

# **Per un nuovo modello del sistema socio-sanitario del Veneto**

**Documento approvato dai Direttivi**

## INDICE

INDICE.....	III
SCENARIO GENERALE.....	V
SCENARIO ESTERNO .....	VII
SCENARIO INTERNO .....	VIII
1. Definizione dei livelli essenziali dell'assistenza sanitaria e sociale .....	VIII
2. Nuovo rapporto territorio-ospedale.....	VIII
3. Azioni per l'avvio di un nuovo modello di sistema socio-sanitario .....	IX
SCENARIO ISTITUZIONALE .....	XIV



## SCENARIO GENERALE

La globalizzazione e l'internazionalizzazione dei mercati rappresentano una realtà che sta sempre più modificando i modelli delle economie mondiali e le loro dinamiche.

Le economie occidentali, ed in particolare quelle europee, stanno vivendo una stagione di preoccupante rallentamento nei processi di accumulazione della ricchezza. Gli incrementi di 3/4 punti percentuali/anno del Prodotto Interno Lordo registrati negli anni ottanta sono oggi un ricordo lontano; soltanto le economie di alcuni Paesi in via di sviluppo registrano simili o maggiori crescite. Al suddetto rallentamento ha concorso, soprattutto negli ultimi anni, il consistente aumento del costo delle fonti energetiche, in particolare del petrolio (la bolletta energetica nel 2005 ha pesato in Italia per 37 miliardi di euro contro i 29 miliardi del 2004, +**27,59%**). Prima conseguenza di tale rallentamento è – in Europa – l'entrata in crisi del Welfare State.

L'Italia, nel contesto europeo, è fanalino di coda nei processi in parola, tanto che nel prossimo decennio il P.I.L. crescerà, nella migliore delle prospettive, del 12/15 %; non crescerà quindi significativamente la platea da cui trarre le risorse necessarie per erogare le **"prestazioni sociali"** che compendiano i diritti di cittadinanza e tra queste quelle socio-sanitarie hanno indiscutibilmente una particolare valenza nella sfera individuale, oltre a costituire una delle basi fondamentali, per non dire fondanti, della convivenza civile di un Paese che si consideri democratico.

Di fronte a tale cambiamento epocale, che pone in gravi situazioni decisionali i governi centrali, i livelli politico-istituzionali locali – per evitare di diventare vittime sacrificali delle predette decisioni – devono ricercare e condividere posizioni comuni in ordine alle concrete soluzioni e risposte da dare ai bisogni socio-sanitari delle comunità. Ciò per scongiurare che le **realtà organizzative locali** siano schiacciate, se non addirittura, cancellate.

Ed in contesti quali quelli sopra tratteggiati è imprescindibile che i responsabili dei governi locali non abdichino al loro compito di indicare la via da percorrere anche se questa è impervia, dura, impopolare e, conseguentemente, lascerà per strada qualche vittima.

Soltanto **scelte coraggiose e di ampio respiro** saranno in grado da un lato di fronteggiare una dinamica della spesa sanitaria che non conoscerà flessioni di sorta, anzi, rispetto a quella registrata nel decennio 1995/2004 (+79,8%, pari a 7,98% annuo), dall'altro di continuare ad allocare – aumentandole gradualmente – l'attuale quantità di risorse nel settore sanitario, ancorché questo comporti il mantenimento di un significativo trend differenziale annuo tra crescita della spesa e crescita del P.I.L.

## SCENARIO ESTERNO

Il sistema socio-sanitario è oggi nel Veneto interessato da uno scenario esterno che presenta elementi comuni e peculiari.

I primi si riconducono:

- all'aumento esponenziale della **popolazione anziana** (indice di vecchiaia 1.1.2003: 136), fenomeno che accresce il numero delle patologie cronico-degenerative, che richiedono modelli/regimi assistenziali a lungo termine;
- all'intenso e vorticoso divenire del **progresso scientifico e tecnologico**, quest'ultimo nella sua accezione più ampia. Le cure sono sempre più raffinate e specifiche con approcci d'elevata sofisticazione ma parallelamente altrettanto costose. C'è il rischio a breve di un forte squilibrio al principio di equità all'accessibilità e di disuguaglianza qualitativa della prestazione;
- all'aumento progressivo e consistente delle **aspettative di salute** individuali indotto anche dai mass media.

L'elemento peculiare del Veneto è il suo modello socio-economico a **policentrismo diffuso** che da alcuni anni conosce una stagione di crisi.

A fronte di tale scenario esterno sono sempre più necessari e non più differibili la **riforma** e lo **sviluppo** del sistema socio-sanitario Veneto verso la **modernizzazione, l'innovazione non solo organizzativa ma anche nei rapporti sistema-cittadino e nelle relazioni con il territorio, la ristrutturazione e la riqualificazione delle reti ospedaliera ed extraospedaliera, il riorientamento dei modelli assistenziali** per supportare concretamente il rilancio del predetto modello socio-economico Veneto.

## SCENARIO INTERNO

### 1. DEFINIZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DELL'ASSISTENZA SANITARIA E SOCIALE

Uno dei temi attuali – che si lega inescindibilmente ad uno dei fondamentali diritti costituzionali individuali, quale quello della “tutela della salute” – concerne **i livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEAS)** che rappresentano la traduzione concreta della “esigibilità prestazionale” in capo a ciascun cittadino, con particolare riguardo alle prove di efficacia universalmente accettate nell’iter diagnostico e terapeutico (EBM).

Al riguardo si ritiene non più differibile sia la loro definizione quantitativa sia la loro continua manutenzione in attuazione degli specifici Accordi Stato – Regioni già intervenuti in merito.

Così come non è più differibile la determinazione dei **livelli essenziali di assistenza sociale (LIVEAS)** introdotti dalla L. 328/00.

**Lo Stato**, nell’aggiornare secondo norma i LEAS e nello stabilire i LIVEAS, **deve indicare le risorse finanziarie** necessarie per renderli effettivamente fruibili in termini universalistici; in caso diverso il cittadino si interfaccia con diritti solo – purtroppo – “dichiarati” in quanto non sostenibili in termini finanziari, tanto da impattare negativamente nell’approccio con l’organizzazione sanitaria, socio-sanitaria e sociale.

La definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali è un passaggio determinante per fare chiarezza nei confronti dei cittadini: una volta definiti e condivisi i servizi potranno essere ripensati in termini di efficacia ed efficienza.

Il miglioramento della tutela della salute della nostra popolazione passa dalla chiarezza dei rapporti tra operatori, politici e cittadini.

Concludendo non si può non concordare con la sempre più avvertita esigenza di avere una chiara **definizione dei livelli di assistenza sanitaria e sociale** accompagnati dal necessario “bagaglio finanziario” per renderli quotidianamente “praticati” in quanto concretamente fruibili, ritenendo che la salute e l’assistenza socio-sanitaria siano un punto irrinunciabile per i cittadini e che conseguentemente si investano per il raggiungimento di questi obiettivi le risorse necessarie.

### 2. NUOVO RAPPORTO TERRITORIO-OSPEDALE

E’ ormai convinzione diffusa anche tra i non addetti al lavoro che il futuro della sanità è sempre di più proiettato sul Territorio con riconoscimento di un ruolo importante e specifico – ma limitato nella sua dimensione – dell’Ospedale, con la valorizzazione dell’assistenza primaria (medici di base, pediatri, ecc) nel ruolo cardine del futuro dell’assistenza.

Per rispondere a tale prospettiva e per conseguire i suddetti obiettivi fondamentali il Sistema Socio-Sanitario Veneto deve impegnarsi nell’attuazione di una ineludibile **inversione**, sotto il profilo sia programmatico che operativo, del **processo**

**assistenziale** alla persona, attraverso il riordino – secondo priorità in termini contenutistici e sequenzialità in termini temporali – del mix di interventi e di prestazioni necessari come sottoriportato, con salvaguardia della **continuità assistenziale** ed in una logica di rete a forte integrazione socio-sanitaria:

- ✓ sistema delle assistenze **domiciliari**.
- ✓ sistema delle assistenze **ambulatoriali**.
- ✓ sistema delle assistenze **residenziali extraospedaliere**.
- ✓ sistema delle assistenze **residenziali ospedaliere**.

Come è di facile ed immediata comprensione si sta parlando di un **SISTEMA SOCIO-SANITARIO** in cui le parti componenti dello stesso – le **Aziende Sanitarie territoriali** – gestiscono i servizi sanitari e sociali del processo assistenziale, ponendosi obiettivi di salute tenendo conto delle risorse disponibili.

Il suddetto Sistema Socio-sanitario deve basare le proprie prospettive configurandole, per quanto attiene agli assetti programmatici, sulla **epidemiologia** della popolazione di riferimento; essa deve essere assunta a fondamento di ogni decisione programmatica, strutturandola sugli standards più elevati delle attuali specifiche conoscenze.

### **3. AZIONI PER L'AVVIO DI UN NUOVO MODELLO DI SISTEMA SOCIO-SANITARIO**

L'inversione del processo assistenziale alla persona va realizzato attraverso alcune azioni quali:

#### **a) Coinvolgimento e responsabilizzazione dei medici di famiglia**

Ci deve essere un **reale coinvolgimento "forte" dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta** nella definizione di linee guida, protocolli diagnostici e terapeutici e nella concreta integrazione con i colleghi medici dipendenti, prevedendola in sede di accordi a livello regionale e realizzandola nell'ambito territoriale di ciascuna U.L.SS., con assunzione da parte degli stessi della piena responsabilità sui risultati da raggiungere (Patti e Contratti Aziendali).

Lo sviluppo della Medicina delle Cure Primarie (MCP) è la chiave di volta della **continuità assistenziale**: deve essere e diventare questo uno specifico livello essenziale di assistenza cui dovrà afferire la maggioranza delle patologie la cui **"presa in carico"** deve essere compito del medico di famiglia.

Quest'ultimo deve sì essere valorizzato, ma al contempo **va responsabilizzato** rispetto al corretto utilizzo delle risorse pubbliche ancorché sia legato al S.S.N. da un rapporto di lavoro di non dipendenza; in sintesi si tratta di dare applicazione uniforme ed equiordinata al generale principio del **"rendere conto"** da parte di chiunque usi risorse pubbliche, interfacciando e



monitorando nel tempo i comportamenti individuali dei professionisti per metterli in relazione/a confronto con il budget agli stessi assegnato per la soddisfazione dei bisogni specifici dei loro assistiti.

## **b) Definizione di percorsi diagnostici-terapeutici**

Necessita la definizione e approvazione di percorsi diagnostici e terapeutici che, condivisi il più diffusamente possibile, rendano concreta la **standardizzazione** in termini effettivi dei profili di cura attuati nelle diverse strutture costituenti il sistema socio-sanitario. A tale proposito si rende sempre più necessario che vengano **adottati indicatori/misure di risultato di salute espliciti** da parte dell'organizzazione sanitaria come ad esempio per gli interventi di emergenza, trattamenti di infarto, stroke, politrauma etc. per far sì che la Comunità locale possa verificare l'efficacia dei Servizi nella tutela della salute.

## **c) Potenziamento della rete di assistenza territoriale**

Si dovrà avviare un reale **potenziamento della rete di assistenza territoriale** che si realizza con:

- il **rafforzamento** e il **consolidamento** della politica ultra ventennale di **integrazione sociale - sanitario**, che ha consentito risposte concrete ed uniformi anche nelle piccole realtà comunali, procedendo alla corretta ripartizione / attribuzione dei correlati oneri finanziari ai due ambiti interessati; integrazione che rappresenta la condizione operativa per realizzare in concreto la **continuità assistenziale**. E' in merito necessaria, a livello programmatico, una migliore definizione degli obiettivi da conseguire da parte delle ULSS e dei Comuni, dei modelli organizzativi e gestionali possibili e degli indicatori di verifica dei risultati.
- il **completamento**, anche nella prospettiva di una sua indifferibile riqualificazione, ed il **potenziamento della RETE EXTRAOSPEDALIERA** sia per **l'assistenza intensiva che estensiva** (RSA, NRSA, Case di riposo per anziani non autosufficienti, hospice, nuclei per affetti da malattia di Alzheimer, nuclei per affetti da stato vegetativo permanente, strutture per disabili, etc.).
- lo sviluppo e il consolidamento dell'**ASSISTENZA DOMICILIARE** nelle diverse forme, con particolare riferimento all'ADIMED ed alla OSPEDALIZZAZIONE domiciliare.
- il potenziamento dell'organizzazione per le **ATTIVITA' PSICHIATRICHE** con reale attivazione dei dipartimenti di salute mentale, dei centri di salute mentale, delle CTRP, delle CA, dei CRD, dei COD, dei CLG, etc. (Comunità Terapeutiche Residenziali Protette, Comunità Alloggio, Centri Residenziali Diurni, Centri Occupazionali Diurni, Centri di Lavoro Guidato, etc.).
- il potenziamento dell'**ASSISTENZA SPECIALISTICA** per risolvere il problema delle liste di attesa, obiettivo realizzabile anche con l'**attivazione di sedi poliambulatoriali ad alto contenuto tecnologico** utilizzando

possibilmente presidi ospedalieri dismessi (decentramento/diffusione delle attività specifiche sul territorio): due sedi poliambulatoriali per ciascuna delle cinque grandi province (oltre ad una ciascuna per Belluno e Rovigo) è ritenuto numero idoneo per conseguire reali risultati nella soluzione del problema delle liste di attesa. Parallelamente ad un incremento di prestazioni in alcuni specifici settori, va perseguita una capillare quanto costante formazione sociale della comunità e aggiornamento del personale medico sul percorso clinico efficace.

#### **d) Costituzione del fondo per la non autosufficienza**

Un problema, la cui soluzione non è oltre differibile, riguarda l'esigenza – sempre più diffusa tra la popolazione – di una copertura universalistica del rischio "**non autosufficienza**". Molte famiglie, in numero sempre più crescente, sopportano oneri finanziari consistenti per assicurare una risposta adeguata ai bisogni assistenziali di componenti non autosufficienti del proprio nucleo (in particolare anziani); e queste famiglie sono sempre più in difficoltà, con ricadute deleterie sulla tenuta dei conti e sull'equilibrio del bilancio familiare. Questa pur sommaria analisi porta con sé la necessità di fare una scelta politica di spessore, che si compendia nella **istituzione del Fondo per la non "autosufficienza"**, chiamando diversi soggetti ed istituzioni a concorrervi, comprese le espressioni popolari che il secolo scorso si sono costituite in Fondazioni per esercitare l'attività di raccolta del risparmio e di concessione di prestiti (attività bancaria).

#### **e) La politica della prevenzione**

La politica della **prevenzione** se ben articolata può essere uno straordinario investimento a lungo termine che contrasterà in termini significativi la dinamica attesa di crescita della spesa sanitaria complessiva nei prossimi quindici anni (secondo un recente studio di PricewaterhouseCoopers Health Research Institute, la spesa totale si attesterà in media al 16% del P.I.L. nei Paesi OCSE, con esclusione degli USA dove toccherà il 21%).

Per realizzarla occorre sì potenziare le **misure di prevenzione e di sicurezza** negli ambienti di lavoro anche grazie agli interventi di informazione e formazione dei servizi specifici dei Dipartimenti di prevenzione, così come è sì importante l'esecuzione generalizzata e completa degli **screenings** quali strumenti idonei ritenuti tali dalle evidenze scientifiche, in grado di salvare parecchie vite umane.

Ma è soprattutto ed innanzitutto con un'educazione generalizzata e diffusa – attraverso l'obbligatorio passaggio della scuola – concernente il tema degli "**stili di vita**" da spiegare ed insegnare per l'intero corso scolastico a coloro che costituiranno la futura comunità nazionale adulta (educazione civica, ambientale, alimentare, sanitaria, etc.).

Infine in questo settore di intervento va riservata un'approfondita attenzione al problema ambientale.

## **f) Ristrutturazione/riorganizzazione della rete ospedaliera**

La rete ospedaliera Veneta a gestione diretta richiede, nell'ottica di un nuovo rapporto territorio-ospedale, un **superamento convinto** della situazione di eccesso di strutture ospedaliere che erogano i medesimi servizi, inefficace quanto a risultati di salute e dispendiosa quanto a risorse assorbite (la struttura ospedaliera deve evolvere sempre di più verso un centro di servizi e sempre di meno verso un centro di degenze).

Le ultime programmazioni di settore – DGR 740/99, DGR 3223/02 e DGR 751/05 – non hanno **né razionalizzato né riqualificato** alcunché, essendosi limitate praticamente ad operare soltanto riduzioni, peraltro relative, di posti letto nonché alcune limitate disattivazioni di unità operative autonome.

Fondamentale è la definizione del **modello di ospedale** dei prossimi decenni, modello che da un lato deve essere in grado di rispondere compiutamente e completamente agli indispensabili criteri di sicurezza e principi di qualità delle prestazioni erogate, dall'altro deve essere in possesso dei requisiti/standard strutturali, organizzativi e funzionali previsti dalla specifica normativa.

In particolare a **ospedali per acuti con urgenze con le elevate tecnologie e competenze professionali in poche sedi** per il trattamento delle malattie acute, per garantire qualità e sicurezza di cure ai pazienti; di contro **per le cure di patologie croniche a forte integrazione socio-sanitaria con sedi ospedaliere più diffuse territorialmente.**

Proprio per riqualificare e razionalizzare in maniera effettiva e decisiva la rete ospedaliera in un'ottica del nuovo modello sopraccitato di ospedale è urgente **la riconversione di alcune strutture** oggi attive in strutture dirette al potenziamento delle attività territoriali di cura e prevenzione (essendo insufficienti, oltre che inadeguate, sia le riduzioni di posti letto che le disattivazioni di unità operative autonome/apicalità).

Così pure il nuovo modello evidenzia che non è oltre differibile la **riconversione dei piccoli ospedali** che non hanno i prescritti requisiti di sicurezza, così come è indispensabile che la programmazione di settore **definisca, per le diverse specialità, il rapporto tra unità operative autonome/apicalità/funzioni e numero di abitanti**, demandando al Direttore generale la relativa proposta attuativa sentita la Conferenza dei Sindaci.

Nel ridisegnare la rete ospedaliera Veneta deve essere posta una particolare attenzione ai territori della **montagna veneta** ed al **centro storico di Venezia**, con speciale riguardo al bellunese che rappresenta il 20% del territorio regionale; per detta realtà, oltre all'attenuazione degli standards e degli indicatori di sistema, va contestualmente definita la maglia completa della locale rete assistenziale, compresa l'effettività di trasporti adeguati e di ambulatori specialistici idonei, a garanzia dei livelli di sicurezza complessivi.

Oltre alla necessaria ristrutturazione/ridimensionamento della rete ospedaliera, che finora ha avuto ritmi insufficienti ed inadeguati, va rafforzato l'impegno del Sistema Socio-Sanitario Veneto verso **l'appropriatezza delle prestazioni**, per far sì che il cittadino-utente stia nella struttura (o segua la cura) adeguata in relazione al proprio bisogno sanitario del momento, e verso la **qualità delle prestazioni**, per far sì che gli esiti delle cure ed il grado di soddisfazione individuale siano i più elevati obiettivamente conseguibili.

#### **g) Ambiti territoriali**

Rispetto alla tematica della revisione degli **AMBITI TERRITORIALI**, oggetto di un dibattito sociale che si protrae da alcuni anni in forma ricorrente e di cui costituiscono – in qualche modo – prodromo le aree vaste formalizzate dalla Giunta Regionale il mese di novembre 2004, si ritiene di dover preliminarmente affermare che l'eventuale ridelimitazione territoriale delle aziende sanitarie non è la strada che conduce alla soluzione dei problemi del sistema socio-sanitario regionale.

Per esserlo deve essere accompagnata da una revisione del ultra ventennale modello regionale da un lato e da una forte ristrutturazione dell'offerta residenziale (in particolare ospedaliera) dall'altro.

In caso diverso la centralizzazione del momento decisionale gestionale determinerà una prioritizzazione dei problemi e delle soluzioni che interessano l'area del capoluogo con ricadute negative, nell'invarianza delle risorse disponibili, sul livello dei servizi delle aree periferiche.

## SCENARIO ISTITUZIONALE

Il sistema socio-sanitario Veneto costituisce un modello unico nel panorama italiano, avendo ancora nel 1982 adottato la scelta dell'integrazione socio-sanitaria, ridenominando le Unità Sanitarie Locali in Unità Locali Socio Sanitarie.

Tale integrazione è irrinunciabile essendo la salute il prodotto di diversi fattori socio-economici, ambientali, sociali, stili di vita, accesso ai servizi.

- **Socio economici:** occupazione, disoccupazione, emersione di nuove povertà, incremento dell'età media, esclusione sociale, ecc.
- **Ambientali:** acqua, aria e alimenti, ambiente sociale e culturale, inquinamento, ecc.
- **Sociali:** coesione sociale, solidarietà sociale, sicurezza, incremento dell'immigrazione (con riesposizione a vecchi patogeni ed immissione di nuovi patogeni sconosciuti), ecc.
- **Stili di vita:** alimentazione, sedentarietà, stress, fumo, alcol, sesso, farmaci, ecc.
- **Accesso ai servizi:** istruzione, trasporti, servizi sociali, ecc.

Tutte queste condizioni sono responsabili per oltre il 70% delle variazioni delle condizioni di salute.

Si rende sempre di più indispensabile continuare ad investire in **una politica per la salute** attraverso una forte integrazione del processo di produzione della salute stessa (territorio, ospedale, continuità assistenziale, ecc.), individuando

- I **bisogni di salute della popolazione** e le relative risposte
- I **bisogni di assistenza sanitari e sociale** e la relativa risposta in termini di offerta
- **Le competenze e gli interventi** necessari per rispondere a questi bisogni
- **Le verifiche in termini di efficacia** in itinere ed ex post delle azioni fatte.

Gli **attori** coinvolti nella politica per la salute nella regione Veneto sono numerosi (Regione Veneto, Comuni, Conferenza dei Sindaci, Conferenza Regionale Permanente per la programmazione socio-sanitaria, Aziende Ulss e Ospedaliere, Terzo settore, Associazioni di categoria), con ruoli e competenze diverse definite dalla legislazione attuale.

Questo modello presenta alcune **criticità** quali:

1. La carenza di consultazione e concertazione tra gli attori (Regione, Comuni, Aziende Sanitarie);

2. Il ridotto ruolo attribuito alla Conferenza dei Sindaci;
3. La "confusione" tra ruolo politico (Comuni) e gestionale (Azienda Ulss);
4. La titolarità dei finanziamenti, in particolare di quelli regionali;
5. Lo scarso coinvolgimento della Conferenza Permanente Regionale della Programmazione Socio-Sanitaria;
6. La scarsa applicazione, da un punto di vista operativo, del ruolo programmatico dei servizi e valutativo dei risultati da parte dei Comuni.

Necessita pertanto la **ridefinizione** dei ruoli e delle **competenze** degli attori istituzionali, attraverso uno sviluppo del governo della sanità e del sociale basato sulla consultazione e concertazione che avvii una decisa "**programmazione partecipata**" quale condivisione fra i diversi soggetti (soprattutto Regione - Comuni) coinvolti nel processo di pianificazione locale, dando impulso ad una programmazione integrata **nelle responsabilità e nelle risorse**, da cui discenda un'azione unitaria a livello territoriale.

La **concertazione** presuppone la definizione di un percorso partecipato che prevede la definizione preventiva di regole e criteri organizzativi.

La valorizzazione del ruolo dei Comuni nei processi di programmazione e verifica in materia sanitaria e socio-sanitaria passa attraverso l' **ampliamento delle funzioni** degli organismi espressione dell'associazionismo intercomunale (**Conferenza dei Sindaci - Conferenza Regionale Permanente della Programmazione Socio-Sanitaria**) e l'assegnazione di maggiori poteri ai Comuni nelle fasi della programmazione e verifica del sistema sanitario e socio sanitario.

La valorizzazione del ruolo dei Comuni passa anche attraverso il rafforzamento del ruolo dei distretti sanitari, permettendo ai cittadini di sentire più vicino a loro il luogo ove si erogano prestazioni di risposta ai loro problemi di salute.

Nel campo sociale i Comuni, titolari dei Piani di Zona, attraverso un processo di **progettazione partecipata** devono assumere una **funzione di regia** nella costruzione dei piani, rappresentando gli stessi gli strumenti privilegiati per conseguire forme di integrazione fra i vari servizi, mediante l'analisi dei bisogni, la definizione delle priorità e delle risposte, l'integrazione delle risorse istituzionali e sociali, la gestione creativa, flessibile e partecipata dei servizi.

I profondi cambiamenti e le conseguenti necessarie trasformazioni dei modelli assistenziali (rafforzamento della prevenzione, potenziamento dell'assistenza primaria e territoriale in un'ottica di forte integrazione tra sociale e sanitario, riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera) esigono anche un **adeguamento dell'assetto organizzativo-funzionale**.

Le trasformazioni dei modelli assistenziali di cui sopra risulterebbero più **governabili se proposte da un organo collegiale anziché monocratico**, con l'obiettivo di non sospendere o invertire il processo di gestione aziendalistica della

sanità, ma anzi di rafforzarlo, abbreviando i tempi della concreta attuazione dei nuovi modelli.

Si potrebbe ipotizzare la costituzione di una **Azienda Speciale** in cui però troveranno applicazione la separazione delle funzioni di programmazione e di indirizzo riservate al Consiglio di Amministrazione, dalla gestione riservata al Direttore generale/Amministratore Delegato.

La composizione del Consiglio di Amministrazione deve rappresentare sia la Regione Veneto sia i Comuni.

Al Consiglio di Amministrazione devono essere affidate le funzioni di alta amministrazione, di indirizzo e di programmazione, attraverso la definizione degli obiettivi dell'azienda nonché le funzioni di verifica del raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Il Consiglio di Amministrazione dovrebbe in particolare approvare il piano attuativo locale, il bilancio di pluriennale, il bilancio preventivo, il bilancio di esercizio e concorrere alla nomina da parte della Regione del Direttore Generale/Amministratore Delegato.

Al Direttore Generale/Amministratore Delegato dovrà essere affidata in via esclusiva la gestione dell'Azienda.