

## **RELAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI 1 “TRIESTINA” - ANNO 2012 -**

Come per il 2011, la gestione 2012 si è chiusa con un cospicuo utile di esercizio. Questo, nonostante il bilancio preventivo 2012 si basasse per il terzo anno consecutivo su un finanziamento praticamente invariato e quindi con una capacità di spesa - al netto dell'inflazione e dei nuovi oneri (es. IVA) - notevolmente ridotta.

Non deve peraltro trarre in inganno l'entità dell'utile, che in alcun modo può esser letto come frutto di un'inefficienza allocativa: al pari dell'anno precedente esso è stato determinato quasi interamente dall'ottimo andamento della spesa farmaceutica, quale risultato di molteplici fattori.

Se l'andamento dei costi dei farmaci è determinato a livello ministeriale, così come è una decisione centrale quella in tema di prescrizione per principio attivo, il risultato complessivo sulla spesa farmaceutica è frutto anche di una visione strategica di ASS1 e delle conseguenti iniziative di cui è stata artefice, realizzando precise e attente politiche sull'appropriatezza, sviluppando un costante e costruttivo confronto con i medici prescrittori e mettendo in atto specifiche azioni progettuali.

La spesa farmaceutica convenzionata, per propria natura fluttuante mese dopo mese, influenzata da fattori esterni all'azienda non del tutto prevedibili e verificabile solo a consuntivo, non consente – nel caso di una sua riduzione – di programmare una diversa allocazione delle risorse né nel breve, né nel medio-lungo termine.

Indirizzare allo sviluppo di nuove attività e di nuovi servizi un reinvestimento delle risorse economiche temporaneamente liberate dalla farmaceutica porterebbe infatti a iscrivere permanentemente a bilancio nuovi costi, a fronte di una performance estemporanea, non necessariamente replicabile e duratura, certamente non sistematizzabile. Ciò costituirebbe un preciso vulnus al principio di prudenza a cui deve ispirarsi l'azione di governo di una Pubblica Amministrazione, qual è un'azienda sanitaria.

A queste considerazioni di carattere generale vanno aggiunte altre, derivanti dalla contingenza normativa che di fatto ha reso ulteriormente problematica qualsiasi ipotesi di riallocazione, pur in un arco temporale di più breve respiro.

Anche a fronte delle positive proiezioni di bilancio ai trimestrali, le norme vigenti in tema di “dotazione organica” da non superare al 31 dicembre hanno impedito la riconversione delle risorse liberate verso l'acquisizione stabile di personale che si sarebbe opportunamente finalizzata al potenziamento dei servizi sanitari

necessitanti un ulteriore sviluppo (come l'assistenza infermieristica domiciliare) o da sostenere perché in progressiva sofferenza (come le attività riabilitative).

A causa di tale vincolo è risultata altresì scarsamente utilizzabile anche l'acquisizione a tempo determinato, resa ancor più difficoltosa a causa dei tempi tecnici necessari per calcolare e valutare l'andamento di bilancio, per attivare le procedure di acquisizione e per formare il personale neoassunto.

L'invalidità del termine di fine anno non ha consentito quindi politiche del personale coerenti con la realizzazione di uno dei principi cardine dell'autonomia gestionale di un'azienda: la flessibilità nell'utilizzo delle risorse in funzione degli obiettivi definiti e con il vincolo di pareggio nel bilancio di esercizio. Nel rispetto di tali principi, le attuali procedure autorizzative in capo alla Direzione centrale salute andrebbero pertanto auspicabilmente riconsiderate, perlomeno per quanto riguarda il personale a tempo determinato, a fronte dell'evidenza di un andamento positivo di bilancio.

A tale positivo andamento ha contribuito anche la cessazione (per quiescenza) di un certo numero di dirigenti i cui costi – in funzione dell'incarico o anche semplicemente dell'anzianità di servizio – “pesavano” considerevolmente nell'economia complessiva aziendale, essendo stati rimpiazzati da forze giovani o comunque essendo rimasti vacanti i ruoli di responsabilità.

Una considerazione ulteriore, in tema di risorse umane, va fatta a proposito del settore amministrativo, che ha subito limitazioni ancor più stringenti rispetto a quello sanitario e che è oggi in estrema sofferenza per l'accumularsi di nuove incombenze a seguito di numerose intercorse disposizioni normative: alla contrazione di risorse umane è corrisposto quindi un ulteriore carico di lavoro, tale da mettere seriamente in difficoltà la tenuta complessiva delle dinamiche gestionali aziendali, sul versante dell'azione amministrativa.

La coincidenza con le nuove norme in tema di “spending review”, a differenza di quanto è stato possibile in passato al verificarsi di un positivo andamento delle proiezioni periodiche di bilancio, ha impedito anche un reinvestimento nell'acquisto di servizi sanitari aggiuntivi presso il privato accreditato (finalizzabili alla riduzione dei tempi di attesa e/o alla riduzione della fuga extraregionale per alcune prestazioni), in aggiunta a quanto già definito all'interno dei tetti stabiliti dalla Regione, ed ha anche comportato una revisione dei contratti di fornitura in essere.

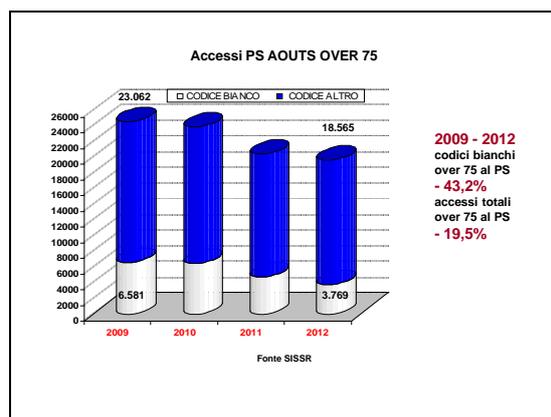
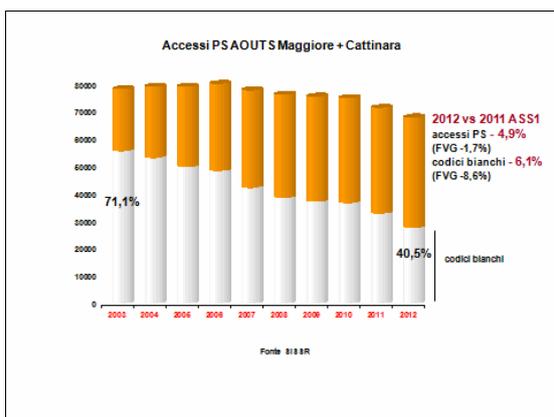
A queste considerazioni preliminari va aggiunto il fatto che obiettivo irrinunciabile – dichiarato nel PAL 2012 – doveva essere il mantenimento, quanto più possibile, degli standard di attività che ASS1 garantisce alla popolazione attraverso i propri servizi e le proprie attività sviluppate anche con gli altri attori del territorio (Comuni, ASP, volontariato, cooperazione sociale, eccetera).

La ricerca di questo faticoso equilibrio tra spese e garanzia di servizi non è stata operazione né semplice né indolore, nel senso che ha impattato con forza sull'organizzazione aziendale, caratterizzandone le scelte e la gestione.

Se da un lato ciò ha spinto a manovre positive di razionalizzazione dell'attività, dall'altro ha iniziato ad incidere pesantemente sulla struttura stessa di ASS1 e sulla sua presenza operativa in favore della popolazione.

Ciò nonostante, numerosi indicatori confortano circa la sostanziale tenuta del sistema, soprattutto in riferimento ai principi fondanti la mission aziendale di ASS1: promuovere la salute dei singoli e della popolazione di riferimento attraverso politiche di sistema e di rete, garantire alla popolazione valide e credibili alternative al ricovero ospedaliero.

Gli accessi in pronto soccorso stanno calando nel tempo in maniera significativa e si stanno riducendo di molto anche i codici bianchi (che non sono sinonimo di inappropriatazza!). Tale risultato è particolarmente significativo nella popolazione over75, che rappresenta un target specifico d'intervento per ASS1.

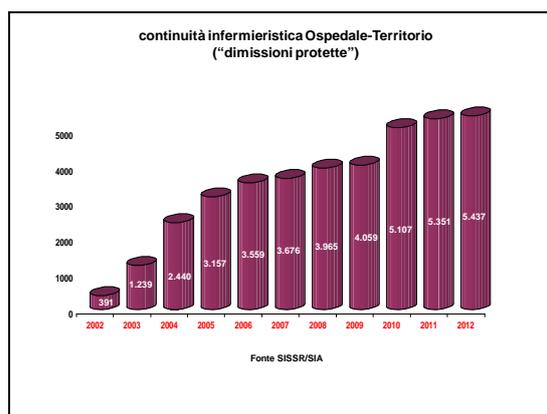
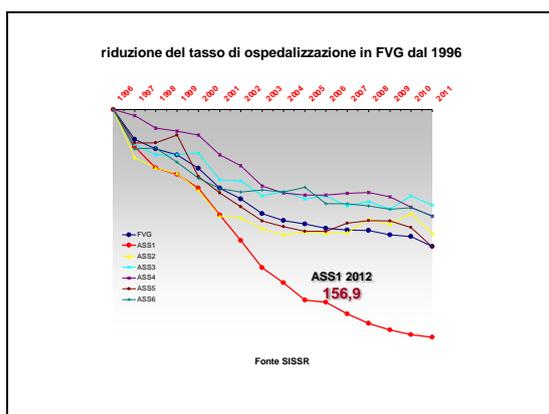


ASS1 interpreta il suo ruolo in una visione di sanità territoriale sempre più in grado di sviluppare percorsi di salute delle persone con cronicità e/o con problematiche sanitarie che possono trovare risposte migliori ed appropriate a livello domiciliare, ambulatoriale o di RSA. L'azione di ASS 1 risulta pertanto indirizzata ad evitare i ricoveri ospedalieri per questioni sanitarie che possono essere affrontate a livello territoriale, a sviluppare il rapporto tra la medicina generale e il distretto, a costruire percorsi diagnostici privilegiati per le persone in carico, a far sì che il Servizio 118 (opportunamente inserito nelle rete territoriale) mantenga e sviluppi il rapporto con i servizi distrettuali per la presa in carico di situazioni che non richiedono il ricovero.

L'obiettivo di ASS1 è stato, ed è, quello di garantire al cittadino appropriatezza e modularità nella risposta sanitaria, e non quello di ridurre il numero di accessi al PS ospedaliero. Su questi temi l'impegno di ASS1, anche nel 2012, per i motivi sopra esplicitati, è stato molto forte e i dati sul tasso di ospedalizzazione lo testimoniano.

Dal 1996 la discesa del TO dei residenti del territorio di riferimento di ASS1 è assai marcata e risulta di gran lunga la più accentuata in regione: ormai costantemente inferiore al parametro di 160‰ indicato dal Ministero della Salute come riferimento.

Questo risultato va letto nell'ottica di voler garantire alle persone il setting di cura più appropriato (quanto più a lungo possibile al proprio domicilio e quando possibile in maniera alternativa al ricovero ospedaliero) e va correlato, ad esempio, alle attività di presa in carico nell'ambito delle c.d. dimissioni protette, in costante aumento.



Le attività di assistenza domiciliare infermieristica e riabilitativa hanno visto una lieve flessione nel numero totale di utenti (7.815 con 117.763 accessi totali l'infermieristica, 3.190 con 12.805 accessi totali la riabilitativa). Peraltro, questi dati non possono essere letti solo in termini di numero di prestazioni ma dovrebbero opportunamente essere correlati ai motivi delle stesse e soprattutto agli esiti: una medicazione estemporanea "una tantum" è cosa molto diversa da un ciclo di medicazioni per una ferita difficile, ed una lesione da decubito risolta dopo dieci accessi è molto diversa da una che si protrae per un tempo indefinito. Gli attuali sistemi informativi messi a disposizione di ASS1 da parte del SISSR non consentono alcuna valutazione in tal senso. Possiamo peraltro affermare, sulla base di altri strumenti di analisi, che prosegue il lavoro di miglioramento dei risultati sulle ferite difficili, così come prosegue la razionalizzazione dei percorsi di riabilitazione, che si stanno progressivamente spostando verso il setting ambulatoriale laddove possibile, con un evidente guadagno di efficienza quando l'efficacia sia altrettanto garantita.

Da ultimo, il dato relativo alla percentuale di ultrasessantacinquenni presi in carico dai servizi infermieristici domiciliari (11%) non è certamente il migliore in regione, ma va doverosamente rapportato al denominatore di popolazione di riferimento (circa 65mila persone).

Tra le alternative al ricovero ospedaliero messe in campo da ASS1 vanno considerate anche le 4 RSA, per un totale di 229 posti letto, che hanno presentato un'occupazione media pari al 99,4% con una degenza media di 28,17 giorni e un indice di turn over di 0,18 giorni (media regionale: 2,98). Nel

2012 sono state accolte 2.707 persone per 83.190 giornate complessive di degenza.

Per quanto attiene le attività in essere proseguite nel 2012, ASS1 ha consolidato il proprio ruolo di eccellenza nel campo dei servizi della salute mentale (DSM) sviluppando tra l'altro ulteriormente l'attività di Centro Collaboratore OMS.

Il Dipartimento delle Dipendenze ha ridisegnato, in accordo con gli altri partner, i suoi servizi di prevenzione e riduzione del danno e si attrezza, anche alla luce dei PDZ 2013/2015, ad affrontare il tema delle nuove dipendenze assieme ai SSC.

Il Centro Cardiovascolare, in rete di collaborazione con il 118 e con la cardiologia ospedaliera, sviluppa le proprie funzioni non solo aumentando le proprie specifiche performance di offerta, ma anche costruendo efficaci sistemi di analisi e di monitoraggio dei pazienti presi in carico, avvalendosi anche di tecnologie di telemonitoraggio atte a mantenere le persone assistite quanto più a lungo al proprio domicilio.

Il sistema 118, del quale si ribadisce l'essenziale presenza tra i servizi territoriali, continua a consolidare il proprio rapporto con i distretti per la presa in carico dei pazienti che non necessitano di ospedalizzazione riducendo sempre di più gli accessi ai pronti soccorsi ospedalieri.

Sul piano mediatico, anche nel 2012 vi sono stati alcuni eventi che hanno richiamato l'attenzione sulla sanità triestina: oltre al tema ciclicamente ricorrente del ricorso dei cittadini al pronto soccorso ospedaliero, hanno occupato le pagine del quotidiano locale le vicende relative alla presenza del CUP nelle farmacie e alla questione dei trasporti secondari.

Questi ultimi erano stati affidati, a seguito di procedura pubblica esperita dal Dipartimento Servizi Condivisi, ad una società successivamente fallita, con conseguenti pesanti ripercussioni per ASS1, tra cui l'evidente difficoltà a garantire la prosecuzione del servizio all'utenza, che è stato comunque sempre regolarmente effettuato.

La vertenza con Federfarma, come è stato da subito evidente, era complessa e non riguardava esclusivamente l'erogazione del servizio CUP, ma coinvolgeva le scelte rispetto la distribuzione "per conto" dei farmaci. Val solo la pena di ricordare che non è stata ASS1 a dismettere il servizio CUP in farmacia, ma gli stessi farmacisti ad usare questa leva come momento di pressione sull'aspetto più generale.

A fronte della sospensione del servizio CUP da parte dei farmacisti (garantito gratuitamente per una decina d'anni), ASS1 ha dovuto potenziare la risposta presso tutte le sedi distrettuali e con orari di accesso molto ampi, per limitare i disagi ai cittadini.

Al di là della campagna mediatica montata nei confronti di ASS1, i fatti hanno dato pienamente ragione all'Azienda, nel momento in cui si sosteneva l'impossibilità di perfezionare un qualsivoglia accordo remunerativo con le farmacie, a causa di intervenute normative nazionali in materia che ne impedivano di fatto la sottoscrizione in assenza di una convenzione nazionale e di un recepimento della stessa a livello regionale. L'accordo alla fine è stato reso possibile esclusivamente in virtù di un provvedimento legislativo regionale che ha inteso mettere ASS1 in condizioni di condurre una sperimentazione, pur con oneri definiti e a carico del proprio bilancio.

Questo tema è stato quindi di grande impegno per ASS1 fin dal 2011 ed alla fine ha portato ad un accordo soddisfacente – in ambito di area vasta - anche sulla distribuzione per conto dei farmaci PHT.

Pur avendo premesso di considerare come proprio obiettivo generale il mantenimento dei risultati, nel corso del 2012 ASS1 ha concretizzato una serie di attività qualificanti che possono considerarsi come veri e propri “sviluppi”, realizzati nell'ambito del laboratorio progettuale denominato “Laboratorio esseti”, istituito con delibera n. 299 dd. 02/09/2011, a cui sono stati attribuiti i seguenti obiettivi:

- promuovere la salute dei singoli e della collettività, curando sia gli aspetti informativi/formativi, sia il monitoraggio dell'impatto sulla salute della popolazione degli interventi attuati;
- sviluppare la cultura della qualità e della responsabilità incentrata sulla descrizione e l'analisi dei processi di cura, dei percorsi assistenziali e dell'impiego delle risorse, sulla tracciabilità delle decisioni e sulla misurazione degli esiti, anche avvalendosi di strumenti e di *know how* incentrati sulla *governance* clinica e gestionale;
- sviluppare, monitorare e valutare esperienze di continuità dell'assistenza, intese non solo come capacità di risposta nell'arco delle 24 ore, ma soprattutto come capacità di presa in carico della cronicità e della disabilità, che presuppongono lo sviluppo di una rete di servizi e di una rete di informazioni supportate dalle tecnologie informatiche;
- promuovere e sviluppare reti e collaborazioni con soggetti pubblici o privati che condividano tali finalità di studio e di sviluppo, mediante progetti, ricerche, iniziative formative e/o comunicative, eventi pubblici, workshop ed ogni altra eventuale iniziativa coerente con le finalità del laboratorio stesso.

Nell'ambito delle attività del Laboratorio vengono affrontati, tra gli altri, i seguenti temi, articolati in più filoni progettuali:

- sviluppo di iniziative tese alla produzione di informazioni “nel mondo reale” (con finalità di *governance* clinica, di misurazione delle *performance*, di formazione tra pari e sul campo), incentrate principalmente su:
  - processi di cura e loro esiti, quantomeno intermedi;

- correlazione tra le risorse impiegate ed i risultati conseguiti, soprattutto in termini di salute;
- sviluppo di iniziative di proattività (con logica di intervento su cluster di popolazione a rischio) e di presa in carico delle persone “fragili” a rischio di ospedalizzazione;
- potenziamento della politica culturale e professionale sul farmaco incentrata sull'appropriatezza, attraverso:
  - la promozione della prevenzione secondaria, volta a ridurre i fattori di rischio nelle popolazioni a rischio, e di quella terziaria, volta a limitare e ritardare la comparsa di complicanze nelle popolazioni affette da patologie cronico-degenerative, anche mediante la definizione ed il monitoraggio di target terapeutici;
  - la promozione, anche attraverso una *concordance* terapeutica, della aderenza e della persistenza in terapia con i farmaci per le principali patologie cronico-degenerative;
  - la promozione dell'uso dei farmaci a brevetto scaduto per quelle indicazioni cliniche in cui tale scelta sia coerente con le evidenze scientifiche;
- sviluppo di iniziative di promozione della salute e di comunicazione sociale anche mediante l'uso di tecnologie informatiche e di moderni canali e strumenti di comunicazione mediatica.

“Laboratorio esseti” è dunque un contenitore virtuale in cui realizzare diverse attività progettuali, coerenti con la mission e la vision aziendali.

All'interno di “Laboratorio esseti” ASS1 avrebbe inteso tra l'altro implementare, in step progressivi e lungo diversi filoni progettuali tra di loro coerenti, un sistema informativo direzionale di governance clinica ed economica che permettesse di collegare ed aggregare in capo al singolo cittadino assistibile e – di conseguenza - a ogni possibile cluster di popolazione, il maggior numero di informazioni singolarmente disponibili (i dati anagrafici e demografici, le patologie croniche ed acute presentate, i singoli contatti e prestazioni ricevute dai singoli servizi sociosanitari, i principali dati clinici, ecc.).

Un sistema così concepito, basato sullo sviluppo di strumenti, di *know how* e di cultura incentrati sulla *governance* clinica e gestionale, permetterebbe di evidenziare, in modo analitico e cronologico, i singoli elementi del profilo assistenziale del singolo assistito e di gruppi omogenei di assistiti, nonché di determinare il costo dei percorsi di cura di ogni singolo assistito e dei cluster di popolazione.

Tutto ciò richiede una forte alleanza tra medicina generale e distretto e un adeguato supporto da parte dell'Information Technology, sia per la gestione del singolo caso sia per una lettura aggregata dei fenomeni in un'ottica di governance di sistema e attraverso un sistema di “cruscotti direzionali” che coniughi dati di natura amministrativa con dati di natura squisitamente clinica.

La costruzione di un vero sistema integrato di professionisti che passi attraverso l'adeguata valorizzazione dei rispettivi ruoli e il riconoscimento reciproco in qualità di interlocutori validi e credibili che partecipano allo stesso organizzato sistema di salute passa attraverso un recupero di progettazione unitaria di percorsi e di individuazione di sinergie.

In quest'ottica nel luglio 2012 è stato sottoscritto un "patto" tra ASS1 e i rappresentanti locali della medicina generale (i due sindacati maggioritari e la società scientifico-professionale, che insieme rappresentano la quasi totalità della professione, evento unico in Italia) per un'assunzione reciproca di impegni nel nome di una visione comune, a beneficio della qualità dei servizi e della salute della popolazione, in una logica di sistema.

Lo sviluppo di un sistema informativo sia "operativo" (scheda clinica del paziente, scambio di informazioni, ecc...) che di valutazione delle performance clinico-assistenziali-organizzative resta peraltro condizione necessaria alla piena attuazione delle progettualità definite e in parte messe in essere, tali da contemperare, rendendoli tra di loro coerenti, percorsi formativi, *clinical governance*, politiche distrettuali, ruolo del MMG e contenuti/obiettivi delle forme associative.

L'inadeguatezza dei sistemi informativi regionali, carenti in vari settori di attività e/o determinati essenzialmente sul mero calcolo dell'efficienza (numero di prestazioni), di derivazione ospedaliera, ha di fatto reso possibile una realizzazione solo parziale di quanto auspicato, né ha avuto alcun riscontro la più volte dichiarata disponibilità di ASS1 a sperimentare, se adeguatamente supportata dalle istanze regionali, sviluppi specifici di strumenti informatici e modalità di relazione, con particolare riferimento a FSE, flussi informativi, prescrizione elettronica, cruscotti direzionali e di governo clinico (che presuppongono la necessità di disporre anche di elementi di conoscenza clinica – quali ad esempio la distribuzione nella popolazione di fattori quali l'abitudine al fumo, i valori di pressione arteriosa, i livelli di raggiungimento di alcuni target terapeutici – e non solo di consumi in termini di prestazioni "tariffabili").

Ciò nonostante, è stato perlomeno possibile realizzare un articolato percorso di formazione, basato su attività di audit tra pari e di formazione sul campo, incentrato su due aspetti cruciali quali la politerapia nell'anziano e i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali nelle patologie cardiovascolari e nel diabete, che ha contribuito a determinare il brillante risultato sulla spesa farmaceutica.

La realizzazione del progetto A.PRE.1 (appropriatezza prescrittiva) e l'avvio del progetto sulla politerapia nell'anziano (finanziato su fondi AIFA per la farmacovigilanza) rappresentano la prima concreta attività messa in campo nell'ambito del "Laboratorio esseti".

Tali progettualità, insieme alla sottoscrizione del patto con la medicina generale, hanno avuto riscontro e interesse di rilievo nazionale, come dimostrato

dall'invito ricevuto dal direttore generale a relazionare in proposito presso il congresso nazionale del maggior sindacato di categoria.

Il tema della valutazione delle performance, con particolare attenzione al momento clinico, alle dimensioni dell'appropriatezza e degli esiti di salute (perlomeno quelli intermedi) è stata anche la chiave di lettura secondo cui si sono approcciati i lavori nel neocostituito Organismo Indipendente di Valutazione, i cui compiti ASS1 ha voluto intendere in accezione estesa, non limitata quindi alla sola verifica formale del raggiungimento di obiettivi basati su indicatori per lo più prestazionali (di struttura o al massimo di processo), ma in un'ottica di sistema di qualità e di miglioramento continuo.

Sempre nell'ambito delle attività riconducibili al "Laboratorio esseti", sui temi dell'innovazione, vanno citate le esperienze relative a progetti internazionali quali Dreaming (sulla teleassistenza, in collaborazione con un partner storico quale Televita), Helps (sul social housing), Alias (sulle reti informatiche sanitarie transfrontaliere). In tutti e tre i casi ASS1 ha ospitato od organizzato, nel corso del 2012, eventi internazionali, dimostrando ancora una volta di essere Azienda leader non soltanto per quanto riguarda i principi fondanti dell'organizzazione dei servizi sanitari nella comunità in un'ottica di salute, ma anche di esercitare un ruolo di primissimo piano all'interno della comunità scientifica rispetto alle soluzioni innovative nelle politiche di welfare. Anche in virtù di tali risultati, ad ASS1 è stato riconosciuto il ruolo di azienda capofila in una nuova progettualità su teleassistenza e telemedicina (SmartCare), che conta una quarantina di diversi partner europei. Nel corso del 2012 ASS1, con il supporto dell'Area Welfare di ASS5, ha coordinato i tavoli di lavoro propedeutici all'ottenimento del Grant Agreement da parte della Commissione Europea.

Quanto al ruolo di una visione epidemiologica ed all'utilizzo di strumenti scientifici anche per aspetti relativi alla governance aziendale, nel corso del 2012 ASS1 ha inteso aderire – unica azienda in regione – alla rete nazionale di "Passi d'argento", indagine epidemiologica rivolta agli over65 coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità. Nonostante la tardiva adesione (il progetto era già da lungo tempo avviato e praticamente concluso in ogni altra regione italiana), ampiamente motivata dalle peculiarità demografiche del territorio di riferimento, la modalità innovativa con cui l'indagine è stata condotta da ASS1 – in partnership con gli enti locali e con Televita per la conduzione dello studio e la raccolta dei questionari - la tempistica e la modalità di rappresentazione dei risultati ottenuti sono diventati un benchmark a livello nazionale, citato dallo stesso ISS.

Il rilievo nazionale dell'attività di ASS1 è dimostrato anche da altre tre importanti iniziative, condotte nel corso del 2012.

ASS1 è stata l'Azienda ospitante (e co-organizzatrice) del congresso nazionale di HPH & HS (Health Promoting Hospitals & Health Services), rete internazionale che opera sotto l'egida dell'OMS per la promozione della salute.

ASS1 ha anche ospitato il primo convegno nazionale sul tema della sicurezza sui palchi e nel mondo dello spettacolo, organizzato a cura della SC Sicurezza e Prevenzione negli Ambienti di Lavoro del Dipartimento di Prevenzione (anche in memoria del tragico accadimento occorso l'anno precedente, in cui a Trieste un giovane perse la vita lavorando all'allestimento di un palco).

Da citare infine la visita studio da parte di una folta rappresentativa della Regione Sardegna che ha inteso prendere ad esempio, per modalità e per risultati, il modello formativo adottato dall'ufficio Formazione e Valorizzazione del Personale di ASS1. Tale modello si basa sull'assunto che la formazione sia elemento centrale di valorizzazione della risorsa umana, oltre che opportunità di realizzazione personale del lavoratore: non un mero aggiornamento ma uno strumento di miglioramento continuo e di cambiamento dei comportamenti.

In particolare ha destato molto interesse quanto realizzato in tema di rilevamento dei bisogni formativi e di sviluppo delle competenze, insieme all'istituzione di una rete aziendale di referenti della formazione, sempre più intesa quale elemento cardine e strategico delle politiche del personale e non limitata ai meri aspetti burocratici di "offerta formativa" in termini di crediti ECM.

Tra le attività formative organizzate, va citata in particolar modo l'iniziativa di formazione sul campo che ha offerto un percorso dedicato a professionisti operanti presso AOUTS attraverso i servizi distrettuali, con particolare riferimento all'attività domiciliare rivolta agli anziani, al fine di migliorare le loro conoscenze e competenze in merito alla complessa offerta di servizi che ogni giorno il territorio è in grado di mettere in campo, in via alternativa al ricovero ospedaliero. Analogamente, in reciprocità, un certo numero di professionisti di ASS1 ha avuto modo di frequentare ambienti di ricovero con il particolare target degli anziani ricoverati nei reparti di medicina interna. Si è in tal modo inteso operare anche al fine di migliorare ulteriormente le opportunità di "continuità" tra i due segmenti di cura ospedaliero e territoriale, ma anche di sfatare il pregiudizio con cui ancora oggi troppo spesso dentro gli ambienti ospedalieri non si ha la percezione di quanto e come il territorio produca e offra in termini di assistenza e cura.

Come già riportato, ASS1 ha proseguito nel corso del 2012 la propria attività di presenza sul territorio che ne ha fatto punto di riferimento anche nazionale (FIASO, Federsanità ANCI) e internazionale (OMS, HPH&HS).

In particolare, in ambito FIASO ASS1 continua ad essere attiva nell'ambito del laboratorio sul governo del territorio e sui PDTA, oltre a ricoprire un ruolo nel comitato strategico del laboratorio sulla comunicazione per la promozione della salute.

In ambito Federsanità ANCI ASS1 continua a esprimere la vicepresidenza regionale ed è presente, con il suo DG, nel direttivo nazionale, dove ha avuto modo di prender parte anche a tavoli con il Ministero della Salute in occasione della stesura del c.d. "decreto Balduzzi".

ASS1, insieme ad ASS2, ha contribuito anche alla realizzazione dell'Atlante dei Servizi sanitari del FVG, curato da Federsanità ANCI, nella sua versione in lingua slovena.

Nel corso del 2012 è proseguito anche il lavoro di analisi del progetto Microaree, laboratorio per territori definiti, verificando come un diverso modo di approccio possa produrre risultati di salute e di appropriatezza interessanti, esperienza esportabile in contesti metropolitani.

È proseguita inoltre la politica di alleanze e di rete con vari soggetti sia pubblici - in primo luogo Comuni, Provincia, INAIL - che dell'associazionismo (quali ad esempio LILT, Equilandia, Asso Diabetici, Cuore Amico, Amici del Cuore, Associazione Mocavero ecc.), con cui sono stati organizzati programmi di attività e iniziative condivise al fine di incidere significativamente sugli stili di vita delle persone e mettere le basi per interventi strutturati di prevenzione.

In particolare con i Comuni si è sviluppato il percorso di definizione dei nuovi PDZ, esperienza estremamente importante anche per le modalità di sistema con cui è stata affrontata, attraverso la costituzione di una cabina di regia interambiti (il cui coordinamento è stato affidato ad ASS1) che ha consentito una omogeneità di approccio alle tematiche di integrazione sociosanitaria su tutto il territorio di riferimento di ASS1, coincidente con la provincia di Trieste e quindi con gli ambiti 1.1, 1.2 e 1.3. Questa modalità è stata particolarmente importante per superare la non coincidenza tra distretti e ambiti, determinata dalle particolarità dei 6 Comuni che compongono la provincia di Trieste e dal profondo sbilanciamento demografico del Comune capoluogo che da solo rappresenta quasi l'87% degli abitanti di tutta la provincia.

Con il Comune di Trieste in particolare si sono sviluppate altre collaborazioni, che hanno visto la partecipazione attiva di ASS1 alla prima conferenza sullo stato di salute della città di Trieste in relazione all'ambiente, ma anche alla prima edizione di Trieste Next (dedicata al tema dell'invecchiamento attivo). Una fitta rete di relazioni e di esperienze ha permesso anche attività di promozione della salute nei ricreatori cittadini e l'attivazione di un centro estivo incentrato anche sulla corretta alimentazione, sulla raccolta differenziata dei rifiuti, sull'inclusione sociale dei bambini svantaggiati.

Nonostante la ricchezza di alleanze e la varietà di positive esperienze con molti partner istituzionali e privati, resta da annoverare – tra le criticità – il tema delle modalità di rimborso alle strutture protette (comunali, ASP, private) per il personale infermieristico e di riabilitazione. Da lungo tempo e da parte di ogni struttura viene pressantemente richiesto ad ASS1 di riconsiderare il criterio del rapporto 1/15 per gli infermieri e di 1/50 per i fisioterapisti, nonché la rivalorizzazione del costo medio di un operatore per l'Azienda, soprattutto di fronte alla scelta effettuata in altra azienda della regione che ha ridefinito il rapporto a 1/13. Tra i motivi addotti nell'insistenza con cui il tema viene riproposto ad ASS1 vi da un lato l'evidenza di un utile di esercizio che – se non correttamente interpretato secondo le motivazioni citate in premessa – può far

apparire ASS1 un'Azienda tanto "ricca" quanto "insensibile", dall'altro l'effettiva complessità di molti casi accolti presso dette strutture, che avrebbe richiesto la tanto attesa e mai ultimata riclassificazione delle case di riposo e, conseguentemente, un finanziamento alle aziende sanitarie coerente ed adeguato. Non può sfuggire il fatto che la diversa valorizzazione a favore delle strutture protette sia potuta avvenire proprio in quelle aree della regione beneficiate dalle scelte di "riequilibrio territoriale", nella ripartizione dei finanziamenti, a scapito dell'area vasta giuliano-isontina.

Ancora una volta, nel corso del 2012 ASS1 ha riproposto, sia sui tavoli di area vasta sia presso le istanze regionali, la questione del pagamento delle ospedalizzazioni dei propri residenti che avvengono fuori regione. Si continua a ritenere infatti del tutto improprio il pagamento a carico di ASS1 dei DRG "in fuga" dal territorio di competenza. L'attrazione ed il suo contrario, relativamente ai ricoveri appropriati, sono di esclusiva competenza dell'Azienda Ospedaliero Universitaria e dell'IRCCS Burlo Garofolo, non essendo dotata ASS1 di posti letto per acuti e non avendo alcuna possibilità di governo dell'offerta ospedaliera né in termini di qualità né di liste di attesa né ancora di organizzazione logistico-alberghiera. Ciò a maggior ragione allorquando vengono imposti meccanismi di valorizzazione di "tetti fissi" tra le Aziende del SSR che, andando a remunerare il c.d. "vuoto per pieno", non stimolano le Aziende erogatrici ad aumentare l'offerta delle prestazioni sanitarie. Questo, a maggior ragione nel momento in cui l'applicazione della c.d. "spending review" ha impedito ad ASS1 l'acquisto di ulteriori prestazioni presso il privato accreditato.

## OBIETTIVO ECONOMICO

*Il risultato d'esercizio 2012, posto in evidenza dal conto economico, presenta un utile pari ad € 5.094.236, di cui € 5.093.790 ascrivibili alla gestione caratteristica.*

*Risulta pertanto assolta la precondizione relativa al Patto del Direttore Generale.*

## PROPOSTA DI DESTINAZIONE DELL'UTILE D'ESERCIZIO 2012

In merito all'utile derivante dalla gestione 2012, si propone la sua destinazione ad incremento del Piano Investimenti 2013, come anche suggerito al paragrafo 2.9, pag. 23, del documento "Direttive, criteri, modalità ed elementi economico-finanziari per la redazione del bilancio di esercizio 2012".