,68	5,37
DIRIGENZA SANITARIA (MEDVETISAN)	TD+TI	Prof.le altissima prof. SAN interna SC	90.305,61	90.008,99	52.214,97	58.229,18	180.314,60	5,61	110.444,16	5,35
DIRIGENZA SANITARIA (MEDVETISAN)	TD+TI	Prof.le altissima prof. SAN valenza DIP	87.251,33	94.407,51	56.869,76	59.227,64	181.658,84	5,66	116.097,39	5,62
DIRIGENZA SANITARIA (MEDVETISAN)	TD+TI	Prof.le cons.studio,ricerca,ispet. SAN	70.679,30	75.823,62	45.215,42	47.426,13	146.502,92	4,56	92.641,55	4,49
DIRIGENZA SANITARIA (MEDVETISAN)	TD+TI	Struttura complessa - Area Chirurgica		117.611,65		111.043,78	117.611,65	3,66	111.043,78	5,38
DIRIGENZA SANITARIA (MEDVETISAN)	TD+TI	Struttura complessa - Area Med.,Dir.san	84.730,38	115.168,26	68.505,90	85.371,42	199.898,65	6,22	153.877,32	7,45
DIRIGENZA SANITARIA (MEDVETISAN)	TD+TI	Struttura complessa - Area territ., VET	117.852,87	118.541,12	65.252,28	77.916,16	236.393,99	7,36	143.168,44	6,93
DIRIGENZA SANITARIA (MEDVETISAN)	TD+TI	Struttura semplice dipartimentale SAN	94.434,70	94.184,72	60.501,62	66.772,31	188.619,41	5,87	127.273,93	6,16
DIRIGENZA SANITARIA (MEDVETISAN)	TD+TI	Struttura semplice SAN	88.080,92	92.812,53	54.311,70	61.186,25	180.893,45	5,63	115.497,95	5,59
DIRIGENZA SANITARIA (MEDVETISAN)	TD+TI	Iniziale di base professionale	62.191,02	62.335,93	39.846,26	40.106,10	124.526,95	3,88	79.952,36	3,87
		TOTALE	1.367.512,94	1.844.713,21	873.514,33	1.191.245,63	3.212.226,15	100,00	2.064.759,96	100,00
		% sul personale totale	42,57%	57,43%	42,31%	57,69%				



I dati di sintesi rilevanti nella tabella sono: AUSL: **D42,57% -U57,43%** Differenza **media DVsU -6451.83** Differenza media delle medie -11903,23 Deviazione DVsU **-14%**: con una flessione in negativo per le D rispetto l'anno precedente: AUSL: '22 D44,45 -U55,55 Deviazione S. DVsU -11%; '21 D45,13 -U54,87 Deviazione S. DVsU -11.19%; '20 D45,75 -U54,25 Deviazione S. DVsU -11.10%

Considerazioni incremento PG. Variazioni n. tot dipendenti: -252 nessuna incidenza

Riduzione comparto rispetto dirigenza: Tot D Dir 64,78% Tot D Comparto 76,09% ap Tot D Dir 64,22% Tot D Comparto 76,03%. Rapporto stabile. Nessuna incidenza

Variazione tot n. incarichi (sanitari e PTA) SOC +4,15% SOS -1,66%.

Aumento divario pagamenti straordinari: D da -10% a -11,96% (con assenze); U da +10% a +11,96% (con assenze).

Variazioni in base a introduzione nuovo sistema incarichi funzioni avrà un impatto nel 2025 (BG 2026). Con il sistema attuale le D hanno più incarichi degli uomini rispetto al numero "potenziale" e tale vantaggio aumenta di 0,6% rispetto all'anno precedente.

Invecchiamento dipendenti con aumento PG generato da anzianità rispetto agli under 40: 23 Tot <40 29,88% >40 70,12. U<40 70,11 di cui: Dir 1,57% Comparto 7,12%; U>40 Dir 4,75% Comparto 12,49%; D<40 Dir 3,67% Comparto 17,50%; D>40 Dir 7,95% Comparto 44,92%. 22 Tot <40 31,22% >40 68,76%

Totale aumento % anzianità dal 2022 al 2023 +1,36%

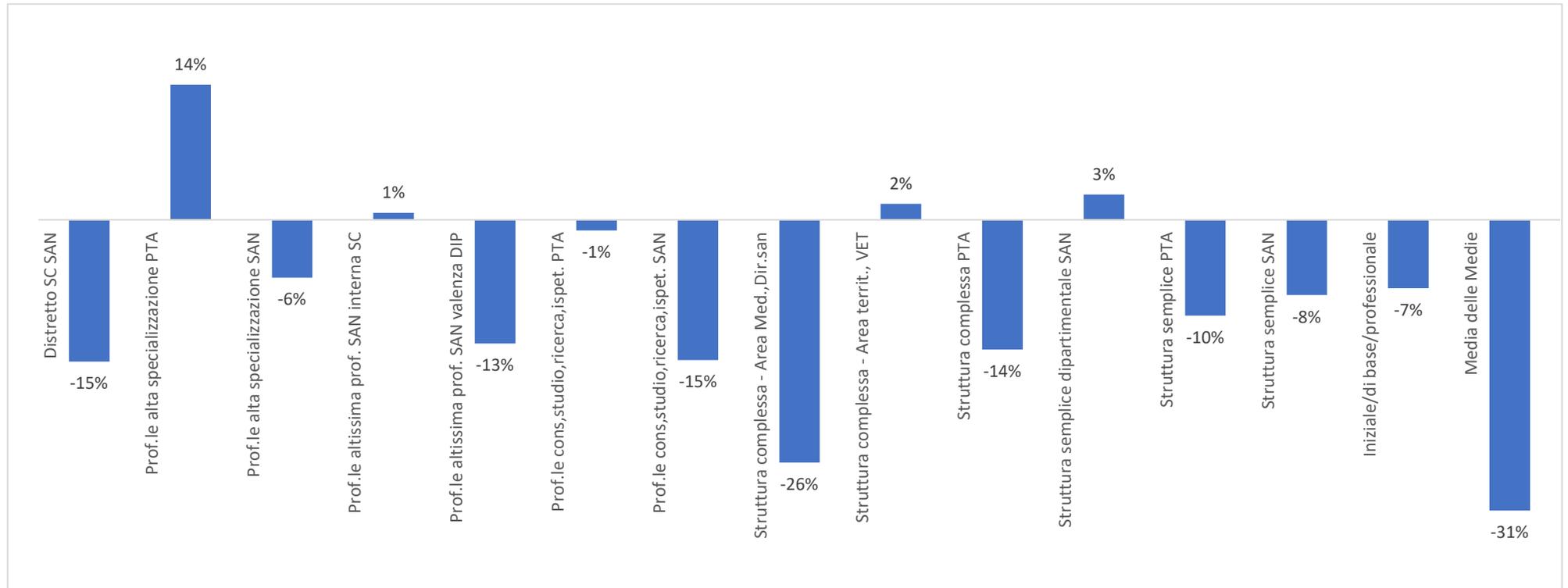
L'aumento dell'anzianità sembrerebbe modesta per essere significativa. Per determinare una relazione reale esistente tra anzianità e Gpg sarebbe da approfondire se l'aumento dell'anzianità dei dipendenti può incidere sul GPG sul lungo termine con approfondimenti statistici che mettano in relazione l'anzianità e il GPG su base 5-10 anni confrontando il fenomeno con altre aziende che presentano elementi confrontabili significativi.

Variazioni LP tot. dirigenza: D 20,53% U 79,47%. Deviazione DvsU= -74,17 Si evidenziano le maggiori differenze nelle discipline: SOC CH, SOC Med Dir San; SOC Vet.

CS x maternità. Non è disponibile al momento il dato pluriennale necessario alle relative deduzioni. E' comunque rilevante che le maternità siano più diffuse nel comparto, nonostante la distribuzione dell'età riproduttiva sia maggiore nella dirigenza.

Si può affermare che il GPG, anche se decisamente modesto rispetto al privato e in linea con altre aziende sanitarie, sia un aspetto strutturale generato in modo incrementale per discriminazioni pre-mercato, che persiste nelle dinamiche retributive e di carriera. Non si evidenziano eventuali effetti di politiche aziendali orientate al miglioramento del GpG. Il trend potrebbe in parte essere in crescita per casualità e continuità col passato in cui perdurano gli effetti generanti il paygap a svantaggio femminile: assenze per maternità, maggior ricorso agli istituti di conciliazione, scelta di discipline meno remunerative, tempi maggiori per raggiungere posizioni apicali e minori posizioni apicali occupate da donne, minor ricorso allo straordinario remunerato, minor impiego nella ricerca e formazione.

VARIABILI TOTALI LORDI DIVISI PER GENERE



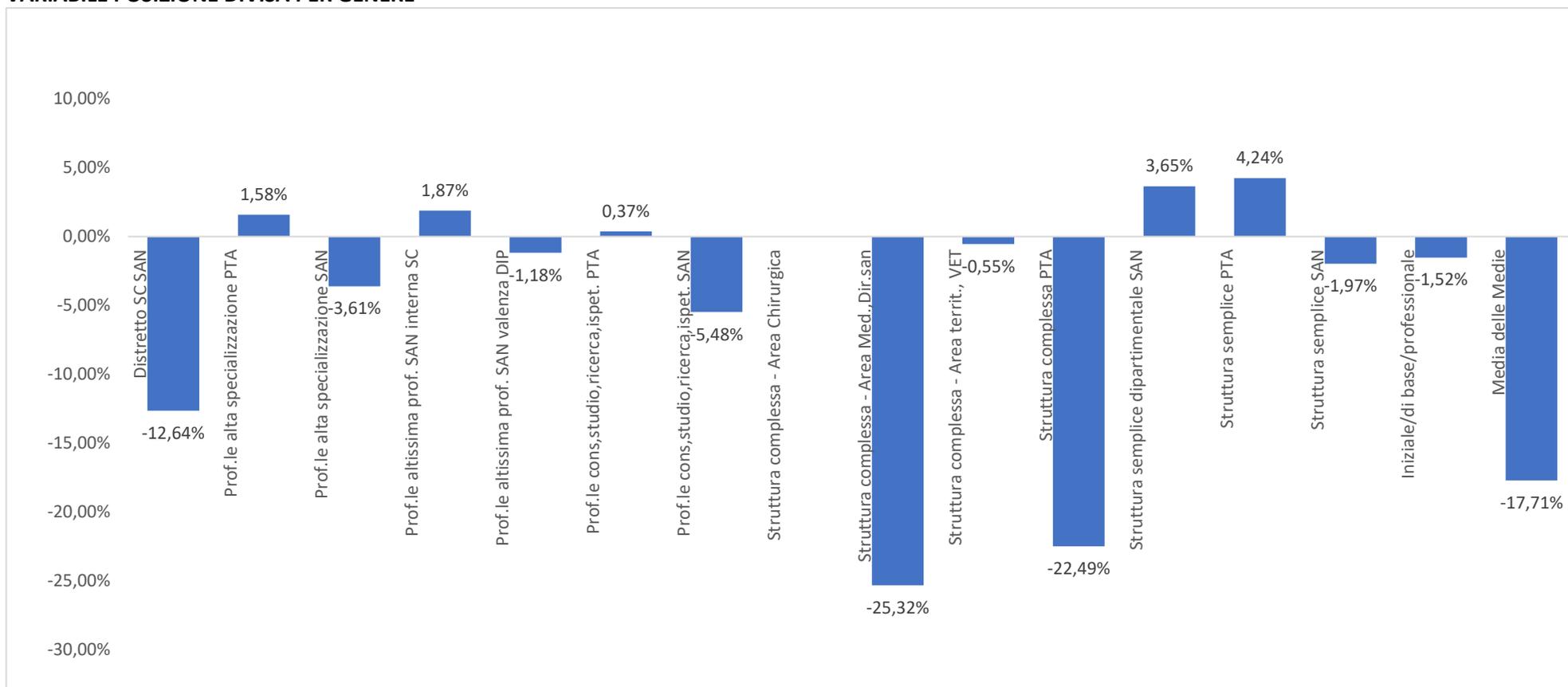
GPG - **D40,75%-U59,25%**. **Differenza media Dir PTA -1672.38; Dir San -9555.85**. Diff media delle medie DVsU-14585.65 Deviazione **Dvs U=-31%** con un lieve peggioramento rispetto all'anno precedente D41,04-U58,96 Deviazione DvsU -20.46%.

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.

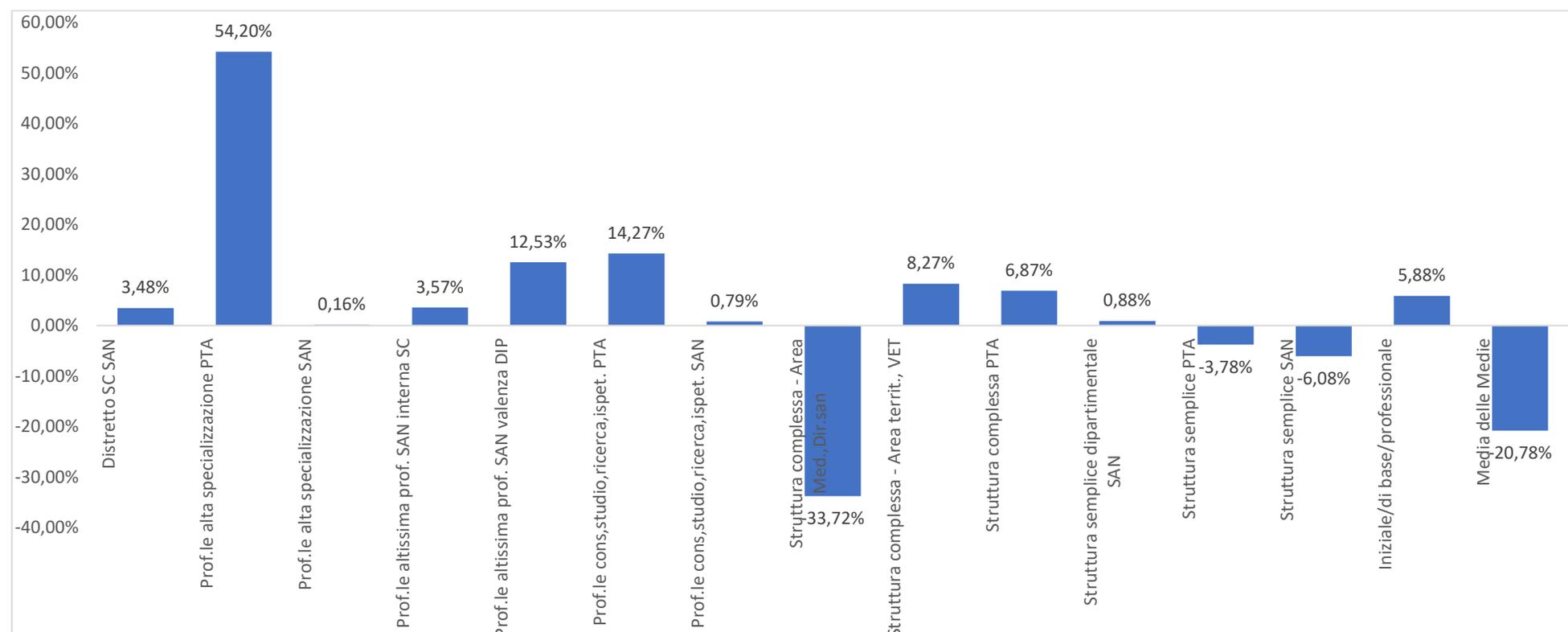
Ulteriori determinanti causali: distribuzione per anzianità servizio; variazioni per congedi parentali; variazioni per rientro da lunga malattia, stigma bidirezionale nelle selezioni d'incarico.

VARIABILE POSIZIONE DIVISA PER GENERE



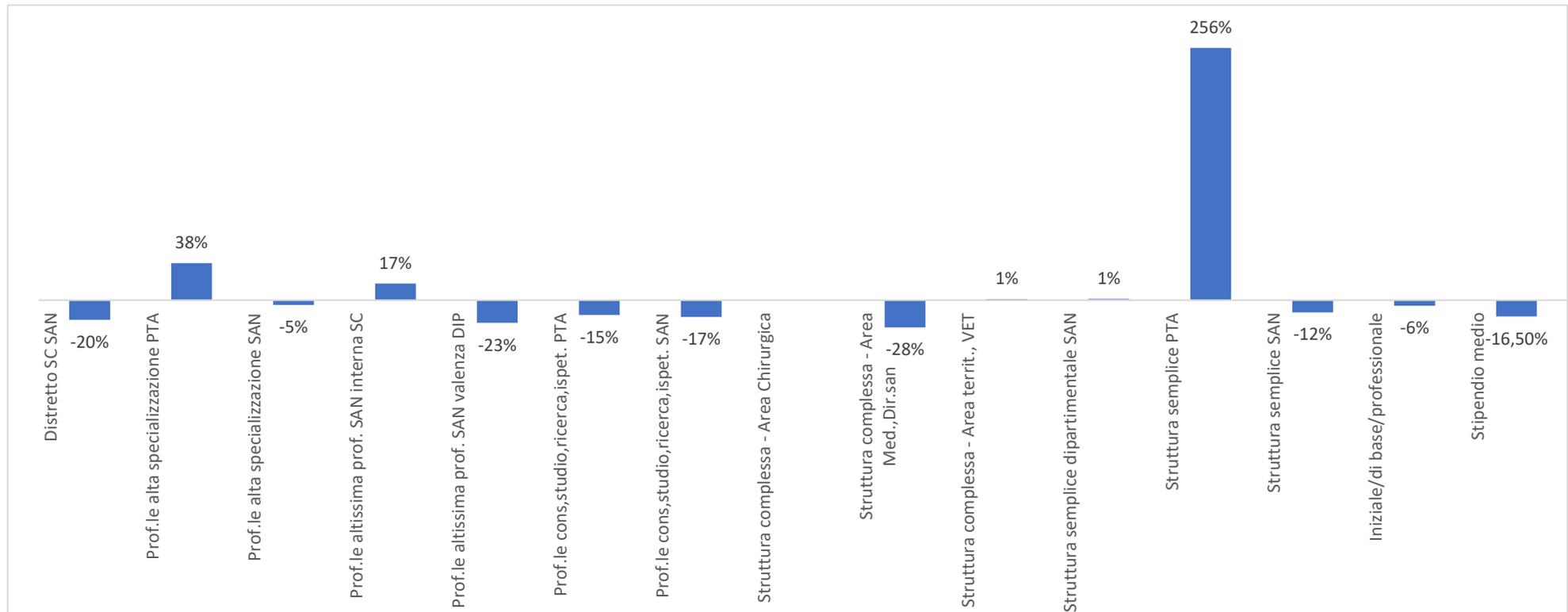
GPG – D40.24-U59,76 Differenza media Dir PTA DVsU-1839,37; Dir San -3034,45. Differenza media delle medie tot -3105. **Deviazione Dvs U= -17,71%** con un leggero peggioramento rispetto l'anno precedente a '22 D41,53-U58,47 Deviazione Dvs U -18.84% . Si nota l'aumento del divario se ricomprendiamo le assenze per gravidanza, congedi di maternità, o altri strumenti di conciliazione: D 39,61 U 60,39

VARIABILE RISULTATO DIVISA PER GENERE



GPG – **D44,20%-U55,80%** Differenza media Dir PTA **556,87**; Dir San **-543,84**. Differenza media delle medie tot DVsU-1103.03 Deviazione **Dvs U= -20.78%** leggermente peggiorato rispetto l'anno precedente a '22 D46,26-U53,74 Deviazione Dvs U -1.6%. Si nota che nel 2023 il dato nelle Donne è assente per 3 tipologie di incarico: DD SC PTA, Dipartimento e SC CH, inoltre è complessivamente è diminuito per le Donne

VARIABILI FISSE RICORRENTI DIVISE PER GENERE

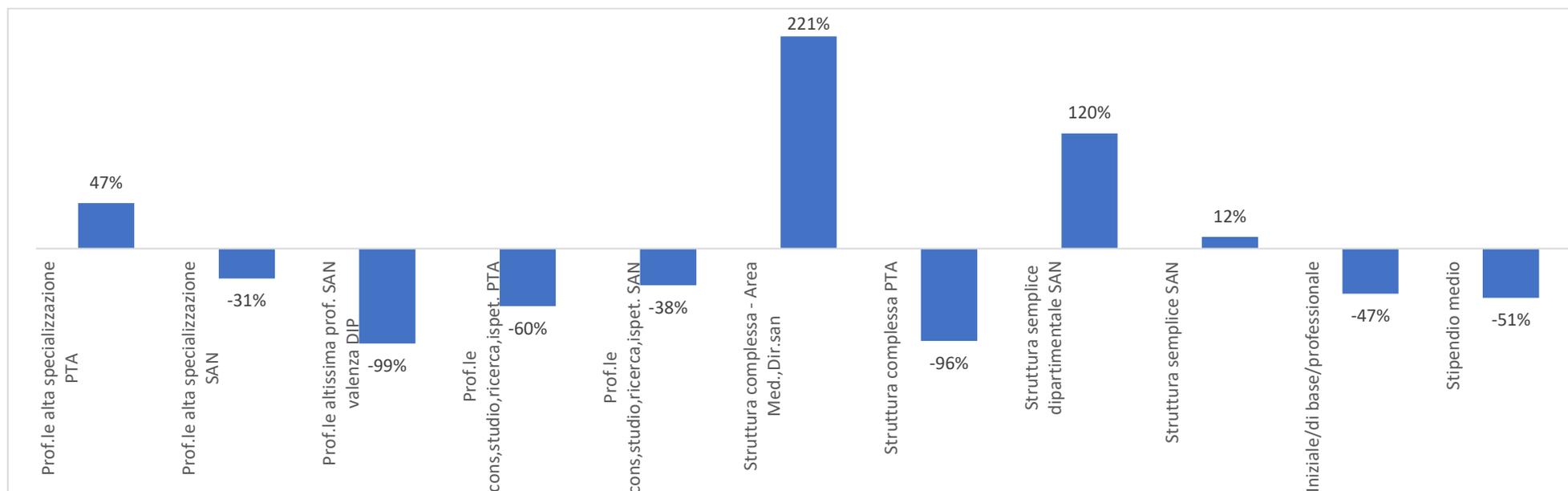


GPG – D 40,75%-U59,25% Differenza media Dir PTA 539,02; Dir San -5451,88. Differenza media delle medie DVsU-3722,40. Deviazione Dvs U -16.5% pressoché invariata rispetto l'anno precedente: a '22 D 40,98-U59,02 Deviazione Dvs U -30.6%

Il divario aumenta se ricomprendiamo le assenze per gravidanza, congedi di maternità, o altri strumenti di conciliazione: D 39,84 U 60,16.

Inserire sotto analisi esempi voci

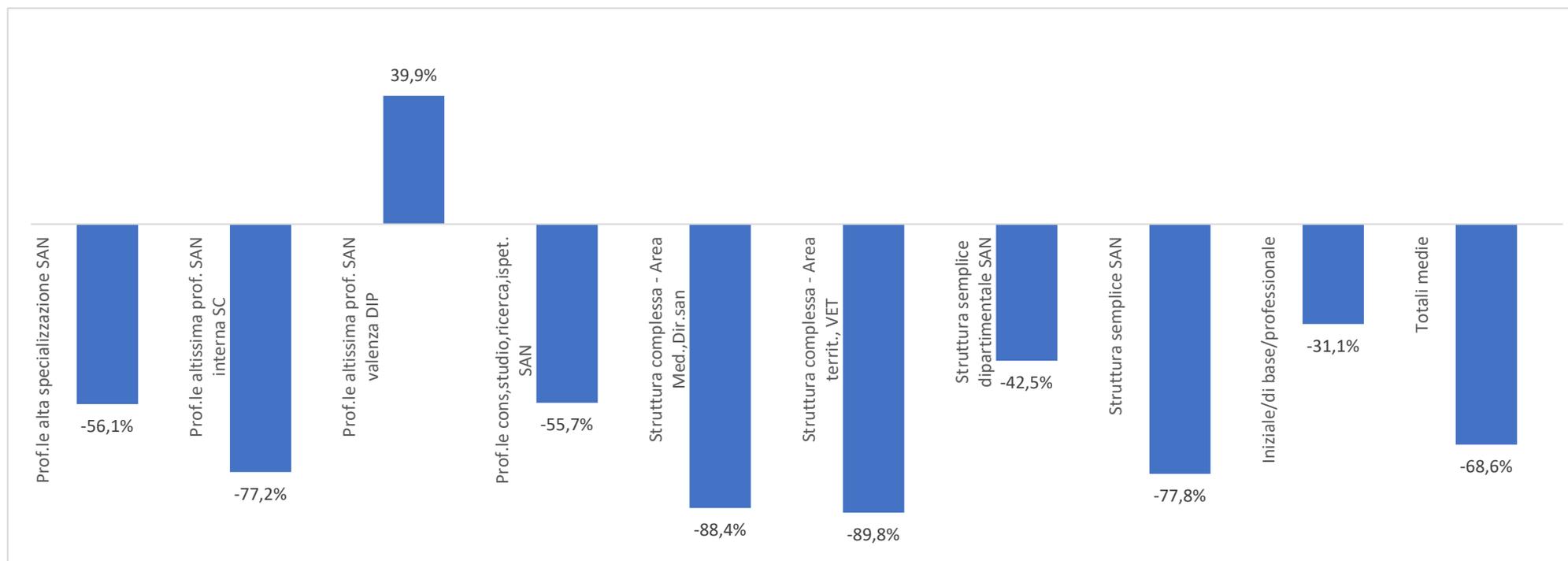
VARIABILE COMP. ACCESSORIA (NO STRAORDINARIO) DIVISA PER GENERE



GPG – **D 32,81%-U67,19%** Differenza media **Dr PTA -677,15; Dir San -346,35**. Differenza media delle medie DVsU-540.05 Deviazione **Dvs U= -51%** con un aumento del divario rispetto l'anno precedente: a '22 D 34,39-U65,61 Deviazione DvsU -39.5%

Si nota l'aumento del divario se ricompriamo le assenze per gravidanza, congedi di maternità, o altri strumenti di conciliazione: D 39,84 U 60,16

VARIABILE LP DIRIGENTI



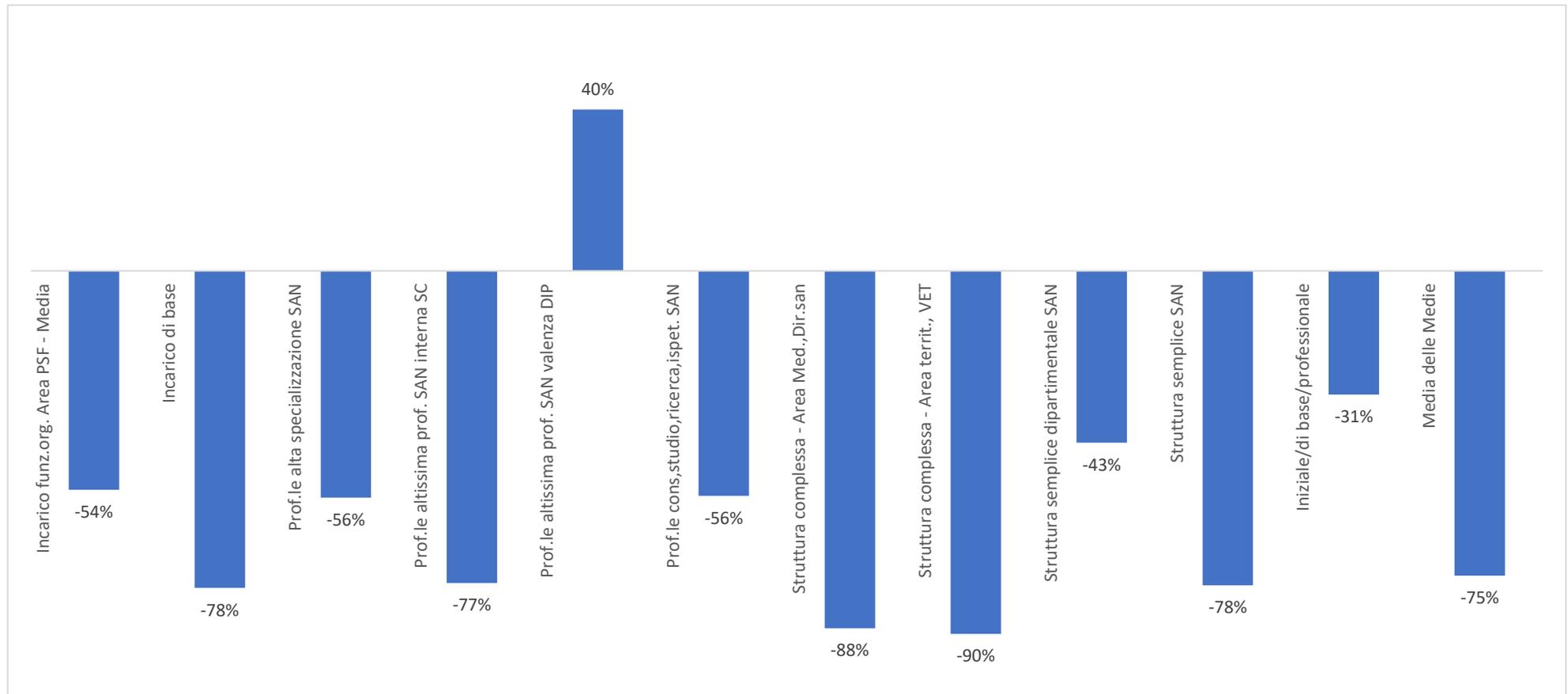
Tot Medie Lordo senza assenze **273292,07** a '22 **335590,94**

GPG - **D20,53%-U79,47%** **Differenza media -8292,78**. Differenza media delle medie DVsU-8768.05. Deviazione **D vs U= -68.6%** Si evidenzia un discreto GpG con maggiori differenze nelle discipline: SOC CH, SOC Med Dir San; SOC Vet.

Si rileva un discreto aumento del divario rispetto l'anno precedente: a '22 D30,76-U69,24 Deviazione Dvs U -51.5%

Si nota l'aumento del divario se ricomprendiamo le assenze per gravidanza, congedi di maternità, o altri strumenti di conciliazione: Medie % sul totale D 19,62 U 80,38

VARIABILE LP TUTTO PERSONALE SUDDIVISO PER GENERE/ETÀ/RUOLI



Tot Ricavi LP 7595478 a '22 7039253

GPG – **D20,48-U79,52** Differenza media DVsU Comparto **-8,32; Dir PTA - 14,90; Dir San - 8954,66**. Differenza tot media delle medie - 7468.65. **Deviazione D vs U=-75%** con un aumento del divario rispetto allo scorso anno – '22 D31,32-U68,68 Deviazione D vs U -54.4. Si nota l'aumento del divario se ricompriamo le assenze per gravidanza, congedi di maternità, o altri strumenti di conciliazione: D 19,57 U 80,43

PERMANENZA NEL PROFILO

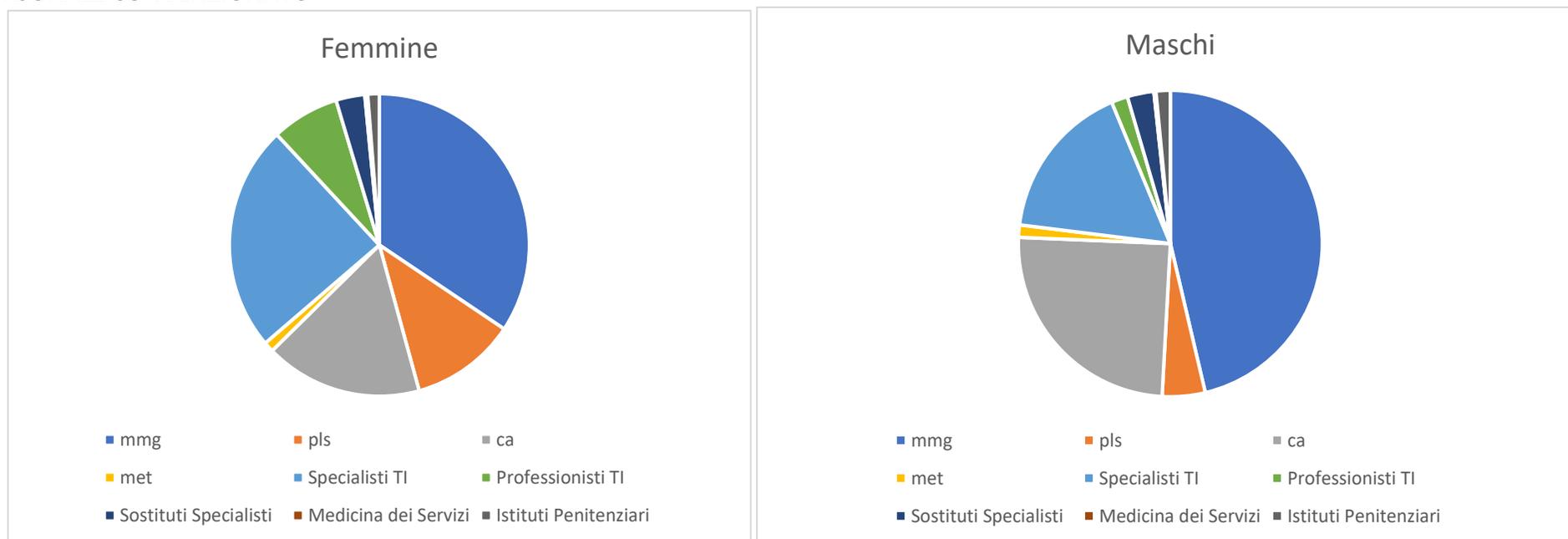
Media espressa in mesi del tempo trascorso tra l'assunzione e l'assegnazione formale della struttura complessa sanitaria con la divisione per genere (dato sulle strutture complesse sanitarie a fine 2023 compresi i comandi SOC in entrata/uscita e le SOC in attesa)

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

Confronto con anno '22 vantaggio D x tempo attesa incarico SOC (-9mesi) ma vantaggio U attribuzione di SOC sanitarie (18D-46U).=DvsU-28

E' rilevato inoltre che su base pluriennale il tempo di attesa dei nuovi SOC si è ridotto per entrambi i generi.

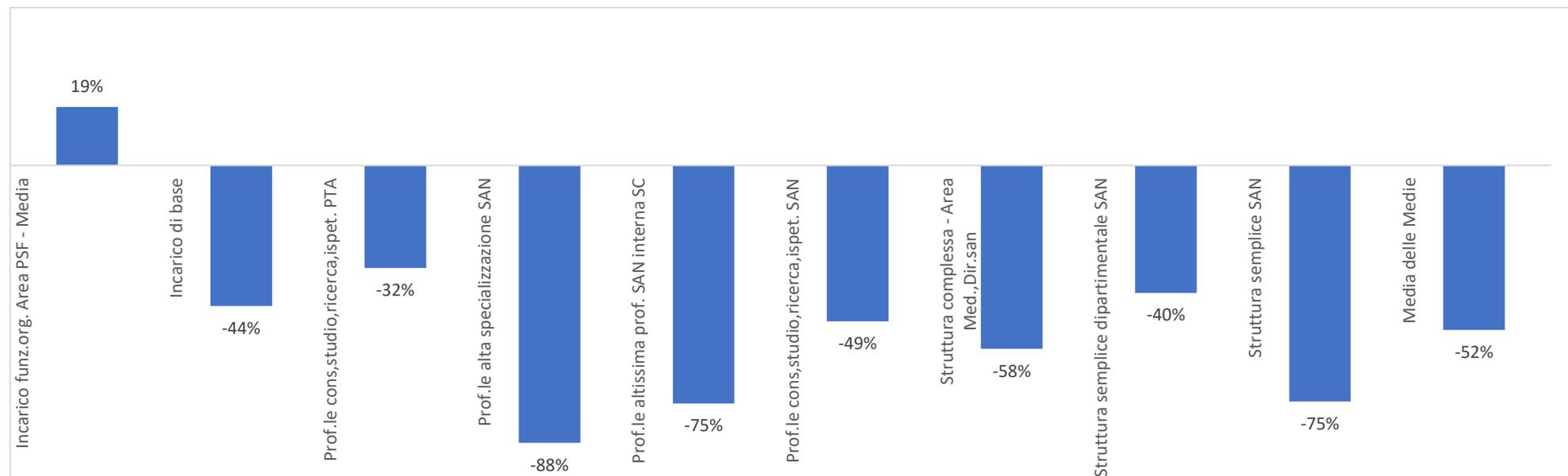
PERSONALE CONVENZIONATO



Il personale convenzionato è composto da: **D646 - U463**

Stipendi totali €98.642.982,51 pari a **D45%** e **U 55%** di cui Differenza media DVsU **-12258.44** Deviazione **DvsU -17%**

IMPORTO STRAORDINARIO TUTTO IL PERSONALE PER ETÀ/RUOLI



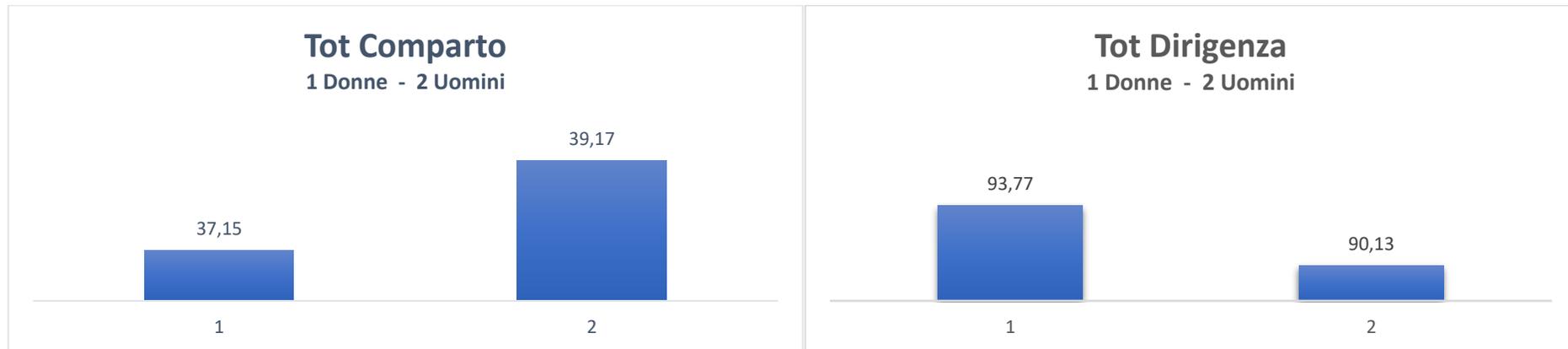
L'analisi evidenzia vantaggio U per pagamenti voce "straordinario": **Comparto D 35,11% - U 64,89% Deviazione DVsU -45,89%**

Personale con Incarico: D29,30%-U70,70%; Deviazione -52% con una variazione rispetto l'anno precedente: D39,30%-U60,70%.

Differenza media tot DVsU -164,58

Dirigenza Sanitaria e Tecnica. Si nota l'aumento del divario se ricomprendiamo le assenze per gravidanza, congedi di maternità, o altri strumenti di conciliazione: D 27,34 U 72,66. Il dato è spiegabile con l'esigenza di conciliazione delle D rispetto agli U. Lo straordinario rilevato al comparto con incarico: trattasi di competenze residuali aapp.

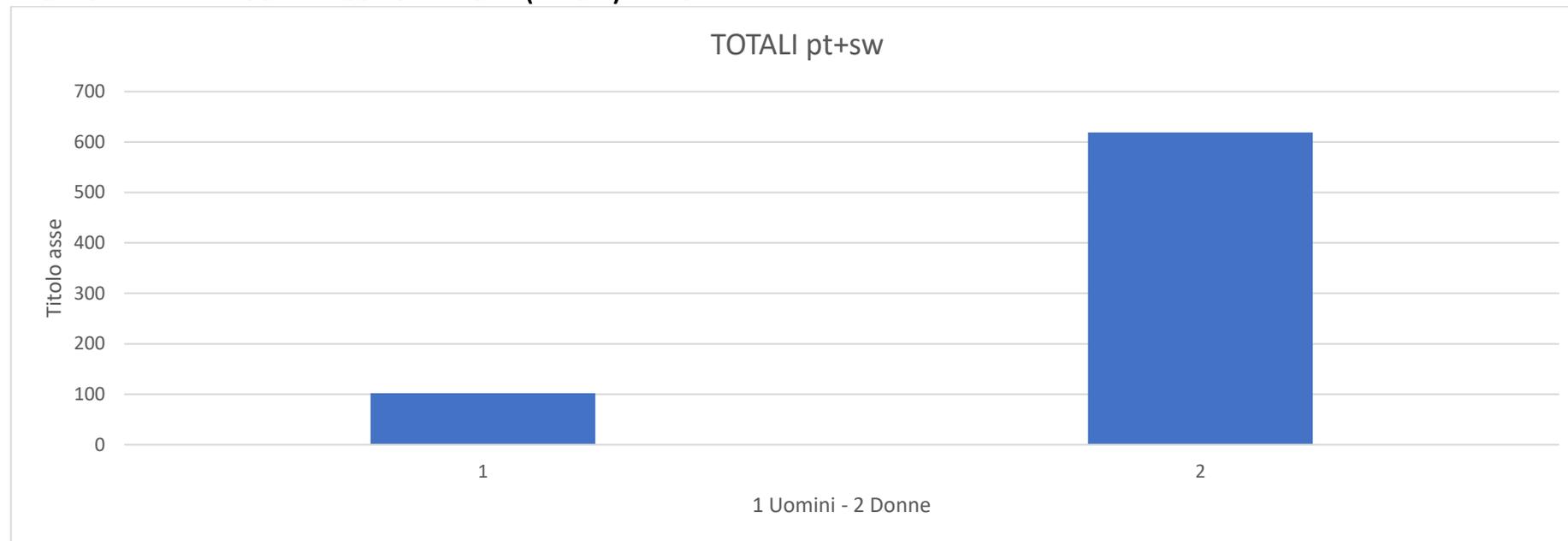
ECCEDEZZA ORARIA SUDDIVISA PER GENERE/ETÀ/RUOLI



Tot ore di eccedenza media **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 lieve differenza sul totale con più ore di eccedenza fatte dagli uomini. Possibile concausa è l'impegno V/L maggiore per le donne e la maggior assertività al lavoro delle D. Da alcuni studi la D è maggiormente orientata a concludere un compito in tempo e indipendentemente dalla remunerazione. Molto interessante e utile sarebbe rilevare i servizi in "sovraccarico" o con "disfunzioni organizzative" e 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: D619 U102. **%PT+SW** Parametrato tot dipendenti: **D 11,86% - U 1,95%**

SW: è prevalente la domanda femminile D288 U76, anche nella sotto analisi per ruolo Amministrativo.

Il ricorso ai 2 istituti è nettamente superiore per le donne. Inoltre si registra un netto aumento del ricorso all'istituto rispetto l'anno scorso ('22 D6,38 U0,51).

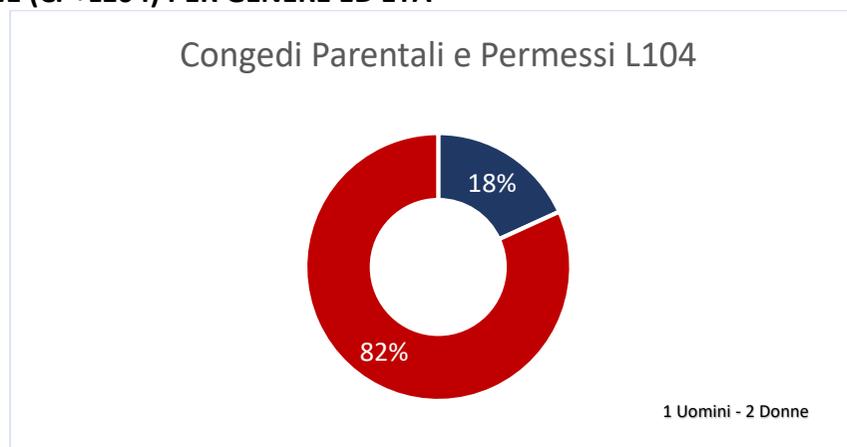
L'analisi decennale dei dati risulta un andamento stabile fino al 2019, una aumento dal 2021 con un picco nel 2021. I dati attuali sembrano essere rientrati nel traendo pre pandemico.

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

'22 Tot gg/ore 63669 di cui D83,86%-U16,14% Si evidenzia 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.

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 PER MATERNITA' PER GENERE ED ETA'

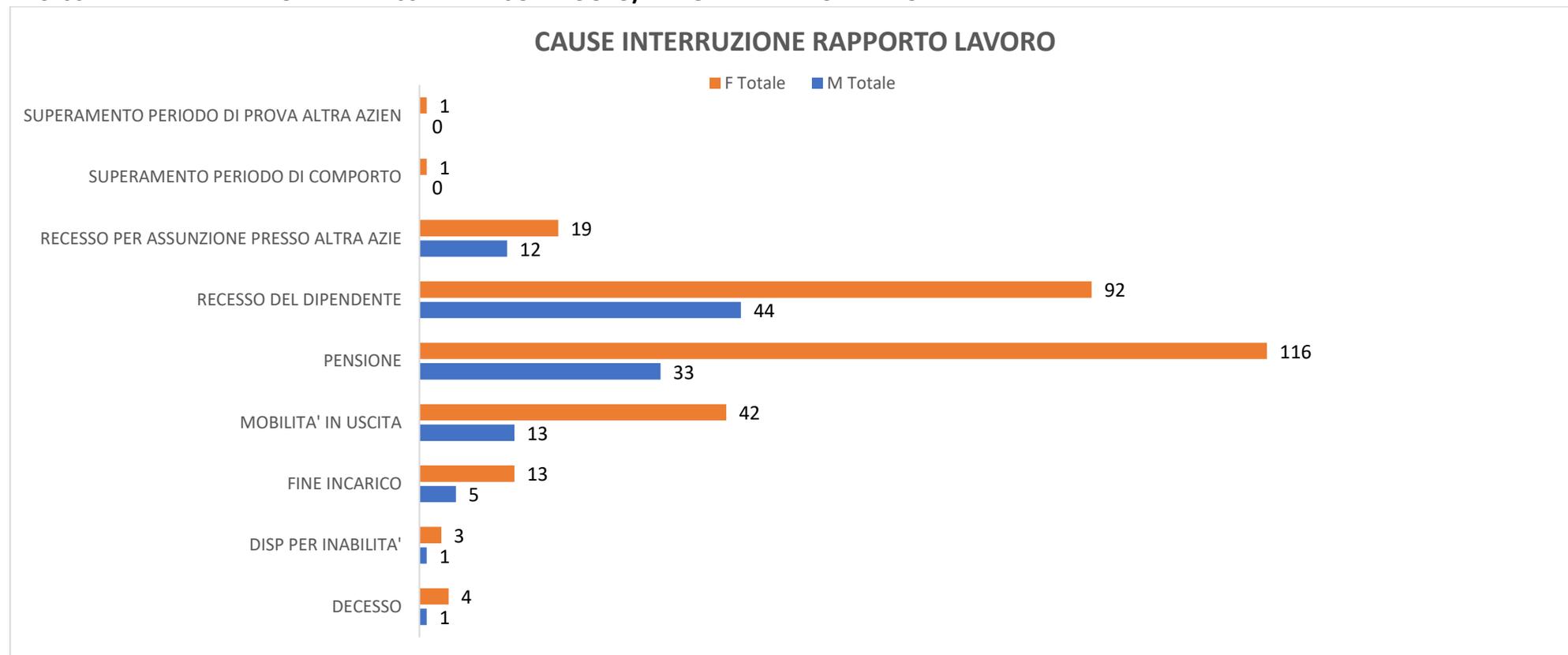
Tot gg assenza per maternità: **17789** di cui usufruiti dalla **Dirigenza 16,71%**; dal **Comparto 83,28%**. Si evidenzia un tasso superiore delle gravidanze nel comparto rispetto alla dirigenza nonostante la fascia di **età riproduttiva** sia superiore per la dirigenza: <40: **31,32% la dirigenza; 28,35% il comparto**. Il confronto con l'anno precedente dell'età riproduttiva vede un leggero calo, in linea con il leggero aumento dell'anzianità dei dipendenti sia maschi che femmine. Si può desumere che le dipendenti del comparto fanno più figli mentre la fascia di età fertile si è leggermente ridotta rispetto lo scorso anno specie nel comparto.

FRUIZIONE ISTITUTO PER VITTIME DI VIOLENZA PER GENERE

Nel 2023 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 lo scorso anno in 7 casi.

Il dato potrebbe essere spiegabile con la casualità e la poca conoscenza dell'opportunità. L'informazione compare sul sito ma non in modo rilevante ed efficace.

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



Tot recessi **400 D73%-U27%**

56% x volontà del dipendente; 37% pensionamento; 5% fine incarico

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

Si osserva una riduzione generale delle uscite rispetto lo scorso anno, con un aumento delle Donne in % e riequilibrio di genere in proporzione al tasso di femminilizzazione.

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 PG post lavorativo

COMPOSIZIONE C.CONCORSI E GARE

Rappresentazione delle commissioni: **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: **D 48,93% - U 41,75%**

Il dato presenta un vantaggio femminile nelle selezioni anche se non significativo in quanto il campione potrebbe essere poco rappresentativo.

NB non ci sono state selezioni PTA SOC, che di solito sono residuali

TASSI DI ASSENZA PER GENERE

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

raffronto con '22 Media tot 22,50 di cui D 23,79; U 20,17 da cui è evidente un generale aumento delle assenze

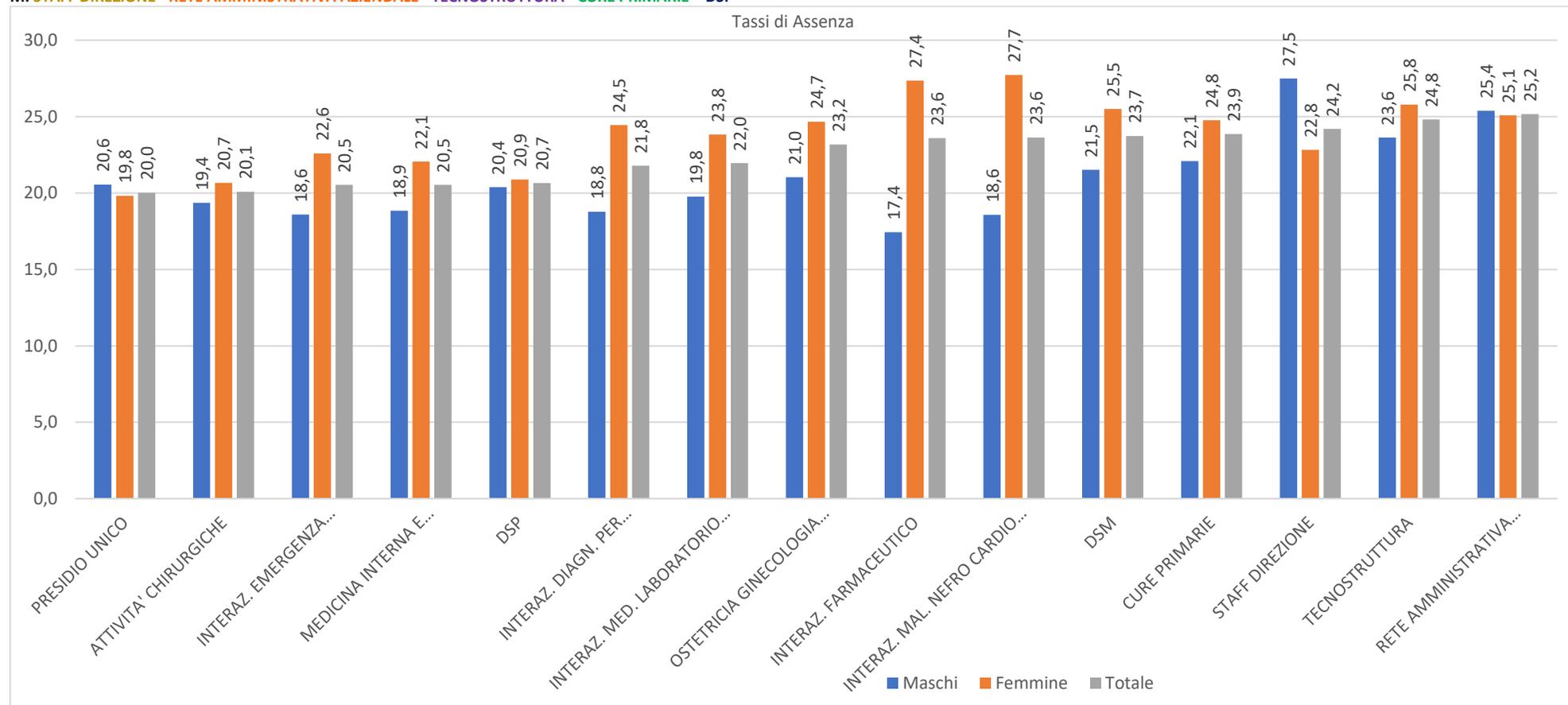
Il dato più alto delle D è spiegabile con il ricorso maggiore ad istituti di conciliazione. Complessivamente è in linea con i dati nazionali storici.

Non Emergono invece correlazioni con i dipartimenti affaticanti (tradizionalmente DEU, DSM, CH e Med generale) o concentrazioni in particolari periodi dell'anno, (estate, festività). Infatti la Maggior incidenza primi 5 settori in ordine decrescente sono

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

Emerge che il 6,2% del personale è soggetto a limitazioni, leggermente maggiore per il comparto con una netta prevalenza nel ruolo sanitario 7.8% e socio sanitario 6,7% e nella fascia di età 40-60 anni del comparto: 72%. La % maggiore di ricollocazioni è a carico del personale sanitario e nella fascia di età 50-60 anni. Emergono inoltre che i **settori con la % di dipendenti con più limitazioni** sono, in ordine decrescente: **CURE PRIMARIE - MED INT E RIAB - DSM - CH - DEU**. Non emerge una correlazione con le strutture a maggior tasso di assenza.

COMPOSIZIONE Top Management

La distribuzione Regionale del top management conferma una equa rappresentazione di genere **D 51% - M 49%** confermata negli anni precedenti e in varie regioni del nord d'Italia, a differenza del sud dove prevale spesso la maggioranza maschile

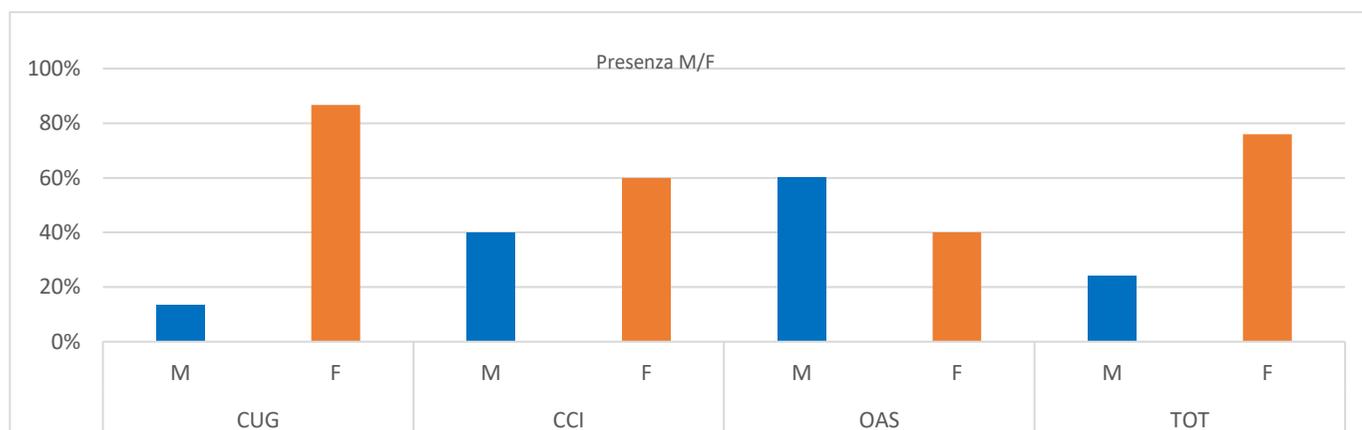
COMPOSIZIONE COLLEGI SINDACALI

La composizione dei Collegi Sindacali confermano un trend pluriennale a maggioranza maschile: **U 69,23% - F 30,77%**

COMPOSIZIONE C.DIREZIONE E C.DIPARTIMENTO

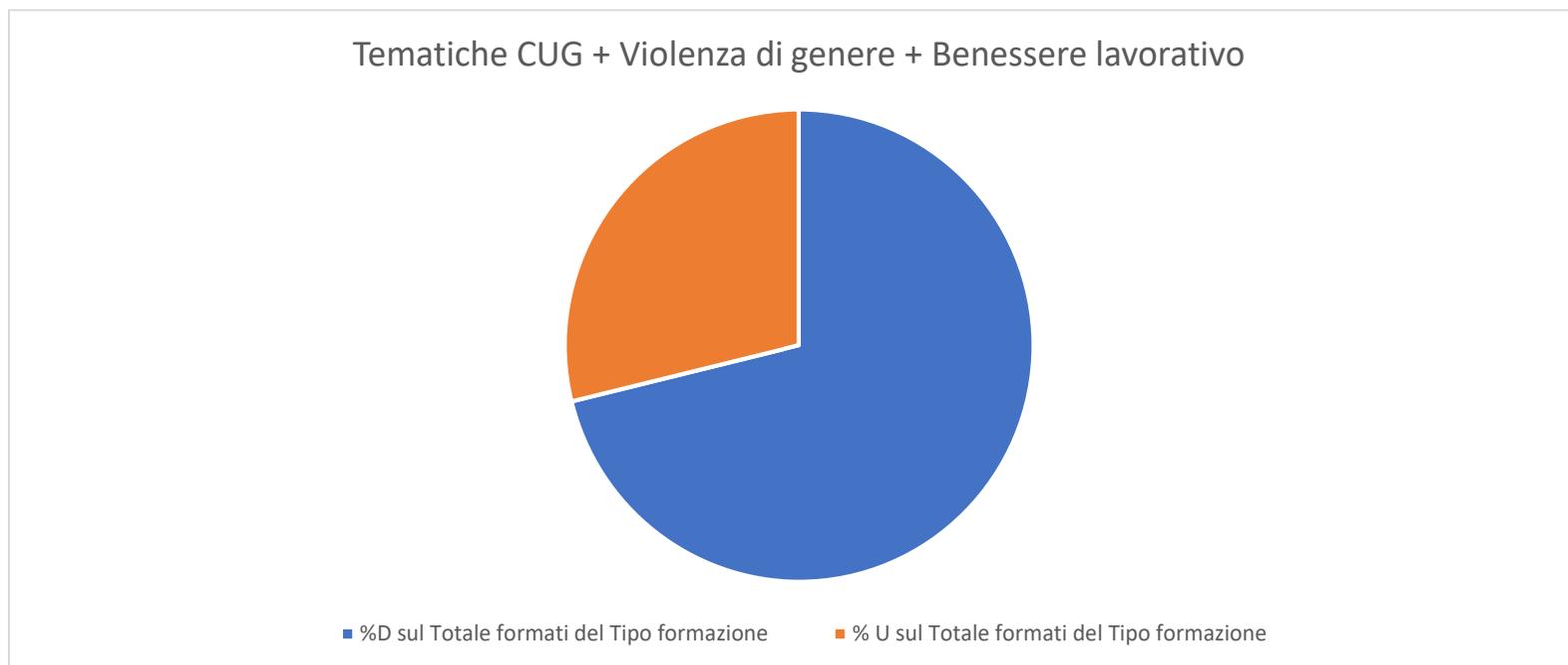
La composizione degli organismi collegiali gestionali nel campione evidenzia una sotto rappresentazione femminile considerando il tasso di femminilizzazione aziendale **D56,54%-U43,46%** pressoché invariata rispetto lo scorso anno **D58%-U42%**

COMPOSIZIONE CUG CCI OAS



La composizione di organismi collegiali non gestionali qui considerati presenta una equa rappresentazione di genere complessiva **D 70%**, con una prevalenza maschile per l'OAS che si occupa, tra l'altro, di valutazione. **CUG D72.5%; CCI D60%; OAS D40%**

FRUIZIONE ORE FORMAZIONE PER GENERE/ETÀ/TIPOLOGIA



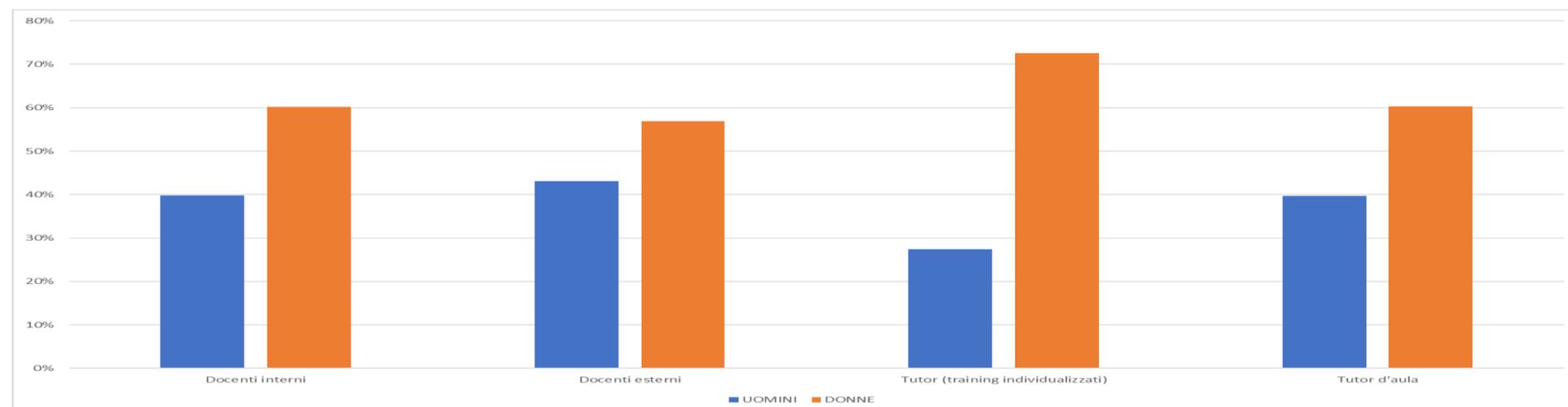
Si evidenzia una prevalenza femminile di fruizione della formazione pari al **79%** e un netto aumento complessivo rispetto lo scorso anno: +40382 ore. La sotto analisi per tipologia di formazione evidenzia la prevalenza di partecipazione femminile per le tematiche delle **pari Opportunità: 90%** e **relazionali: 80%** spiegabile con il retaggio culturale che siano temi di pertinenza femminile. Ottima la partecipazione maschile sul tema della violenza di genere salita da 8% dello scorso anno al 40%

PI – PRINCIPAL INVESTIGATOR RELATIVI AI SOLI PROGETTI AUTORIZZATI

Il numero di sperimentazioni registrato è ridotto per la tipologia giuridica aziendale. Prevale il genere femminile nella conduzione delle sperimentazioni che si avvicina proporzionalmente alla rappresentatività femminile in azienda: **PI D68%** in netto aumento rispetto l'anno precedente: D44%. Nel comitato etico permane la maggioranza maschile: 54%

N. DOCENZE

TIPOLOGIA ATTIVITA' DI DOCENZA	DONNE						UOMINI						TOTALE			
	N. attività	%/attività D	%/Tot U	N. docenti/tutor	%/totD	%/Tot docenti e tutor	N. attività	%/attività U	%/Tot D	N. docenti/tutor	%/totU	%/Tot docenti e tutor	N. attività	%/Tot attività	N. docenti/tutor	%/Tot docenti e tutor
Docenti interni	1.113	50%	40%	407	43%	64%	735	51%	60%	226	39%	36%	1.848	50%	633	42%
Docenti esterni	609	27%	43%	349	37%	56%	462	32%	57%	270	47%	44%	1.071	29%	619	41%
Tutor (training individualizzati)	326	15%	27%	132	14%	77%	123	9%	73%	40	7%	23%	449	12%	172	11%
Tutor d'aula	187	8%	40%	57	6%	61%	123	9%	60%	37	6%	39%	310	8%	94	6%
TOTALE	2.235	100%	39%	945	100%	62%	1.443	100%	61%	573	100%	38%	3.678	100%	1.518	100%



Netta prevalenza femminile per docenze, docenti e tutor: **D62%**. La prevalenza si conferma in tutte le tipologie di docenza, fino al 77% per il tutor d'aula mentre il minimo femminile è rappresentato dalle docenze esterne: 65%. Si registra un miglioramento della rappresentanza femminile rispetto lo scorso anno ma non raggiunge l'equità rappresentativa aziendale.

PARTE QUARTA Analisi della Dimensione esterna

L'analisi ha preso in esame 10 CDM - Categorie Diagnostiche Maggiori e relativi kpi ad esse collegati (da 3 a 10) per un totale di circa 50, oltre 70 indicatori. In tutto sono state analizzate 55 tabelle da varie 9 banche dati

I dati quantitativi sono stati interpretati dal gruppo e sono stati integrati da approfondimenti AUDIT interni riguardo alcuni fenomeni. In tutto sono stati effettuati circa 40 audit

DATI DEMOGRAFICI E POPOLAZIONE

Pop provinciale **708598 di cui F 50,7%**

Nella **provincia di Modena** su base trentennale si registra un aumento **pop (totale) +103000** (sono 101.800 dal 1992) e sostanziale equilibrio di genere stabile. Tale aumento demografico si è però fermato dal 2013 soprattutto per le donne.

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

Si confermano MO SA CA i tre distretti con più popolazione e con densità di popolazione diversa x genere (scostamento MO+32% CA+6%).

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.

Figura 1.1. Andamento della popolazione residente nell'Ausl di Modena – Periodo 1991-2022

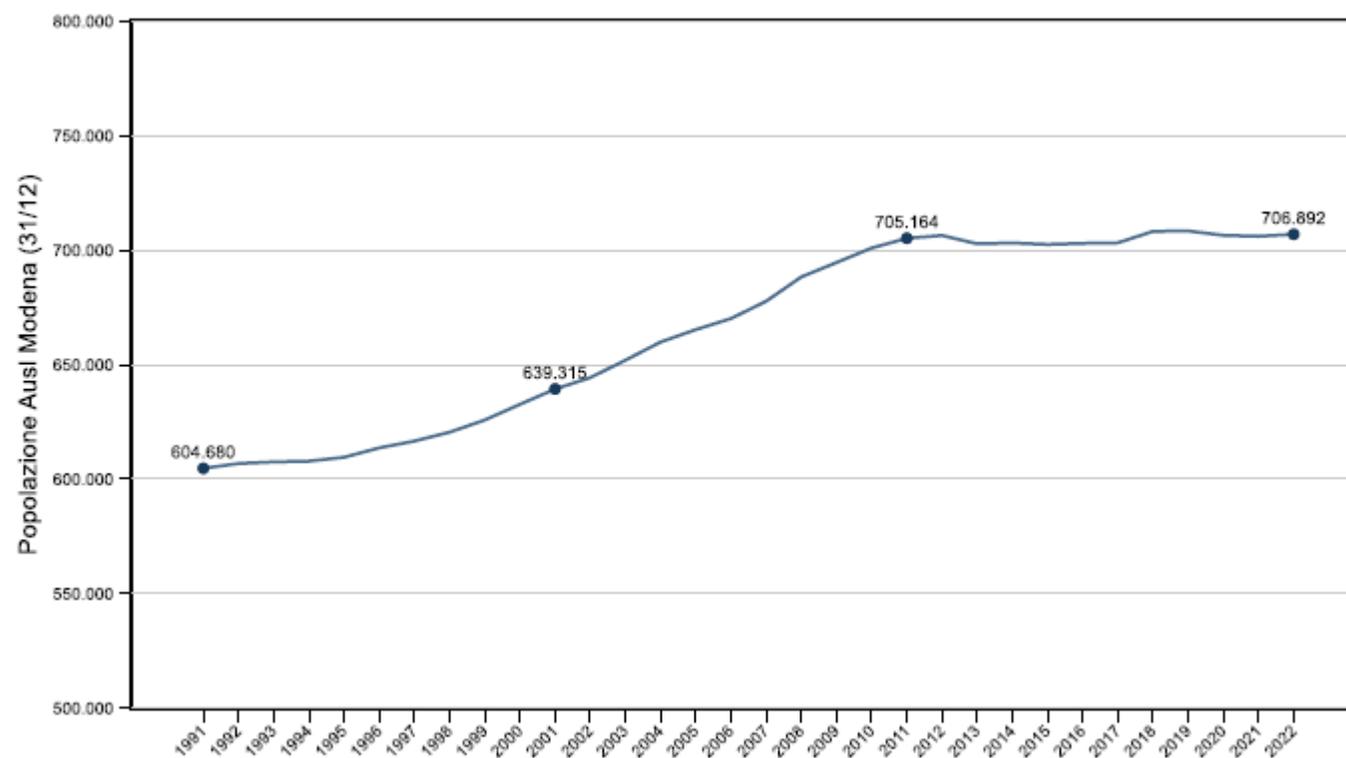


Figura 1.2. Distribuzione per età e sesso della popolazione residente nell'Ausl di Modena – Anno 2022

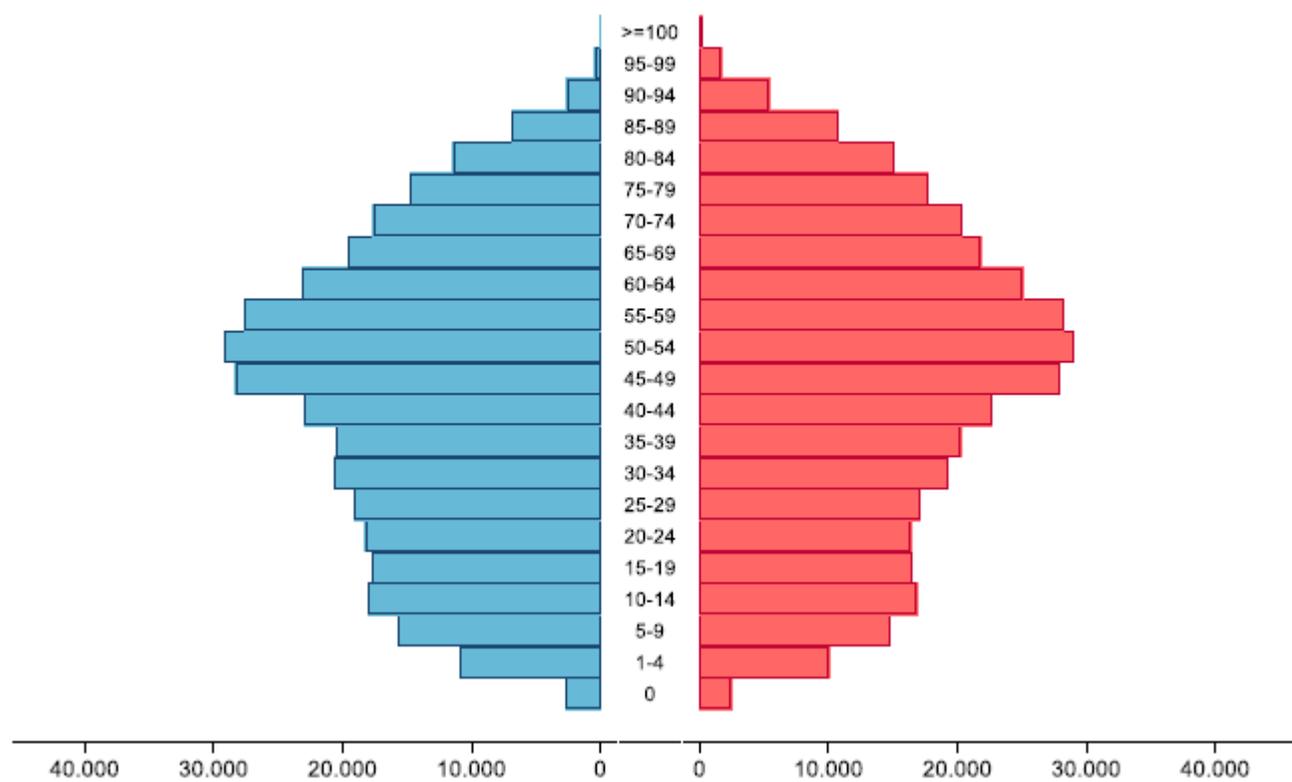
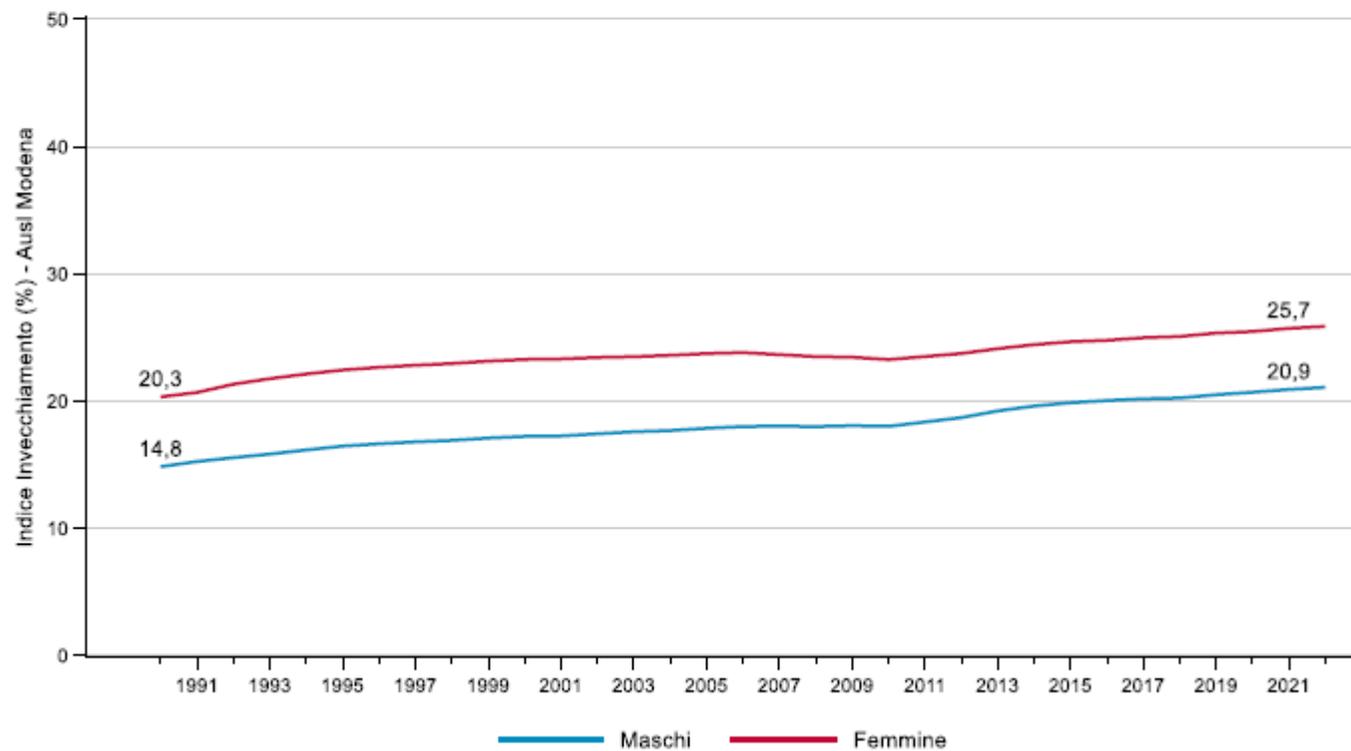
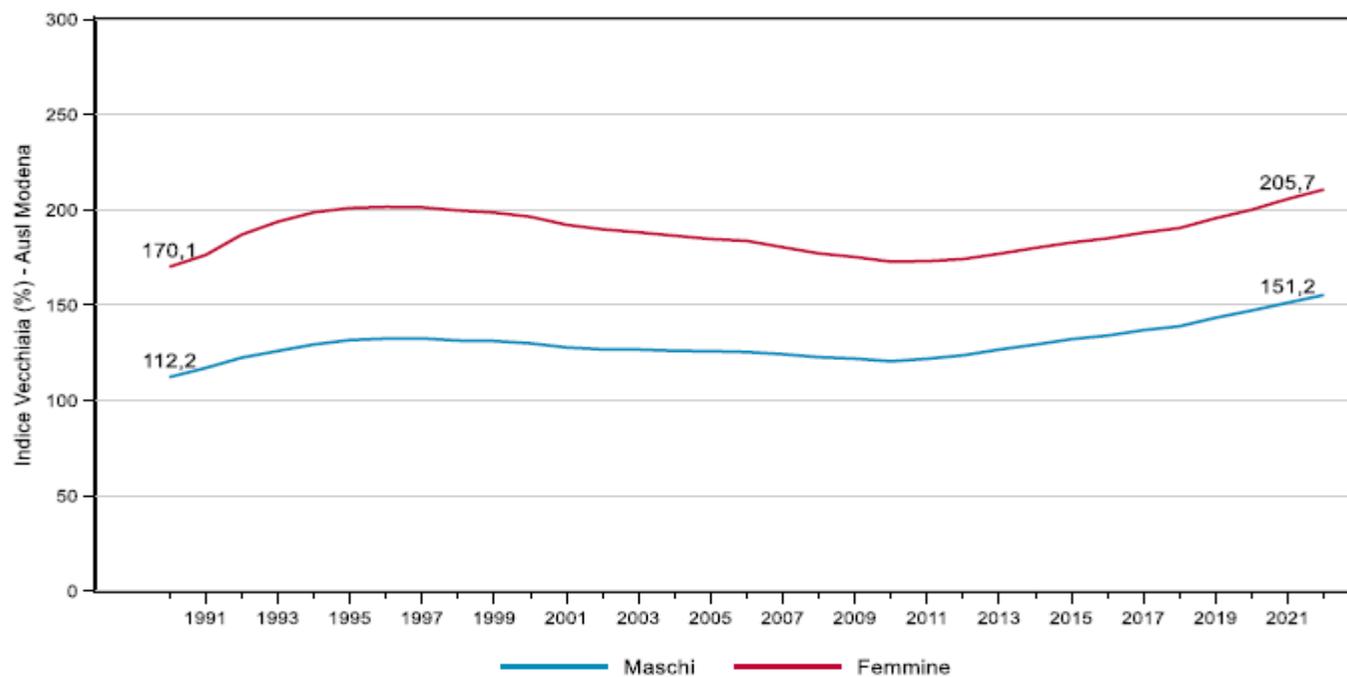


Figura 1.3. Andamento dell'indice di invecchiamento della popolazione residente nell'Ausl di Modena– Periodo 1991-2022



**Figura 1.4. Andamento dell'indice di vecchiaia della popolazione residente nell'Ausl di Modena-
Periodo 1991-2022**



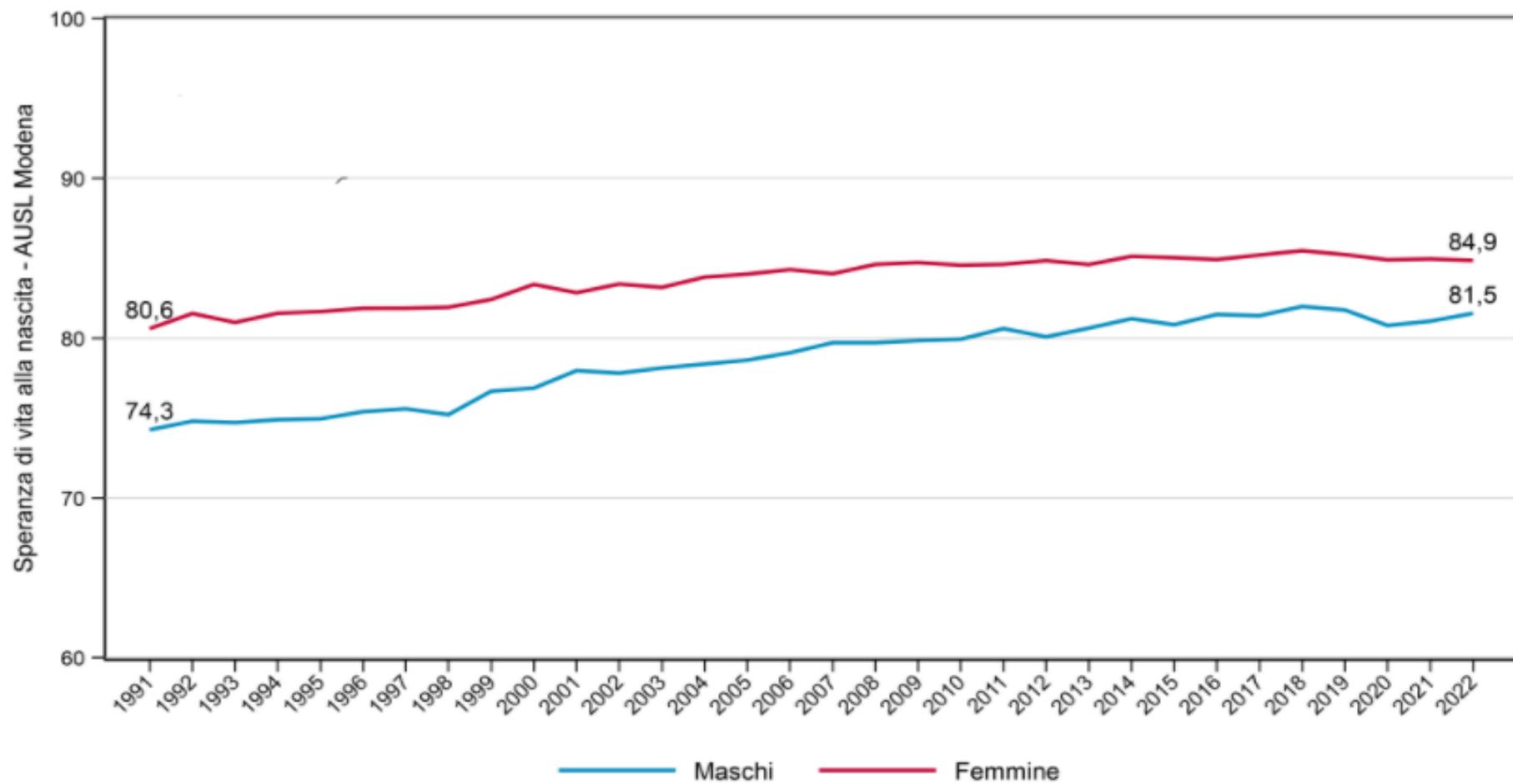
DATI DEMOGRAFICI E SPERANZA DI VITA

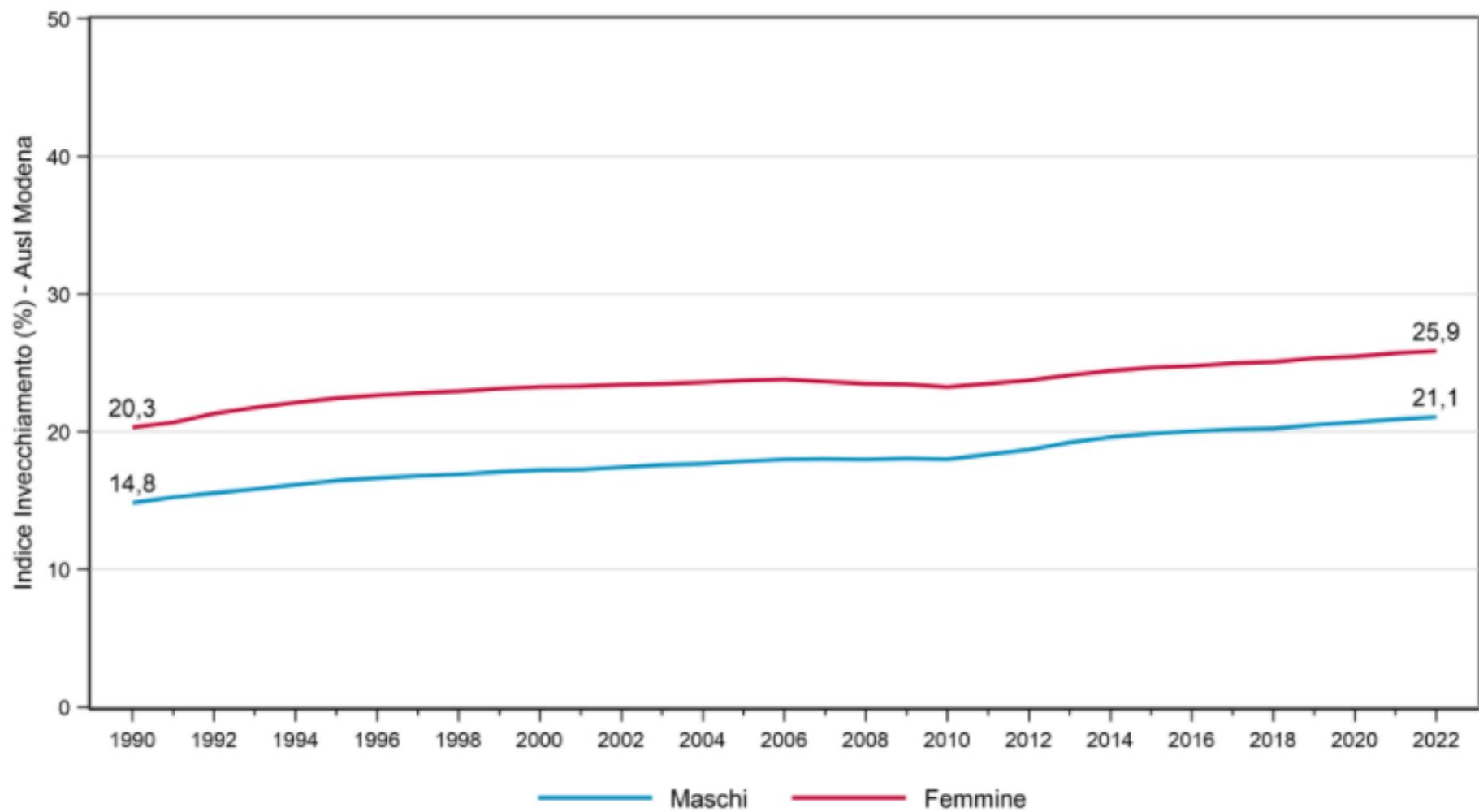
Aumenta l'aspettativa di vita per entrambi i generi soprattutto per gli U e specie in età produttiva. La maggior aspettativa di vita è distribuita nella fascia 40-50 e 0-4. L'aumento dell'età media è visibile soprattutto dagli anni '90, con una contrazione dei >100 nel 2016/19 e ripresa successiva soprattutto 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.

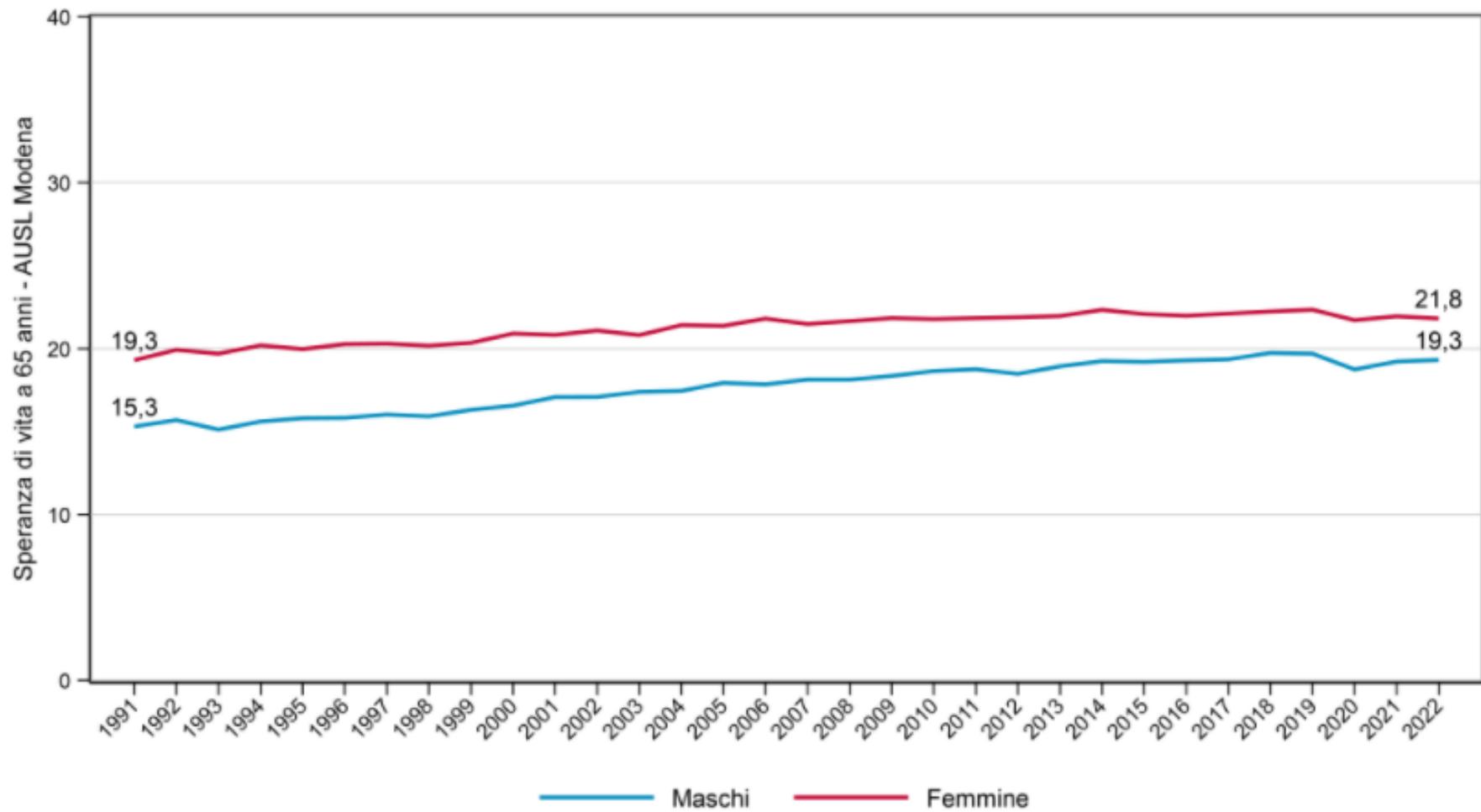
Si registra una **contrazione nella fascia giovanile** dovuto al calo delle nascite meno compensato dall'immigrazione.

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 di "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 percentuale di disabilità perché vivono più a lungo e anche a causa del carico lavoro (Retribuito, domestico e 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.**







DATI SOCIO ECONOMICI

Lavoro e benessere economico, Provincia di Modena 2022					
Occupazione					
Indicatori 2022	Maschi	Femmine	Totale	Gap (F- M)	Fonte
Tasso di disoccupazione (15-74 anni)	4,2	6,2	5,1	2	
Tasso di occupazione giovanile (15-29 anni)	48,6	43,9	46,4	-4,7	BES
Tasso di mancata partecipazione al lavoro giovanile (15-29 anni)*	16,8	16,7	16,8	-0,1	BES
*Rapporto percentuale tra le persone non appartenenti alle forze di lavoro (inattivi) nella classe di età 15-29 anni e la corrispondente popolazione residente totale della stessa classe d'età.					
Istruzione - 2022					
Indicatori 2022	Maschi	Femmine	Totale	Gap (F- M)	
Passaggio all'università #	45,6	58,7	52,2	13,1	BES
# % di neodiplomati che si iscrivono all'università nello stesso anno del diploma di scuola secondaria					
Benessere economico					
Indicatori 2022	Maschi	Femmine	Totale	Gap (F- M)	
Retribuzione media annua dei lavoratori dipendenti [°]	31130,80	20966,30	26764,40	-10164,50	BES
Importo medio annuo pro-capite dei redditi pensionistici**	24995,90	18553,60	21597,60	-6442,30	BES
[°] rapporto tra la retribuzione totale annua (al lordo dell'Irpef) dei lavoratori dipendenti del settore privato non agricolo assicurati presso l'Inps e il numero dei lavoratori dipendenti (in euro).					
^{**} rapporto tra l'importo complessivo delle pensioni erogate nell'anno (in euro) e il numero delle pensioni.					

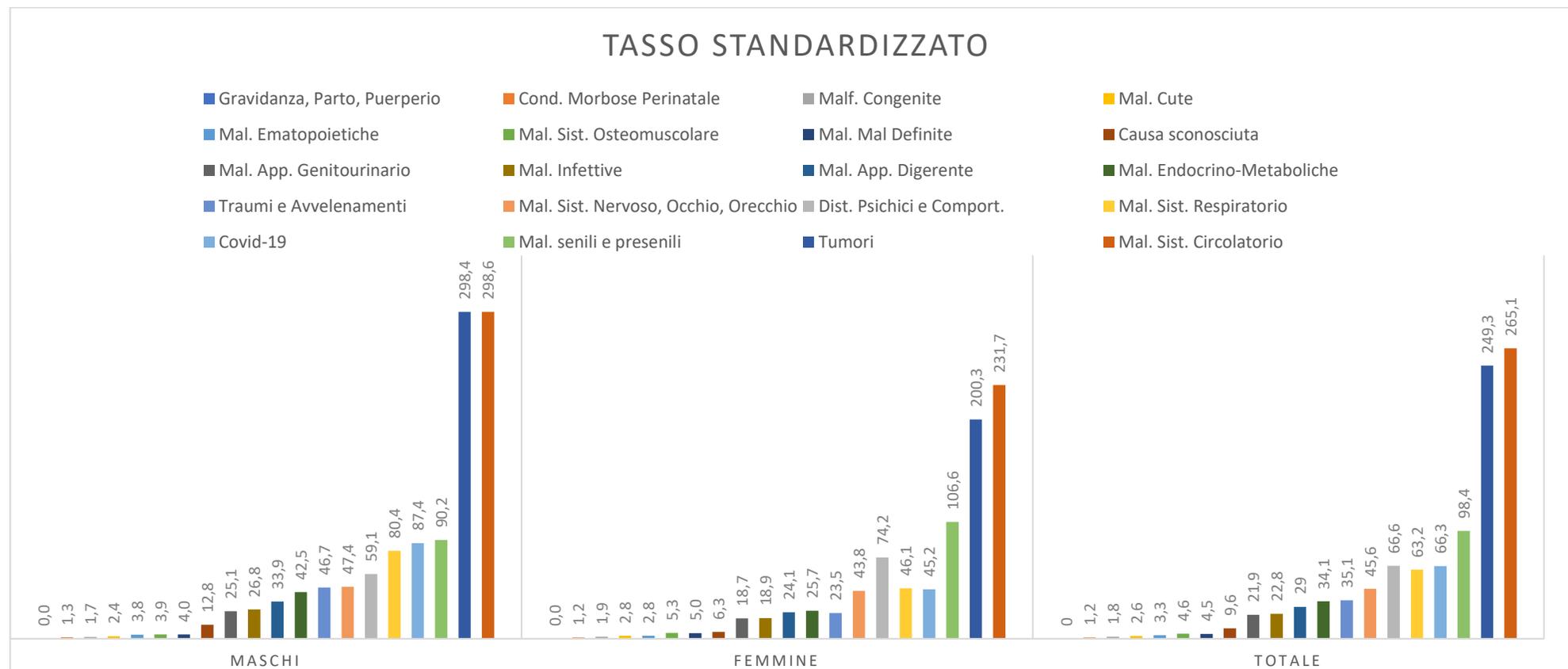
Gap **Disoccupazione** (differenza assoluta delle %) **F/M= +2%**; **occupazione giovanile (15-29 anni) F/M=-4,7%**; basso il gap sul tasso di **inattività giovanile F/M=-0,1%**; istruzione universitaria **F/M= +13,1%**; Media annua Retribuzione **F/M= -10164,50**; Media annua pensione pro-capite **F/M=-6442,30**. 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 dato non ha corrispondenza negli adulti/giovani.

DATI SOCIOECONOMICI FAMIGLIE

Famiglie otali e unipersonali per distretto, Ausl Modena 2023					
	N° totale di famiglie	N° famiglie unipersonali	% famiglie unipersonali		
Distretto di Carpi	47.643	17.205	36,1%		
Distretto di Mirandola	37.280	13.017	34,9%		
Distretto di Modena	84.339	34.543	41,0%		
Distretto di Castelfranco E.	32.669	10.385	31,8%		
Distretto di Sassuolo	51.569	17.417	33,8%		
Distretto di Vignola	39.629	13.639	34,4%		
Distretto di Pavullo	19.867	8.376	42,2%		
Provincia Modena	312.996	114.582	36,6%		
Regione E-R	2.066.128	823.326	39,8%		
	https://sasweb.regione.emilia-romagna.it/statistica/Tabella.do		calcolato e confrontato con self statistica: Famiglie-indicatori		
	<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	8.146	9.059	17.205	53%	19%
Distretto di Mirandola	6.126	6.891	13.017	53%	18%
Distretto di Modena	15.578	18.965	34.543	55%	22%
Distretto di Castelfranco E.	5.240	5.145	10.385	50%	16%
Distretto di Sassuolo	8.474	8.943	17.417	51%	17%
Distretto di Vignola	6.680	6.959	13.639	51%	18%
Distretto di Pavullo	4.389	3.987	8.376	48%	20%
Provincia Modena	54.633	59.949	114.582	52%	19%
Regione E-R	387.375	435.951	823.326	53%	21%

In provincia di Modena vivono circa **115 mila famiglie unipersonali (36,6%** delle famiglie). Pavullo e Modena hanno la % più alta delle famiglie unipersonali= 41,0%-42,2% tra cui la % più alta sono femminili=20% - 22%. Nelle fasce giovanili queste famiglie unipersonali sono più spesso costituite da uomini, nelle anziane più spesso da donne (tra le over 74 enni 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.

MORTALITA'



I dati evidenziano che **le donne invecchiano di più e presentano una maggiore percentuale di disabilità**. AUSLMO: prime 5 cause di morte:

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

D: Malattie sistema circolatorio - tumori- malattie senili/presenili- disturbi Psicici e comportamentali – mal sistema respiratorio (T. prime 5: 14.564).

D tot/mortalità totale: 52,37%; D prime 5/D tot. mortalità 86,22%; D prime 5/tot prime 5 54,40%; D prime5/tot mortalità 45,15%;

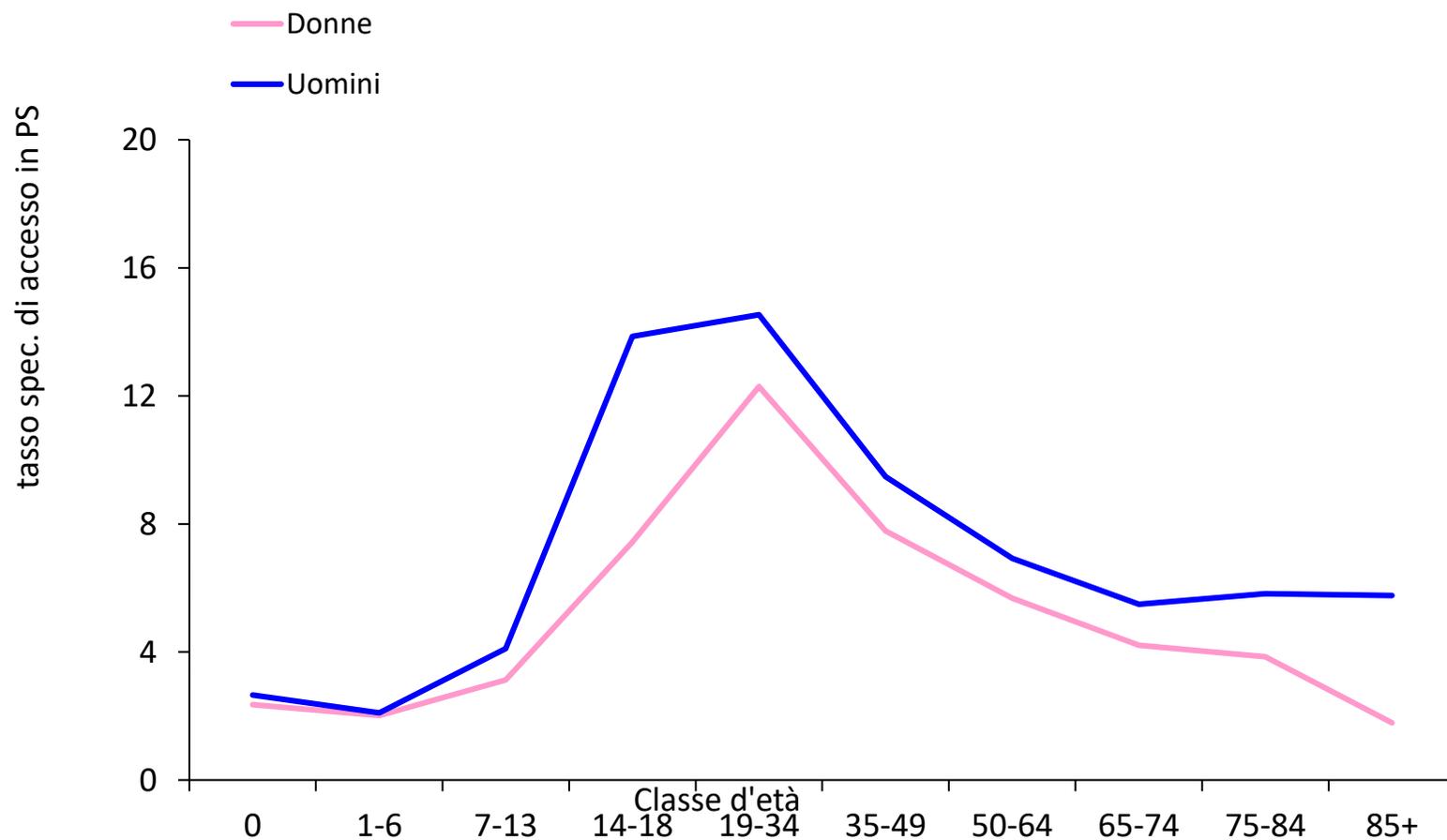
Al Nord, si registrano i tassi migliori, in particolare nelle prime tre posizioni si collocano Emilia-Romagna, Toscana (56% uomini e 65% donne in entrambe le Regioni) e Veneto (55% e 64%). In coda invece il Sud, con Sicilia (52% uomini e 60% donne), Sardegna (49% e 60%) e Campania (50% e 59%)

TRAUMI E INCIDENTI STRADALI

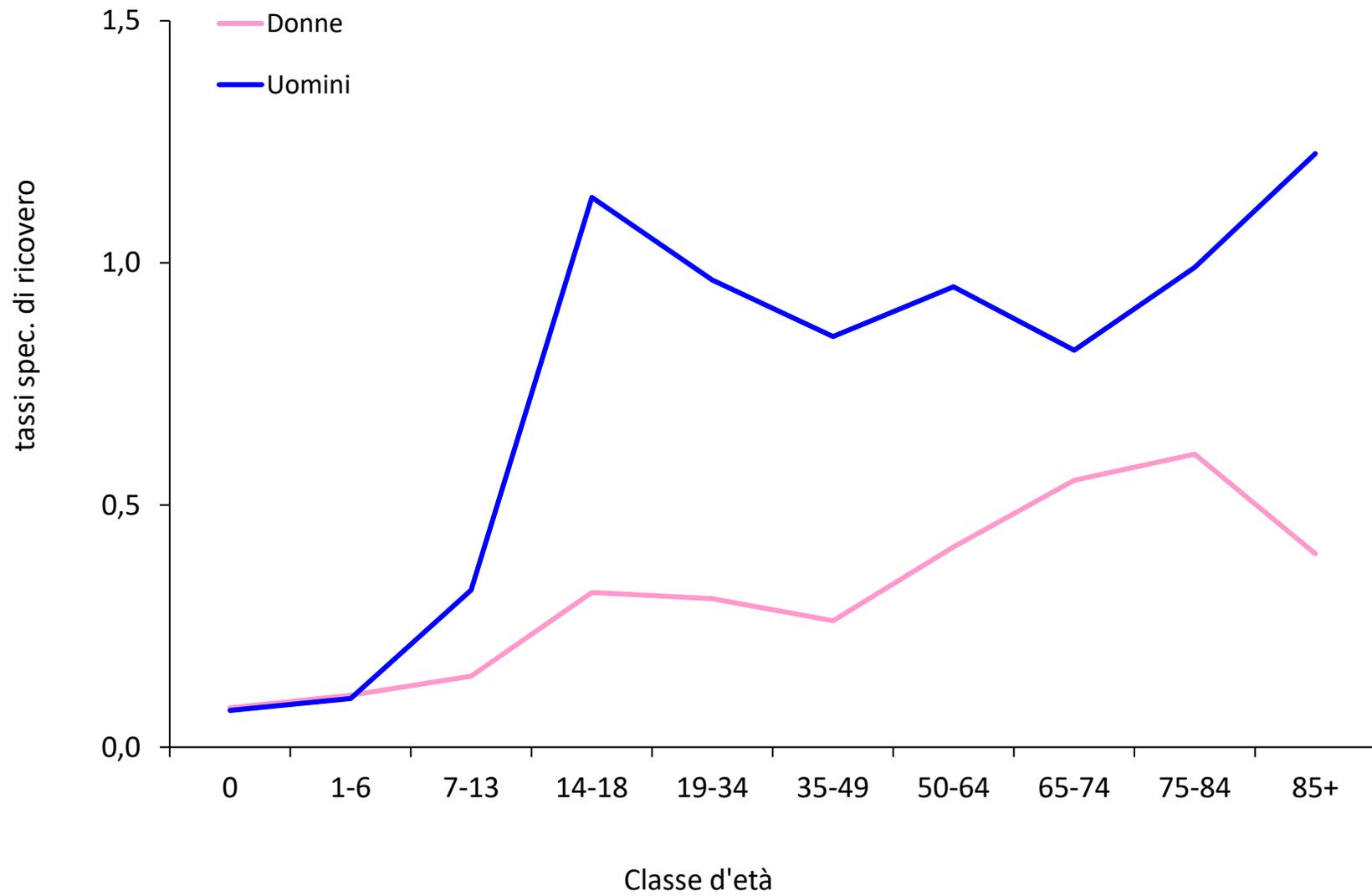
Morti D/T: **26,08%**. PS D/T: **43,86%**. Ricoveri D/T: **30,74%**.

Ricoveri e mortalità per incidenti stradali mostrano valori molto superiori negli uomini rispetto alle donne a tutte le età, ad esclusione dei quelle infantili, mentre per gli accessi al PS, i valori sono sempre superiori negli uomini ma con un differenziale inferiore.

Accessi in Pronto Soccorso per incidente stradale - Periodo 2018-2022

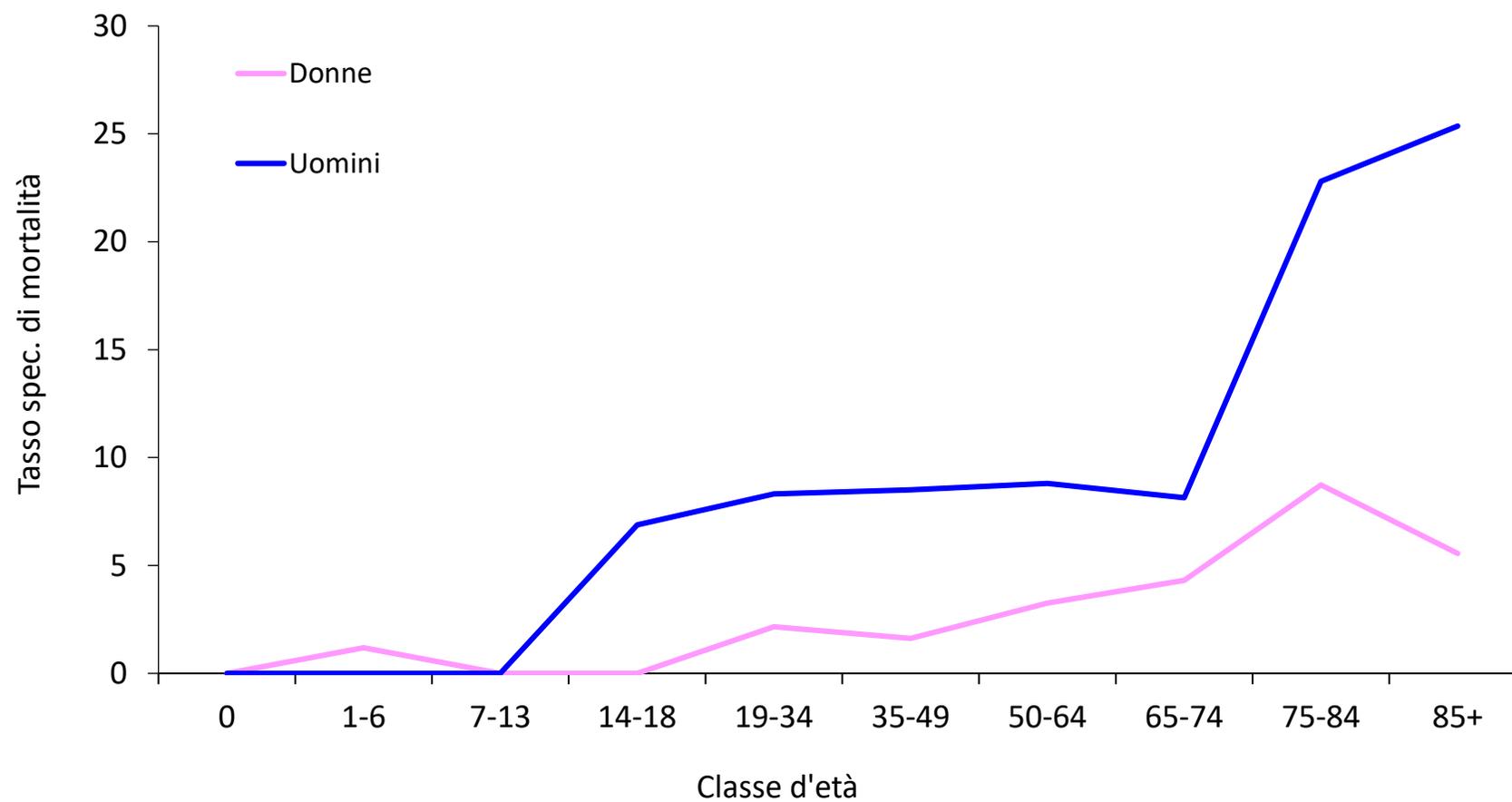


Ricoveri per incidente stradale - Periodo 2018-2022



Numero assoluto decessi e tassi specifici per classi d'età e sesso. Periodo 2018-2022. Incidenti stradali

GB: Dati aggiornati al 31/07/2023



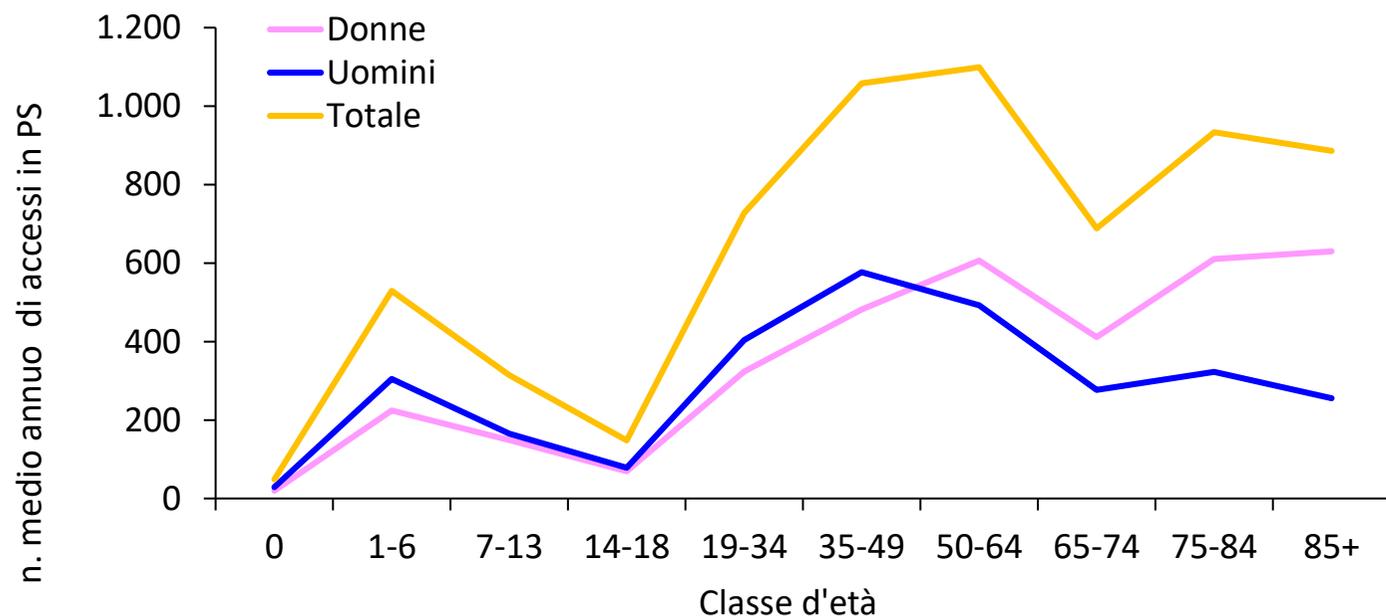
TRAUMI E INCIDENTI DOMESTICI

Morti D/T: **56,91%**. PS D/T: **54,81%**. Ricoveri D/T: **63,40%**. L'incidenza dei traumi domestici prevale per il genere femminile. Sia gli accessi al PS che i ricoveri presentano un tasso di accesso specifico più elevato per le D: PS D 9,8%- U 8,4%; Ricoveri D 1,59% U 0,95%.

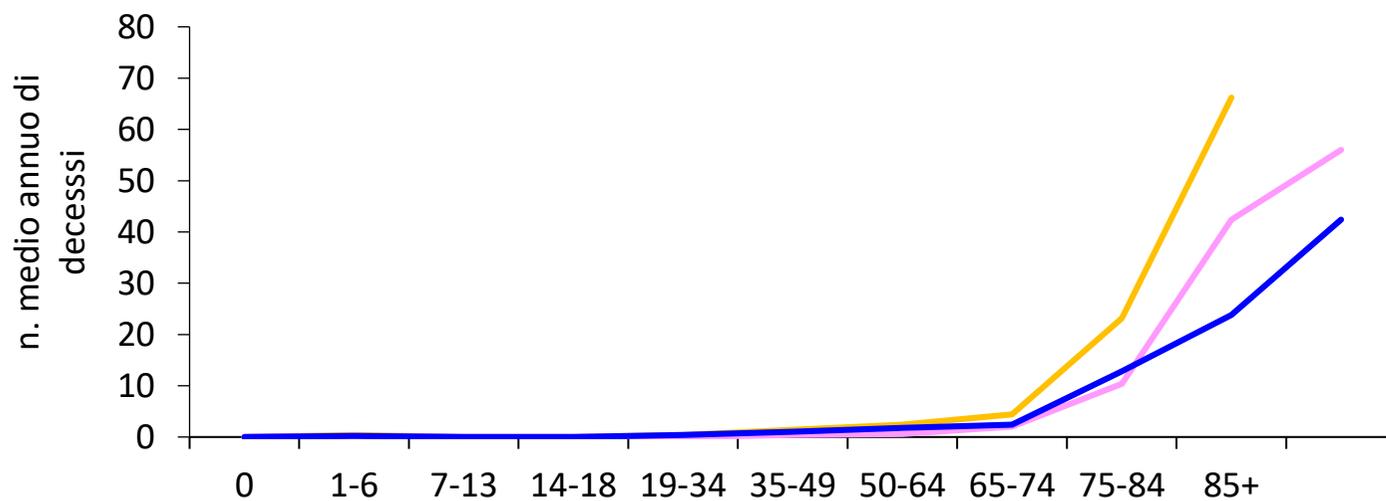
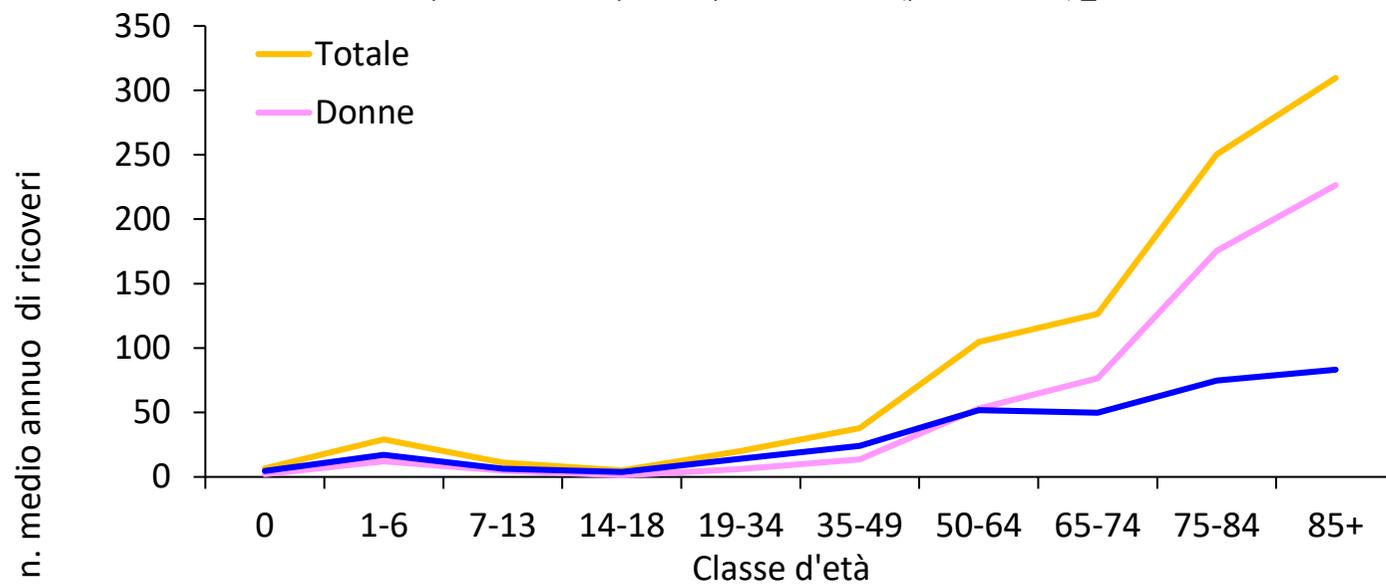
Diff x classi di età: si registra un picco 0-6 leggermente maggiore per i maschi, coerente con il numero più alto delle nascite e le differenze comportamentali. Il picco si ripresenta in età adulta per entrambi i generi ma con una leggera differenza: M tra i 35-65 per poi ridursi in età senile; F tra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

Le differenze di genere sono complessivamente modeste. 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 2018-2022



Numero assoluto ricoveri , tasso di ospedalizzazione specifico per età e sesso (per 1.000 res.) _SDO 2018-2022



CRONICITA'

Dati scelti come indicatori più rappresentativi rispetto alla mortalità perché la comorbilità indaga la situazione sui vivi.

Figura 1.6. Distribuzione dei sottogruppi di popolazione* - Dati PASSI d'Argento 2018-2022

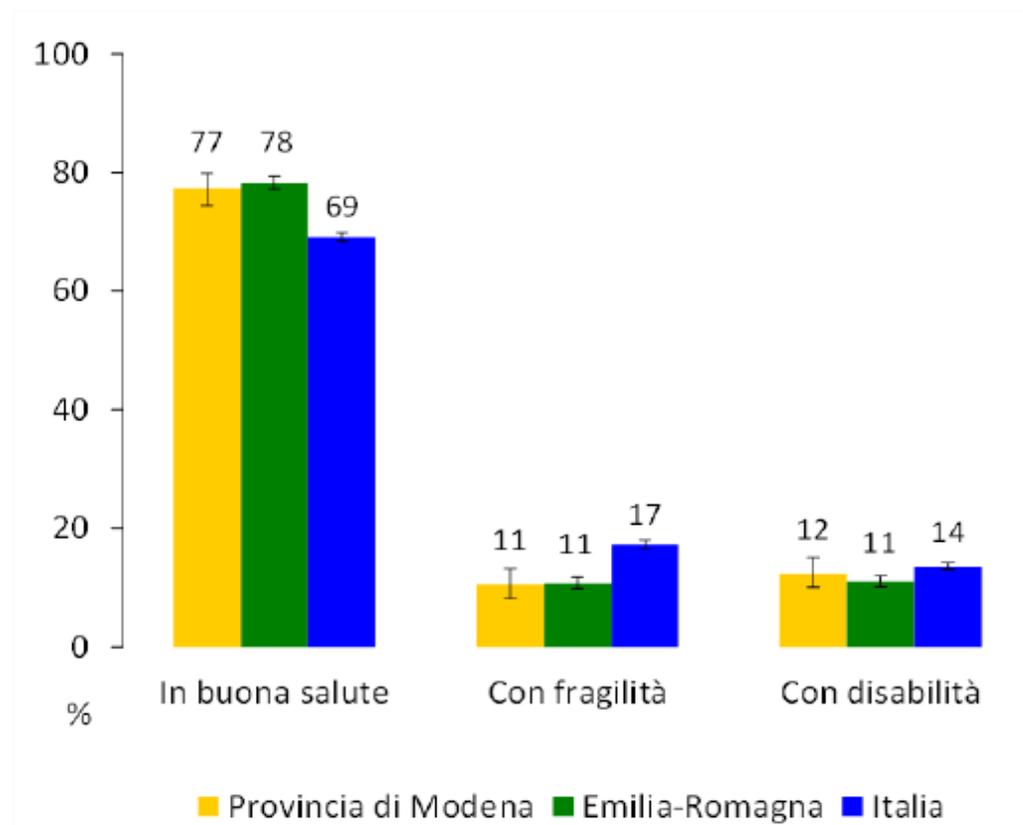


Figura 2.2.2 Prevalenza per patologia cronica distinta per sesso - N° di casi, tasso standardizzato - Popolazione residente nell'Ausl di Modena – Anno 2022

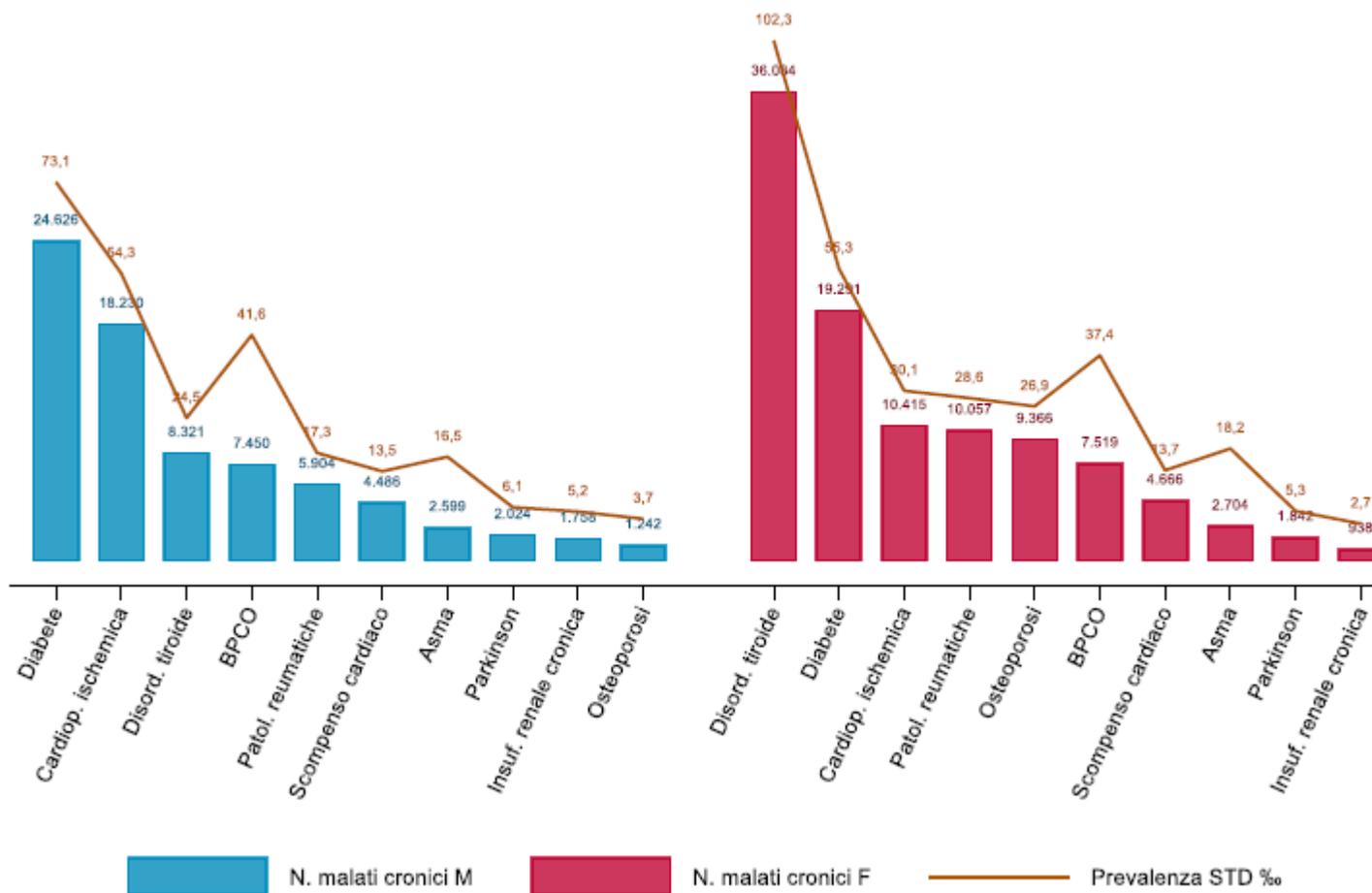
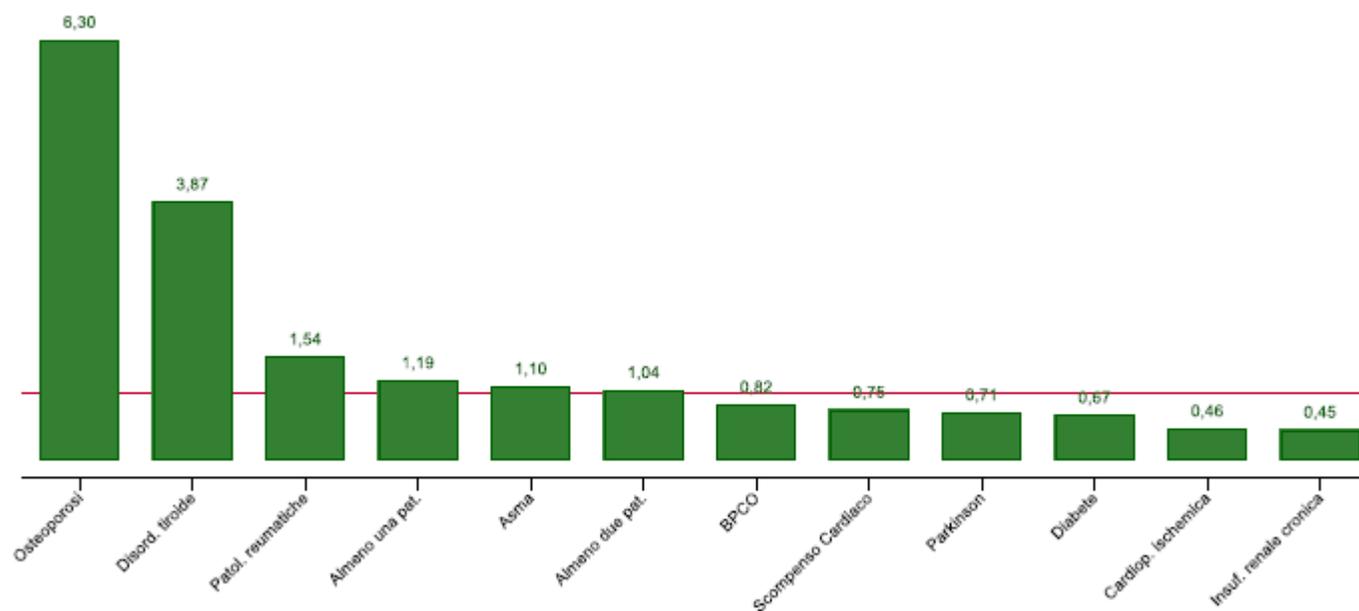


Figura 2.3.3 Rapporto di prevalenza per patologia cronica (femmine vs maschi) – Popolazione residente nell’Ausl di Modena - Anno 2022



*La linea rossa indica il valore 1 (prevalenza di femmine e maschi uguale)

Residenti con **almeno 1 patologia cronica**: F:79.328; M:57.716. F/tot malati 57,8

Multi cronicità: Malati cronici con almeno **due patologie** F: 18.535; M 14.391 F/tot malati 56,2

Distribuzione dei sottogruppi di popolazione affetti da malattie croniche

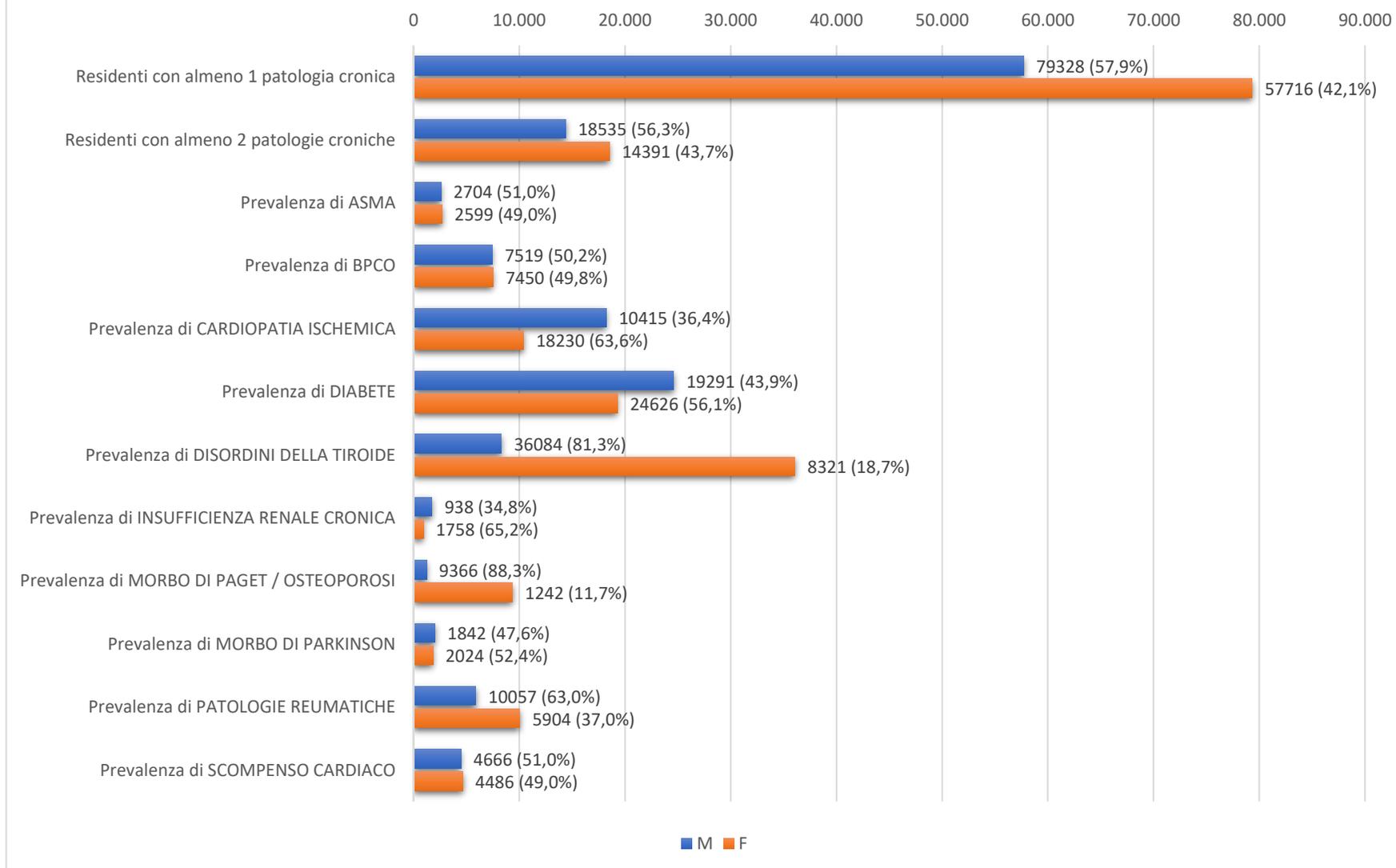


Figura 3.5 Prevalenza di ASMA per sesso e classi di età – Tasso di prevalenza per 1.000 – Popolazione residente nell’Ausl di Modena – Anno 2022

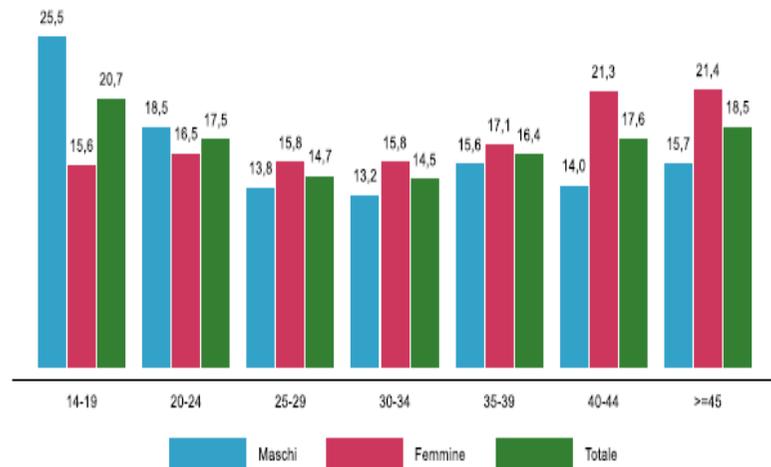
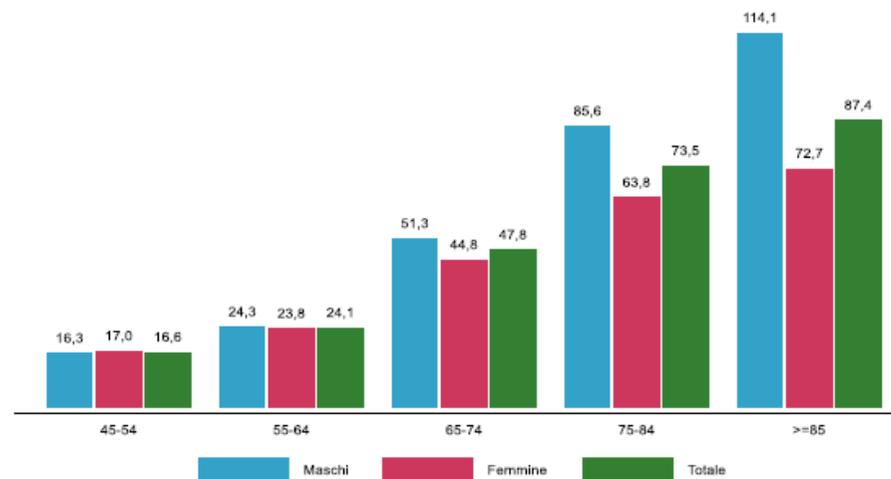


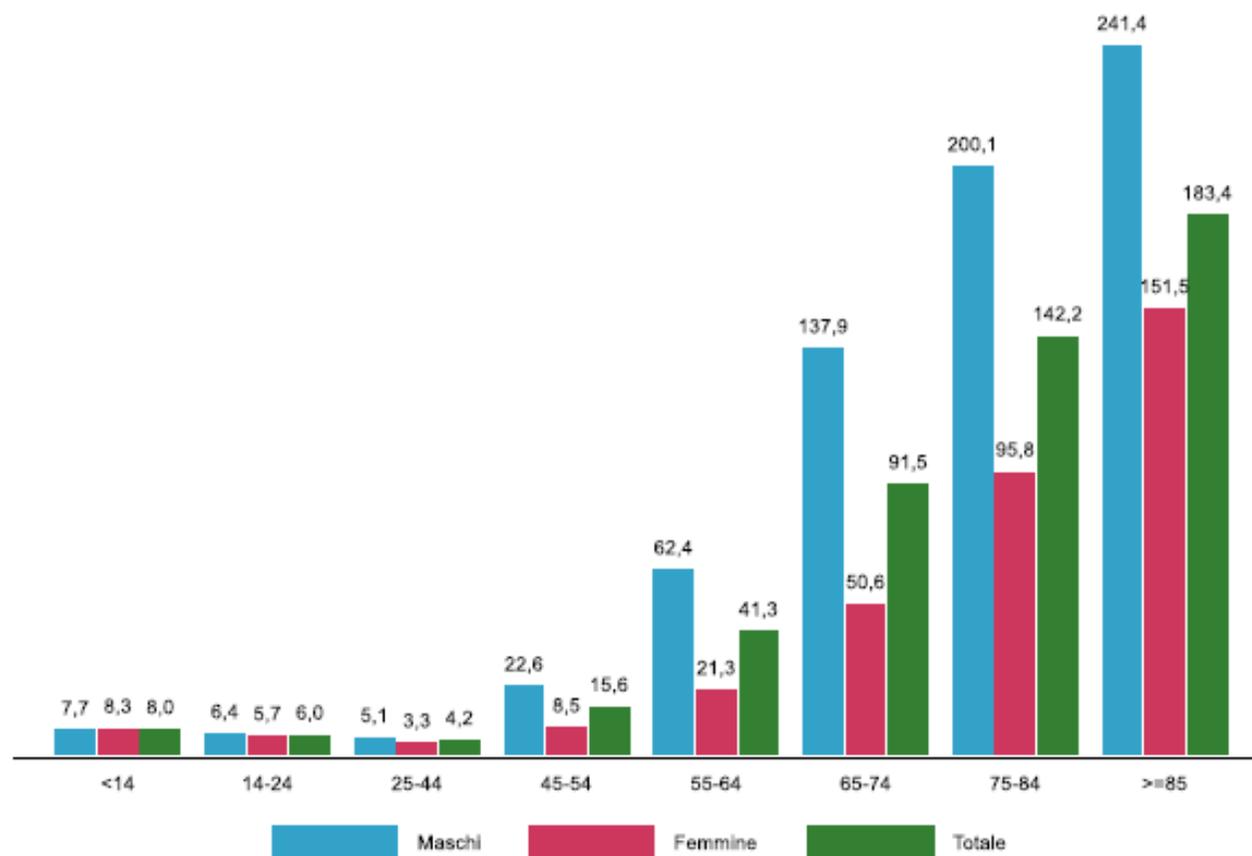
Figura 4.5 Prevalenza di BPCO per sesso e classi di età – Tasso di prevalenza per 1.000 – Popolazione residente nell’Ausl di Modena – Anno 2022



Prevalenza di BPCO F:7.519 M:7.450 F/tot malati 50,

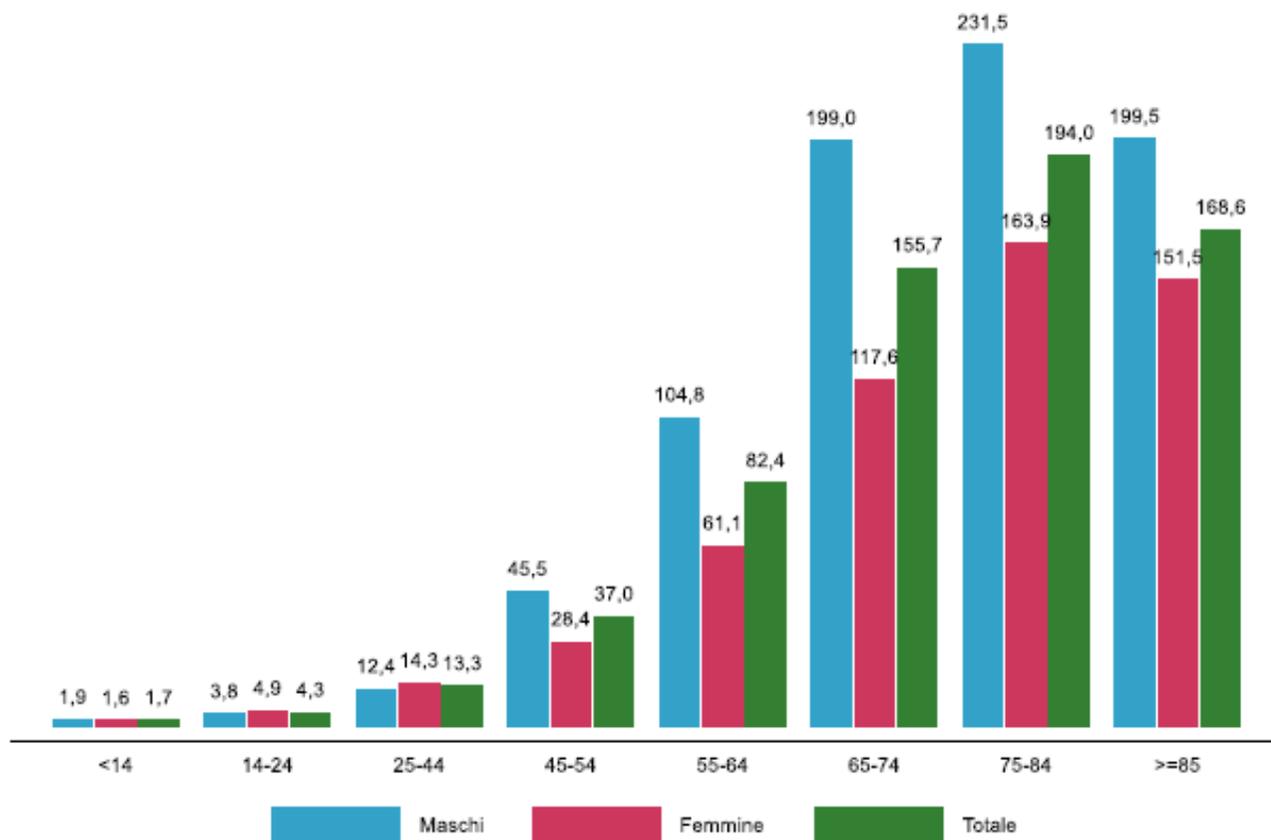
Prevalenza di ASMA: F: 2.704; M 2599 F/tot malati 50,9

Figura 5.5 Prevalenza di CARDIOPATIA ISCHEMICA per sesso e classi di età – Tasso di prevalenza per 1.000 – Popolazione residente nell’Ausl di Modena – Anno 2022



Prevalenza di CARDIOPATIA ISCHEMICA. F10.415 M18.230 F/tot malati 36,3

Figura 6.5 Prevalenza di DIABETE per sesso e classi di età – Tasso di prevalenza per 1.000 – Popolazione residente nell’Ausl di Modena – Anno 2022



Prevalenza di DIABETE F19.291 M24.626 F/tot malati 43,9

Figura 7.5 Prevalenza di DISORDINI DELLA TIROIDE per sesso e classi di età – Tasso di prevalenza per 1.000 – Popolazione residente nell’Ausl di Modena – Anno 2022

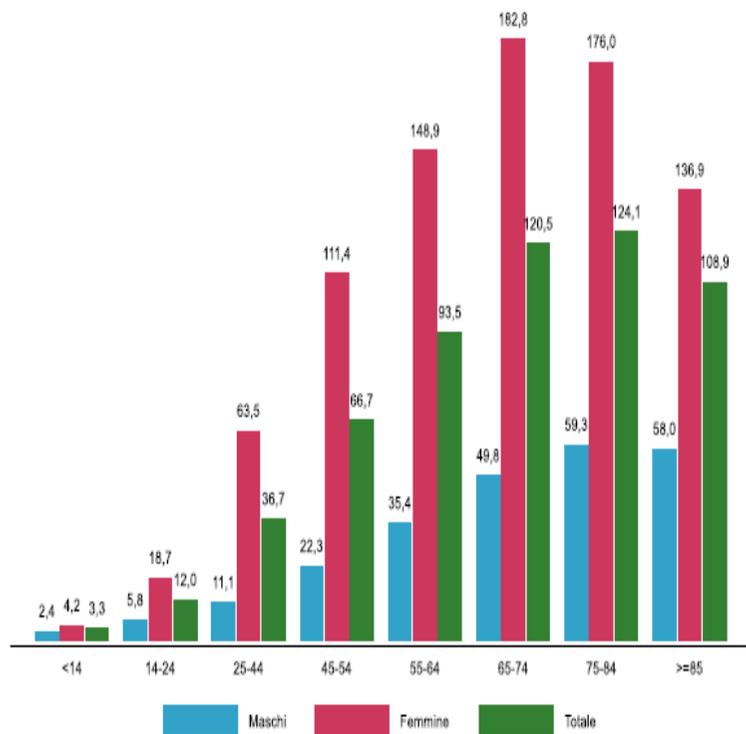
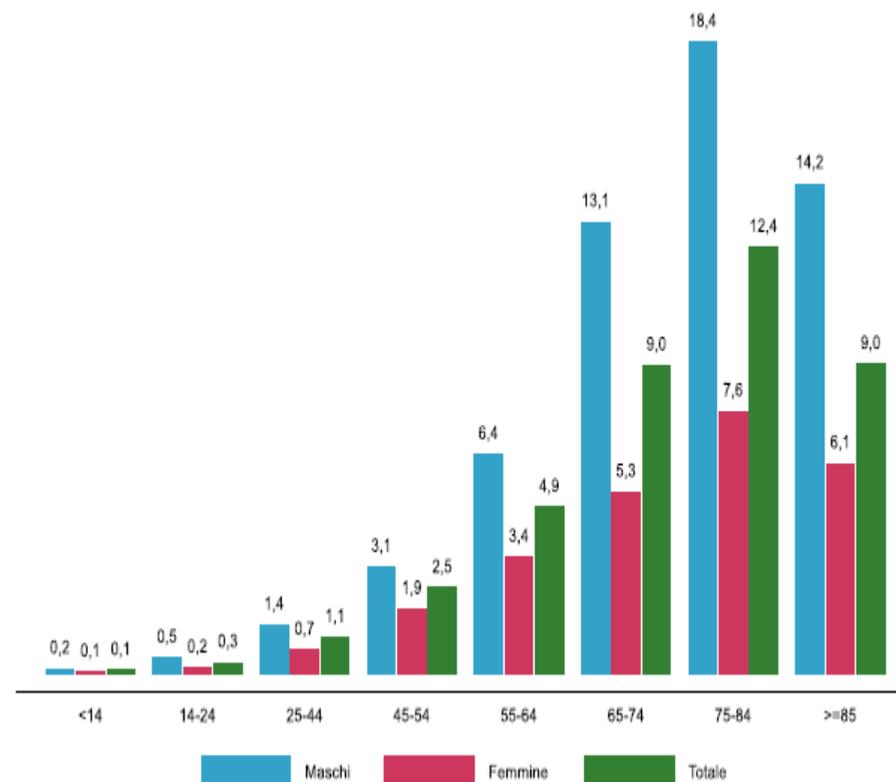


Figura 8.5 Prevalenza di INSUFFICIENZA RENALE CRONICA per sesso e classi di età – Tasso di prevalenza per 1.000 – Popolazione residente nell’Ausl di Modena – Anno 2022



Prevalenza di DISORDINI DELLA TIROIDE F36.084 M8.321 F/tot malati 81,2 Prevalenza di INSUFFICIENZA RENALE CRONICA F938 M1.758 F/tot malati 34,7

Figura 9.5 Prevalenza di MORBO DI PAGET /OSTEOPOROSI per sesso e classi di età – Tasso di prevalenza per 1.000 – Popolazione residente nell’Ausl di Modena – Anno 2022

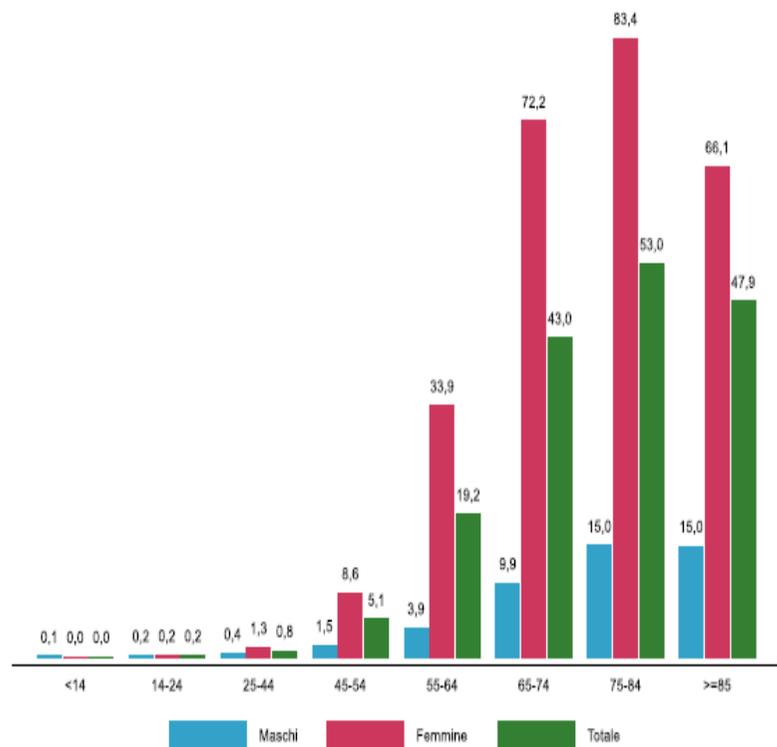
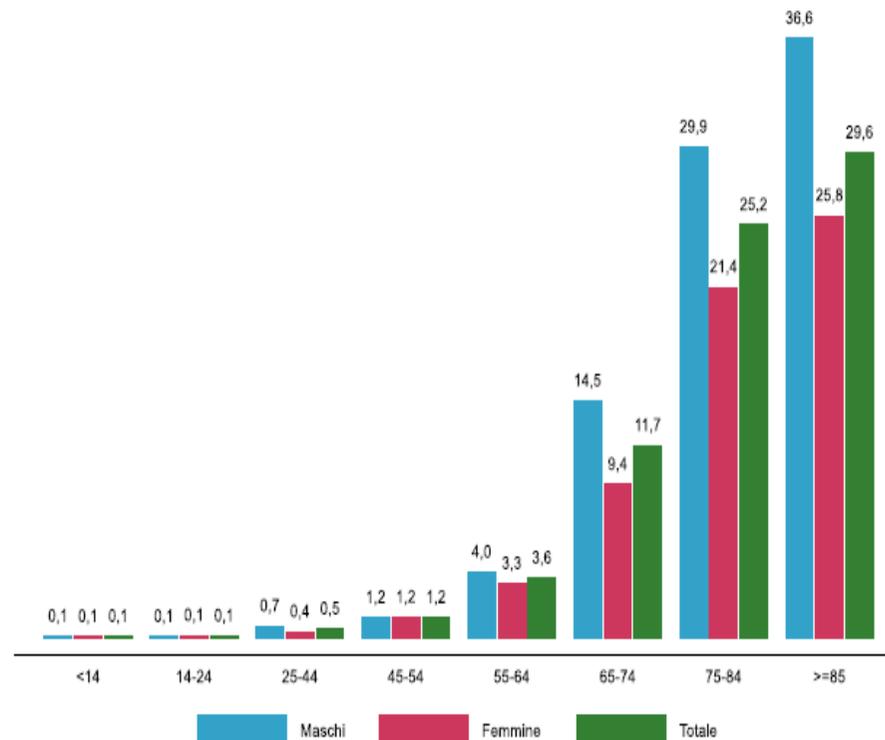
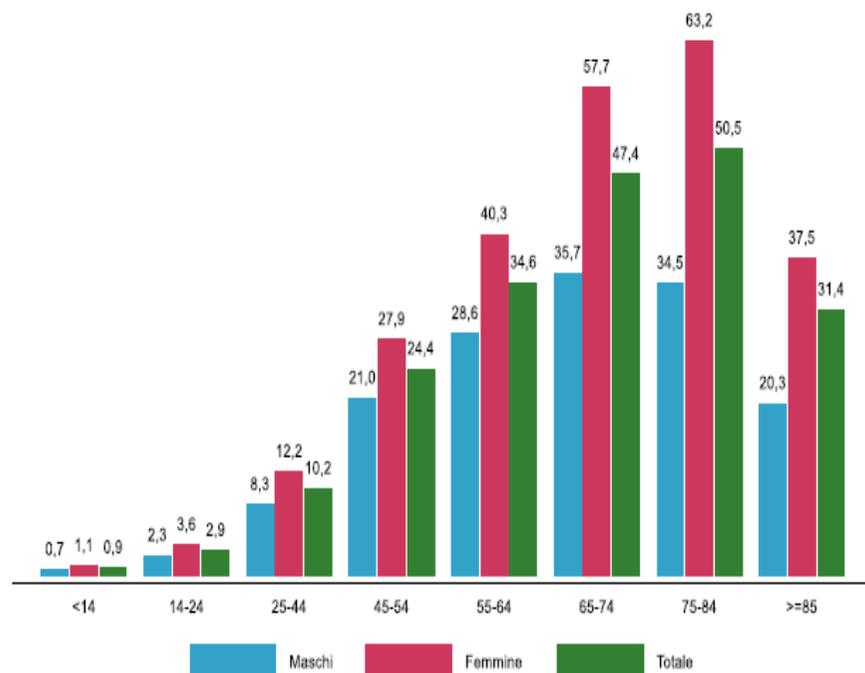


Figura 10.5 Prevalenza MORBO DI PARKINSON per sesso e classi di età – Tasso di prevalenza per 1.000 – Popolazione residente nell’Ausl di Modena – Anno 2022



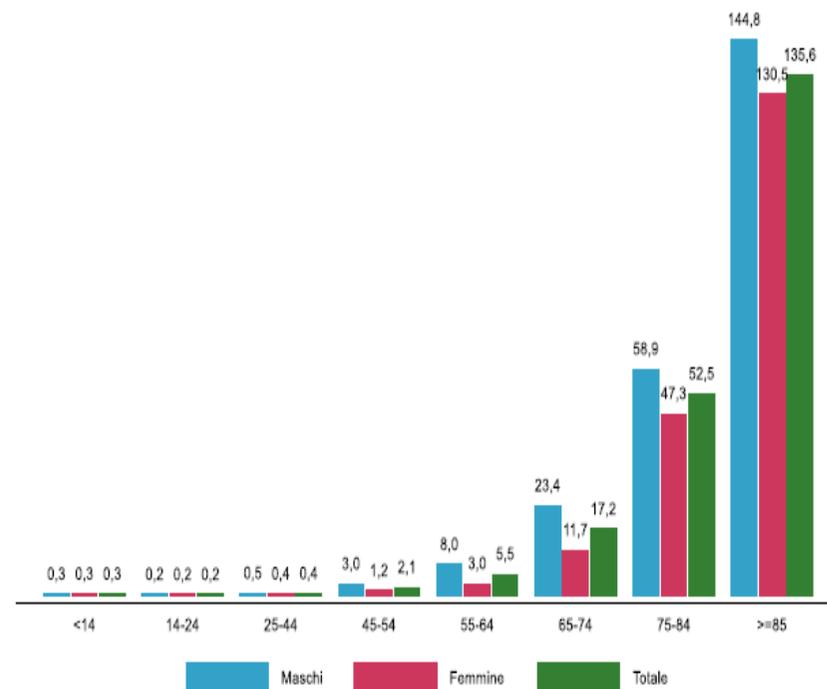
Prevalenza di MORBO DI PAGET /OSTEOPOROSI F9.366 M1.242 F/tot malati **88,2** Prevalenza di MORBO DI PARKINSON F1.842 M2.024 F/tot malati **47,6**

Figura 11.5 Prevalenza PATOLOGIE REUMATICHE per sesso e classi di età – Tasso di prevalenza per 1.000 – Popolazione residente nell’Ausl di Modena – Anno 2022



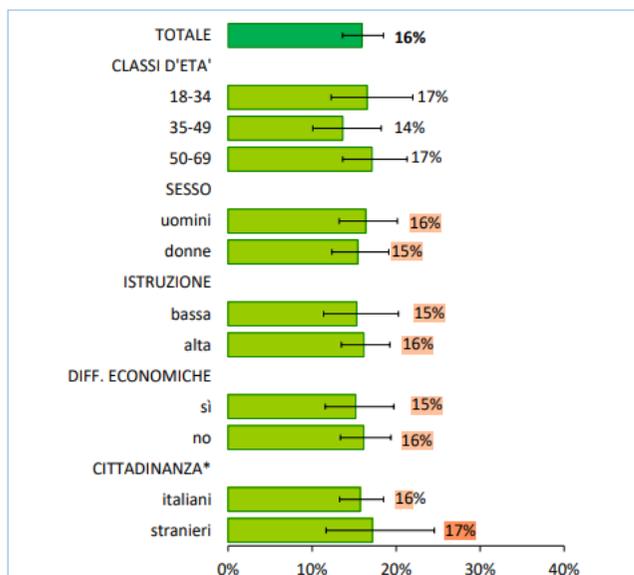
Prevalenza di PATOLOGIE REUMATICHE F10.057 M 5.904 F/tot malati 63,0

Figura 12.5 Prevalenza SCOMPENSO CARDIACO per sesso e classi di età – Tasso di prevalenza per 1.000 – Popolazione residente nell’Ausl di Modena – Anno 2022



Prevalenza di SCOMPENSO CARDIACO F4.666 M4.486 F/tot malati 50,9

STILI DI VITA - MOBILITA' FISICA



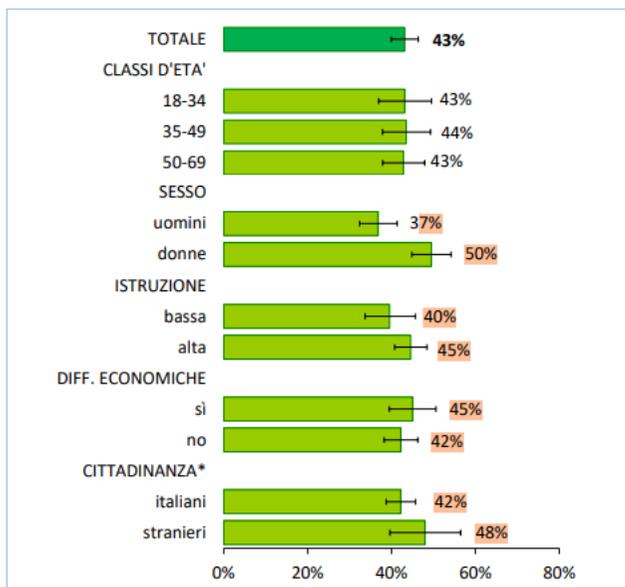
Persone che hanno utilizzato nell'ultimo mese la bicicletta per gli spostamenti abituali (%) - PASSI 2022-2023 (Provincia di Modena)

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

Utilizzo della **Bicicletta D 15% - U 16 %**. L'uso si lega presumibilmente a ragioni di necessità, in secondo ordine a ragioni sportive o tempo libero.

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.

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 que in ultimo mense tragitti a piedi per gli spostamenti abituali (%) - PASSI 2021-2022 (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)

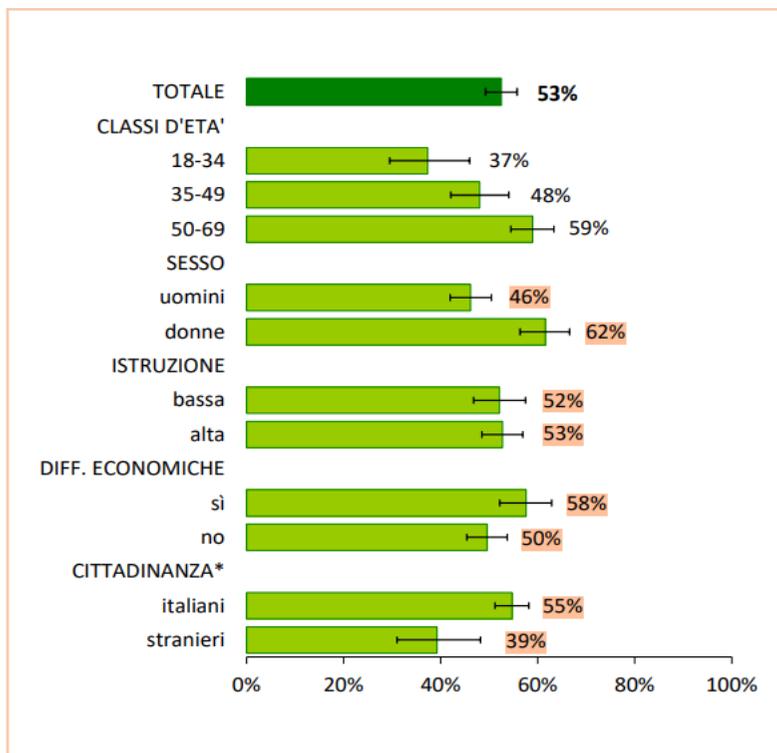
Camminate D 50% - U 37% La donna svolge maggiormente spostamenti a piedi x attività domestiche che prevedono l'accompagnamento di bambini o anziani a piedi. Sono spostamenti più brevi e che richiedono più tempo.

Complessivamente il 43% 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 superiore ai dati regionali (39%) e nazionali (38%).

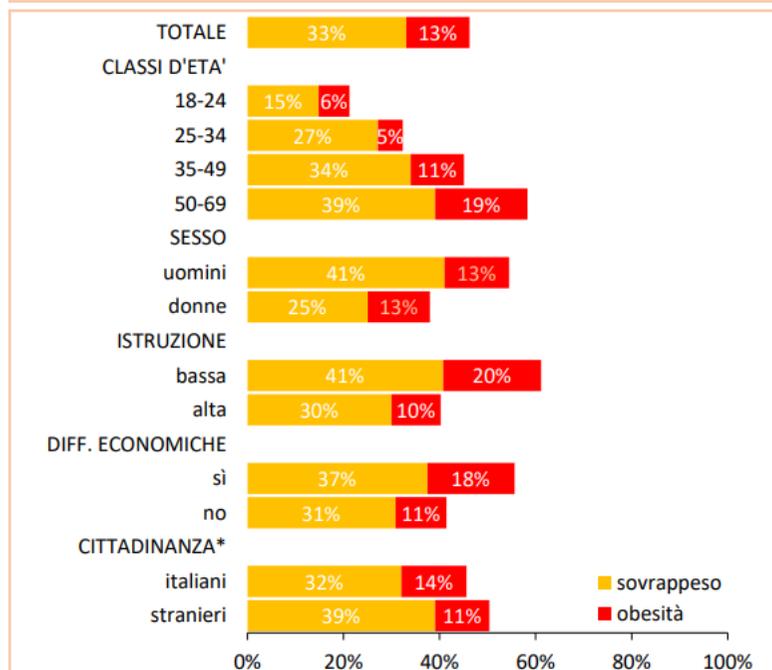
Riduzione rischio mortalità espresso in n. decessi per anno: MO - 21 x l'uso bicicletta e - 39 x spostamenti a piedi. RER - 158 x uso bici e - 256 x spostamenti a piedi. Ita - 1.608 x uso bici e - 4.810 x spostamenti a piedi.

Riduzione Co2 x uso bici + piedi, stima annuale: MO -t.34800, RER -234400t., Ita - 2712000t.

STILI DI VITA - NUTRIZIONE



Stato nutrizionale nelle persone di 18-69 anni (%) - PASSI 2022-2023

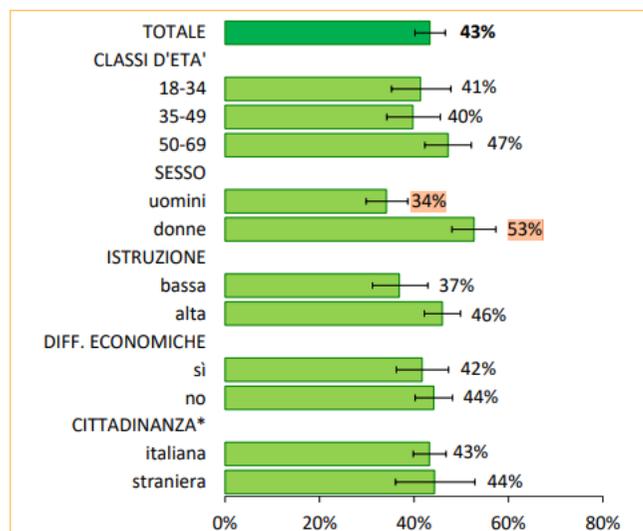


Consiglio sanitario di perdere peso alle persone in eccesso ponderale (%) - PASSI 2019-2023 (provincia di Modena)

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

L'eccesso ponderale aumenta con l'età e risulta maggiore tra gli **uomini 54%** rispetto alle **donne 38%**. E' maggiore tra le persone con bassa istruzione e quelle con difficoltà economiche. Nella provincia di MO è maggiore rispetto al dato RER e ITA: 43% con una ripresa dell'aumento dal 2020 dopo un periodo di decremento. Il **62% delle donne** ricevono più facilmente **raccomandazioni** a perdere peso e/o fare attività fisica rispetto agli **U 46%**

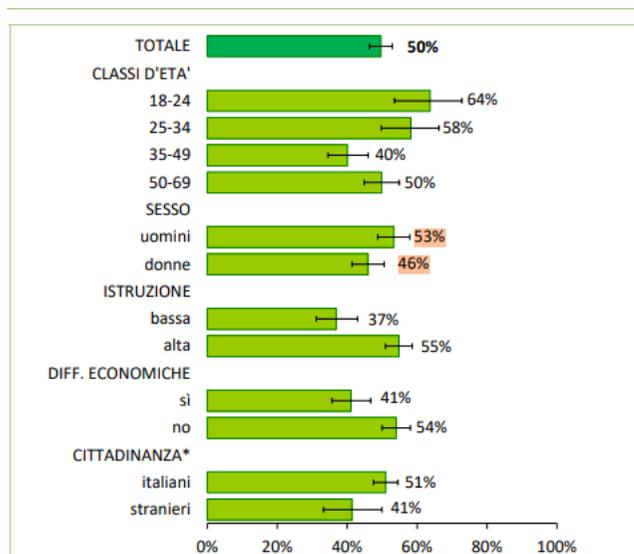
STILI DI VITA – CONSUMO DI FRUTTA E VERDURA



Consumo delle 5 o più porzioni di frutta e verdura raccomandate (%) - PASSI 2022-2023 (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 raccomandato di frutta e verdura: **7.9 % donne – 6.9 % uomini**. Il consumo corretto è più frequente nelle persone con alta istruzione. Nel 2023 vi è una tendenza alla riduzione delle porzioni: tra le donne, le persone con bassa istruzione e basso reddito.

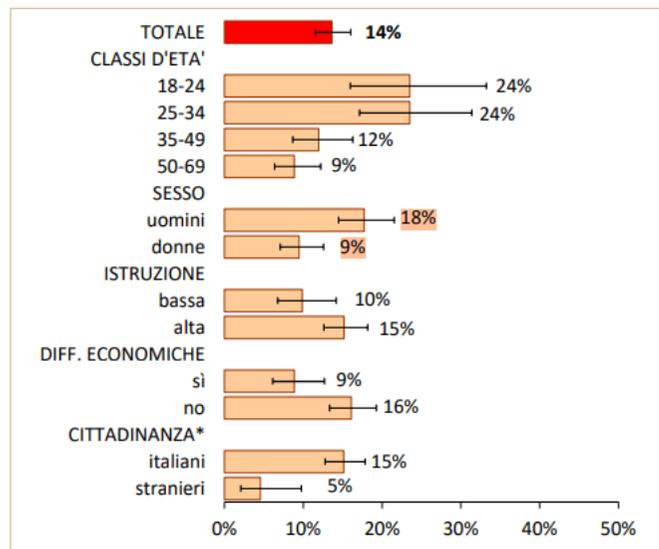
STILI DI VITA – ATTIVITA' FISICA



Attività fisica praticata nel tempo libero ai livelli raccomandati dall'OMS⁶ (%) - PASSI 2022-2023 (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)

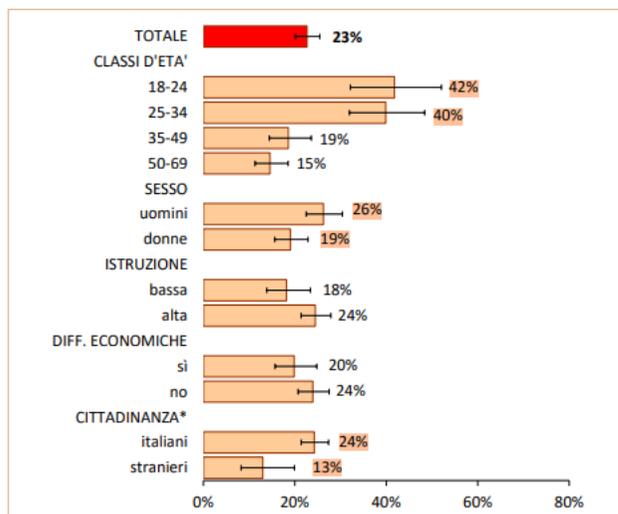
L'attività fisica **praticata nel tempo libero** è inferiore nella classe di età anni 35-49 anni, maggiore tra gli **uomini 53%** rispetto alle **donne 46%**, tra le persone con alta istruzione e quelle senza difficoltà economiche. Nella RER L'analisi regionale per sottogruppi di popolazione mostra una 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.

STILI DI VITA – CONSUMO ALCOL



Consumo binge (%) - PASSI 2022-2023 (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 alcol a maggior rischio nelle persone di 18-69 anni

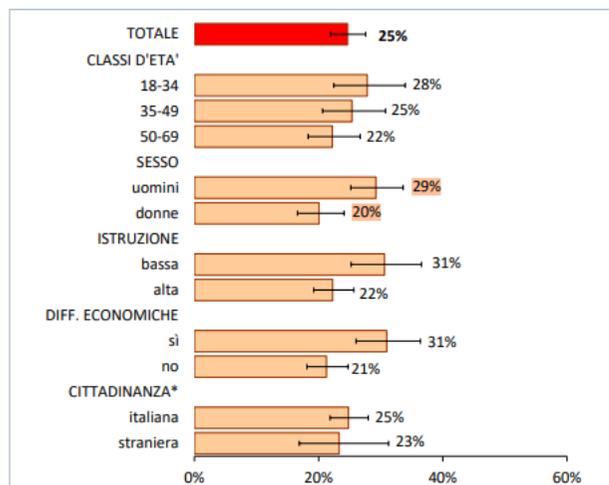
(%) - PASSI 2022-2023 (provincia di Modena)

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

A livello provinciale il consumo di alcol a maggior rischio è più diffuso tra: gli **uomini (26%)** rispetto alle **donne (19%)**, i più giovani (42% nel totale, 39% nei ragazzi di 18-24 anni e 45% nelle ragazze della stessa età), le persone senza difficoltà economica, le persone con alta istruzione, le persone con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA). Rimando dati DP

NB Nella popolazione adulta in genere le donne fumano meno, bevono meno alcol, mangiano in modo più corretto e fanno più attività fisica.

STILI DI VITA – CONSUMO FUMO



Fumatori (%) - PASSI 2022-2023 (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 >70: 116 mila persone pari al 25% della popolazione provinciale. Fumatori per genere **20%D e 29%U**

Abitudine al fumo nella fascia di età 18-69 anni: 25%, tra i quali il 4% è un fumatore occasionale e il 23% è forte fumatore (=>20 sigarette);

-non fumatori 52% persone che hanno smesso di fumare 23% (Emilia-Romagna 24%, ITA 24%)

Fumatori per età

- l'1% degli 11enni, il 6% dei 13enni, il 24% dei 15enni e il 35% dei 17enni. 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)**.

- 33% tra i 18-24enni

- 11% tra i 70-79

- 6% dopo gli 80

Fumatori per livello d'istruzione bassa 31% alta 22%

Fumatori con difficoltà economiche sì 31% no 21%

Fumatori per cittadinanza Ita 25% straniera 23%

Abitudine al fumo e malattia croniche

- senza malattie croniche maggiorenni <70 non fumatori 53%; ex fumatori 21%; fumatori 26%

- con almeno una malattia cronica maggiorenni <70 non fumatori 44%; ex fumatori 34% (più elevata rispetto a chi non presenta malattia croniche) fumatori 22% (21mila persone stimate); fumatori => 70 8%

L'uso di sigarette tradizionali assieme ad altri dispositivi non evidenzia differenze di genere 6% negli adulti in entrambi i sessi. E' maggiore tra i 18-34enni (13% rispetto al 5% nei 35-49enni e al 2% nei 50-69enni. Relativamente al fumo delle **sigarette elettroniche**, si osserva che il fumo quotidiano nelle **ragazze di 15 e 17 anni è maggiore** rispetto ai loro coetanei maschi.

L'uso di sigarette "rollate" non mostra differenze per genere (13% negli uomini e 12% nelle donne) ed è più alta tra i più giovani. (22% tra i 18-34enni rispetto al 12% dei 35-49enni e al 5% dei 50-69enni).

In provincia di Modena circa un intervistato su cinque (16%) ha dichiarato che nella propria abitazione è permesso fumare (nel 12% limitatamente ad alcune stanze o situazioni e nel 4% ovunque)

Negli ultimi 15 anni (2008-2023) l'abitudine al fumo tende a ridursi con una stabilizzazione tra il '20-'23

Complessivamente le donne fumano meno degli uomini ma negli ultimi anni **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.

Rimando a Dati DP

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 wend**. 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:

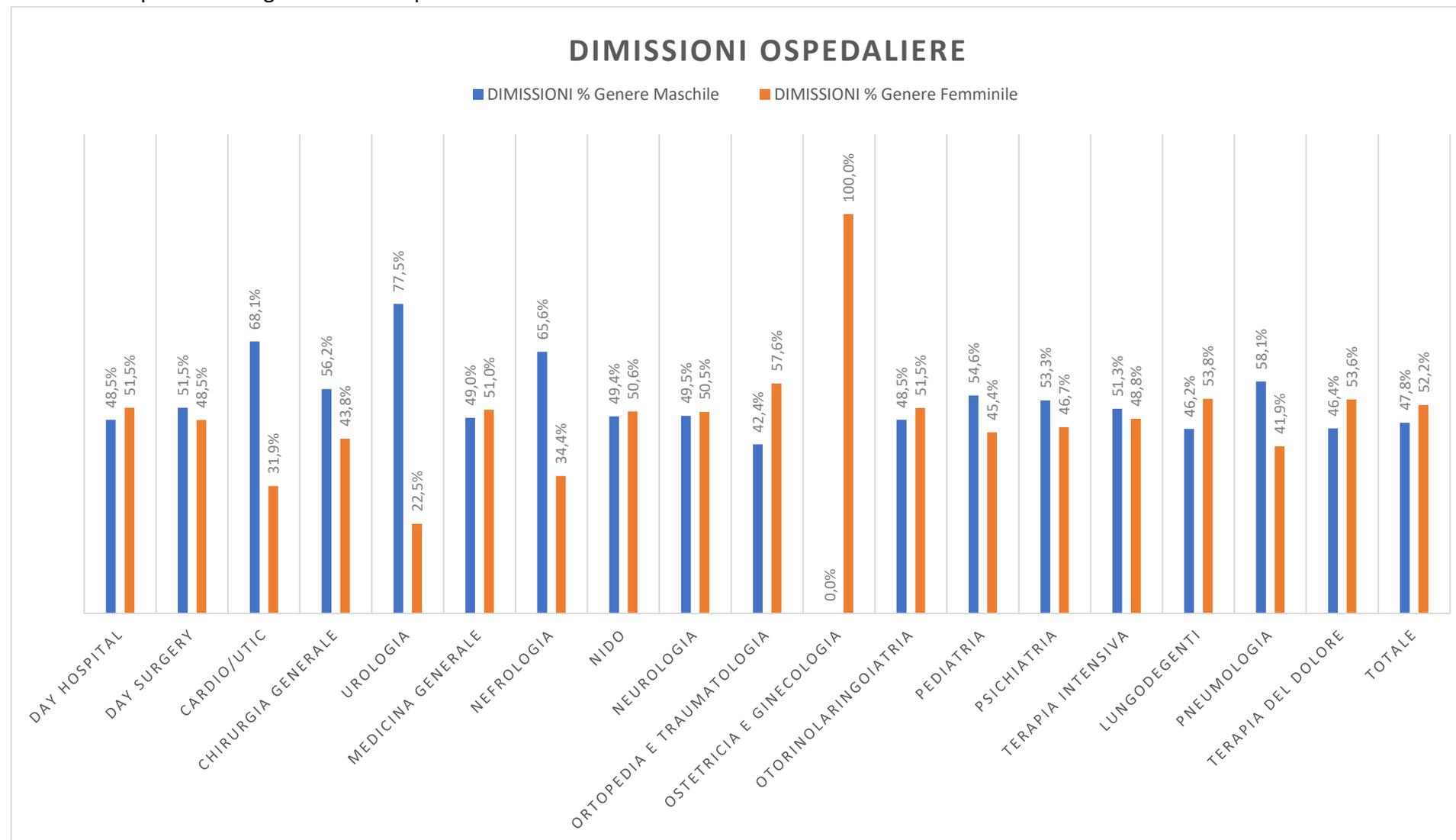
8-9 anni: stratificando per sesso e considerando separatamente il tempo dedicato alle due attività, si rileva che in un normale giorno di scuola: il **42,2% dei maschi verso il 37,2% delle femmine** trascorre più di 2 ore davanti ai device. Durante il fine settimana il 86,2% dei bambini ne trascorre 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 HBSC

ATTIVITA' DI RICOVERO

Dimissioni ospedaliere dagli stabilimenti pubblici della AUSL di Modena



Sintesi Valutazioni

Numero complessivo di **prestazioni: 24467** che corrispondono a **52,2% D e 47,8%U**. In sintesi, si può osservare una sostanziale rispondenza di volumi totali e differenziati per genere, tra le SDO dei ricoveri e le prestazioni diagnostiche ASA: visite, diagnostica, terapeutica, riabilitativa e laboratorio (vedi anche dati di approfondimento nelle schede di Laboratorio).

Cardiologia e UTIC >**U 68,1%**. Spiegabile con il fattore protettivo femminile fino alla menopausa degli estrogeni su pressione, colesterolo e glicemia sulle cardiopatie in senso lato. Gli eventuali falsi negativi femminili sarebbero comunque numeri bassi e riconducibili alle coronaropatie e IMA

Chirurgia >U56,2% 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: leggero >**D51%**. Il dato non si presta a interpretazioni per la poca differenza e vista la codifica di ricovero che rappresenta malattie molto varie.

Psichiatria >U 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. Per un approfondimento si rimanda alla scheda CSM;

Pediatria: (fascia 0-14/16) > **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: >**U58,1%** per patologie come K polmonare, BPCO e insufficienza respiratoria, che sono maggiori negli uomini anche se il KP è in incremento nelle D per l' aumento tabagismo;

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

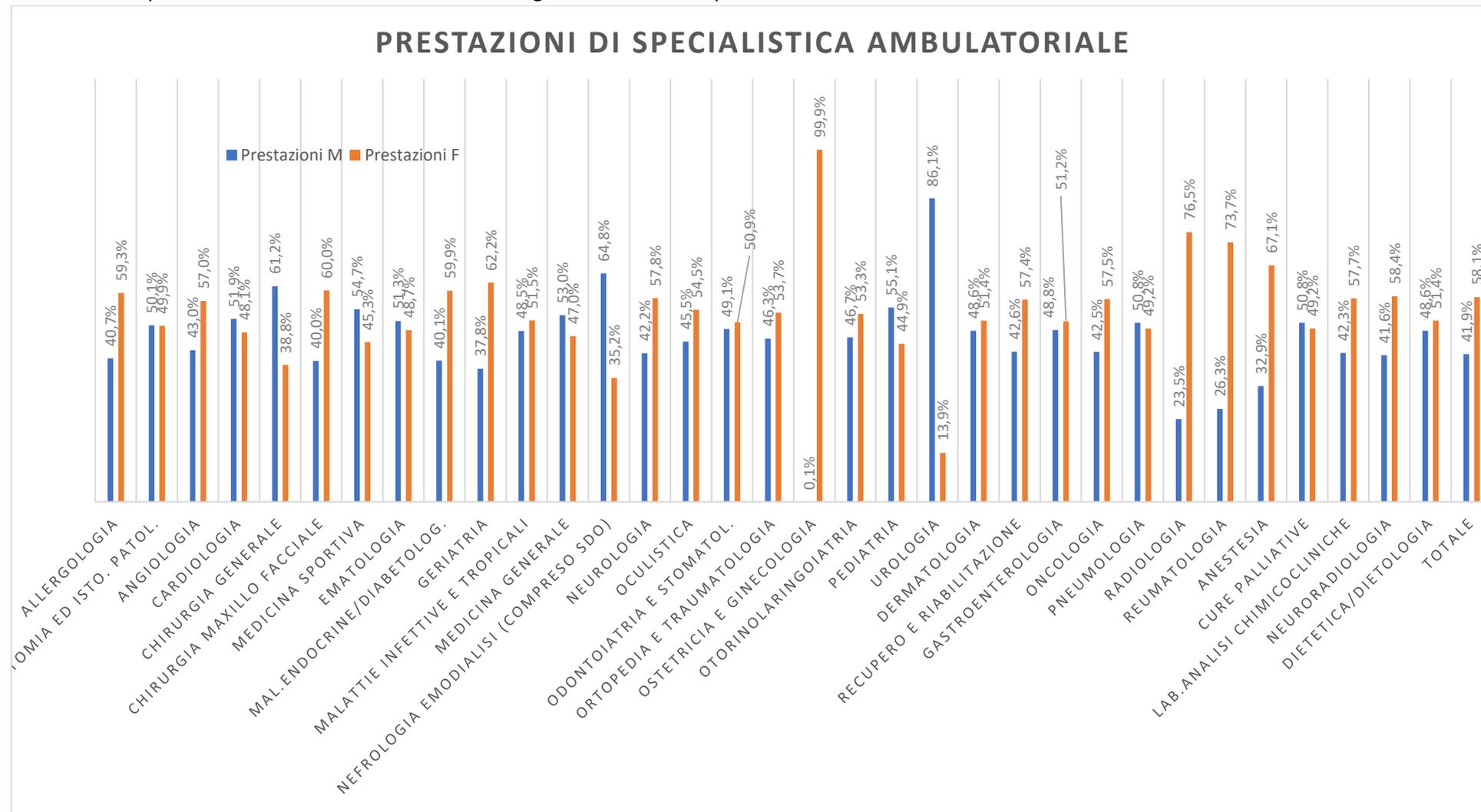
Lungodegenza >D53,8% per maggiore aspettativa di vita e per alto numero di trattamenti riabilitativi femminili;

Terapia del DOLORE >D 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 ma confluiscono in ASA

DH/DS: dato senza osservazioni di genere in quanto rappresenta prestazioni altamente polispecialistiche

ATTIVITA' AMBULATORIALE

Prestazioni di specialistica ambulatoriale a carico SSN erogate delle strutture pubbliche della AUSL di Modena



Sintesi valutazioni

Numero complessivo di prestazioni: **9195862** che corrispondono a **58,1%D** e **41,9%U**

Emodialisi e Nefrologia comprese SDO Nefro. Il dato vede una prevalenza maschile **64,7%** contrariamente ai dati di letteratura che riportano una leggera prevalenza femminile. E' stata quindi opportuna una lettura associata alla emodialisi quale driver maggiormente rappresentativo.

Allergologia >D 59,3% a causa delle malattie autoimmuni e malattie da contatto (detersivi per estetiste e parrucchiere) maggiormente diffuse nelle donne;

Angiologia >D 57,0% trattamenti maggiormente riconducibili a problematiche estetiche (es. varici) per le quali ricorrono maggiormente le donne;

Medicina dello Sport >U 54,7% per approfondimenti si rimanda alla sezione Medicina Sportiva; NB il dato di laboratorio è rappresentato solo dall'esame urine della MS

Endocrinologia Diabetologia: > D59,9% spiegabile per l'alta presenza di malattia endocrinologiche (tiroide) maggiormente diffuse nelle D. NB il diabete è più comune negli U per cui si è richiesto un dato scorporato al momento non disponibile

Geriatría: >D62,2% per aspettativa vita più alta e per l'incidenza delle cronicità e dell'ospedalizzazione maggiore per le donne;

Reumatologia > D73,7% imputabile a malattie autoimmuni maggiori nelle D;

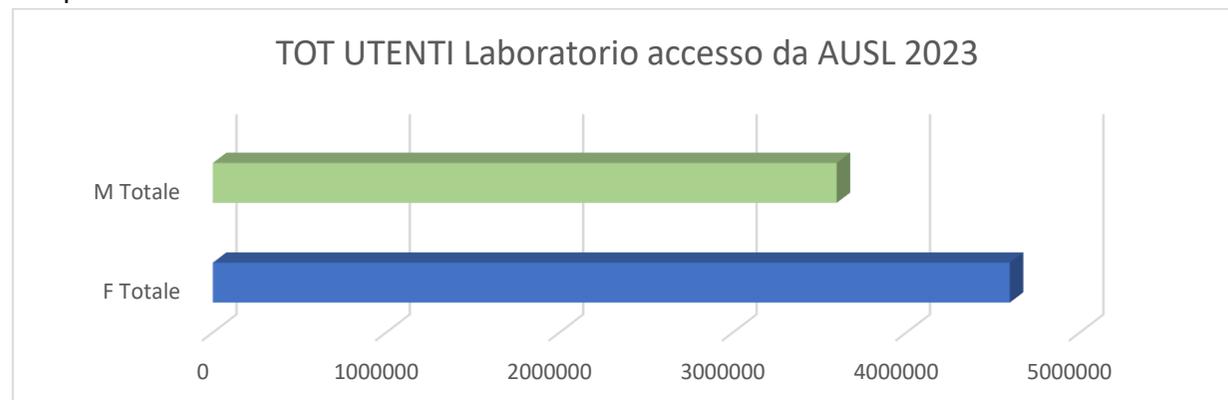
Neurologia >D 57,8% specie nella diagnostica, spiegabile per il monitoraggio di vari sintomi e patologie come le cefalee che sono > nelle D;

Anestesia >D 67,1% essendo prevalentemente terapie antalgiche applicate a malattie cronicizzate più diffuse nelle D;

Radiologia nettamente >D76,5%. L'alta incidenza è dovuta prevalentemente agli screening mammografici.

LABORATORIO

Tot prestazioni **8194879** di cui D **56%**.



Analisi delle prime 10 Totali **Emocromo+F**; Creatinina; **GPTALT**; **Glucosio**; Urine CFM; **Colesterolo**; **Trigliceridi**; **HDL**; TSH Reflex; GOT AST

Tot F 4596288 Prime 10: **Emocromo+F**; Creatinina; **GPTALT**; **Glucosio**; Urine CFM; **Colesterolo**; **Trigliceridi**; **HDL**; TSH Reflex; GOT AST.

Tot M 3598591 Prime 10 : **Emocromo+F**; Creatinina; **GPTALT**; **Glucosio**; Urine CFM; **Colesterolo**; **Trigliceridi**; **HDL**; GOT AST; **GammaGT**

anno 2023 utenti AUSL	Femmine				F Totale
	fascia d'età (anni)				
Prestazioni	da 0 a 15	da 16 a 35	da 36 a 65	oltre 65	
0021-Emocromo con formula	8475	47676	107253	106788	270193
103-Creatinina	6675	27479	92761	105664	232579
132-GPT - ALT	6946	32820	90723	89804	220293
751-Urine chimico fisico morfologico	9192	41921	87522	79432	218068
101-Glucosio	6839	31382	88702	88176	215100
600-TSH Reflex	4202	29912	81975	64153	180242
105-Colesterolo	3026	22423	79833	71272	176554
108-Trigliceridi	2700	21708	76487	68605	169500
106-Colesterolo HDL	2245	19170	72645	64396	158456
131-GOT - AST	5913	23976	62518	60690	153097

anno 2023 utenti AUSL	Maschi fascia d'età (anni)				M
	da 0 a 15	da 16 a 35	da 36 a 65	oltre 65	Totale
Prestazioni					
0021-Emocromo con formula	8489	23189	79482	90065	201225
103-Creatinina	6640	19435	75274	91752	193101
132-GPT - ALT	6951	20527	71648	74669	173795
101-Glucosio	6592	18060	70083	76188	170923
751-Urine chimico fisico morfologico	9152	19178	66990	69191	164511
105-Colesterolo	2886	16390	64488	57676	141440
108-Trigliceridi	2619	16884	64593	56400	140496
106-Colesterolo HDL	2169	13901	58976	53008	128054
131-GOT - AST	6026	15011	51622	51434	124093
135-Gamma-GT	2178	14225	48491	42300	107194

Sintesi Valutazioni

M >65 1515116 Primi10: Creatinina; Emocromo+f; Glucosio; GPT;Urine CFM; Colesterolo; Potassio;Trigliceridi; sodio; HDL. Spiegabile x prevenzione cardiovascolare

M 36-65 1526484 Primi10: Creatinina; Emocromo+f; Glucosio; GPT;Urine CFM; Colesterolo ;Trigliceridi; GOT AST;GammaGT; HDL. Spiegabile x prevenzione cardiovascolare

M 16-35 410205 Primi 10: Emocromo+F; GPT; Creatinina; UrineCFM; Glucosio; Trigliceridi; Colesterolo; GOT; GammaGT; HDL. Compare GammaGT spiegabile con indagini per abuso etilico

M 0-15 146780 Primi 10: Emocromo+F; GPT; Creatinina; UrineCFM; Glucosio; Ferritina; Colesterolo; GOT; Ferro; TSH Reflex . Compare GammaGT spiegabile con indagini x abuso etilico

F >65 1802683 Primi 10: Emocromo+F; creatinina; GPT; Glucosio; UrineCFM; Colesterolo; Trigliceridi; Potassio; HDL; TSH Reflex. Compare il TSH spiegabile x patologie tiroidee

F 36-65 1909700 Primi10: Creatinina; Emocromo+f; Glucosio; GPT;Urine CFM; Colesterolo; TSH Reflex;Trigliceridi; GOT AST; HDL. Spiegabile x prevenzione cardiovascolare

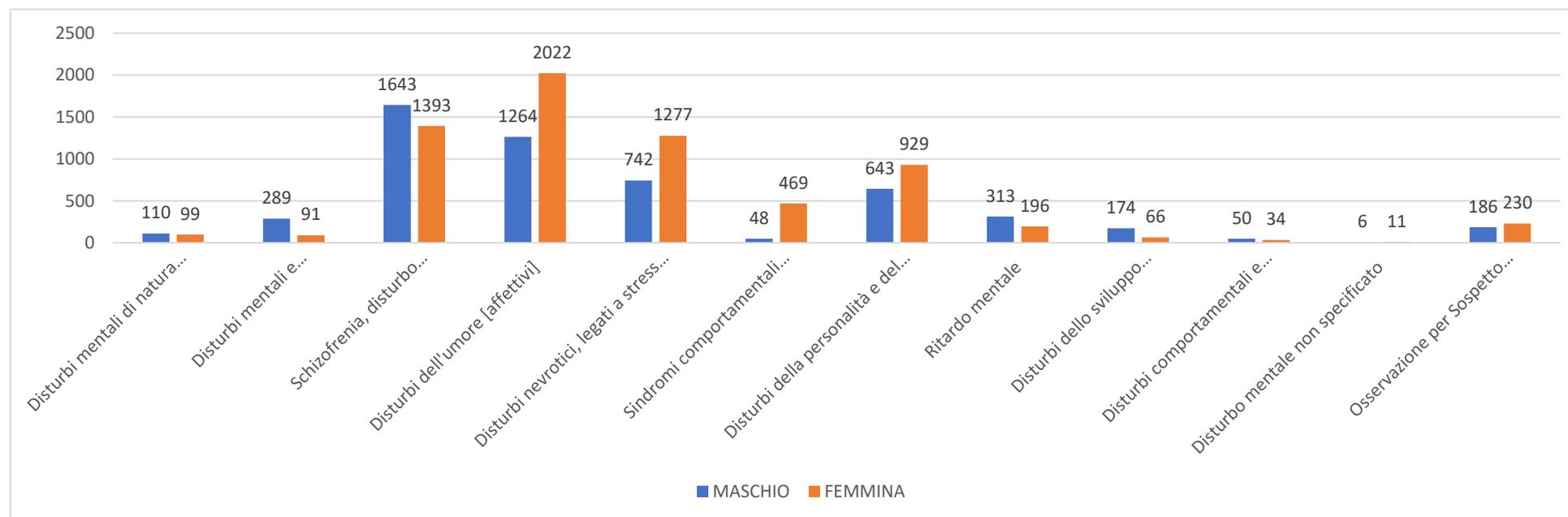
F 16-35 738285 Primi 10: Emocromo+F; UrineCFM; GPT; Glucosio; TSH Reflex; Creatinina; GOT; Colesterolo; Trigliceridi; HDL.

F 0-15 145616 Primi 10: Emocromo+F; GPT; Creatinina; UrineCFM; Glucosio; Ferritina; Colesterolo; GOT; TSH Reflex; Ferro. Compare GammaGT spiegabile con indagini per abuso etilico

Si segnala che, a differenza dei M, per le F all'11° e 12° posizione compare Toxoplasma IGG IGM riconducibile allo screening in gravidanza. Sono infatti rilevanti per la D rispetto all'U le indagini di laboratorio quali TSH reflex, Glucosio, Toxoplasma IGG IGM) spiegabile con gli esami per la gravidanza che complessivamente sarebbero: 271074 di cui nelle fasce di età 15-35:199921. Tot Esami per gravidanza D/D:5,9%; D/Tot 3,3%.

DSMDP PSICHIATRIA

UTENTI TRATTATI (ALMENO UNA PRESTAZIONE NEL 2023) - GRUPPI DIAGNOSTICI ICD10 PER GENERE					
GRUPPI DIAGNOSTICI ICD10	MASCHIO	FEMMINA	Totale complessivo	%D/TOTx dis	%D/TOT
Disturbi mentali di natura organica inclusi quelli sintomatici	110	99	209	52,6%	
Disturbi mentali e comportamentali da uso di sostanze psicoattive	289	91	380	76,1%	
Schizofrenia, disturbo schizotipico e disturbi deliranti	1643	1393	3036	54,1%	25%
Disturbi dell'umore [affettivi]	1264	2022	3286	38,5%	27%
Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi	742	1277	2019	36,8%	16%
Sindromi comportamentali associate e disfunzioni fisiologiche e a fattori fisici	48	469	517	9,3%	
Disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto	643	929	1572	40,9%	13%
Ritardo mentale	313	196	509	61,5%	
Disturbi dello sviluppo psicologico	174	66	240	72,5%	
Disturbi comportamentali e della sfera emozionale con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza (autismo?)	50	34	84	59,5%	
Disturbo mentale non specificato	6	11	17	35,3%	
Osservazione per Sospetto Malattia Mentale	186	230	416	44,7%	
Totale complessivo	5468	6817	12285	44,5%	



Patologie maggiormente presenti:

- Disturbi dell'umore [affettivi] 27%;
- Schizofrenia, disturbo schizotipico e disturbi deliranti 25%;
- Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi 16%;
- Disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto 13%.

Disturbi femminili per gruppo diagnostico.

Le **donne sono più affette da disturbi psichiatrici (55,5% sul totale)** di cui si riportano alcuni aspetti:

- maggior concentrazione è del **90%** sul totale del gruppo diagnostico "**Sindromi comportamentali associate e disfunzioni fisiologiche e a fattori fisici**";
- **45,9%** sul totale delle "**schizofrenie, disturbo schizotipico e disturbi deliranti**"
- minor concentrazione è del **23%** sul totale dei "**Disturbi mentali e comportamentali da uso di sostanze psicoattive**", dato che si riscontra anche nelle DP per quanto riguarda l'abuso di sostanze come le benzodiazepine.

I **disturbi dell'umore e affettivi**, al primo posto come incidenza sul totale, sono più presenti nelle donne (**61%**), come pure i **disturbi di personalità (59%)**. In entrambi i casi il dato è probabilmente sottostimato. Generalmente il rapporto è da 1/3 a 1/.

La "**Schizofrenia, disturbo schizotipico e disturbi deliranti**", gruppo diagnostico che si pone al secondo posto come incidenza sul totale, sono maggiormente a carico dei maschi, come pure **l'autismo nell'età adulta**.

In genere, **la differenza tra maschi e femmine** è spiegabile dalla **maggior propensione a farsi curare delle donne**, il cui **disturbo è mal tollerato socialmente (al lavoro, in famiglia e nella vita sociale)** e **subiscono maggiormente lo stigma**. Si rileva comunque negli anni e nei dati dei first level, una **riduzione della differenza tra maschi e femmine dei due gruppi diagnostici maggiormente incidenti (disturbi dell'umore e schizofrenie)**. I motivi di tale riduzione sono da ricercare tra le **determinanti di salute sociali, socio economiche e socioculturali**, queste ultime sono rappresentate dalla presenza di **comunità sempre più multietniche**.

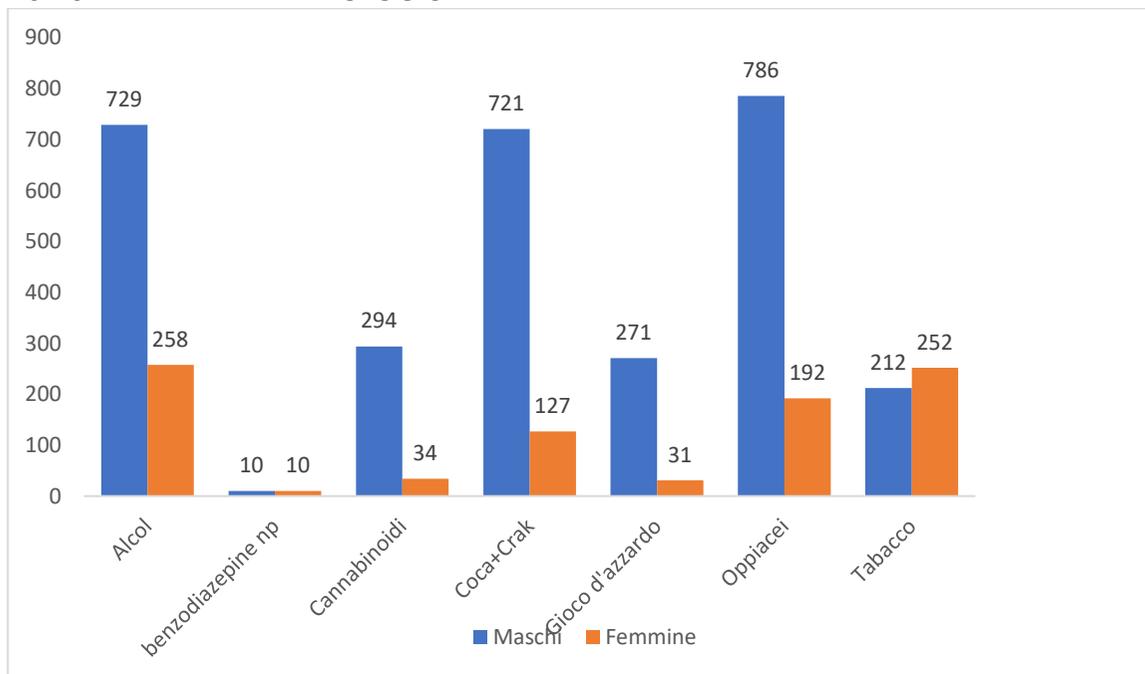
La **fascia di età** maggiormente interessata nelle malattie psichiatriche è la **over 35 (75,22%)** essendo le **patologie prevalentemente cronicizzate**. L'età nei disturbi alimentari si sta abbassando e riguarda anche il genere maschile. Tra le determinanti di salute, in questo caso, vediamo il cambiamento dei canoni maschili/femminili che si esprimono con simbolismi meno binari, la fortissima influenza massmediale, dell'industria estetica e del costume e il maggior accomodamento genitoriale rispetto a generazioni precedenti (sono spesso le madri che assecondano e accompagnano i figli adolescenti anche maschi alle cure estetiche anche chirurgiche).

Scolarità le malattie psichiatriche incidono maggiormente tra l'utenza con titolo di studio di scuola secondaria di primo o secondo grado. Tra i **laureati** è preponderante la **maggioranza femminile (75,8%)**.

Fra i **fattori di rischio** di malattie psichiatriche per l'**utenza femminile** abbiamo l'**incidenza di traumi e abusi subiti sia in infanzia/adolescenza che in età adulta**. Tra i fattori di rischio per entrambi i generi abbiamo **l'assenza (più frequente nelle donne) e/o la perdita del lavoro (più frequente negli uomini)**. Tale condizione incide maggiormente negli ultimi anni per frequenza e determina dinamiche sociali aggravanti, diversi nei due generi: per l'uomo rappresenta maggiormente un indebolimento di ruolo e di identità maschile, per la donna riduce le capacità di autodeterminazione e autodifesa, specie nell'età adulta/anziana o in concomitanza di violenza domestica ed economica.

Per le **donne fattori di protezione** sono rappresentati dalla **famiglia, generalmente più inclusiva/protettiva nelle fasi giovanili/adolescenziali**, e dalla **maternità**, che può agire nella donna come obbligo sociale e riduzione dello stigma della malattia mentale più alto nella donna rispetto all'uomo.

DSMSP DIPENDENZE PATOLOGICHE



DP Sintesi Valutazioni

Utenza in carico nel 2023: **Tot 5039 4064M 975F**. Donne pari al **19.3%** che conferma il **rapporto 1/5 stabile per le DP**. Utenza in carico e nuovi ingressi al 11/24: 2095M 919F tot 3824. Dato rilevante è che a novembre 2024 le donne in carico sono aumentate e rappresentano il 24,3%.

Età: <30: **in carico 8%F, 12%M; nuovi ingressi 14%F, 19%M**

La fascia di età si è alzata per droga e sostanze psicoattive in genere e per l'alcolismo che tende a cronicizzarsi nelle persone adulte e anziane. Se si considera il gaming patologico, che ha analogia alterazione neurologica delle patologie ICD10 (Classificazione Internazionale WHA delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati), l'età media si alza ulteriormente.

CITTADINANZA

Donne: **l'85% sono italiane**. Uomini: il 79% 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

DIPENDENZE SPECIFICHE

ALCOL: F 26% - M 74%

Indicatori di consumo: life time (1 volta nella vita) – ultimi 30 gg – ultimi 7 gg. L'indice di incremento vede il raddoppio delle donne nel 2024. Si confermano così i dati della Medicina dello Sport rilevati nel bilancio anno precedente. L'incremento dell'alcol nelle donne e maggiormente rilevabile nelle straniere perché sostanza più accessibile rispetto ad altre.

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 perché più sensibili degli U al danno organico che ne deriva

BENZODIAZEPINE: F 63% - M 36%. Si riferisce al consumo in modo continuativo. Il dato è in linea con i dati mondiali, sia nella popolazione adulta che adolescenziale. La maggioranza femminile è spiegabile col fatto che non rappresenta un atto illegale ed è poco visibile.

TABAGISMO mediante interventi individuali e corsi CAF (Corsi Anti Fumo) sono 242 totali: **F 131 (54%) – M 111 (46%)**. La maggioranza femminile è giustificabile con la maggior predisposizione delle D a partecipare ai corsi antifumo. Sui nuovi accessi del 2024 vi è il 39% in più delle F rispetto agli U. Stanno crescendo le D che "si fanno curare". Sia donne che uomini vi accedono nella fascia di età 51-60 anni. Le D sono il 37% ma in aumento costante negli anni. Il dato è coerente con le attività della Medicina dello Sport e l'incidenza delle patologie polmonari, che sono maggiormente in incremento nelle D.

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

OPPIACEI: D20%-U80% che conferma il rapporto stabile 1/5

OPPIOIDI (sostanze sintetizzate). 20%F, 80%M. Il 50% sono persone Italiane. Il fenomeno è rilevabile solo dai dati di accesso al servizio, che non corrisponde al dato reale del consumo.

COCAINA E CRACK (Cocaina fumata): D 15% U 85%. Nei nuovi ingressi **cresce la dipendenza nelle donne: D 23% U 77%** con un incremento del 28%

CANNABINOIDI D/U 11,56%

FARMACI è diffusa l'assunzione precoce nelle ragazze e donne giovani

FATTORI DI RISCHIO/PROTEZIONE

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.

Altro forte fattore di rischio per la donna è la relazione con un compagno che abusa delle sostanze.

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 iperprotettivi o fortemente disinteressati sono entrambi fattori di 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;

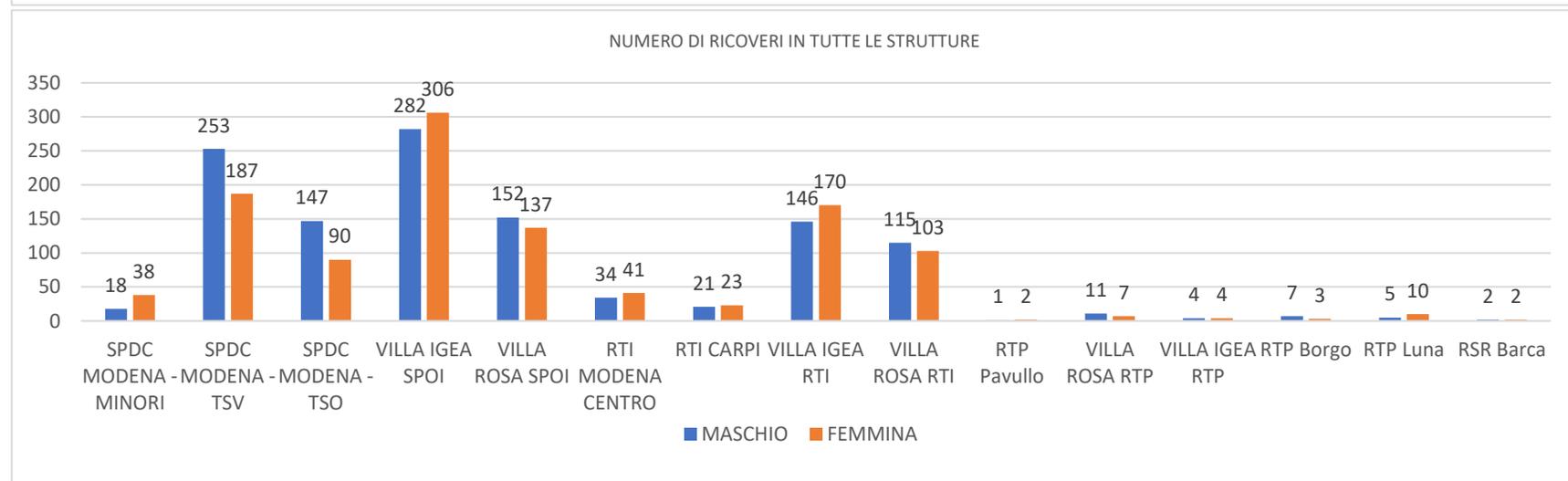
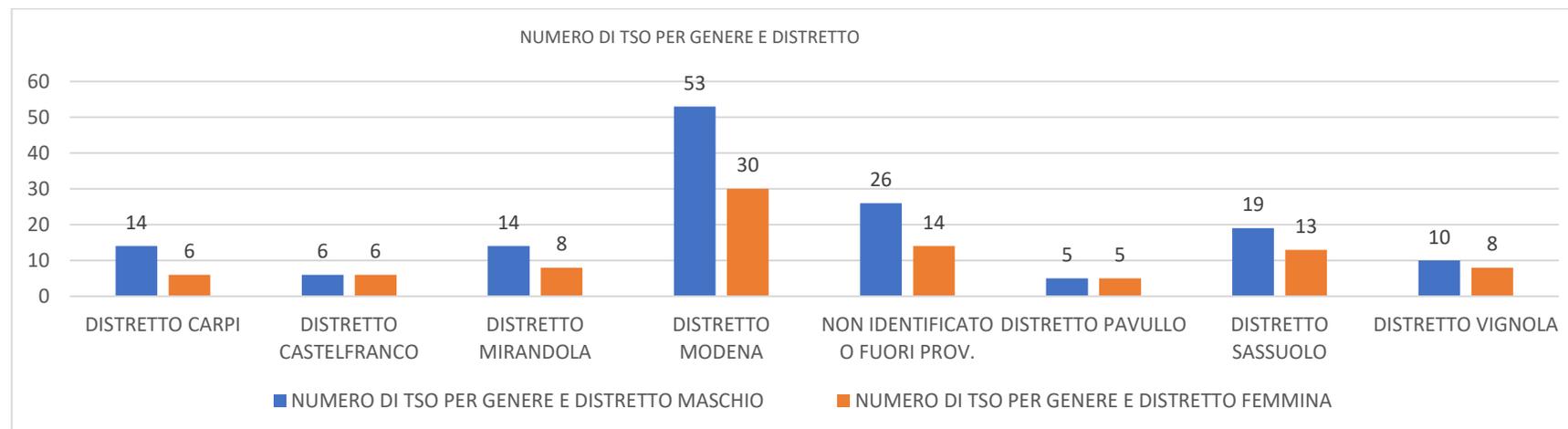
-DP MO capofila RER progetto coordinamento interventi con forze dell'ordine per comportamenti a rischio in strada;

-Servizi a carico DP come il CAF, a differenza di altre aziende quali BO e AOU

DSMDP DOMICILIARITA'

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".

DSMDP OSPEDALIZZAZIONE

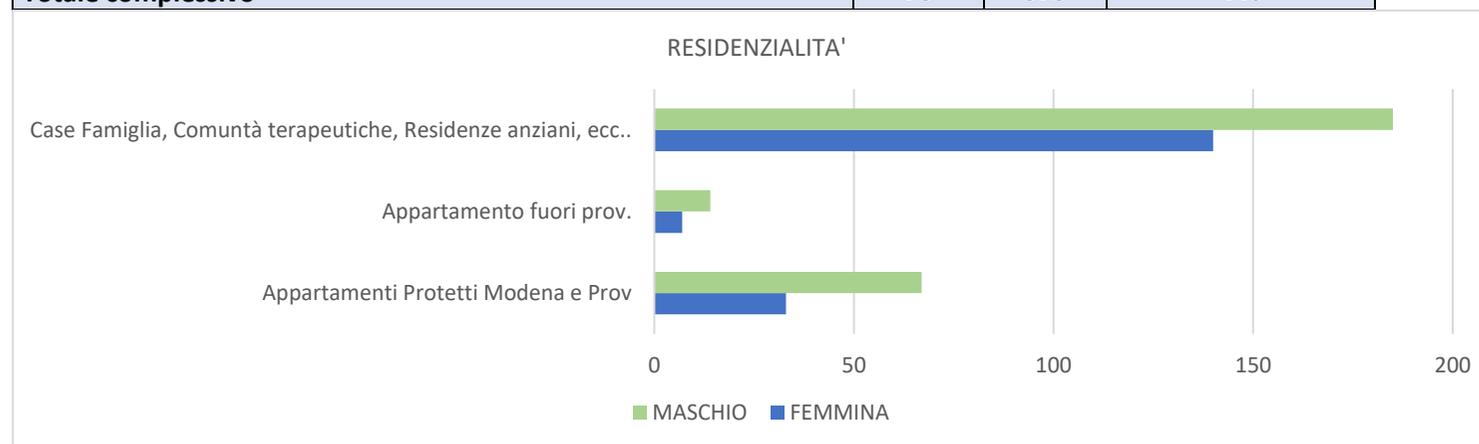


I **TSO e TSV** sono **maggiori per gli uomini: 62%**, data la maggiore espressività di comportamenti oppositivi maschili e le sintomatologie che portano al trattamento. Sono in **aumento gli stranieri** con una stima attuale sul **30%-35% tra cui i maschi sono oltre il 75%**. L'utenza è affetta da disturbi psichiatrici ma il quadro si accompagna spesso dall'abuso di sostanze illegali che danno dipendenza. All'interno di **SPOI e RTI RTP e RSR le donne raggiungono la numerosità maschile** essendo trattamenti e sintomatologie meno intense

DSMDP RESIDENZIALITA' SOCIO SANITARIA

RESIDENZIALITA SOCIO SANITARIA PER GENERE				
Suddivisione Residenzialita Socio sanitaria in macro aree	FEMMINA	MASCHIO	Totale complessivo	%D/tot
Appartamenti Protetti Modena e Prov	33	67	100	33
Appartamento fuori prov.	7	14	21	33,33333
Case Famiglia, Comunità terapeutiche, Residenze anziani, ecc..	140	185	325	43,07692
Totale complessivo	180	266	446	40,35874

RESIDENZIALITA SOCIO SANITARIA PER FASCIA D'ETA'				
Suddivisione Residenzialita Socio sanitaria in macro aree	< 35	>= 36	Totale complessivo	%<35/tot
Appartamenti Protetti Modena e Prov	24	76	100	
Appartamento fuori prov.	10	11	21	
Case Famiglia, Comunità terapeutiche, Residenze anziani, ecc..	39	286	325	
Totale complessivo	73	373	446	

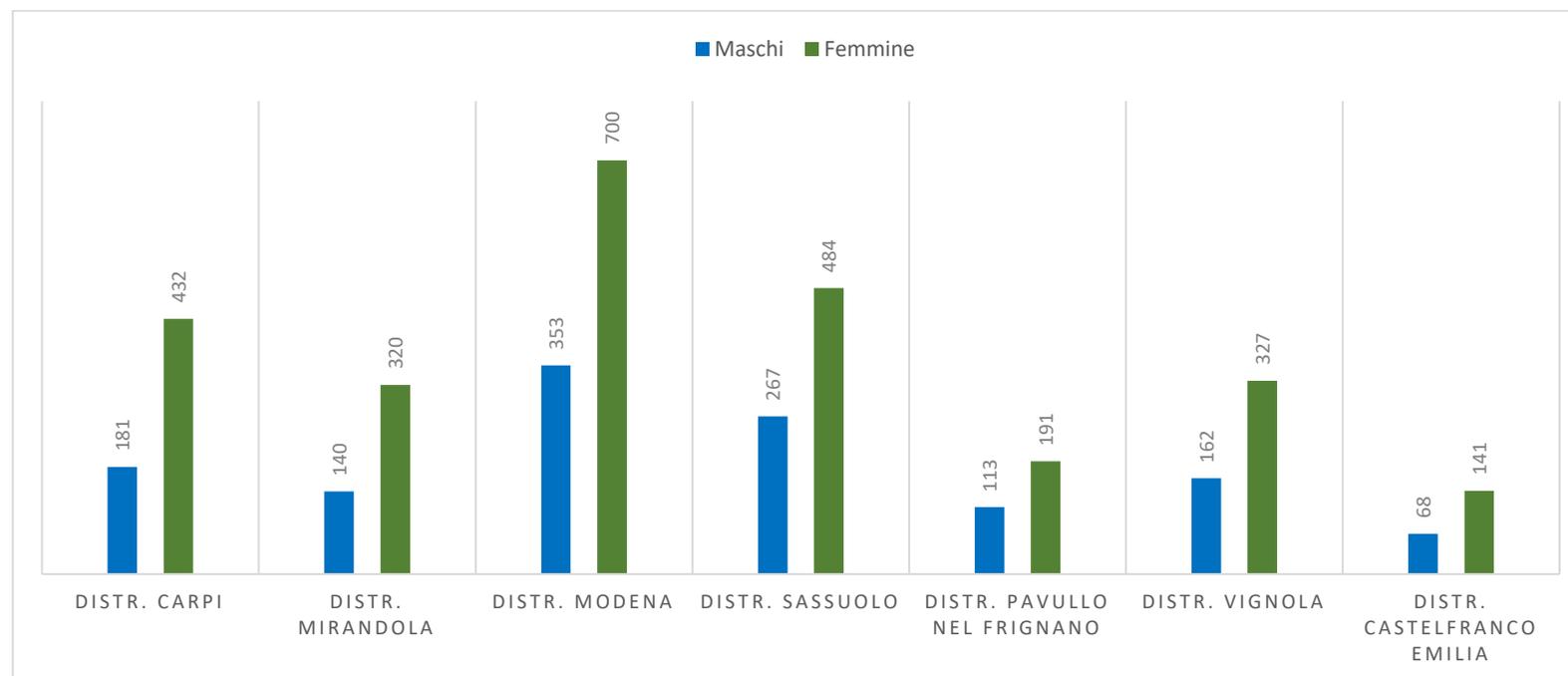


Psichiatria. Anche nella residenzialità. l'utenza femminile è maggiore di quella maschile per la tendenza maggiore nei maschi ad essere accuditi rispetto alle femmine, che si rivolgono più frequentemente ai servizi non avendo supporti familiari o di coppia.

DP Le D utenti affette da tossicodipendenza hanno subito maggiormente traumi familiari nell'infanzia/adolescenza e hanno specificità di rischio indotte dalle relazioni che possono instaurare con maschi, pertanto sono necessarie comunità esclusivamente femminili.

Sono comunità alloggio con accesso prevalentemente di utenti italiani: 95% a maggioranza maschile: 59,70% con scolarità prevalente di scuola secondaria di I° e II°.

DASS UTENTI CRA – CASA RESIDENZA ANZIANI



Tot ospiti 12 anni 45902 di cui D31224 U14678 D **68,02%** tot ospiti 2023 **3879** di cui **D 66,89%**

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

Anno 2023 Tot **ospiti 3879** di cui D2595 U1284 D **66,89%**

grave disturbo comportamentale Tot ospiti 683 di cui D464 U219 **D67,93%**

elevato **bisogno sanitario** e correlato **bisogno assistenziale** Tot ospiti 1322 di cui D819 U503 **D 61,95%**

disabilità severa Tot ospiti 1670 di cui D1184 U486 **D 70,89%**

disabilità moderata Tot ospiti 204 di cui D128 U76 **D 62,74%**

Si evidenzia la netta prevalenza femminile 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 famigliari o extrafamiliari. In relazione agli anni precedenti

DASS UTENTI CD – CENTRO DIURNO

Tot ospiti 858 di cui D567 U291 **D 66,08%** così distinti

non autosufficiente con demenza e gravi disturbi del comportamento Tot ospiti 209 di cui D124 U85 **D59,33%**

non autosufficiente di grado severo Tot ospiti 137 di cui D96 U41 **D70,07%**

non autosufficiente di grado moderato Tot ospiti 512 di cui D347 U165 **D67,77%**

Nel 2023 si conferma la presenza delle donne nelle strutture socio sanitarie residenziali di circa il doppio rispetto a quella degli uomini. Ciò è spiegabile con il fatto che gli uomini sono più spesso assistiti a domicilio, da caregiver donna. Anche nei Centri diurni vi è la prevalenza femminile. Il dato è 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 familiari o extrafamiliari.

DSP IGIENE PUBBLICA

DIFFERITE

Difterite per testa da 0 a 100 anni					
	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

Dati anno '23 **D20604 U19747**. Raffronto anno '22 D19380-U17934

Non si rilevano grosse differenze tra quest'annata e le annate precedenti, sia in termini di somministrazioni complessive, per età e per sesso. La maggioranza femminile è giustificabile dal percorso fisiologico (gravidanza e puerperio) a cui è sottoposta la donna. Il tema della difterite anche dal PRP è diventato importante soprattutto nel genere femminile per gravidanza e puerperio.

TETANO

Tetano per testa da 0 a 100 anni					
	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

Dati anno '23 **D20704 U 19837** raffronto anno '22 D19436-U17985

Non si rilevano grosse differenze tra quest'annata e le annate precedenti, sia in termini di somministrazioni complessive, per età e per sesso. La maggioranza femminile è probabilmente perché le donne sono più attente al tema di salute, nonostante la profilassi antitetanica x legge sia legata all'attività lavorativa (attività fisiche pesanti più praticate dagli uomini).

PERTOSSE

Pertosse							* COND ESPO = 13 DONNE IN GRAVIDANZA
	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

Dati anno '23 D20059 U19254 raffronto anno '22 D21808-U17665

Non si rilevano grosse differenze tra quest'annata e le annate precedenti, sia in termini di somministrazioni complessive che per età e per sesso. Prosegue in maniera efficace la presa in carico delle donne in gravidanza, che continuano a rappresentare oltre il 6% delle vaccinazioni anti-pertosse effettuate a donne maggiorenni

PAPILLOMA VIRUS

Papilloma Virus FEMMINE					
	COORTE 1995	COORTE 1996	COORTE 1997	COORTE 1998	TOTALE
2020	36 no		no		36
2021	38		23 no		61
2022	662		278	132	1072
2023	247		146	85	624

Papilloma Virus (TUTTE LE FASCE ETA)					
	MASCHI MIN	MASCHI MAG	FEMMINE MIN	FEMMINE MAG	TOTALE
2020	3392	170	3187	618	7367
2021	7114	141	6748	713	14716
2022	7496	299	7256	2578	17629
2023	6774	488	6287	1929	15478

Dati anno '23 D8216 U7262 raffronto anno '22 D9834-U7795

Si registra un calo significativo delle vaccinazioni anti-HPV somministrate. Il dato è compatibile con l'alta copertura nelle coorti delle 25enni (>90% già vaccinate in età adolescenziale). Contestualmente si registra un significativo incremento delle vaccinazioni anti-HPV somministrate ai maschi maggiorenni, dato indicativo della maggior adesione a questa vaccinazione.

La maggiore adesione femminile 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 1952 AL 1957		COORTE 1952 AL 1958	
	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

Dati anno '23 **D2349 U2321** raffronto anno '22 D5672-U5342

Si conferma una adesione uguale per entrambi i sessi alla campagna vaccinale dei 65enni. I dati sostanzialmente equiparabili U e D con deciso incremento dal 2022 come buon esito 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

Dati anno '23 **D4955 U5506** raffronto anno '22 D4910-U5371

Dati sostanzialmente equiparabili per genere. La riduzione nei 3 anni precedenti è spiegabile con associazione altre campagne vaccinali negli anni precedenti es COVID ANTIFLU che potrebbero aver disincentivato l'adesione a questa vaccinazione

MORBILLO-PAROTITE-ROSOLIA

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

Dati anno '23 D6264 U6833 raffronto anno '22 D5452-U5969

Non si rilevano grosse differenze tra quest'annata e le annate precedenti, sia in termini di somministrazioni complessive che età e per sesso. dati equiparabili per genere nonostante chiamata attiva per le D

AntiCOVID-19

COVID					
	MASCHI MIN	MASCHI MAG	FEMMINE MIN	FEMMINE MAG	TOTALE
2020					
2021					
2022					
2023	891	31868	778	34839	68376

Dati anno '23 D 35617 U32759 raffronto anno '22 D298171-U286386

Si rileva una 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 multi dose, pertanto, tendenzialmente aperto con una programmazione di almeno 6 vaccinazioni.

Anti FLU

INFLUENZALE	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

Dati anno '23 **D105129 U86014** raffronto anno '22 D79454-U66175

Dati in aumento probabile motivo campagna vaccinale a copertura massiva.

Monkey Pox

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

Dati anno '23 **D0 U55** raffronto anno '22 D0-U169

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

DSP MEDICINA SPORTIVA

Adesione ai diversi sport Disabilità e sport agonistici

Azienda USL:	Modena
ANNO:	2023

sport compresi nella tab. A del D.M. 18 febbraio 1982.

	numero totale atleti visitati						Idonei						Non idonei per patologia						Non giudicati per incompleta documentazione diagnostica					
	maschi			femmine			maschi			femmine			maschi			femmine			maschi			femmine		
	<18 anni	18 - 39 anni	≥ 40 anni	<18 anni	18 - 39 anni	≥ 40 anni	<18 anni	18 - 39 anni	≥ 40 anni	<18 anni	18 - 39 anni	≥ 40 anni	<18 anni	18 - 39 anni	≥ 40 anni	<18 anni	18 - 39 anni	≥ 40 anni	<18 anni	18 - 39 anni	≥ 40 anni	<18 anni	18 - 39 anni	≥ 40 anni
Automobilismo	0	5	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bocce	0	0	2	0	0	2	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Golf	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Motociclismo	13	4	0	2	0	0	13	4	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Altri sport di sq	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Altri sport indiv	18	9	9	8	0	0	18	9	9	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Atleti diversam	0	13	9	0	13	0	0	13	9	0	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale	31	31	20	12	13	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Dati 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

Raffronto 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 Fare grafico 4 anni trend

Il grafico evidenzia andamento stabile con oscillazioni poco significative e un leggero decremento delle visite.

Pallavolo >D x fattori socio culturali. E' evidente l'alto n. di < 18 anni M x calcio, speculare all' alto n. di <18 D x 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.

Atleti disabili dati anno '23 D39-U99 28,3%D/tot

raffronto anno '22 D28-U117 19,13%D/tot

Il grafico evidenzia un leggero aumento delle D nelle visite in linea con il trend post covid e altri fattori di casualità.

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

sport compresi nella tab. B del D.M. 18 febbraio 1982.																								
numero totale atleti visitati						Idonei						Non idonei per patologia						Non giudicati per incompleta documentazione diagnostica						
maschi			femmine			maschi			femmine			maschi			femmine			maschi			femmine			T m+F
<18 anni	18 - 39 anni	≥ 40 anni	<18 anni	18 - 39 anni	≥ 40 anni	<18 anni	18 - 39 anni	≥ 40 anni	<18 anni	18 - 39 anni	≥ 40 anni	<18 anni	18 - 39 anni	≥ 40 anni	<18 anni	18 - 39 anni	≥ 40 anni	<18 anni	18 - 39 anni	≥ 40 anni	<18 anni	18 - 39 anni	≥ 40 anni	
Atletica leggera	126	76	57	171	30	15	124	73	56	169	30	15	0	0	0	0	0	2	3	1	2	0	0	
Calcio	1940	109	5	69	3	1	1902	104	3	68	3	1	0	1	0	0	0	38	4	2	1	0	0	
Ciclismo	29	10	44	0	3	1	29	10	40	0	3	1	0	0	2	0	0	0	0	2	0	0	0	
Nuoto	135	20	12	176	12	3	126	20	11	174	12	3	1	0	0	0	0	8	0	1	2	0	0	
Pallacanestro	567	33	2	85	4	0	553	32	1	84	4	0	0	0	0	0	0	14	1	1	1	0	0	
Pallavolo	374	44	2	1233	79	4	372	44	1	1219	78	3	0	0	0	0	0	2	0	1	14	1	1	
Tennis	154	15	23	76	4	0	154	14	21	76	4	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	
Altri sport di sq	297	26	2	56	4	0	291	25	2	51	3	0	0	0	0	0	0	6	1	0	5	1	0	
Altri sport indiv	364	73	27	1443	67	6	356	69	23	1436	65	6	0	0	0	0	0	8	4	4	7	2	0	
Atleti diversam	12	63	24	15	22	2	12	63	24	15	22	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Totale	3998	469	198	3324	228	32	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
T M F	4665			3584																				8249
D/U%				43,4																				
T M F Calcio	2054			73																				2127
Calcio D/U%				3,43																				
T M F Volley	420			1316																				1736
Volley D/U%				75,8																				
Disabili tot																								138
Disabili D/U%				28,3																				

DSP SERVIZIO PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO

	2023		
	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
ACCERTAMENTO IDONEITA' LAVORATIVA (ART.41 D.LGS 81/08)	49	91	140
ACCERTAMENTO IDONEITA' FISICA AL LAVORO (ART.5 LEGGE 300/70)	19	10	29
ACCERTAMENTO COMPATIBILITA' STATO DI SALUTE (LEGGE 68/99)	1	0	1
CAPACITA' LAVORATIVE RESIDUE REINSERIMENTO CARDIOPATICO	18	0	18
EX ESPOSTI AMIANTO	1	0	1
ESAMI DI ALLERGOLOGIA CUTANEA PROFESSIONALE	12	17	29
DENUNCE MP	385	219	604
INCHIESTE MP	15	4	19
INCHIESTE INFORTUNI	110	15	125
TOTALE	610	356	966

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

anno '23 U49-D91 raffronto anno 22U16-D8

Si rileva un aumento degli accertamenti spiegabile 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

anno '23 U19-D10 raffronto anno 22 U16-D8

Dato leggermente più alto x U, ma complessivamente poco significativo.

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

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

Dati non rivelano gap e numericamente poco rilevanti. L'iter procedimentale è integrato tra + enti (CPI USL INPS) rende talvolta tardivo l'esito. Procedimento seguito con difficoltà per il disabile come soggetto debole (dato audit)

Valutazione **capacità lavorative residue per reinserimento cardiopatici**

anno '23 U18-D0 raffronto anno '22 U11-D3

Si evidenzia alto n. U ulteriormente aumentato dallo scorso anno spiegabile con.... Da notare che uomini svolgono tradizionalmente lavori + pesanti e nelle donne il sintomo viene spesso sottostimato. Potrebbe essere segnale una sottostima delle patologia cardio nelle D

Ex Esposti Amianto anno '23 **U1-D0** raffronto 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

anno '23 **U12-D17** raffronto anno '22 U32-D38

Il decremento rispetto lo scorso anno è spiegabile con la progressiva dismissione dell'ambulatorio. Maggior incidenza D probabilmente per maggior attenzione stato salute visto che le D sono più esposte ad attività con sostanze allergizzanti e sono più predisposte a sviluppare patologie da iperattivazione sistema immunitario. Le D sono maggiormente sottoposte a agenti allergizzanti nel lavoro domestico.

Denunce MP per sospetta o certa malattia professionale anno '23 **U385-D219** raffronto anno '22 U370-D143

Si nota un incremento delle denunce da parte delle Donne spiegabile con... Maggiore negli uomini perché rappresentate prevalentemente da ipoacusie, più facilmente rilevabili di origine professionale. 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 (dato da audit).

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

anno '23 **U15-D4** raffronto anno '22 U32-D9

Si nota un decremento delle inchieste concluse. L'attività è maggiore nel sesso maschile perché correlate a malattie professionali collegate a lavori svolti maggiormente da U. Incidenza > xU per prevalenza mesotelioma e ernia del disco, che sono prevalentemente correlate a lavori maschili. Si nota differenza numerica tra denunce e inchieste avviate, che sono inferiori.

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.

Anno '23 **U110-D15** raffronto anno '22 U169-D14

Si nota una diminuzione delle inchieste da parte maschile.

L'attività è maggiore negli uomini perché sono interessati 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. Da segnalare un maggior coinvolgimento della donna negli infortuni 'in itinere'. A lavori svolti maggiormente da U. Da INAIL: Modena si conferma un andamento stabile negli ultimi 20 anni grazie azione sinergica delle politiche prevenzione, tecnologia e DPI. In RER è la seconda provincia per n. di denunce dopo BO che ha un indice più alto di rischio rispetto alla tipologia di tessuto industriale. In sanità provincia MO risulta alto l'indice di rischio ma basso l'indice di gravità, che invece raggiunge l'apice nella produzione agricola (giuda dei trattori senza barra di protezione). Interessante è il dato relativo agli incidenti SARS/COV, sfavorevole alle D rispetto agli U, la non è conosciuta la causa.

DACP SCREENING

Screening colon retto

ANNO 2023		
uomini	21.331,00	
donne	24.390,00	53,34529
totale	45.721,00	
migranti		
uomini	1.951,00	
donne	3.136,00	61,64734
totale	5.087,00	
totale		
uomini	23.282,00	45,82%
donne	27.526,00	54,18%
totale	50.808,00	

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

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

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

DACP SALUTE DONNA

Tot Prestazioni: 155103=16,75% delle attività regionali ER che si suddividono come segue:

Nascita 14,29% IVG 9,65% Controllo fertilità 21,00% Menopausa 4,92% Gine/Andro 14,00% Prev onco/oncologia 20,64% Sterilità 2,67%

Alimentazione 0% Problemi psicorelazionali 9,92% Sessuologia 41,80% adozione/affido 0% altro 70,22%

DACP CASE DELLA COMUNITA'

CdC x distretto	N. Inf. Comunità
CARPI	5
CFE	6
MIRANDOLA	12
MODENA v Giardini	5
PnF	7
SASSUOLO	7
VIGNOLA	9
Tot	51

**Tot. Prestazioni attività territoriale strutture pubbliche:
6.483.278 Di cui D58,40%**

Alle **17 CdC** sono ricondotte un **totale di prestazioni
pari a 3.303.906 di cui D 57,68%**

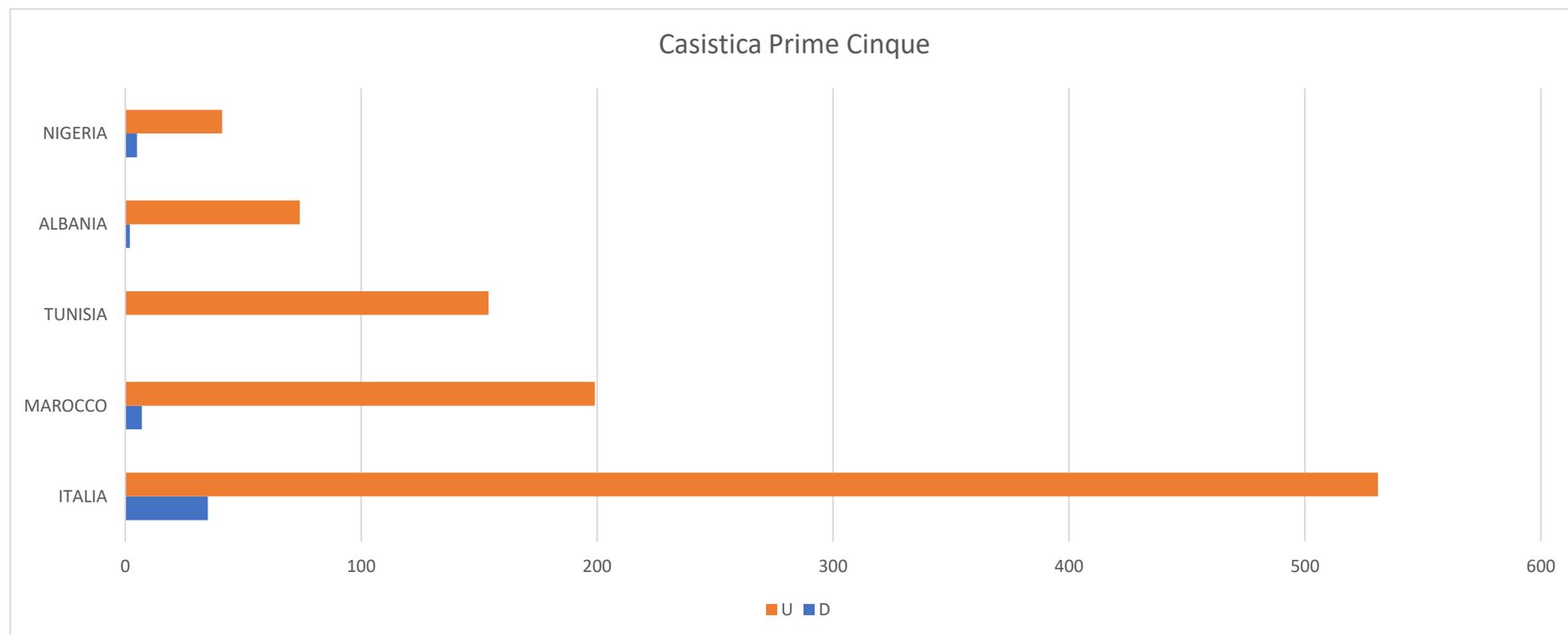
distribuiti tra un max D 62,69% a

Cavezzo (Analisi Chim/Clin + consultorio)

e min D 44,27% a Casinalbo (allergologia)

Struttura erogante	Femmine	Maschi	TOTALE	D%
Prestazioni attività territoriale	3786502	2696776	6483278	58,40
CdC Mo subtot	227180	157633	384813	59,04
CdC CFE subtot	324021	245378	569399	56,91
CdC Bomporto subtot	57558	38701	96259	59,79
CdC Cavezzo subtot	37652	22404	60056	62,69
CdC Concordia subtot	61535	44605	106140	57,98
CdC Finale subtot	126104	101018	227122	55,52
CdC Carpi subtot	86984	68097	155081	56,09
CdC Novi subtot	44801	37134	81935	54,68
CdC Rovereto subtot	29207	21961	51168	57,08
CdC Fanano subtot	29182	23138	52320	55,78
CdC Pievepelago subtot	22936	20528	43464	52,77
CdC Sassuolo subtot	548839	397855	946694	57,97
CdC Montefiorino subtot	23085	18292	41377	55,79
CdC Formigine subtot	212698	155731	368429	57,73
CdC Casinalbo subtot	178	224	402	44,28
CdC Guiglia subtot	13507	10322	23829	56,68
CdC Spilamberto subtot	54679	40739	95418	57,30
CdC Tot	1905808	1407363	3303906	57,68

DACP CARCERI



Tot carcerat* 1265 di cui D 5,21%. Fascia età maggiormente rappresentata 26-55=77,15% di cui 18,42D%.

Cittadinanza maggiormente rappresentata **Italia pari a 44,74% di cui D 6,18%, Marocco 16,28% di cui D3,39%, Tunisia 12,17% di cui D 0%**

EMERGENZA URGENZA – MONITORAGGIO VIOLENZA DI GENERE - VDG

MONITORAGGIO VIOLENZA DI GENERE DIEU ANNO 2023									
2023		PS MIRANDOLA	PS CARPI	PS PAVULLO	PPI CFE	PS VIG	TOTALE	%	
NUMERO ACCESSI		51	72	24	11	70	357		
FASCIA ETA'	0-17	5	4	5	2	4	22	6%	
	18-24	2	7	2	0	9	33	9%	
	25-34	11	24	6	1	14	83	24%	
	35-44	11	17	6	2	17	76	22%	
	45-54	15	14	0	0	18	85	24%	
	55-64	3	1	3	5	4	32	9%	
	≥ 65	4	5	2	1	4	26	7%	
tot ausl							228		
NAZIONALITA'									
	italiane	29	38	18	8	35	217	61%	
	non italiane	22	34	6	3	35	140	39%	
AUTORE DELLA VIOLENZA									
aggressione da parte di coniuge, convivente, familiare	coniuge/convivente	32	54	9	8	47	245	69%	
	famigliare	8	15	1	0	8	44	12%	
in presenza di figli/gravida	figli presenti	0	12	7	3	19	52	0	
	gravida	0	2	0	0	2	6	0	
aggressione da parte di persone al di fuori della cerchia familiare	persona nota	9	2	13	0	12	50	14%	
	sconosciuto	0	1	1	3	1	13	4%	
	FFOO	0	0	0	0	0	1	0,00%	
	stupro di gruppo	0	0	0	0	0	0	0	
non riferito		2	0	0	0	0	2	1%	
TIPO DI PRESENTAZIONE									
	AUTONOMO	24	49	17	10	41	205	57%	
	AMBULANZA RER	23	22	5	0	26	139	39%	
	POLIZIA	4	1	2	1	3	13	4%	

ESITO									
	DIMISSIONE	48	67	22	10	67	318	89%	
	OBI (osservazione breve intensiva)	0	1	1	0	0	9	2,50%	
	TRASFERIMENTO /RICOVERO	1	4	1	0	1	15	4%	
	ALLONTANATO PRIMA/DOPO LA VISITA	2	0	0	1	2	11	3%	
	RIFIUTA IL RICOVERO	0	0	0	0	0	4	1,50%	
CODICE TRIAGE									
	ROSSO	0	1	2	0	0	10	3%	
	ARANCIONE	32	43	13	1	65	215	60%	
	AZZURRO	11	21	3	1	3	77	21,50%	
	VERDE	8	7	6	8	2	54	15%	
	BIANCO	0	0	0	1	0	1	0,50%	
CAUSA									
	VIOLENZA GENERE	35	72	7	8	63	286	80%	
	OPERA TERZI	16	0	13	3	7	60	17%	
	INFORTUNIO	0	0	4	0	0	4	1%	
	VIOLENZA IN FAMIGLIA	0	0	0	0	0	4	1%	
	VIOLENZA SESSUALE	0	0	0	0	0	3	1%	
ANALISI RELAZIONE PS									
	TEMPO ATTESA	TEMPO MEDIO ATTESA	49	43	19	19	45	48	
		T. ATTESA <20'	30	34	12	7	38	171	48%
alt ro	VALUTAZIONE PSICOLOGICA	E.O. CON APPROFONDIMENTO PSICOLOGICO	1	1	8	3	37	80	22,50%
		DIAGNOSI CON ASPETTO PSICOLOGICO	0	0	5	1	13	23	6,50%
		VALUTAZIONE RISCHIO DA5	6	0	3	2	1	19	6,50%

Tot Accessi 228 Tra cui si possono distinguere

Violenza di Genere (da parte di persone conosciute con relazioni strette eventualmente intime): 185 pari al **81%/tot**

Violenza in famiglia (da parte di famigliari): 182 **pari al 80%/tot** di cui

- da parte del coniuge/convivente: 150 pari al 66%/tot;

- da parte di altri famigliari: 32 pari al 14%/tot;

- in presenza di figli: 41 pari al 18%/tot;

- nei confronti di donne gravide: 4 pari al 2%/tot.

Accessi impropri (codifica errata da parte del triagista/opera terzi): 39 pari al 17%/tot

Accessi per gravità del quadro clinico: codice rosso: 3 pari all'1%/tot; codice arancione: 154 pari al 68%/tot

Attivazione di approfondimenti psicologici: 50 pari al 22%/tot

Accessi per nazionalità: Italiana 128 pari al 56%/tot; stranieri: 100 pari al 44%/tot

Accessi per età: si conferma la fascia di età 25-54 la più colpita che corrisponde all'età riproduttiva/produttiva/caregiver old: 156 pari al 68% sul tot.

Accessi per modalità: autonomo 141 pari al 62%; ambulanza 76 pari al 34%; polizia 11 pari al 4%.

Accessi per tempo di attesa <20min: 121 pari al 69%/tot

Valutazione rischio esistente alla dimissione calcolata sull'autore 12 pari al 4%/tot

Non ci sono stati accessi per stupro di gruppo.

EPISODI DI VIOLENZA VERSO E TRA OPERATOR*

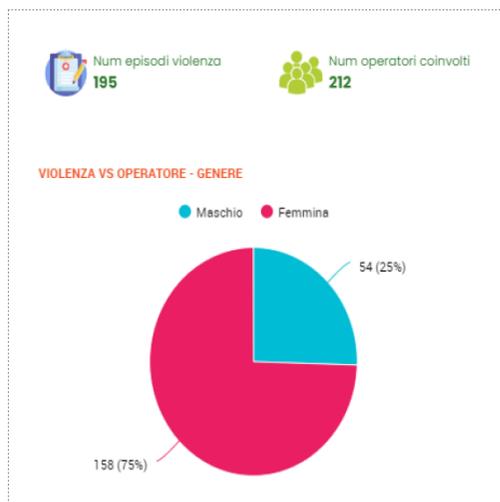
Episodi rilevati. Violenza verso il personale: 195 di cui vittime donne il 75% nella fascia di età 30-55 anni; Violenza tra il personale: 12 di cui vittime donne il 100%. Di seguito l'analisi completa del monitoraggio complessiva per dipartimenti e servizi.

AUSL – episodi totali violenza vs operatore

VIOLENZA VS OPERATORE - TIPOLOGIA

	↑
↑ TIPOLOGIA	2023
A12 Violenza fisica e verbale vs operatore	25
A12 Violenza fisica vs operatore	7
A12 Violenza verbale e fisica verso operatore e verso cose	11
A12 Violenza verbale e verso cose	9
A12 Violenza verbale vs operatore	138
A12 Violenza verso cose	5
Totale	195

AUSL – episodi totali violenza vs operatore per genere



AUSL – episodi totali violenza vs operatore per fascia età



AUSL – episodi totali violenza TRA operatori e per struttura/UO

↑ STRUTTURA	↑ UO	2023
C.O. 118 via Emilia	118	1
	Sub-totale	1
Distretto Carpi	SADI	1
	Specialistica Ambulatoriale	2
	Sub-totale	3
Ospedale di Carpi	Otorinolaringoiatria	1
	Pronto Soccorso	3
	Rianimazione	2
	Sub-totale	6
Ospedale di Mirandola	Ostetricia e Ginecologia	2
	Sub-totale	2
Totale		12

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



Num episodi violenza

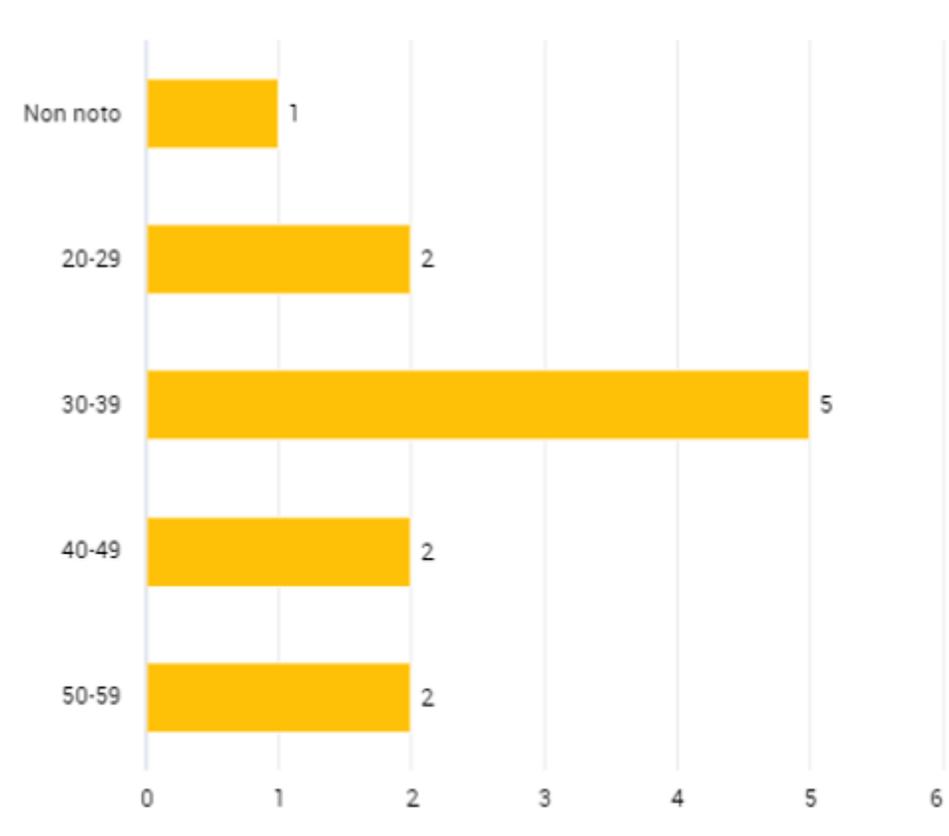
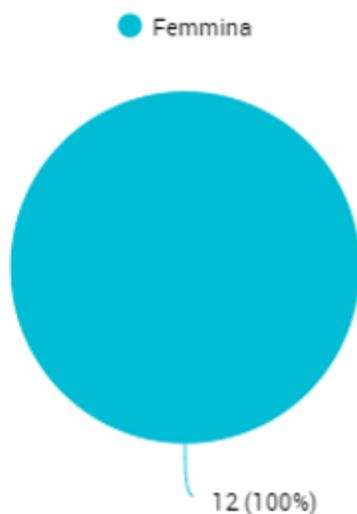
12



Num operatori coinvolti

12

VIOLENZA VS OPERATORE - GENERE



PARTE QUINTA La dimensione dei costi

Dimensione Interna

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

Totale lordo competenze 2023 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 105.149.954,17	M 34.171.631,43	T 139.321.585,60
DIRIGENZA SANITARIA	F 46.673.421,99	M 31.177.974,01	T 77.851.396,00
DIRIGENZA PTA	F 2.479.552,50	M 1.847.416,29	T 4.326.968,79
Totale per competenza escluso oneri	F 154.302.928,66	M 67.197.021,73	T 221.499.950,39

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, Prestazioni Occasionali, comandati e altri atipici. Estrazione per cassa.

MEDIA LORDO Con assenze:

M = 44503,79 F = 38051,96 **Differenza media retribuzione complessiva DVsU -6451.83**

% Differenza media Lorda F 42,57 M 57,43

Dirigenza. Variabili totali

MEDIA LORDO Con assenze:

DIRIGENZA PTA SSN F = 24.746,35 M = 26.418,73 **Differenza media totale variabili DVsU -1672.38**

DIRIGENZA SANITARIA (MED/VET/SAN) SSN F = 30.014,86 M = 39.570,71 **Differenza media totale variabili DVsU -9555.85**

% Differenza media Lorda F 40,75 M 59,25

Dirigenza. Variabili di posizione lorde

MEDIA LORDO Con assenze:

DIRIGENZA PTA SSN F = 14.275,20 M = 16.114,57 **Differenza media v posizione DVsU -1839.37**

DIRIGENZA SANITARIA (MED/VET/SAN) SSN F = 7.572,21 M = 10.606,66 **Differenza media v posizione DVsU -3034.45**

% Differenza media Lorda F 40,24 M 59,76

Dirigenza. Variabili risultato lorde

MEDIA LORDO Con assenze:

DIRIGENZA PTA SSN F = 5.851,18 M = 5.294,32 **Differenza media v risultato DVsU +556.87**

DIRIGENZA SANITARIA (MED/VET/SAN) SSN F = 3.496,28 M = 4.040,12 **Differenza media v risultato DVsU -543.84**

% Differenza media Lorda F 44,20 M 55,80

Dirigenza. Variabili fisse e ricorrenti lorde

MEDIA LORDO Con assenze:

DIRIGENZA PTA SSN F = 3.952,14 M = 3.413,12 **Differenza media v fisse ricorrenti DVsU +539.02**

DIRIGENZA SANITARIA (MED/VET/SAN) SSN F = 17.664,14 M = 23.116,02 **Differenza media v fisse ricorrenti DVsU -5451.88**

% Differenza media Lorda sul totale F 40,75 M 59,25

Dirigenza. Variabili competenze accessorie escluso straordinario lorde

MEDIA LORDO Con assenze:

DIRIGENZA PTA SSN F = 638,05 M = 1.315,21 **Differenza media competenze accessorie escluso straordinario DVsU -677.15**

DIRIGENZA SANITARIA (MED/VET/SAN) SSN F = 1.140,42 M = 1.486,76 **Differenza media competenze accessorie escluso straordinario DVsU -346.35**

% Differenza media Lorda sul totale F 32,81 M 67,19

Dirigenti. Variabili LP Dirigenti lorde

MEDIA LORDO Con assenze: M = 10961,06 F = 2668,27 **Differenza media V LP Dirigenza DVsU -8292.78**

% Differenza media Lorda sul totale F 20,53 M 79,47

Dirigenza e comparto. Variabili LP totali lorde

MEDIA LORDO Con assenze:

COMPARTO F =2.92 M 11.23 Differenza media **V LP DVsU -8.32**

DIRIGENZA PTA SSN F = 8,94 M = 23,84 **Differenza V LP DVsU -14.90**

DIRIGENZA SANITARIA (MED/VET/SAN) SSN F = 2.812,30 M = 11.766,96 **Differenza media V LP DVsU -8954.66**

% Differenza media Lorda sul totale F 20,48 M 79,52

Straordinario totale lordo dirigenti più incarichi di funzione e comparto senza incarichi

MEDIA LORDO Con assenze: M = 349,99 F = 185,41 **Differenza media variabile straordinario DVsU -164.58**

% Differenza media Lorda totale F 29,30 M 70,70 (con incarico dirigenziale o di funzione) **F 35.11 M 64.89** (comparto senza incarico)

Fruizione delle misure di conciliazione Indennità sostitutiva assist. Lorda ex. L 104

M = 194982,07 F = 694357,87

% Differenza media totale Lorda F 78,08 M 21,92

Remunerazione docenze lorde

Totale M= 62930,89 F= 30212,75 **% sul totale F 32 M 68**

Costi docenze personale esterno diviso per genere

M= 13223,12 F= 6895,74 **% sul totale F 34 M 66**

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 2023										
	beni di consumo	servizi	personale	altro	totale		femmine		maschi	
salute donna - consultori	1.025.536,92	1.989.187,56	9.811.466,12	400.011,85	13.226.202,45	fonte: COA01 anno 2023	13.226.202,45	100%	-	-
prestazioni ambulatoriali (territoriali+ospedaliere)	26.014.120,46	33.281.411,70	60.995.848,24	17.668.523,67	137.959.904,08	fonte: COA01 anno 2023	79.971.937,29	58%	57.987.966,79	42%
degenza (escluso mobilità e ospedali privati)	17.518.870,81	11.580.956,09	76.683.509,61	4.045.587,57	109.828.924,08	fonte: COA01 anno 2023	57.111.040,52	52%	52.717.883,56	48%
screening oncologici (escluse endoscopie)	425.136,04	644.454,46	2.772.295,88	375.660,24	4.217.546,62	fonte: COA01 anno 2023	4.048.844,76	96%	168.701,86	4%
TARIFE 2023										
degenza	fonte: report flussi SDO RER solo residenti (escluso mobilità e strutture private) anno 2023					tariffa	femmine		maschi	
							33.616.300,53		30.854.286,48	
prestazioni ambulatoriali (territoriali+ospedaliere)	fonte: report flussi ASA RER solo residenti (escluso mobilità e strutture private) anno 2023					tariffa	femmine		maschi	
							42.467.535,85		30.793.377,55	

AUSL MODENA	anno 2023			2022 (€)	2022 (€)	
Anno 2023	Donne	Uomini	Totale	donne	uomini	
Vaccinazione contro il Papilloma virus umano (HPV)	766.602,95	602.330,89	1.368.933,83	925.752,59	727.377,04	1.653.129,63
Vaccinazione contro la rosolia congenita	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	51.732,98	-	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)	2.329.958,38	-	2.329.958,38	2.359.447,79		2.359.447,79
Programmi di screening per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori nelle donne: colo-rettale, collo dell'utero, tumori al seno	6.179.424,02	234.831,29	6.414.255,31	3.724.695,02		3.724.695,02
Totale	9.630.977,71	1.152.800,47	10.783.778,19	7.338.417,17	1.029.826,12	8.368.243,29
<p>Rispetto all'anno 2022, nel 2023 si registra un calo dei costi relativi alla vaccinazione contro il Papilloma virus umano (HPV), dovuto principalmente ad un calo dell'adesione alla campagna vaccinale in quanto dal 2023, il vaccino contro l'HPV è offerto gratuitamente alle persone fino al compimento del 25° anno di età (a partire dai 12 anni) ed a persone con specifiche condizioni di rischio; oltre il limite di età dei 25 anni, il costo è da sostenere integralmente a carico della persona interessata a sottoporsi alla vaccinazione.</p>						
<p>Relativamente alla quantificazione economica dell'attività di screening per il 2023, si registra un aumento dei costi in quanto è incluso anche il dato economico per il sostenimento dell'attività di screening di secondo livello riguardanti l' HPV test, colposcopie e conizzazioni.</p>						

DSP Igiene Pubblica - stima costi vaccini e personale

VACCINO TRIVALENTE (DIFTERITE-TETANO-PERTOSSE)					2023	
N° U	N° D	N° TOT	€ VAC.U	€/VAC.D	€/VAC.TOT	
19254	20059	39313	471723	491446	963169	
VACCINO PAPPILLOMA VIRUS FEMMINE (Coorte '95-'96-'97)						
N° U	N° D	N° TOT	€ VAC.U	€/VAC.D	€/VAC.TOT	
0	624	624	0,0	47212	47212	
VACCINO PAPPILLOMA VIRUS (tutte fasce di età)						
N° U	N° D	N° TOT	€ VAC.U	€/VAC.D	€/VAC.TOT	
7262	8216	15478	549443	621623	1171065	
VACCINO HERPES ZOSTER (coorte '52-'58)						
N° U	N° D	N° TOT	€ VAC.U	€/VAC.D	€/VAC.TOT	
2349	2321	4670	314813	311060	625873	
VACCINO MONKEY POX						
N° U	N° D	N° TOT	€ VAC.U	€/VAC.D	€/VAC.TOT	
55	0	55	0,0	0	0,0	
VACCINO PNEUMOCOCCO						
N° U	N° D	N° TOT	€ VAC.U	€/VAC.D	€/VAC.TOT	
5506	4955	10461	303931	273516	577447	
VACCINO MORBILLO-PAROTITE-ROSOLIA						
N° U	N° D	N° TOT	€ VAC.U	€/VAC.D	€/VAC.TOT	
6833	6264	13097	151556	138936	290491	
VACCINO COVID-19						
N° U	N° D	N° TOT	€ VAC.U	€/VAC.D	€/VAC.TOT	
286386	298171	584557	0,0	0	0,0	
VACCINO ANTIFLU						
N° U	N° D	N° TOT	€ VAC.U	€/VAC.D	€/VAC.TOT	
86014	105129	191143	2155511,0	2634533	4790044	
			TOT € U	TOT € D	TOT €	
			3946977	4518324	8465301	

DSP Medicina dello Sport - stima costi personale

AUSL MO anno 2023		
	T Costi M	T Costi F
Automobilismo	200,65	0
Bocce	160,52	160,52
Golf	0	80,26
Motociclismo	682,21	80,26
Altri sport di squadra	0	0
Altri sport individuali	1805,85	321,04
Atleti diversamente abili	1244,03	521,69
Totale	4093,26	1163,77

	TOT CM	TOT CF
Atletica leggera	12681,08	9270,03
Calcio	82627,67	2969,62
Ciclismo	5096,51	200,65
Nuoto	7183,27	7785,22
Pallacanestro	24238,52	3571,57
Pallavolo	16934,86	52971,6
Tennis	8627,95	3210,4
Altri sport di squadra	13122,51	2407,8
Altri sport individuali	19703,83	61077,86
Atleti diversamente abili	4935,99	1645,33
Totale 2023	195152,19	145110,08

DSP SPSAL stima costi personale

	2023			COSTI 2023		
	MASCHI	FEMMINE	TOTALE	CTP	CTP D	CTP U
ACCERTAMENTO IDONEITA' LAVORATIVA (ART.41 D.LGS 81/08)	49	91	140			
ACCERTAMENTO IDONEITA' FISICA AL LAVORO (ART.5 LEGGE 300/70)	19	10	29	76264	45578	30686
ACCERTAMENTO COMPATIBILITA' STATO DI SALUTE (ART.10 LEGGE 68/99)	1	0	1	59	0	59
CAPACITA' LAVORATIVE RESIDUE REINSERIMENTO CARDIOPATICO	18	0	18	1054	0	1054
EX ESPOSTI AMIANTO	1	0	1	40	0	40
ESAMI DI ALLERGOLOGIA CUTANEA PROFESSIONALE	12	17	29	1133	664	469
DENUNCE MP	385	219	604	13231	4797	8434
INCHIESTE MP	15	4	19	21481	4522	16959
INCHIESTE INFORTUNI	110	15	125	53325	6399	46926
TOTALE	610	356	966	166547	61961	104586

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

DSM		€/tot
COSTO TOTALE (ESCLUSO NEUROPSICHIATRIA INFANTILE)	46.105.161,56 €	25.357.838,86 €
DIPENDENZE PATOLOGICHE	12.924.441,46 €	2.494.417,20 €
TOTALE AREA DSM	59.029.603,02 €	27.852.256,06 €
DASS DACP LABORATORIO		
CRA	386.692.659,73 €	258.084.082,02 €
CENTRI DIURNI	3.092.806,83 €	2.041.252,51 €
TOTALE SALUTE ANZIANI	389.785.466,56 €	260.125.334,53 €
CARCERI	2.713.235,11 €	162.794,11 €
LABORATORIO ANALISI (COSTI PER NON RICOVERATI)	28.690.889,93 €	16.066.898,36 €
Totale tariffa per prestazioni esenti per gravidanza	6.640,80 €	6% del tot Donne

PARTE SESTA

La Dimensione interna - uno sguardo d'insieme ai risultati in base al genere
La distribuzione del personale e la femminilizzazione strutturale.



L'analisi conferma un tasso di femminilizzazione alto: uomini 25% Donne 74% con un lieve incremento rispetto allo scorso anno: + 0.06% e una lieve oscillazione decennale stabile in linea con i dati del settore della sanità e una distribuzione maggiore per fascia di età femminile tra i 50-60anni.

Le Fasce di età maggiormente rappresentate sono tra i 31/40 anni (pari a U6,8% D15,8%) – 51/60 anni (pari a U7,6% D28,2%).

La struttura della distribuzione del personale secondo la differenza di genere si presenta così:

Totale Comparto 82% Dirigenza 18% di cui Donne Dirigenti 64,78%, Donne Comparto 76,09%;

Le Donne nel ruolo Tecnico sono il 79,9% della categoria; nel ruolo Amministrativo sono il 79,9% della categoria; nel ruolo infermieristico sono il 79,5% del totale della

categoria. Osservando gli incarichi dirigenziali, il totale delle Strutture Semplici è pari a 111 di cui Donne 71 (64%) Uomini 40; il totale delle Strutture Complesse è pari a 79 di cui Donne 28 (35%) Uomini 51. Il Confronto con l'anno precedente 2022 evidenzia una lieve diminuzione della distribuzione degli incarichi femminili di struttura semplice (SOS 66,34%) e un aumento degli incarichi femminili di struttura complessa (DSOC 31,25%).

Si conferma quindi una struttura del personale caratterizzata da alta femminilizzazione soprattutto nei ruoli non dirigenziali, con la maggioranza di donne tra i 50 e i 60 anni. Le donne sono più rappresentate nel ruolo infermieristico, tecnico e amministrativo.

Nonostante la femminilizzazione delle professioni, le posizioni dirigenziali apicali sono maggiormente occupate da uomini.

L'anzianità è maggiormente presente nei primi 3 anni di assunzione (32% di cui donne 77%) ma soprattutto oltre i 10 anni (53% di cui donne 81%) che conferma la femminilizzazione e l'età elevata nonostante il leggero aumento degli ingressi.

L'accesso agli incarichi non dirigenziali mostra una sostanziale parità di genere e non è presente il fenomeno della "sovraformazione" femminile

Le dimensioni del Gender Gap: il Pay Gap

L'analisi conferma un divario stipendiale pari a Donne 42,57% -U57,43% sul totale con una differenza media -6451,83 e una deviazione DVsU -14% con una flessione in negativo per le donne rispetto l'anno precedente. Lo svantaggio femminile è comunque stabile negli anni e significativo nelle posizioni dirigenziali specie quelle elevate (SOC). Un'analisi approfondita mostra il gap nelle voci stipendiali variabili, che si genera secondo una dinamica incrementale con discriminazioni premercato a partire dai percorsi di studi e scelta della disciplina. Incide inoltre il disequilibrio vita/lavoro per cui assenze per maternità e caregiver non sono riequilibrati dagli istituti di conciliazione previsti (maternità, congedi parentali, part time, smart working e permessi L104) nonostante l'ampio ricorso all'uso da parte femminile.

Si può affermare che il GPG, anche se decisamente ridotto rispetto al privato e in linea con il settore sanitario pubblico, sia un aspetto strutturale generato in modo incrementale per discriminazioni pre-mercato, che persiste nelle dinamiche retributive e di carriera. Il trend potrebbe in parte essere in crescita per casualità e continuità col passato in cui perdurano gli effetti generanti il paygap a svantaggio femminile: assenze per maternità, maggior ricorso agli istituti di conciliazione, scelta di discipline meno remunerative, tempi maggiori per raggiungere posizioni apicali e minori posizioni apicali occupate da donne, minori ricorso allo straordinario, minor impiego nella ricerca e formazione. Non si evidenziano attualmente effetti diretti di politiche aziendali o normative orientate al miglioramento del GpG. Infatti, nonostante le politiche di assunzione siano orientate all'equilibrio e all'equità e determinate in larga parte da normative nazionali, si rileva ancora una quota di gender pay gap negli incarichi di struttura, mitigato però dalla graduale riduzione della differenza tra uomini e donne del numero di macrostrutture occupate e dalla riduzione dei tempi di permanenza nel profilo prima di raggiungere l'incarico superiore.

La Conciliazione



Gli istituti classici a favore della conciliazione vita/lavoro come lo Smart Working, il Part Time, il Congedo Parentale e i permessi ex legge 104/92 ma anche la maternità e paternità o il ricorso allo straordinario, indicano una maggiore fruizione di questi istituti da parte delle donne e nel complesso sono ampiamente utilizzati, compreso il congedo parentale per i padri, a differenza del settore privato dove viene facilmente ostacolato. Emerge inoltre che le fasce di età <40 anni e > 60 anni usufruiscono maggiormente dell'opzione PT, chiaramente interpretabile come PT involontario di lavoratrici con esigenza conciliative per caregiver senior. Per le donne 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. Risulta che il congedo 104 a giorni è tendenzialmente usufruito da donne, mentre a ore è maggiormente utilizzato da uomini. Ciò è spiegabile con gli impegni tendenzialmente da caregiver per le che che richiedono giornate intere.

Il Congedo Parentale (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 contratti a tempo determinato da graduatoria, per cui spesso si ricorre al somministrato, più flessibile ma più costoso. Per quanto riguarda le maternità, si evidenzia un tasso superiore delle gravidanze nel comparto rispetto alla dirigenza, nonostante la fascia di età riproduttiva sia superiore per la dirigenza.



Carriera Ricerca e Formazione

Lo sviluppo della carriera riflette il pay gap e si genera nelle dirigenze apicali, in particolare negli incarichi di struttura complessa maggiormente ricoperti da uomini (SOC 79 di cui D 35%; SOS 111 di cui D 64%). Il fenomeno è esemplificativo di una dinamica discriminatoria incrementale complessiva che origina dal periodo "premercato", a partire scelta delle discipline tendenzialmente meno remunerative da parte delle donne, per poi sviluppare penalizzazioni nella conciliazione vita lavoro a partire dalle assenze per maternità. Le attività di ricerca e formazione che contribuiscono alla carriera, vedono l'azienda collocarsi tra le più attive per progetti di ricerca tra le aziende territoriali regionali e non mostrano un gap significativo, che invece si evidenzia nella remunerazione delle docenze complessivamente maggiore per gli uomini. Non è presente invece il fenomeno della sovra-formazione femminile rispetto alla posizione lavorativa occupata, frequente invece per donne, stranieri e giovani (25-35 anni) nel settore socio sanitario e impiegatizio.

Commissioni, Organi e Organismi collegiali



Si conferma la sotto rappresentazione femminile in linea con i dati nazionali ma va evidenziata la parità di genere nel top management. Non sono presenti quindi fenomeni tipici del Gender Gap come il glass ceiling nel top management e negli organi e organismi collegiali.

Benessere organizzativo e ambiti di sofferenza

Assenze e interruzioni del rapporto di lavoro possono essere segnali di disagio lavorativo. Per quanto riguarda quest'ultimo, vi è un sostanziale equilibrio di genere nelle interruzioni volontarie del rapporto di lavoro, che rappresentano la percentuale più alta rispetto ad altre cause. Il lieve incremento degli ultimi anni rispecchia una certa "spinta" al pensionamento, per un quadro legislativo incerto che viene percepito penalizzante e anche per una prospettiva individuale, da cui si intravede spesso l'aumento del Gender Gap post lavorativo. Le assenze per brevi periodi a qualsiasi titolo, non rispecchiano le aree tradizionalmente più sofferenti come l'area critica o il pronto soccorso, nè la distribuzione delle limitazioni e ricollocazioni. Tale quadro indica che le assenze sono un fenomeno strettamente collegato a disagi organizzativi, come dimostrano le osservazioni del Comitato Unico di Garanzia e gli audit

Violenza e microconflittualità

Particolarmente attenzionata è la rilevazione della violenza verso e tra dipendenti, ma si tratta di fenomeni diversi: il primo ha un alto impatto maggiore sulle donne, ma proporzionato alla presenza totale, il secondo impatta solo sulle donne ed è di entità decisamente inferiore, che suggerisce risponda a dinamiche di violenza di genere.

L'impegno sulla prevenzione, mediante azioni positive come la formazione, evidenzia la prevalenza di partecipazione femminile per le tematiche delle pari Opportunità: 90% e relazionali: 80%, spiegabile con il retaggio culturale che siano temi di pertinenza femminile. Ottima la partecipazione maschile sul tema della violenza di genere salita da 8% nel 2022 40% nel 2023. Il ricorso all'istituto per donne vittima di violenza risulta discontinuo in quanto non risultano casi contrariamente all'anno precedente. Fatto di per sé potenzialmente positivo anche spiegabile con la casualità, ma anche con la scarsa conoscenza dell'opportunità.

La Dimensione esterna - uno sguardo d'insieme ai risultati in base al genere

La rispondenza tra il quadro epidemiologico- sociodemografico, la diagnostica e gli interventi di cura (specialistica e ricoveri)

Come si presenta la popolazione della provincia di Modena? Una visione di genere rispetto la speranza di vita, cronicità, traumi stradali e incidenti domestici.

Numero complessivo di ricoveri: 24467 che corrispondono a 52,2% D e 47,8%U. In sintesi, si può osservare una sostanziale rispondenza di volumi totali e differenziati per genere tra i dati epidemiologici (aspettativa di vita, cronicità, traumi stradali e stili di vita), le SDO dei ricoveri e le prestazioni diagnostiche ASA: visite, diagnostica, terapeutica, riabilitativa e laboratorio (vedi anche dati di approfondimento nelle schede di Laboratorio). La donna riscontra più problemi di salute nell'ortopedia per fratture spontanee e traumi da osteoporosi, nella lungodegenza data l'aspettativa di vita maggiore e i trattamenti riabilitativi a cui si sottopone più frequentemente e le terapie del dolore, riconducibili alle malattie reumatologiche. E' invece meno affetta da malattie di ambito cardiologico, trattamenti psichiatrici ospedalieri e malattie polmonari. Tali differenze di genere trovano riscontro con gli studi della medicina di genere.

Numero complessivo di prestazioni specialistiche: 9195862 che corrispondono a 58,1%D e 41,9%U. Anche l'attività di diagnostica, conferma tendenzialmente i dati di letteratura ed epidemiologici che vedono le malattie come l'allergologia, angiologia endocrinologia la geriatria, la reumatologia, la neurologia l'anestesia e la radiologia maggiormente a carico femminile.

La Salute mentale e le determinanti di salute socio demografiche

Per la Psichiatria le patologie maggiormente presenti sul totale sono: disturbi dell'umore [affettivi] 27%; schizofrenia, disturbo schizotipico e disturbi deliranti 25%; disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi 16%; disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto 13%.

Le donne sono più affette da disturbi psichiatrici (55,5% sul totale) con una prevalenza delle "Sindromi comportamentali associate e disfunzioni fisiologiche e a fattori fisici" e le "schizofrenie, disturbo schizotipico e disturbi deliranti", i disturbi dell'umore e della personalità mentre minima è l'incidenza dei "Disturbi mentali e comportamentali da uso di sostanze psicoattive", dato che si riscontra anche nelle DP per quanto riguarda l'abuso di sostanze come le benzodiazepine. I disturbi dell'umore e affettivi, al primo posto come incidenza sul totale, sono più presenti nelle donne.

Gli uomini sono più affetti da Schizofrenia, disturbo schizotipico e disturbi deliranti e l'autismo nell'età adulta.

Incide nella differenza tra maschi e femmine la maggior propensione a farsi curare delle donne, il cui disturbo è mal tollerato socialmente (al lavoro, in famiglia e nella vita sociale) e subiscono maggiormente lo stigma.

La fascia di età maggiormente interessata nelle malattie psichiatriche è la over 35 (75,22%) essendo le patologie prevalentemente cronicizzate. L'età nei disturbi alimentari si sta abbassando e riguarda anche il genere maschile. Tra le determinanti di salute, in questo caso, vediamo il cambiamento dei canoni maschili/femminili che si esprimono con simbolismi meno binari, la fortissima influenza massmediale, dell'industria estetica e del costume e il maggior accomodamento genitoriale rispetto a generazioni precedenti (sono spesso le madri che assecondano e accompagnano i figli adolescenti anche maschi alle cure estetiche anche chirurgiche).

Scolarità. Tra i laureati è preponderante la maggioranza femminile (75,8%).

Fra i fattori di rischio di malattie psichiatriche per l'utenza femminile abbiamo l'incidenza di traumi e abusi subiti sia in infanzia/adolescenza che in età adulta. Tra i fattori di rischio per entrambi i generi abbiamo l'assenza (più frequente nelle donne) e/o la perdita del lavoro (più frequente negli uomini). Tale condizione incide maggiormente negli ultimi anni per frequenza e determina dinamiche sociali aggravanti, diversi nei due generi: per l'uomo rappresenta maggiormente un indebolimento di ruolo e di identità maschile, per la donna riduce le capacità di autodeterminazione e autodifesa, specie nell'età adulta/anziana o in concomitanza di violenza domestica ed economica.

Per le donne, fattori di protezione sono rappresentati dalla famiglia, generalmente più inclusiva/protettiva nelle fasi giovanili/adolescenziali, e dalla maternità, che può agire nella donna come obbligo sociale e riduzione dello stigma della malattia mentale più alto nella donna rispetto all'uomo.

Per le Addiction, l'utenza in carico nel 2023 corrisponde a 4064 maschi e 975 femmine per un totale di 5039. Le donne rappresentano il 19.3% che conferma il rapporto 1/5 stabile per le dipendenze patologiche. Rilevante è che a novembre 2024 le donne in carico sono aumentate e rappresentano il 24,3%.

La fascia di età si è alzata per droga e sostanze psicoattive in genere e per l'alcolismo, che tende a cronicizzarsi nelle persone adulte e anziane. L'85% di donne sono italiane.

Tutte le dipendenze specifiche sono maggiormente a carico degli uomini con un rapporto 1/4-5 anche se nell'alcol e fumo, la percentuale femminile è in aumento. Fa eccezione l'abuso di benzodiazepine, spiegabile col fatto che non rappresenta un atto illegale ed è una dipendenza poco visibile.

Fra i fattori di rischio e di protezione per le donne 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. Ulteriore fattore di rischio è la perdita di coscienza che acuisce la vulnerabilità. Nella gravidanza, il rischio è rappresentato anche dalla nascita di un bambino già in astinenza. Altro forte fattore di rischio per la donna è la relazione con un compagno che abusa delle sostanze.

Per gli uomini 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 iperprotettivi o fortemente disinteressati, sono entrambi fattori di rischio.

Per cocaina e crack è problematico il comportamento nella collettività: il crack in particolare sta creando problemi comportamentali in strada.

I TSO – Trattamenti Sanitari Obbligatori e TSV – Trattamenti Sanitari Volontari, sono maggiori per gli uomini (62%), data la maggiore espressività di comportamenti oppositivi maschili e le sintomatologie che portano al trattamento mentre per ricoveri meno "intensi" come in SPOI e RTI RTP e RSR le donne raggiungono la numerosità maschile, essendo trattamenti e sintomatologie meno intense. Nella residenzialità, l'utenza femminile è maggiore di quella maschile per la tendenza, maggiore nei maschi, ad essere accuditi rispetto alle femmine, che devono quindi rivolgersi ai servizi non avendo supporti familiari o di coppia.

Il bilanciamento delle determinanti di salute socio ambientali, messo in rapporto ai fattori di rischio sia individuali che sociali, è fondamentale a strutturare le azioni di Prevenzione e Promozione della salute. Così facendo si promuove e orienta un approccio di Salute e Medicina di Genere

Socio sanitario e domiciliarità: una differenza evidente nell'anzianità

Totale ospiti nelle residenze 3879 di cui donne 2595 (66,89%) uomini 1284. Nei Centri Diurni 858 di cui donne 567 (U66,08%) uomini 291.

Si evidenzia la netta prevalenza femminile nelle residenze e CD per anziani in linea con i dati epidemiologici: speranza di vita e condizioni socio economiche che vedono la donna più frequentemente sola e meno sostenuta da caregiver familiari.

La Salute Pubblica nei luoghi di lavoro, nello sport e le vaccinazioni

Le attività dei tre servizi, SPSAL Medicina dello Sport e Igiene Pubblica, evidenziano differenze molto specifiche che riconducono, sia ai determinanti di salute e stili di vita come nello sport, che a impatti sulla prevenzione nei luoghi di lavoro e nelle vaccinazioni. Grazie a tale specificità, meglio descritta nella parte IV, si è potuto rideterminare una programmazione di azioni positive elencate in seguito

Il territorio: gli screening, salute donna, case della comunità e salute nelle carceri

Il numero di Pap Test totale è stato di 45764 pari al 26,11% del totale attività dei Consultori familiari;

Il numero di Screening Colon Retto Totale è stato di 50808 di cui donne 54,18%. I migranti totali sono stati 5087 di cui donne 61,64%, valore più alto rispetto alle percentuali femminile delle donne italiane pari a 53,34% in quanto le italiane accedono ai controlli più facilmente mediante MMG e servizi privati. Situazione analoga per gli Screening al seno dove le donne straniere si sottopongono maggiormente alle mammografie come a tutti gli screening.

Le prestazioni di Salute Donna corrispondono ad un totale di 155103 pari al 16,75% delle attività regionali ER che consistono in: Percorso Nascita, Interruzione volontaria di gravidanza, Controllo fertilità, Menopausa, Gine/andro, Prev onco/oncologia, Sterilità, Alimentazione, Problemi psicorelazionali, Sessuologia, adozione/affido e altro.

Le prestazioni dell'attività territoriale nelle strutture pubbliche corrispondono a 6.483.278 di cui, erogate alle donne, il 58,40%

Presso le 17 Case della comunità sono state erogate 3.313.171 di cui il 57,52% rivolte alle donne.

Presso le due carceri della provincia di Modena il 5,21% sono donne. La fascia età maggiormente rappresentata è 26-55 pari al 77,15% di cui 18,42% donne. La cittadinanza maggiormente rappresentata è quella italiana pari a 44,74% di cui donne 6,18%, Marocchina 16,28% di cui donne 3,39%, Tunisina 12,17% di cui donne 0%

Violenza di Genere: l'osservatorio sugli accessi in PS e la violenza verso e tra il personale

Tot Accessi in Pronto Soccorso e Cau: 228 Tra cui si possono distinguere:

- Violenza di Genere (da parte di persone conosciute con relazioni strette eventualmente intime): 185 pari al 81%/tot
- Violenza in famiglia (da parte di famigliari): 182 pari al 80% del totale

Non ci sono stati accessi per stupro di gruppo.

Si conferma la fascia di età 25-54 la + colpita (riproduttiva/produttiva/caregiver old): 156 pari al 68% sul tot accessi.

Modalità di accesso: autonomo 141 pari al 62%; ambulanza 76 pari al 34%; polizia: 11 pari al 4%.

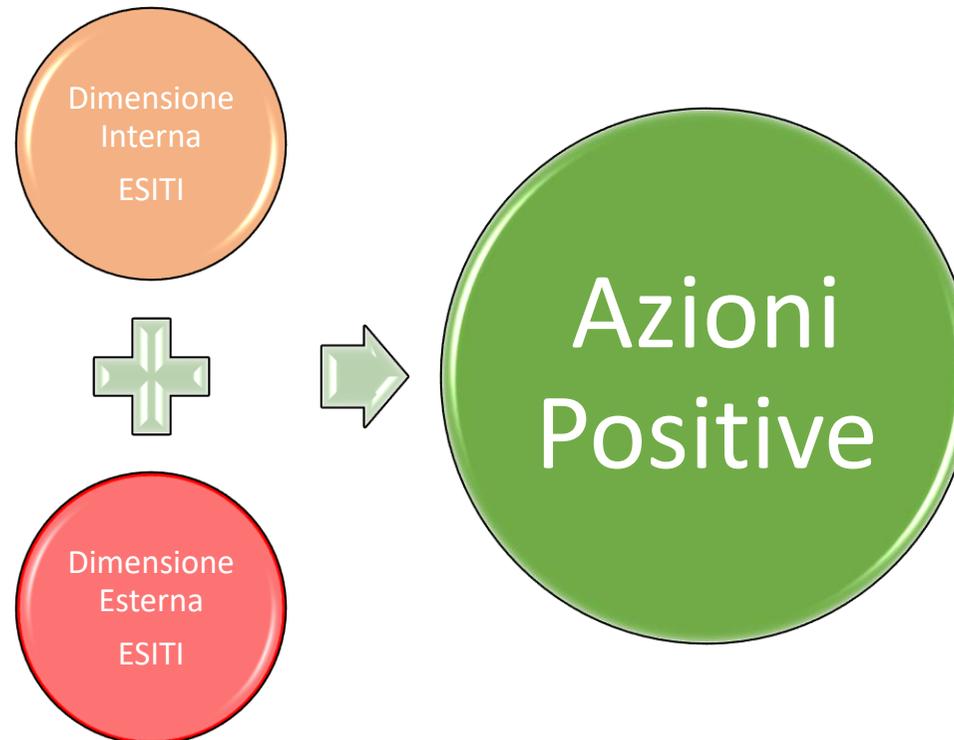
Tempo di attesa <20min: 121 pari al 69%/tot

Violenza verso il personale: 195 di cui vittime donne il 75% nella fascia di età 30-55 anni

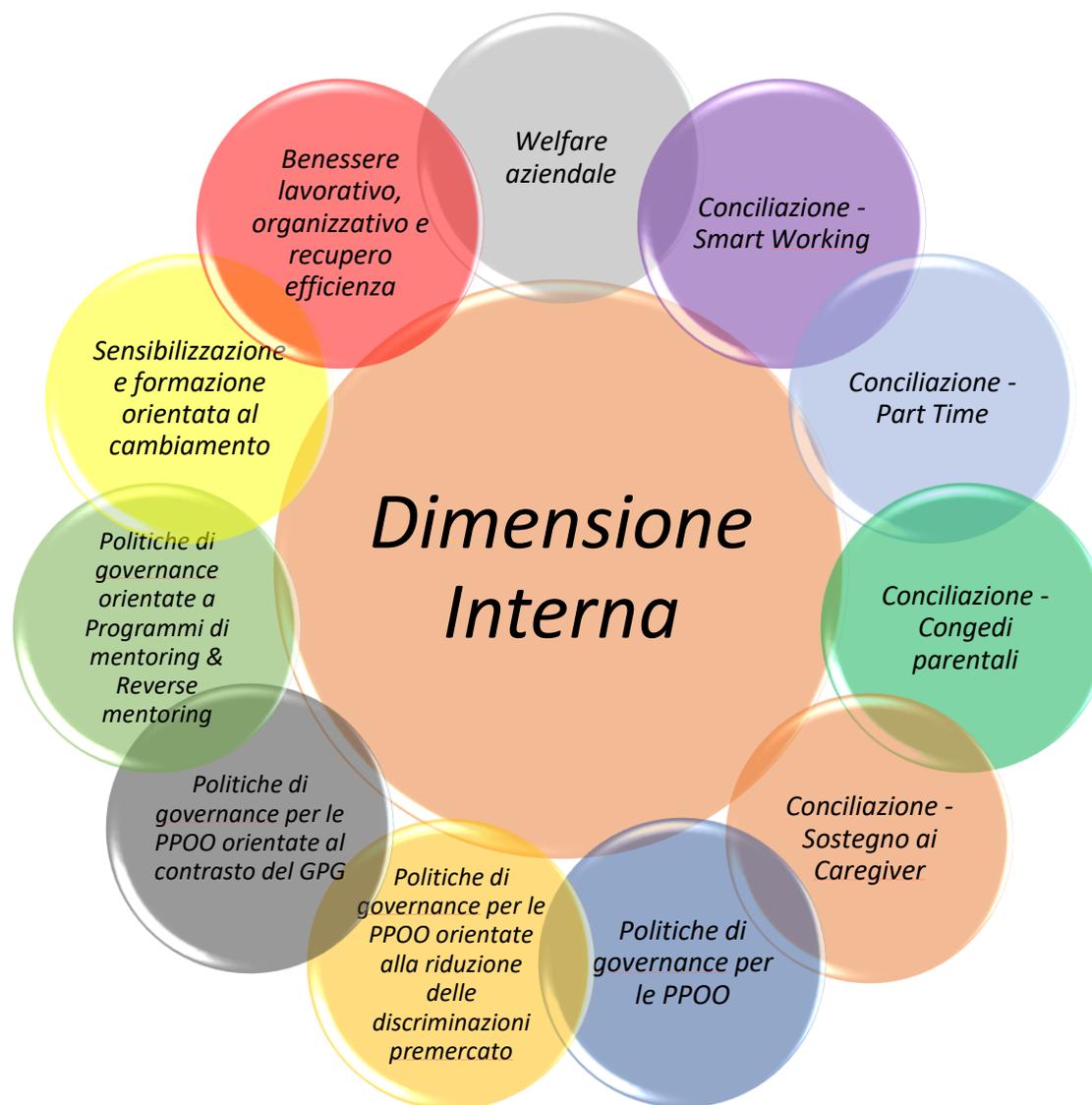
Violenza tra il personale: 12 di cui vittime donne il 100%

La Riprogrammazione - Le Azioni Positive in cantiere sulla base dei risultati emersi

Si riepilogano di seguito in sintesi le AP suggerite da professionisti durante gli audit, 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'attrattività 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 essere 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:
 - o gestione portale del dipendente
 - o utilizzo applicativi aziendali relativi alla formazione.
 - o variabili stipendiali e aggiornamenti contrattuali
 - o sistemi di valutazione
 - o 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
- azioni di recupero efficienza e benessere lavorativo mediante accordi sindacali e regionali per favorire le 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
- 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 equipe 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
- antifu: 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

Per info.
La Referente Bilancio di Genere AUSL Modena
Dott.ssa Milena Casalini m.casalini@ausl.mo.it