

Elezioni regionali
31 Maggio 2015

PROGRAMMA DI GOVERNO 2015-2020

del candidato Presidente

Luca ZAIA

Regione del Veneto

1. Scelgo una Regione efficiente e trasparente

Quello che faremo

- Proseguiremo sul percorso tracciato nella scorsa legislatura: massima trasparenza, onestà, **lotta alla corruzione, tagli ai costi della politica.**
- **Elimineremo l'assegno di fine mandato** dei consiglieri regionali.
- **Elimineremo i vitalizi** di qualsiasi tipo.
- **Elimineremo l'indennità di funzione** ai consiglieri regionali.
- **Ridurremo la diaria** e le **altre indennità** che compongono lo "stipendio" dei consiglieri regionali.
- Anche i consiglieri regionali timbreranno il "cartellino".
- Ogni assenza ingiustificata dei consiglieri regionali comporterà una riduzione del loro "stipendio".
- Pubblicheremo ogni 6 mesi le presenze e la produttività dei consiglieri regionali.
- Istituiremo il **fascicolo personale riservato del consigliere regionale**, in cui confluiranno le autocertificazioni di ciascun consigliere relative a possibili conflitti di interessi o a fatti personali di rilievo.
- **Azzereremo i finanziamenti** ai Gruppi consiliari.
- **Impediremo l'eccessiva proliferazione dei Gruppi consiliari** migliorando così l'efficienza dei lavori del Consiglio regionale.
- Approveremo le **leggi in tempi più rapidi** grazie alla revisione dello Statuto con l'introduzione della **questione di fiducia** su atti o leggi di attuazione del programma di governo, su questioni particolarmente rilevanti o urgenti per la collettività regionale, sulla legge di stabilità e sulla legge di bilancio annuale e pluriennale, sulle leggi istitutive o modificative di tributi e imposte regionali e sugli atti ad essi collegati.
- **Elimineremo le auto blu** per i pubblici amministratori.
- **Sì ad un Codice Etico** per la Buona politica.
- Istituiremo la **Giornata sulla cultura della legalità e del fare.**
- Faremo del Veneto la **Regione campione** quale laboratorio dell'anticorruzione, con il rilascio di un apposito **bollino blu** da parte dell'Autorità Nazionale Anti Corruzione.

- Aumenteremo i fondi per legge regionale sull'**anticorruzione**.
- Riscriveremo il bilancio regionale: **stop ai finanziamenti a pioggia**.
- Faremo scrivere le "**leggi quadro**" agli operatori dei diversi settori, con il coordinamento e la supervisione della Regione.
- **Venderemo il patrimonio immobiliare regionale**, raggruppando tutti gli uffici regionali in un'unica sede, per risparmiare ulteriormente sui costi.

Quello che abbiamo già fatto

Sul fronte del **contenimento dei costi della politica**, la Regione ha approvato la legge regionale n. 4/2012 "Abolizione dell'istituto dell'assegno vitalizio, riduzione e semplificazione del trattamento indennitario dei consiglieri regionali". Con l'approvazione del nuovo Statuto regionale, è stato **ridotto il numero dei consiglieri regionali**, passando dagli attuali 60 ai futuri 50.

Inoltre, con la legge regionale n. 47/2012 "Disposizioni per la riduzione e il controllo delle spese per il funzionamento delle istituzioni regionali (...) e istituzione e disciplina del Collegio dei revisori dei conti della Regione del Veneto", la Regione del Veneto ha **ridotto le indennità** del 15%. Di particolare rilievo è stata la forte contrazione dei contributi ai gruppi consiliari, circa il 70% in meno, e l'introduzione anticipata di oltre due anni dei tetti di spesa per il contenimento dei costi del personale dei gruppi stessi (legge regionale n. 53/2012).

Durante la presidenza Zaia, l'attività della Giunta regionale del Veneto si è caratterizzata per il **forte impegno a favore della trasparenza**: questo è chiaramente evidente innanzitutto negli atti assunti ad iniziare dall'applicazione di quanto previsto dalla legge n. 190 del 2012. Tale legge ha previsto per la Regione l'individuazione di un Responsabile della prevenzione della Corruzione, l'adozione di un Piano Triennale anticorruzione e, a seguito del Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33 attuativo della legge 190, anche l'Adozione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità. Con la delibera n. 37 del 28 gennaio 2014 la Giunta regionale ha assolto agli obblighi previsti per il piano Triennale 2014-2016 così come con la deliberazione n.71 del 27 gennaio 2015 ha adottato il piano triennale 2015-2017.

Il 4 maggio del 2013 è entrato in vigore il Decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39 il quale detta le Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190 a cui sovrintende il responsabile del Piano Anticorruzione.

Per quanto concerne infine le norme relative al piano di trasparenza e pubblicità, l'amministrazione regionale ha provveduto a dare concreta attuazione alla norma, realizzando, come previsto dalla normativa, il sito "Amministrazione Trasparente" in cui si trova dati e notizie previste sia dalla legge sia da successive deliberazioni dell'Autorità nazionale anticorruzione relativamente agli Amministratori, dirigenti della

Regione, nonché Amministratori, Direttori e dirigente degli enti, Agenzie e società regionali.

*La Giunta regionale, inoltre, ha approvato le linee guida in materia di affidamenti per garantire il coordinamento e l'omogeneità nell'utilizzo della Banca dati nazionale dei contratti pubblici dell'Autorità nazionale anticorruzione da parte degli uffici regionali. Con tale deliberazione si consente alle stazioni appaltanti di acquisire la documentazione comprovante il possesso dei requisiti di carattere generale, tecnico-organizzativi ed economici finanziari per l'affidamento dei contratti pubblici attraverso la banca dati tenuta presso ANAC. Sul tema, per altro, la Regione ha già assunto, sin dal 2012, specifiche iniziative su questo fronte, sottoscrivendo direttamente con le Prefetture un Protocollo di legalità e promuovendone l'adesione da parte delle altre Stazioni Appaltanti del territorio veneto. Con il Protocollo di legalità, rinnovato e implementato nel 2014, sono stati potenziati e integrati gli strumenti di **tutela della legalità e di contrasto alla criminalità** previsti dalla vigente legislazione, da un lato rafforzando la rete di monitoraggio esistente e dall'altro lato estendendo i controlli antimafia a contratti e subcontratti altrimenti esclusi dalle verifiche ai sensi della vigente legislazione antimafia. L'accordo rientra tra le misure di attuazione delle politiche regionali a favore della prevenzione del crimine organizzato e mafioso e della corruzione, previste dalla legge regionale n. 48/2012 "Misure per l'attuazione coordinata delle politiche regionali a favore della prevenzione del crimine organizzato e mafioso, della corruzione nonché per la promozione della cultura della legalità e della cittadinanza responsabile".*

1.1 Riduzione dei costi della politica ed efficienza e trasparenza al 100%

"Sebbene la massima 'L'onestà è la migliore politica', implichi una teoria che la pratica purtroppo assai spesso smentisce, la massima parimenti teoretica 'L'onestà è migliore di ogni politica', è tuttavia infinitamente superiore a ogni obiezione e costituisce anzi la condizione indispensabile della politica".

Questa nota citazione da Kant¹ costituisce il primo punto su cui vogliamo fondare la nostra azione attraverso comportamenti, azioni e provvedimenti concreti: **l'onestà è la condizione indispensabile e non negoziabile della politica**. Questa condizione si completa nell'agire seguendo il solco del Diritto e della Giustizia:

*"La giustizia consiste nella costante e perpetua volontà di attribuire a ciascuno il suo diritto. Le regole del diritto sono queste: vivere onestamente, non recare danno ad altri, attribuire a ciascuno il suo"*².

Questa citazione da Ulpiano rappresenta il **secondo pilastro della nostra azione**, un pilastro che, come vedremo ha delle immediate conseguenze per chi aspira ad amministrare il bene comune. Solo seguendo il percorso dettato da queste due citazioni scelte proprio perché neutre dal punto di vista ideologico-politico ma chiaramente di parte nel porre l'azione del pubblico amministratore nel solco dell'Onestà e della Giustizia, si potrà restituire fiducia piena alle Istituzioni e a chi in esse opera con giusto **prestigio e autorevolezza** necessarie per guidare la Regione, una grande azienda di cui tutti i cittadini sono azionisti che delegano, senza per ciò rinunciare al legittimo controllo, la gestione del bene comune.

Per far sì che ciò avvenga, e per contrastare in maniera efficace ogni episodio di corruzione, occorre intervenire in tutti gli elementi di discrezionalità in modo tale da limitarli al massimo, prevedendo, per quelli rimasti, rigorosi controlli ex post anche nella valutazione dei risultati ottenuti: ciò implica l'assunzione di responsabilità da parte della classe dirigente non solo dei percorsi di selezione e aggiudicazione, del rispetto della normativa vigente, ma anche dell'efficacia di quanto scelto o fatto in relazione anche, ma non solo, al costo effettivamente sostenuto dalla collettività.

Va da sé che chi è chiamato ad assumersi responsabilità non secondarie, anzi, nell'intervenire nella qualità della vita della comunità, mettendo a disposizione in maniera continuativa e costante il proprio tempo deve percepire un compenso,

1

Cfr Immanuel Kant , Per la pace perpetua Un progetto filosofico di Immanuel Kant, Rizzoli, Milano, 2003.

2

Ulpiano,m in D. 1.1.10pr. La citazione nella forma "Iuris praecepta sunt haec: honeste vivere, alterum non laedere, suum cuique tribuere" compare nella facciata del Palazzo di Giustizia di Milano.

commisurato ovviamente all'impegno profuso, né più, né meno, di quanto non accada per tutti i lavoratori: la Costituzione italiana all'art. 36, comma 1, infatti stabilisce che il lavoratore deve essere retribuito proporzionalmente alla quantità e alla qualità di lavoro svolto e sufficientemente per poter aver una "esistenza libera e dignitosa" e con questo intendiamo dire che la professionalità di un Pubblico Amministratore non può essere qualcosa di separato dalla dinamica della società nemmeno nel compenso. Un compenso troppo elevato, arricchito di benefici e privilegi, di per sé allontana il Pubblico amministratore dal cittadino e inquina la politica fino a farla diventare autoreferenziale, lontanissima dai problemi della cittadinanza e di quella realtà che dovrebbe amministrare.

Un giusto compenso per chi svolge il proprio lavoro non può trasformarsi in una sorta di privilegio. Ecco allora che occorre fare:

- eliminare l'assegno di fine mandato dei consiglieri regionali;
- eliminare i vitalizi di qualsiasi tipo;
- eliminare l'indennità di funzione ai consiglieri regionali;
- ridurre la diaria e le altre indennità che compongono lo "stipendio" dei consiglieri regionali;
- eliminare le auto blu per i pubblici amministratori;
- azzerare i finanziamenti ai Gruppi consiliari ai quali saranno garantiti solo il personale e le dotazioni strumentali e di consumo strettamente necessari alla loro attività.

Il contenimento dei costi della politica non può non essere disgiunto anche da forme di controllo dell'effettivo operato del personale eletto e del tempo da questo dedicato nell'esercizio delle sue funzioni. Se accettiamo l'idea che la professionalità vada giustamente retribuita dobbiamo anche accettare il principio di una presenza minima e prevedere anche **forme di penalizzazione per il consigliere che, senza giustificato motivo, si assenta o non partecipa in maniera adeguata alle sedute plenarie, commissioni o iniziative varie organizzate dal Consiglio.** Questo principio comporta una riorganizzazione dei lavori Consigliari, che dovranno svolgersi in prevalenza durante l'orario di lavoro dei dipendenti regionali e ciò al fine di evitare aggravii nel costo del lavoro oltre che nei consumi dei palazzi.

Altro punto qualificante, e già sperimentato per altro dalla Giunta Regionale, è l'obbligo di esercitare per gli assessori regionali le proprie funzioni, dunque anche gli

incontri con i cittadini e i diversi portatori di interessi, esclusivamente in sedi istituzionali anche se si opera nel territorio.

Retribuzioni, compensi, indennità ricevute dai Consiglieri, elenco delle assenze, attività sul territorio, saranno pubblicate sia in un'apposita sezione del sito istituzionale sia diffuse ogni semestre dall'Ufficio stampa del Consiglio. L'obiettivo è quello di portare la classe amministratrice pubblica a quella **assunzione di responsabilità** a cui prima accennavamo e che è elemento necessario per un buon governo. Occorre che l'amministratore pubblico rendiconti oltre alla propria situazione economico-patrimoniale, anche quanto fatto.

Nell'ambito delle linee dell'ulteriore miglioramento dell'efficienza dei lavori del Consiglio regionale andrà introdotta la normativa per la limitazione dell'eccessiva proliferazione di gruppi consiliari. Sulla medesima linea di intervento, inoltre, andrà aggiornato lo Statuto con l'introduzione della **questione di fiducia** su atti o provvedimenti legislativi che ineriscano l'attuazione del programma di governo o che riguardino questioni particolarmente rilevanti o urgenti per la collettività regionale nonché sulla legge di stabilità regionale e sulla legge di bilancio annuale e pluriennale, sulle leggi istitutive o modificative di tributi e imposte regionali e sugli atti ad essi collegati.

Alla luce di questi elementi:

- anche i consiglieri regionali timbreranno il "cartellino";
- ogni assenza ingiustificata dei consiglieri regionali comporterà una riduzione del loro "stipendio";
- ogni 6 mesi verranno pubblicati i dati sulle presenze e sulla produttività dei consiglieri regionali;
- ulteriore efficientamento dei lavori consiliari e della produttività dei consiglieri (no ai mini gruppi consiliari);
- introduzione della questione di fiducia per questioni particolarmente rilevanti o urgenti per la collettività regionale.

1.2 Per una nuova politica del fare, della legalità e dell'anticorruzione

Sul versante dell'anticorruzione, soprattutto nell'ambito della realizzazione delle grandi opere infrastrutturali, il Veneto si candiderà quale **Regione campione quale laboratorio** per l'individuazione di nuovi strumenti di contrasto alla corruzione (bandi tipo, efficaci azioni di controllo), attraverso la sottoscrizione di un apposito Protocollo d'intesa con l'ANAC – Autorità Nazionale Anti Corruzione, che rilascerà una sorta di **"bollino blu" dell'anticorruzione** per le maxi opere.

In questo contesto legislativo, e pur nel rispetto della normativa relativa alla riservatezza personale, si propone di **istituire il fascicolo personale riservato del Consigliere regionale** in cui confluiranno le autocertificazioni di ciascun consigliere relative a possibili conflitti di interessi o a vicende che lo stesso seconda la propria valutazione ritiene di segnalare ai fini di una maggior chiarezza dei propri comportamenti. Il fascicolo, salvo disposizione diversa data dal consigliere regionale, sarà secretato e visibile soltanto ai vertici dell'amministrazione regionale e dal Responsabile del piano Anticorruzione e trasparenza che valuteranno se chiedere pareri o attivare controlli su quanto autocertificato dal consigliere.

Contestualmente agli istituti previsti dalla normativa, la Regione del Veneto ha già introdotto delle norme di tutela per i dipendenti che segnalano episodi di malaffare. L'introduzione in Regione del Veneto delle "procedure tutelate per chi segnala illeciti" è stata già pianificata nel Piano della prevenzione della corruzione 2015-2017, approvato con Delibera della Giunta Regionale n. 71/2015, per l'anno 2015, a cura del Responsabile della Prevenzione della Corruzione: negli anni a venire, occorre procedere a diffondere adeguata informazione relativamente a queste disposizioni, nonché su tutto il lavoro e l'opera del Responsabile anticorruzione e a questo proposito verranno organizzati appositi corsi da tenersi nell'orario di lavoro destinati a tutti i dipendenti dell'Amministrazione regionale, compreso il personale a tempo determinato.

Tra i vari impegni assunti e che vanno riconfermati con il suddetto Accordo, si segnalano:

- l'inserimento negli atti di gara e nei capitolati d'appalto di clausole e condizioni per incrementare la sicurezza degli appalti e la trasparenza delle relative procedure, anche con forme di controllo finalizzate all'aggiudicazione;
- monitorare la presenza delle imprese a vario titolo presenti in cantiere, anche istituendo la figura del referente di cantiere.

Non possiamo dimenticare che la Regione del Veneto è stata tra le prime a sottoscrivere strumenti pattizi di sicurezza integrata con il Ministero dell'Interno e ha notevolmente contribuito finanziariamente, con spese in conto capitale, proprio alla costruzione dei Presidi di Sicurezza delle Forze dell'ordine in territorio veneto. Inoltre, la Giunta regionale nel 2012 ha presentato un disegno di legge che va in tale direzione: tale disegno di legge va riproposto come occorre sostenere la diffusione dei Presidi di Sicurezza e dunque prevedere l'istituzione di uno specifico fondo e capitolo di spesa che s'affianchi a quelli già istituiti di finanziamento per le Amministrazioni comunali che attivano sistemi di sicurezza e di controllo a distanza del territorio.

I nuovi consiglieri eletti e i futuri assessori verranno adeguatamente informati relativamente alla normativa anticorruzione, nonché sulla legislazione vigente a livello nazionale come regionale attraverso corsi di formazione obbligatori, che verranno organizzati in collaborazione con il Responsabile della Prevenzione Anticorruzione e con l'Avvocatura regionale.

Va da sé che il quadro legislativo deve essere riaffermato anche negli anni a venire, con sempre maggiore adesione e convinzione da parte di tutti i soggetti: in altre parole, sebbene esista un Responsabile della Prevenzione della Corruzione, a cui va assicurato il massimo appoggio, l'impegno a prevenire, contrastare e far emergere corruzione e malaffare deve essere comune e non negoziabile. Tutti devono sentirsi responsabili innanzitutto davanti ai cittadini, indipendentemente da quanto prevede la legge: la lotta al malaffare nella Pubblica amministrazione è un dovere preciso ed è un dovere preciso far sì che le istituzioni, a partire dalla Regione, diventino punto di riferimento nella lotta alla malavita organizzata, alle mafie di ogni genere o provenienza.

Nella convinzione di ciò invitiamo gli eletti ad aderire a titolo personale alla "Carta di Avviso Pubblico" – Codice Etico per la Buona politica" elaborato da un gruppo di esperti (politologi, giuristi, funzionari pubblici, rappresentanti di associazioni) e amministratori locali, coordinato dal Professor Alberto Vannucci, e presentato a Contromafie nell'ottobre 2014. Come leggiamo nella prima pagina della presentazione della nuova carta essa è "Composta da ventitré articoli, la Carta indica concretamente come un amministratore pubblico può declinare nella propria attività quotidiana, attraverso una serie di impegni, regole e vincoli, i principi di trasparenza, imparzialità, disciplina e onore previsti dagli articoli 54 e 97 della Costituzione. Divieto di ricevere regali, contrasto al conflitto di interessi, al clientelismo e alle pressioni

indebite, trasparenza degli interessi finanziari e del finanziamento dell'attività politica, nomine basate esclusivamente sul merito, piena collaborazione con l'autorità giudiziaria in caso di indagini, obbligo di rinuncia alla prescrizione e alle dimissioni in caso di rinvio a giudizio per gravissimi reati di mafia e corruzione, sono alcuni tra i contenuti del codice. Le disposizioni della Carta sono assai esigenti nei confronti degli amministratori pubblici che l'adottano, chiamati a un forte e credibile impegno di trasparenza e responsabilità. Tuttavia, il loro rispetto può restituire moltissimo in termini di fiducia e legittimazione agli occhi dei cittadini".

La Carta può essere adottata con specifico atto di deliberazione da assemblee istituzionali (dunque anche dal Consiglio Regionale oltre che dalla Giunta) e sottoscritta da singoli amministratori. Si tratta di un documento particolarmente importante, che auspichiamo venga fatto dal Consiglio regionale, dai Comuni e Province del Veneto. **I contenuti della "Carta di Avviso Pubblico- Codice Etico per la Buona Politica" costituiscono parte integrante del programma di governo.**

1.3 Per una Regione ancor più efficiente e virtuosa

La Regione Veneto ha già avviato un processo di riorganizzazione della propria macchina amministrativa con l'approvazione della legge regionale n. 54/2012 (*"Legge regionale per l'ordinamento e le attribuzioni delle strutture della Giunta regionale in attuazione della legge regionale statutaria 17 aprile 2012, n. 1 'Statuto del Veneto'"*), con cui è stata rivista e migliorata l'intera organizzazione degli uffici regionali, individuando con maggiore puntualità compiti, funzioni e centri di responsabilità.

La diminuzione delle risorse disponibili da parte della Regione e la compressione già effettuata nell'ultimo quinquennio delle spese e uscite non strettamente necessarie alla missione dell'ente, spingono sempre più l'intera struttura a riorganizzarsi sulla base di nuovi criteri. Negli ultimi anni, il Veneto è stato fortemente penalizzato dai tagli ai trasferimenti operati dalle manovre finanziarie nazionali, con l'inevitabile forte impatto sul proprio bilancio: tra il 2011 e il 2014 la Regione Veneto **ha perso oltre 500 milioni di euro**, pari al **35,8%** della spesa corrente non sanitaria. Nessun'altra Regione ordinaria è stata così tanta penalizzata.

Tale forte diminuzione delle risorse finanziarie disponibili induce la Regione a proseguire con forza l'azione di revisione e efficientamento della propria macchina amministrativa.

L'impatto dei tagli ai trasferimenti delle Regioni ordinarie (milioni di euro)

	Spesa corrente non sanitaria (a)	Tagli ai trasferimenti (b)	% tagli ai trasferimenti su spesa (b/a)
Veneto	1.418	508	35,8%
Abruzzo	550	197	35,7%
Molise	180	63	35,3%
Emilia Romagna	1.505	516	34,3%
Puglia	1.352	460	34,0%
Toscana	1.524	516	33,9%
Marche	568	188	33,0%
Lombardia	2.957	976	33,0%
Basilicata	381	125	32,7%
Liguria	695	220	31,7%
Calabria	889	257	28,9%
Campania	2.080	597	28,7%
Umbria	498	142	28,5%
Piemonte	2.198	576	26,2%
Lazio	2.973	658	22,1%
Regioni ordinarie	19.767	6.000	30,4%

Nota: i dati si riferiscono al periodo 2011-2014
Elaborazioni su dati Corte dei Conti e Regione Veneto

L'intera macchina regionale dovrà concentrarsi sulle materie di stretta pertinenza dell'ente, in quei settori strategici che qualificano un moderno servizio pubblico di scala e qualità europea. Da ciò consegue che l'intero apparato dovrà essere ulteriormente riorganizzato ed esemplificato nell'organico e nei livelli dirigenziali al fine di garantire la massima velocità dell'iter burocratico. Le linee guida per la prossima legislatura saranno contraddistinte da alcune chiare azioni:

-riscrivere il bilancio regionale: una revisione della politica di bilancio, finalizzata all'eliminazione di contribuzioni "storiche" obsolete e "a pioggia";

- rivoluzionare l'approccio alla scrittura delle "leggi quadro" nei diversi settori di intervento regionale, grazie al contributo concreto e fattivo degli stakeholder (operatori del settore e loro associazioni);
- alienare gli immobili di proprietà della Regione, allocando tutti gli uffici regionali in un'unica sede, per risparmiare ulteriormente sui costi di gestione.

4. Scelgo una sanità eccellente a misura di persona

Quello che faremo

- Promuoveremo la **“Salute in tutte le politiche”**, con particolare riguardo alla sicurezza degli ambienti di vita e di lavoro e la promozione di stili di vita sani.
- Potenzieremo specifici programmi di screening per le patologie croniche-degenerative, per le malattie professionali e oncologiche
- Attiveremo un nuovo sistema di **mappatura geo-referenziata**, nell’ambito del SER - Sistema Epidemiologico Regionale, mettendo in correlazione le diverse patologie e i territori.
- Completeremo il processo di **razionalizzazione della rete ospedaliera**.
- Potenzieremo gli **organici dei medici** per i **nuovi centri multidisciplinari** di presa in carico del paziente per ridurre le attese al **pronto soccorso**.
- Impiegheremo **120 nuovi dirigenti delle professioni sanitarie** per implementare la qualità dell’approccio umano alla cura della persona.
- Adotteremo **nuove tecniche per il prelievo di organi a cuore fermo** che consentiranno di allungare i tempi utili per il prelievo degli organi, valorizzando così e rendendo più competitiva l’Azienda Ospedaliera di Padova, punto di riferimento nazionale per i trapianti.
- Andremo **“Oltre l’ospedale”** potenziando i **servizi territoriali** per la gestione integrata del paziente e la **continuità dell’assistenza** con una sinergia virtuosa tra Ospedale e Territorio.
- Rafforzeremo la **Centrale operativa** territoriale della presa in carico del paziente “protetto”, istituendo una sorta di **“118 dell’assistenza territoriale”**.
- Promuoveremo **team multiprofessionali** per le forme associative della Medicina Convenzionata, con infermieri, specialisti territoriali ed ospedalieri e personale amministrativo di supporto.
- **Amplieremo gli orari di apertura** degli **ambulatori ospedalieri** anche nei **giorni festivi** per i bisogni di salute dei cittadini.
- **Obiettivo liste di attesa zero.**

- Istituiremo un **numero verde** per le segnalazioni per mancato rispetto dei tempi.
- **Commineremo sanzioni a carico dei servizi sanitari che rispettano i tempi di attesa fissati:** blocco dell'attività intramoenia; sospensione della convenzione/accreditamento; sospensione del Direttore Sanitario.
- Garantiremo **cure odontoiatriche gratis** per i disoccupati, i titolari di assegni sociali e di pensione minima e i loro familiari, e agevolate per i redditi fino a 29 mila euro.
- Potenzieremo il **Fascicolo Sanitario Elettronico** regionale (FSEr), per rendere disponibile a tutti la propria storia clinica e socio-sanitaria.
- Porteremo **la sanità su smartphone e tablet:** prenotare un esame, ritirare i referti e trovare la farmacia più vicina sarà molto più facile.
- Creeremo l'**Azienda zero**, che consentirà la **gestione centralizzata** di tutti i **servizi amministrativi** delle Ulss, permettendo la riduzione dei costi e il reinvestimento in servizi sanitari dei risparmi ottenuti, riducendo drasticamente il numero il numero delle Ulss.
- Istituiremo il **CUP unico regionale** integrato per le prenotazioni sanitarie di qualsiasi tipo.
- Consentiremo la **prenotazione degli esami** e il **ritiro dei referti** anche presso le **farmacie**, quali luoghi di presidio sanitario nel territorio.
- **Elimineremo i ticket sanitari**, con conseguente trattativa con il Ministero della Sanità.
- Stabiliremo che i **direttori generali** debbano ricevere i cittadini **una volta alla settimana**.
- Faremo della **sanità** anche un **grande volano di sviluppo economico** per il Veneto.

Quello che abbiamo già fatto

*E' utile premettere che tutto ciò che la Regione ha fatto per la **sanità** in questi ultimi 5 anni l'ha fatto **senza aumentare le tasse** con l'addizionale IRPEF regionale, ma mantenendo un **alto livello qualitativo dei servizi**; il tutto in un quadro di grave contrazione dei trasferimenti da parte del Governo centrale, nonostante il **Veneto** sia una regione virtuosa in grado di esprimere una **sanità d'eccellenza**.*

*In tale contesto le politiche della Regione nell'ambito della prevenzione e della sanità pubblica hanno trovato organico indirizzo nel nuovo **Piano socio-sanitario regionale 2012-2016** e nel **Piano regionale Prevenzione**, che delineano la promozione della salute come azione preventiva multidisciplinare e intersettoriale, che coinvolge non solo le Aziende Ulss, ma la società in generale. Un ruolo di fondamentale rilievo lo hanno assunto i **programmi di prevenzione rivolti alla popolazione a rischio**, finalizzati a diagnosticare precocemente alcune malattie, quali le malattie oncologiche e cardiovascolari, tramite gli specifici programmi di screening. La Regione, a tutt'oggi, coordina, indirizza e monitora le attività dei Dipartimenti di Prevenzione nell'ambito delle Aziende Ulss e dell'ARPAV e collabora con il Sistema Epidemiologico Regionale negli ambiti della tutela della salute e sicurezza sul lavoro e della tutela della popolazione per quanto attiene ad alcune rilevanti problematiche ambientali, quali l'inquinamento da sostanze chimiche (Regolamento europeo REACH concernente la registrazione, la valutazione, l'autorizzazione e la restrizione delle sostanze chimiche), l'inquinamento elettromagnetico, l'amianto, il gas radon, la vendita e l'utilizzo di prodotti fitosanitari. Inoltre coordina azioni nell'area della medicina legale, della polizia mortuaria, dell'utilizzo delle sorgenti radiogene e delle apparecchiature a risonanza magnetica.*

*La Regione ha investito molto nell'azione di prevenzione primaria e di promozione della salute, finalizzata a diffondere una cultura condivisa basata su scelte di vita salutari, sia attraverso un'**offerta formativa rivolta agli operatori sanitari**, sia attraverso il coinvolgimento attivo di Enti locali, scuola e associazioni di volontariato, per creare contesti favorevoli all'adozione di **scelte di vita salutari**. Gli ambiti di azione riguardano i **tre principali fattori di rischio**, cioè fumo, sedentarietà e alcol, mediante l'adozione di programmi specifici e multisettoriali. Per limitare il numero di fumatori abituali e proteggere i non fumatori dal fumo passivo sono stati realizzati **numerosi interventi nelle scuole** ed è stata attivata una **rete di 26 ambulatori per il trattamento dei fumatori**, mentre per incrementare l'attività motoria nella*

popolazione giovane-adulta sono stati attivati progetti come i Pedibus e i Gruppi di cammino. Sono state, inoltre, realizzate attività di sensibilizzazione e formazione degli operatori sanitari sulle problematiche legate al consumo di bevande alcoliche. Sono state **garantite le azioni di screening** della popolazione volte all'identificazione precoce di ipertensione e ipercolesterolemia, anche in associazione a scorretti stili di vita. Negli anni è stato consolidato anche un **sistema di sorveglianza della popolazione adulta** denominato PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), al fine di stimare la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute legati ai comportamenti individuali.

La Regione ha investito e continua ad investire molto in sanità ponendo la persona al centro del processo di cura e riorganizzando in tal senso l'intero Servizio sanitario regionale. Da ciò ha sentito la necessità di procedere all'**integrazione tra ospedale e territorio** che ha come fine quello di garantire la presa in carico integrata della persona e la continuità dell'assistenza, assicurando al paziente cronico una risposta vicina a casa e all'acuto la garanzia di essere portato o di recarsi laddove può essere meglio curato.

Sul fronte della **riorganizzazione** del sistema ospedaliero la regione ha intrapreso una razionalizzazione della **rete ospedaliera**, delineando **reti cliniche funzionali** ed estendendo modelli ospedalieri in cui la degenza viene definita sulla base della similarità dei bisogni, complessità clinica e intensità di cura richiesta e l'ospedale viene identificato come il luogo dove avere una risposta puntuale e qualificata per singoli episodi, ma all'interno di un percorso più complesso, collegato con il territorio. I **posti letto** garantiti in strutture pubbliche e private sono stati 18.867 fino al 2012 con una loro diminuzione prevista per fine 2015 a **17.448**, più che compensata dall'aumento dei posti letto (+1.263) nelle strutture extraospedaliere, strutture di ricovero intermedie che sono distribuite più diffusamente nel territorio. La rimodulazione dei posti letto non è un fatto meramente di opportunità economica-strutturale, ma è la modalità di assicurare al cronico una risposta vicina a casa e all'acuto la garanzia di essere portato o di recarsi laddove può essere meglio curato.

La regione con la riorganizzazione dell'assistenza territoriale prevista dal Piano socio-sanitario regionale 2012-2016 ha rafforzato la struttura distrettuale, quale sede di gestione e coordinamento della filiera dell'assistenza territoriali. A ciò si è aggiunto la progettazione e l'implementazione della Centrale operativa territoriale, ossia una centrale di continuità aziendale, con funzioni di coordinamento della presa in carico

dell'utente "protetto".

È stata, inoltre, istituita la **rete oncologica veneta**, riconoscendo all'**Istituto oncologico veneto** di Padova il ruolo di coordinamento. L'obiettivo principale della rete è quello di garantire al paziente oncologico principalmente il miglior trattamento attraverso un percorso di cura multidisciplinare e multiprofessionale di continuità di cura ospedale-territorio in tutto il territorio regionale, grazie ai **27 centri** della rete oncologica per specifiche patologie oncologiche in cui definire e condividere i percorsi diagnostici terapeutici assistenziali per i vari tipi di tumore e attivare sistemi di verifica orientati alla qualità e alla sicurezza del paziente. La rete vuole anche assicurare un'informazione capillare alla cittadinanza sulle cure oncologiche. Un ruolo di rilievo è stato dato alle cure palliative che riguardano l'assistenza ai malati in fase terminale, erogate prevalentemente a domicilio, ma anche in posti letto dedicati presso hospice, ospedali di comunità o strutture residenziali, al fine di garantire al malato ambiti assistenziali coerenti con i bisogni e ridurre il ricorso inappropriato al ricovero ospedaliero. I **pazienti** interessati alle **cure palliative** sono stati nel 2013 ben **7.138**.

Nell'ambito della promozione di tutte le strategie finalizzate al governo dei tempi di attesa, al fine di garantirne il rispetto, la Regione ha disposto il massimo **utilizzo delle strutture sanitarie, per almeno 12 ore giornaliere**, e in particolare delle grandi apparecchiature medicali fino a 18 ore giornaliere. Con l'obiettivo di migliorare in maniera omogenea in tutto il territorio regionale, sia il grado di offerta dei servizi che l'accessibilità per i cittadini che hanno difficoltà di accedervi nei comuni orari di servizio programmato, la Regione ha, altresì, ampliato l'orario dei servizi ambulatoriali, con aperture nei giorni festivi e prefestivi e negli **orari serali dalle ore 20 alle 24**. Sono state ben **166.909 le prestazioni erogate** dalle strutture pubbliche del Veneto nell'anno 2014, di cui 45.348 in orario serale, 79.165 in orario prefestivo e 42.396 in orario festivo.

Per quanto riguarda l'assistenza, la regione con l'**Impegnativa di Cura Domiciliare (ICD)** ha riunito in un unico "paniere" l'insieme dei servizi di carattere socio-sanitario per le cure domiciliari delle persone anziane non autosufficienti e delle persone con disabilità, erogando a circa **30.000 assistiti** tra i 120 e i 1.000 euro mensili per un impegno complessivo di **104 milioni di euro**.

Per la **mappatura delle malattie** della popolazione, la Regione ha adottato il sistema ACG (Adjusted Clinical Groups), un sistema innovativo che consente di mappare i

bisogni di salute espressi dal territorio, evidenziando le diverse aree geografiche con la maggiore o minore concentrazione di malattie. Attraverso la rilevazione di patologie co-presenti in ogni persona, esso consente di stratificare la popolazione in gruppi diversi per complessità e bisogni di salute, calibrando di conseguenza il fabbisogno delle risorse. Il sistema ACG è stato utilizzato per la prima volta in Italia proprio in Veneto, in via sperimentale a partire dal 2012, interessando dapprima 6 Aziende Ulss e coinvolgendole tutte a partire dal 2014.

*Tra il 2013 e il 2014 la Regione ha chiesto e ottenuto 1.585 milioni di euro interamente versati alle Aziende sanitarie come ricapitalizzazione e destinate all'**abbattimento dei tempi medi di pagamento** dei fornitori della sanità. A tal proposito ha previsto che tra gli obiettivi dei Direttori generali (a pena di decadimento) venga inserito il rispetto dei tempi medi di pagamento a 60 gg. I tempi medi di pagamento registrati nel 2013 sono stati di 126 gg, 40 giorni di attesa in meno rispetto al 2012 e 49 giorni in meno rispetto al 2011. Ha previsto un ulteriore calo e il raggiungimento dello standard di legge (60 giorni) entro il 2015.*

*Al fine di **garantire ai cittadini un adeguato livello qualitativo dei servizi** in un quadro di reale sostenibilità, la Regione ha scelto di perseguire un modello di governance che orienti i comportamenti e le performance delle Aziende e degli Istituti del SSSR verso modelli e obiettivi attesi. Si è quindi dotata di una funzione di controllo di gestione regionale, che prevede la definizione di obiettivi specifici - che ciascuna Azienda sanitaria è chiamata a raggiungere - e la **valutazione dei risultati raggiunti**. I livelli di soddisfazione richiesti a ciascuna Azienda sono stati individuati attraverso un'operazione di benchmarking, e un panel di **76 indicatori di performance** individuati nell'ambito del percorso di confronto sugli obiettivi annuali delle Aziende e Istituti del SSR.*

*Sul piano dell'efficientamento dell'impiego delle risorse finanziarie, la regione ha promosso la **gestione centralizzata degli acquisti** per la sanità. Il Coordinamento Regionale Acquisti per la Sanità (CRAS), nella sua qualità di centrale di committenza per le Aziende sanitarie regionali per l'acquisto di beni e servizi aggiudica gare d'appalto centralizzate. Oltre a ottenere risultati economici di rilevante interesse, la gestione centralizzata degli acquisti permette la riduzione dei tempi e dei costi del processo di espletamento delle procedure di gara e una maggiore efficacia e appropriatezza dei prodotti, frutto della comparazione tra le caratteristiche tecniche e i costi dei diversi beni impiegati per utilizzi analoghi in ambito sanitario. Nel*

*quinquennio 2010-2014 le **gare aggiudicate** sono state **50 per un valore complessivo di 1.307.262.467 euro.***

4.1 La salute in tutte le politiche: stili di vita, prevenzione, sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro

La cura alla persona è un tema fondamentale per il sano e corretto sviluppo dell'intera comunità regionale e va affrontato, innanzitutto, con politiche di promozione della salute come azione preventiva multidisciplinare e intersettoriale, che coinvolge non solo le Aziende Ulss, ma la società in generale. Nello specifico le **attività di prevenzione, individuale e collettiva**, riguardano la salute e la **sicurezza degli ambienti di vita e di lavoro** e la **promozione di stili di vita salutari**, nella consapevolezza che un'adeguata prevenzione possa incidere profondamente sullo stato di salute della popolazione, soprattutto delle future generazioni.

Le patologie croniche-degenerative (malattie cardiovascolari, neoplasie, diabete e malattie dell'apparato respiratorio e digerente), ma anche le malattie professionali, sono malattie evitabili con **azioni di prevenzione e di contrasto rispetto ai principali fattori di rischio**, riconducibili in buona parte ai comportamenti individuali, ma anche a contesti poco favorevoli a corrette scelte di salute. È pertanto indispensabile una **crescita culturale del singolo** e un coinvolgimento di tutte le istituzioni, delle associazioni di categoria e dei lavoratori, del mondo dell'università e della scuola, secondo l'approccio "**Salute in tutte le politiche**".

La Regione ha promosso il dialogo e la condivisione di iniziative sulla salute e sulla **promozione di corretti stili di vita**, attraverso i sistemi di sorveglianza, la pianificazione delle azioni di prevenzione, il coordinamento con altre istituzioni e la sperimentazione di azioni innovative.

I **programmi di prevenzione collettiva** sono finalizzati a **ridurre i rischi della popolazione** in generale e dei singoli, **con interventi rivolti agli ambienti di vita** (programmi di sorveglianza e **controllo delle malattie infettive**, vaccinazioni e malattie infettive emergenti) e di lavoro (**prevenzione infortuni** e malattie professionali).

Un ruolo di fondamentale rilievo assumono i programmi di prevenzione rivolti alla popolazione a rischio, finalizzati a diagnosticare precocemente alcune malattie, quali

le malattie oncologiche e cardiovascolari, tramite gli **specifici programmi di screening**.

La Regione dovrà continuare, con rinnovato slancio, la propria attività di coordinamento, indirizzo e monitoraggio delle attività dei Dipartimenti di Prevenzione. Tale attività si svolgerà nell'ambito delle Aziende Ulss e dell'ARPAV e collaborando con il Sistema Epidemiologico Regionale negli ambiti della tutela della salute e sicurezza sul lavoro e della tutela della popolazione per quanto attiene ad alcune rilevanti problematiche ambientali, quali l'inquinamento da sostanze chimiche (Regolamento europeo REACH concernente la registrazione, la valutazione, l'autorizzazione e la restrizione delle sostanze chimiche), l'inquinamento elettromagnetico, l'amianto, il gas radon, la vendita e l'utilizzo di prodotti fitosanitari. Inoltre coordina azioni nell'area della medicina legale, della polizia mortuaria, dell'utilizzo delle sorgenti radiogene e delle apparecchiature a risonanza magnetica.

4.2 Sanità geo-referenziata: un nuovo sistema di mappatura dei bisogni di salute

La Regione attraverso un **nuovo sistema di mappatura geo-referenziata** sarà in grado, con un rapido colpo d'occhio, di **rilevare le diverse patologie** che interessano i cittadini e di collegarle anche a determinate aree del territorio regionale per valutarne le eventuali correlazioni. Si tratterà sostanzialmente di ampliare ciò che la regione già fa con il **SER - Sistema Epidemiologico Regionale**, grazie a cui essa svolge attività di rilevazione epidemiologica per patologie o problemi di salute rilevanti a livello di popolazione, con importanti funzioni di supporto alle attività di sanità pubblica delle Aziende Ulss e di miglioramento dell'assistenza. Negli ultimi anni l'esigenza di contemperare l'economicità della gestione, il governo della spesa sanitaria e l'incremento dei livelli di efficienza del Servizio sanitario regionale hanno già portato a modificare sostanzialmente il SER, al fine di renderlo una struttura agile e dinamica di analisi epidemiologica, contestualizzata nel territorio.

Il **SER** è stato, così, ampliato, unendovi **cinque importanti Registri regionali di patologia**: il Registro Nord-est Italia delle malformazioni congenite, il **Registro dei Tumori del Veneto (RTV)**, il Registro regionale dialisi e trapianto, il Registro regionale dei casi di mesotelioma asbesto correlati e il Registro regionale di mortalità.

Il SER e i Registri, pur mantenendo la loro identità scientifica, sono divenuti un unico polo omogeneo di riferimento per la sanità veneta, sia dal punto di vista operativo che da quello economico, e si sono poste le basi per realizzare importanti economie di scala. Inoltre, non bisogna dimenticare che la Regione ha approvato nel 2013 il Regolamento regionale n. 3 **“Regolamento privacy del RTV”**, che disciplina il trattamento dei dati del Registro in conformità alla normativa sulla privacy. È il **primo regolamento in Italia ad avere avuto il parere favorevole del Garante nazionale** e pone le basi per l’ampliamento della copertura del Registro a tutto il territorio regionale, estendendolo a tutte le Aziende Ulss. Con questo Regolamento la Regione mantiene la propria eccellenza nella ricerca scientifica e garantisce il rispetto di alti standard di sicurezza nel trattamento dei dati personali da parte del RTV.

4.3 Sanità d’eccellenza: una grande rete ospedaliera e le università

La Regione dovrà **completare il processo di razionalizzazione della rete ospedaliera**, delineando reti cliniche funzionali ed estendendo modelli ospedalieri in cui la degenza viene definita sulla base della similarità dei bisogni (complessità clinica e intensità di cura richiesta).

Il mutare dei bisogni assistenziali e l’emergere di nuove sfide assistenziali, indotte principalmente dalla crescita dell’aspettativa di vita, con progressivo invecchiamento della popolazione e aumento delle patologie cronico-degenerative, collegate spesso alla disabilità, richiedono di rivedere l’offerta dei servizi, come indicato nel Piano socio-sanitario 2012-2016. L’orientamento è **ridurre il carico improprio che grava sulle strutture ospedaliere**, rinviando al territorio la presa in carico della cronicità, o delle inapproprietezze secondo logiche di rete e di sostenibilità del sistema. In tale ambito di intervento è necessario **rivedere il ruolo del pronto soccorso** e l’organizzazione del 118, con centrali operative su base provinciale, che dovranno fungere da cerniera con il Territorio, favorendo forme di precoce presa in carico dei pazienti con codice di diagnosi bianchi da parte dell’assistenza territoriale. Quest’ultima dovrà essere organizzata per fornire una risposta per tutto l’arco delle 24 ore mediante la **creazione di appositi centri multidisciplinari di presa in carico del paziente** che consentirà di migliorare l’accessibilità dei pazienti al sistema grazie alla presenza

dei medici di continuità assistenziale in modo coordinato con il pronto soccorso, per una più appropriata gestione degli accessi.

Ciò comporterà, altresì, la continuazione dell'azione di **potenziamento dei servizi territoriali** e la razionalizzazione della rete ospedaliera. L'ospedale, pertanto, è identificato come il luogo dove avere una risposta puntuale e qualificata per singoli episodi, ma all'interno di un percorso più complesso, collegato con il territorio, per garantire la **presa in carico integrata della persona e la continuità dell'assistenza**.

Il modello della rete ospedaliera, già denominato dal PSSR 2012-2016 hub&spoke, prevede la concentrazione della casistica più complessa in un **numero limitato di centri (hub)**, che trattino volumi di attività tali da garantire la migliore qualità dell'assistenza erogata, mantenendola ai **livelli d'eccellenza già riconosciuti soprattutto da ambienti esterni alla nostra Regione**, e il miglior utilizzo delle risorse organizzative disponibili. L'attività di tali centri è fortemente integrata attraverso connessioni funzionali con quella dei **centri periferici (spoke)** che assicurano l'assistenza per la casistica residua. La **rete è quindi articolata su due livelli: ospedali di riferimento provinciale e presidi ospedalieri di rete**. A questi si affiancano ospedali nodi della rete, ossia strutture per acuti integrative della rete, tre ospedali privati accreditati qualificati presidi delle Aziende Ulss e 23 strutture ospedaliere private accreditate.

Il mantenimento dei risultati d'eccellenza già conseguiti dai nostri ospedali avrà comunque bisogno di implementare la qualità dell'approccio umano alla cura della persona grazie anche all'**assunzione di 120 nuovi infermieri professionali**. Risultati d'eccellenza che saranno mantenuti continuando anche nelle attività della ricerca scientifica e tecnologica in ambito sanitario che hanno visto i nostri ospedali e le nostre università sempre all'avanguardia. Tra le tante sfide da cogliere in tale ambito andrà senz'altro incentivato il ricorso, tra le altre, a **nuove tecniche per il prelievo di organi a cuore fermo** che consentiranno di allungare i tempi utili del prelievo stesso **di almeno 50 cittadini** (rene, polmone, fegato).

L'eccellenza della rete ospedaliera e più in generale della sanità veneta, al servizio di un'assistenza qualificata ai cittadini, si basa, inoltre, in misura considerevole sulla **ricerca clinica e preclinica** svolta nelle sedi delle **università di Padova e Verona**, che svolgono anche formazione e assistenza qualificate. Di conseguenza sarà necessario **potenziare**, in entrambe le sedi, **i centri universitari per le**

scienze mediche, nella loro logistica e nelle loro dimensioni, nel rispetto della qualità delle attività di ricerca, di formazione e di assistenza che vi si svolgono. A tal riguardo si dovrà comunque tener conto che il livellamento dei criteri di finanziamento delle strutture sanitarie regionali, unito al minore richiamo verso pazienti di Regioni tradizionalmente afferenti, ha pesantemente impoverito i bilanci e ha rallentato il rinnovamento dei nostri grandi Ospedali a sede universitaria. Le Aziende Ospedaliero-Universitarie di Padova e Verona continuano a sopperire a questa necessità, in attesa del **nuovo assetto del servizio sanitario veneto**, che, con il recupero della medicina del territorio e la creazione di una rete organica degli ospedali *hub* e *spoke*, deve delineare ruolo e funzioni **dei grandi Ospedali sedi di Università**. La Regione dovrà **definire lo strumento normativo** che delinea il migliore assetto giuridico ed organizzativo in cui **l'assistenza ospedaliera di qualità** sia affiancata da servizi innovativi per la formazione, la didattica e l'attività di ricerca di base ed applicata. Attraverso questo strumento si deve dare attuazione al principio che prevede che il PSSR programmi non solo l'assistenza medica e sanitaria, ma anche il **fabbisogno di formazione medica e sanitaria**, tenendo conto anche delle **attività di ricerca biomedica e clinica offerte dall'Università**. La grande rete ospedaliera sarà sempre funzionale, come già accennato, all'integrazione tra ospedale e territorio che ha come fine quello di garantire la presa in carico integrata della persona e la continuità dell'assistenza assicurando al paziente cronico una risposta vicina a casa e all'acuto la garanzia di essere portato o di recarsi laddove può essere meglio curato. Si vuole, cioè, assicurare le cure il più vicino possibile al paziente compatibilmente con l'alta qualità, la sicurezza e l'efficacia del trattamento richiesto.

E in tale paradigma andranno confermate tutte le attività previste dal PSSR delle **reti cliniche integrate** anche **con il Territorio** che qui sinteticamente si riportano: **Rete emergenza-urgenza**, Rete del diabete mellito, **Rete dell'Alzheimer**, **Rete di assistenza integrata** al paziente anziano-fragile.

4.4 Oltre l'ospedale: la centrale unica di presa in carico del paziente "protetto"

Una delle caratteristiche principali della popolazione veneta è l'invecchiamento, in coerenza con la situazione nazionale, per l'effetto congiunto del calo delle nascite e dell'allungamento della vita media. La speranza di vita alla nascita è di poco più di 79 anni per gli uomini e di poco più di 85 anni per le donne (contro i 73 e i quasi 81 anni rispettivamente nel 1990).

La struttura demografica regionale si caratterizza, pertanto, per una forte componente di anziani, in costante aumento negli ultimi 15 anni relativamente a tutte le fasce di età, ma con un incremento più consistente per la classe degli ultra 85enni: infatti nel 2009 i soggetti con età uguale o superiore ai 65 anni erano pari al **20%** della popolazione veneta.

La componente anziana, più spesso in condizioni di fragilità e più esposta al rischio di patologie croniche, quella cioè costretta a ricorrere maggiormente ai servizi sociosanitari, si colloca nella fascia degli ultra 75enni, che rappresenta il **9,4%** della popolazione residente (valore di poco inferiore a quello dell'intero Paese).

L'invecchiamento della popolazione, la propensione dei giovani a rimandare la separazione dalla famiglia d'origine e l'instabilità coniugale incidono sull'assetto della struttura familiare. Nel Veneto aumenta il numero delle persone che vivono sole e delle coppie senza figli. Il **20%** della popolazione veneta ha più di 65 anni.

La famiglia, se non verrà sostenuta da specifiche azioni regionali, avrà seri limiti nell'assistenza al paziente cronico; inoltre, in base agli odierni modelli di vita e di lavoro, neppure la coabitazione potrà garantire la possibilità di prendersi cura dei soggetti deboli della famiglia in termini di tempo, dedizione e prestazioni, per cui si dovrà ancora di più fare ricorso a varie forme di sostegno esterno.

Negli ultimi anni si è pure osservata un'**elevata domanda assistenziale** da parte della terza età in riferimento a malattie cronico-degenerative.

L'Ospedale viene identificato come luogo deputato alla cura dell'acuzie e dell'immediata post acuzie, mentre la gestione della cronicità viene affidata all'organizzazione dell'assistenza territoriale: ciò richiede, da un lato, di rilanciare la funzione ospedaliera e, dall'altro, di consolidare un modello organizzativo efficace sul territorio. Sono necessari il **potenziamento e il consolidamento dell'offerta territoriale**, imperniata sulla **gestione integrata del paziente** e sulla continuità dell'assistenza e la ridefinizione delle competenze e l'implementazione di una **sinergia virtuosa tra Ospedale e Territorio**, orientando il primo al trattamento dell'acuzie ed il secondo alla presa in carico della cronicità, secondo logiche di rete.

A ciò si aggiungono la progettazione e l'implementazione della **Centrale operativa territoriale**, ossia una centrale di continuità aziendale, con funzioni di coordinamento **della presa in carico del paziente "protetto"**, una sorta di **"118 dell'assistenza"** a cui i suoi familiari potranno rivolgersi appena sarà dimesso dall'ospedale per trovare una soluzione su misura, in grado di fornire un'adeguata assistenza al paziente appena dimesso e indirettamente anche alla sua famiglia che, diversamente e soprattutto nel caso di familiari lavoratori, non sarebbe nelle condizioni di assisterlo. È assolutamente intuitivo quanto un tale servizio permetta il conseguimento di vantaggi economici diretti e indiretti a tutta la collettività e al sistema economico in generale. Tale servizio richiede, inoltre, il potenziamento dell'assistenza territoriale che si ottiene consolidando il ruolo del Distretto socio-sanitario, **sviluppando e diffondendo modelli di gestione integrata della cronicità**, ridefinendo una **filiera per l'assistenza extraospedaliera** con particolare riferimento all'assistenza in strutture di ricovero intermedie.

Si devono orientare le politiche della Regione verso il perfezionamento delle reti assistenziali sia orizzontali che verticali, orientando il sistema verso un modello circolare dell'assistenza, garantendo la continuità dei percorsi attraverso l'integrazione delle funzioni e delle competenze e, più in generale, secondo il **paradigma che attribuisce l'acuzie all'Ospedale e la cronicità al Territorio**.

La conferma e il consolidamento, in tutto il contesto veneto, del **modello di Distretto socio-sanitario "forte"** vengono a rappresentare scelte strategiche della programmazione regionale, scelte su cui si impernia la complessiva ridefinizione organizzativa del SSSR; in tale contesto l'assistenza territoriale è l'insieme degli interventi e dei servizi organizzati dal Distretto socio-sanitario in collaborazione con i medici convenzionati e con le comunità locali.

L'area della cronicità, in progressiva crescita, è senza dubbio il tema meritevole di maggiori attenzioni sia in considerazione degli impatti sulla qualità e sulla continuità dell'assistenza erogata, sia in quanto assorbe più della metà del fabbisogno di servizi e di risorse.

Da confermare anche gli obiettivi **Obiettivi di salute prioritari nell'assistenza territoriale** già previsti dal vigente PSSR nelle seguenti aree d'intervento:

- area prevenzione e promozione della salute;
- area dell'assistenza materno-infantile e dell'età adolescenziale;
- area dell'assistenza al paziente cronico;

-area dell'assistenza al paziente fragile;

Andranno, altresì, rafforzate tutte le attività dell'intera **filiera dell'assistenza** così come delineata dal PSSR e che qui per comodità sinteticamente si riassumono:

-l'assistenza primaria,

-le cure domiciliari,

-l'assistenza specialistica e le cure palliative,

-l'assistenza semiresidenziale e residenziale,

-l'assistenza in strutture di ricovero intermedie (in particolare Ospedale di Comunità per ricoveri indicativamente di 30gg e Unità Riabilitativa Territoriale (URT) per ricoveri medi di 60gg).

Questi livelli assistenziali, vale la pena di ricordare, sono garantiti attraverso alcuni **nodi fondamentali della rete territoriale** ossia attraverso i servizi distrettuali, la Medicina di Gruppo Integrata, le strutture residenziali (Centri di Servizio), l'Unità Riabilitativa Territoriale, l'Ospedale di Comunità, i servizi domiciliari comunali.

4.5 Sanità e medicina di gruppo integrata

Il tipo di approccio all'assistenza del paziente protetto appena definito nel precedente paragrafo, presuppone, altresì, l'implementazione di modelli organizzativi a rete fondati su *team* multiprofessionali, qualificando le forme associative della Medicina Convenzionata: una **medicina di famiglia organizzata** e coadiuvata da personale infermieristico, di supporto ed amministrativo, una collaborazione funzionale con gli specialisti territoriali ed ospedalieri, la **messa a punto di un sistema informativo integrato**.

Per rendere operativo il modello di presa in carico della cronicità è, pertanto, necessario implementare in modo diffuso su tutto il territorio regionale le **Medicine di Gruppo Integrate**, forme associative più evolute, esito del perfezionamento e consolidamento dei processi di sperimentazione avviati nel corso degli ultimi anni.

L'integrazione professionale comprende medici di famiglia, avviando forme assistenziali con personale medico dipendente, o con strutture private accreditate, operanti in una sede di riferimento, specialisti ambulatoriali interni ed ospedalieri, medici di continuità assistenziale, infermieri, operatori socio-sanitari, assistenti sociali, psicologi. In questo ambito, il medico di medicina generale, il pediatra di libera scelta

e lo specialista ambulatoriale interno, vedono rafforzato il loro ruolo attraverso la realizzazione delle **forme aggregate delle cure primarie** e l'integrazione con le altre professionalità del territorio, che prevedono la rimodulazione dell'offerta assistenziale, sia in termini quantitativi con **ampliamento degli orari di apertura degli ambulatori, prolungamento dell'orario nei giorni festivi**, sia in termini qualitativi con modalità di facilitazione dell'accesso, diffusione **dell'assistenza domiciliare integrata, per rispondere ai nuovi bisogni di salute dei cittadini per 24 ore e 7 giorni alla settimana.**

La rete orizzontale dei servizi territoriali potrà garantire la continuità assistenziale h 12 giornaliera, dal lunedì al venerdì, e dalle 8 alle 12 il sabato e prefestivi, attraverso l'articolazione strutturale e funzionale dell'attività degli studi dei **Medici di Assistenza Primaria** e il collegamento degli studi dei MAP con sistemi informatici tali da consentire l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti della rete (la **gestione della scheda sanitaria individuale su supporto informatico mediante software tra loro interoperabili**).

La Medicina Convenzionata è fondamentale per garantire la presa in carico globale ed integrata dell'assistito, l'appropriatezza e la qualità del Sistema, attraverso un nuovo rapporto basato sull'interazione con tutta la filiera assistenziale, mediante le medicine di gruppo integrate, avendo a disposizione i fattori produttivi (tra i quali, personale di segreteria, OSS ed infermieri), nell'ambito dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali. Diventa prioritaria l'individuazione di un **case manager** all'interno del *team* multiprofessionale **che prenda in carico l'assistito e proattivamente lo segua**, ne verifichi i progressi, coordini gli interventi fra i vari attori, funga da interfaccia con il medico di famiglia, gli specialisti e gli operatori socio-sanitari; il supporto sistematico ai professionisti nelle decisioni assistenziali anche attraverso il potenziamento dei sistemi informativi in grado di seguire il cittadino nel suo percorso assistenziale e nel contatto con tutti i servizi socio-sanitari del Distretto.

L'estensione delle Medicine di Gruppo Integrate vuole **garantire l'uniformità assistenziale** a tutti gli assistiti del Veneto e **superare differenze territoriali ed organizzative.**

Questi livelli assistenziali vengono garantiti attraverso alcuni **nodi fondamentali della rete territoriale** ossia attraverso i servizi distrettuali, la **Medicina di Gruppo Integrata**, le **strutture residenziali** (Centri di Servizio), l'**Unità Riabilitativa Territoriale**, l'**Ospedale di Comunità**, i **servizi domiciliari comunali.**

Posto come obiettivo qualitativamente e culturalmente rilevante il **favorire il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita** ed al proprio domicilio, diventa strategico lo **sviluppo delle cure domiciliari su tutto il territorio regionale**. Ad esempio, è necessario lo **sviluppo della radiologia a domicilio** al fine di supportare l'attività di diagnosi e cura, nell'ottica di facilitare l'accesso ai servizi e di migliorare l'umanizzazione dell'assistenza.

Anche il tema dell'**assistenza domiciliare**, attività svolta da operatori comunemente chiamati badanti, ha assunto dimensioni tali che non può più essere considerato una questione marginale, ma al contrario una **priorità nell'agenda delle politiche sociali**. Le criticità presenti oggi nei testi di legge nazionale rappresentano un ostacolo a **nuove possibili prospettive occupazionali** e nel contempo all'organizzazione di risposte certe e a costi contenuti di servizi domiciliari alla persona, in particolare quella anziana e non autosufficiente; tale tema sarà oggetto di apposita trattazione all'interno del capitolo del presente programma dedicato alla famiglia.

4.6 Sanità veloce in h24: obiettivo "liste di attesa zero" per prestazioni a misura di paziente

Nell'ambito della promozione di tutte le strategie finalizzate al governo dei tempi di attesa, al fine di garantirne il rispetto, la Regione ha previsto da tempo il massimo **utilizzo delle strutture sanitarie**, per almeno 12 ore giornaliere, e in particolare delle grandi apparecchiature medicali **fino a 18 ore giornaliere**. Con l'obiettivo di migliorare in maniera omogenea in tutto il territorio regionale, sia il grado di offerta dei servizi che l'accessibilità per i cittadini che hanno difficoltà di accedervi nei comuni orari di servizio programmato, **la Regione ha ampliato l'orario dei servizi ambulatoriali**, con **aperture nei giorni festivi e prefestivi** e negli orari serali **dalle ore 20 alle 24**. In tal modo, la Regione ha considerato il paziente sotto una nuova ottica, come persona inserita in una società lavorativa che, troppo spesso, rende difficile l'accesso alle strutture sanitarie negli orari diurni, motivo per cui ha scelto di perseguire gli obiettivi di salute valorizzando i bisogni assistenziali e sociali dell'individuo.

Le Aziende Ulss hanno, quindi, l'obbligo di garantire ai propri assistiti le prestazioni nei tempi richiesti dal medico prescrivente, accertando l'appropriatezza della richiesta, così da assicurare una risposta adeguata all'effettivo bisogno di salute dell'utente. E in tal senso istituiremo il **CUP unico regionale integrato** per le prenotazioni sanitarie di qualsiasi tipo. Consentiremo altresì la **prenotazione degli esami** e il ritiro dei referti anche presso le **farmacie**, quali luoghi di presidio sanitario nel territorio. Inoltre, andrà continuata e potenziata l'azione già intrapresa dalla Regione per una **sanità su misura di paziente**, che tenga sempre conto delle mutevoli necessità dell'utenza del SSR; perciò le **prestazioni richieste** con prescrizioni sanitarie di **classe D (differibile)** dovranno essere erogate **entro 30 gg** dalla richiesta e così per quelle in **classe P (programmata) entro 90 gg**, consentendo di fatto il **dimezzamento dei tempi d'attesa**. Andrà, inoltre, istituito un **numero verde per le liste d'attesa** a cui gli utenti del SSR potranno rivolgersi per le loro segnalazioni che saranno esaminate da un servizio appositamente istituito che le esaminerà per le eventuali **sanzioni a carico dei servizi sanitari** che non sono riusciti a rispettare i tempi di attesa fissati. Tali sanzioni andranno dal **blocco dell'attività intramoenia** a carico dell'equipe coinvolta, alla **sospensione della convenzione/accreditamento** nonché alla **sospensione del Direttore Sanitario**.

Una sanità a misura di persona deve ampliare il più possibile le prestazioni a disposizione soprattutto delle fasce più deboli che attingono al SSR; in tale ambito andranno senz'altro ricomprese le **cure odontoiatriche** per le cui spese saranno previste **esenzioni per i disoccupati, i titolari di assegni sociali e di pensione minima e i loro familiari a carico** in possesso di determinati redditi. **Ulteriori particolari agevolazioni** saranno previste anche per cure odontoiatriche a pazienti **over-65** in possesso di reddito non superiore a 22.000 euro con rimborsi pari a **200 euro ad arcata** su presentazione di regolare fattura.

4.7 Sanità sempre a portata di mano

4.7.1 Il fascicolo sanitario elettronico regionale

Con l'obiettivo di aumentare l'efficienza e la sostenibilità del sistema attraverso l'innovazione delle procedure esistenti, è in fase di avanzata realizzazione il progetto

di **Fascicolo Sanitario Elettronico regionale** (FSEr), che porterà alla rielaborazione dei processi socio-sanitari regionali, al fine di **rendere disponibile la storia clinica** e socio-sanitaria individuale ai professionisti abilitati e agli assistiti stessi.

È stata, inoltre, attuata la **dematerializzazione della ricetta cartacea** (la "ricetta rossa") per le prescrizioni operate dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta, sostituita da un promemoria bianco, nella prospettiva di una **gestione totalmente digitale dei servizi sanitari di prescrizione, prenotazione, erogazione, refertazione**: gli utenti potranno, senza recarsi personalmente presso il proprio medico di base o presso gli uffici del SSR, avere la propria ricetta medica, consultare il referto dei propri esami, ottenere la prenotazione di esami clinici, eccetera.

Il FSEr costituirà un elemento fondamentale a supporto della continuità dell'assistenza, ponendo il **cittadino al centro dei vari processi di diagnosi e cura**, garantendo la disponibilità delle informazioni agli interessati, nel **pieno rispetto della sicurezza e della riservatezza dei dati e della privacy del paziente**, incrementando la **tempestività e l'accuratezza delle comunicazioni** ed evitando sprechi nell'erogazione di farmaci e di prestazioni.

4.7.2 Tutta la sanità in un clic

Una **sanità intelligente in un clic a portata di mano** o meglio di smartphone (telefono cellulare) o tablet senza più dover andare allo sportello del Servizio sanitari regionale è già una realtà **grazie ad una APP** - applicazione voluta dall'USL n. 16 di Padova. Saranno così gli uffici del servizio sanitario ad andare direttamente dal cittadino in qualsiasi momento egli ne abbia bisogno: **non sarà più la medicina d'attesa, ma di iniziativa**. Grazie a questa APP sarà molto più facile usufruire di molti servizi sanitari; ad esempio se si dovrà fare un prelievo del sangue o un esame specialistico basterà, con il proprio cellulare, prenotare e "staccare" virtualmente il biglietto da presentare all'accettazione nel giorno e ora prescelti. E ancora, se si dovrà andare al pronto soccorso sarà possibile sapere in ogni momento quante persone ci sono in attesa, distinte per colore del codice d'accesso; se si dovranno **ritirare i referti** basterà selezionare l'icona disponibile sull'APP, inserire il proprio codice fiscale e quello di accesso internet e scaricare così i risultati degli esami **senza dover andare allo sportello** e stessa cosa si potrà fare per il pagamento. Con il proprio

cellulare si potrà anche **individuare la farmacia aperta e più vicina**. Grazie a questa APP si potrà, inoltre, cercare rapidamente telefoni e indirizzi dei medici di famiglia. L'impegno della Regione, pertanto, sarà quello di far adottare a tutte le ULSS entro 6 mesi questa APP per renderla così disponibile a tutti gli utenti del servizio sanitario regionale.

4.8 Sanità efficiente: dalla riduzione del numero delle ULSS alla creazione della "Azienda 0" per la gestione centralizzata degli acquisti

Il difficile quadro economico, i cambiamenti demografici ed epidemiologici, l'aumento della domanda assistenziale, la riduzione delle disponibilità finanziarie delle famiglie, nonché l'introduzione e la rapida diffusione di nuove tecnologie, sollevano oggi crescenti problemi di sostenibilità del Sistema Socio-Sanitario Regionale (SSSR) e richiedono uno sforzo sinergico ai vari livelli di governo per implementare le linee di programmazione socio-sanitaria della Regione. Nell'ambito dell'obiettivo strategico regionale di **garantire ai cittadini un adeguato livello qualitativo dei servizi socio-sanitari** e di **ottimizzare il governo clinico del SSSR**, perseguendo l'equilibrio economico-finanziario della gestione sanitaria in condizioni di efficienza e appropriatezza, emerge la necessità di **ottimizzare l'utilizzo delle risorse impiegate**, quale fattore determinante per la sostenibilità del SSSR. È necessario garantire un governo economico-finanziario di particolare qualità tramite sistemi di management che garantiscano l'appropriatezza dell'uso delle risorse in un'ottica di sostenibilità del sistema. Tale sistema di management si sviluppa lungo diverse direttive. Assumono grande rilevanza le iniziative finalizzate a **creare una metodologia condivisa di controllo**, e di eventuale riorientamento in corso di esercizio, delle principali dinamiche operative, finanziarie e tecnologiche in atto nelle 24 Aziende e Istituti del SSSR, ma anche le attività svolte dal coordinamento regionale acquisti per la sanità con la **creazione dell'Azienda Zero della Sanità Regionale, una sola contro 22 attuali** che assorbirà tutte le attività e funzioni tecnico-amministrative svolte dalle aziende SSR, mettendo fine alle duplicazioni di costo e realizzando economie di scala e una maggiore specializzazione, grazie anche allo svolgimento di gare d'appalto centralizzate utili a razionalizzare l'approvvigionamento di beni e servizi nelle Aziende. Oltre a ottenere risultati

economici di rilevante interesse, la **gestione centralizzata degli acquisti** permetterà la **riduzione dei tempi e dei costi** del processo di espletamento delle procedure di gara e una maggiore efficacia e appropriatezza dei prodotti, frutto della comparazione tra le caratteristiche tecniche e i costi dei diversi beni impiegati per utilizzi analoghi in ambito sanitario.

Un'ulteriore azione sul fronte della **riorganizzazione della governance sanitaria regionale** andrà percorsa sul fronte della riduzione del numero delle aziende ULSS; l'analisi storica sotto il profilo organizzativo e funzionale porta a confermare che le aziende ULSS con un **bacino di riferimento compreso tra i 200.000 e i 300.000 abitanti** presentano migliori performance gestionali ed assistenziali, configurandosi questa come dimensione ottimale a cui tendere. Ciò comporterà, con una disamina particolare per quanto attiene i territori montani, senz'altro una **riduzione del numero delle aziende ULSS**, senza ridurre né la quantità dei servizi sanitari né la loro qualità.

L'ulteriore valorizzazione delle **reti delle farmacie convenzionate** e dei centri autorizzati alla prescrizione, unitamente al potenziamento dell'azione di monitoraggio dei flussi informativi sui consumi di farmaci, dispositivi medici e assistenza integrativa e protesica, consentirà di razionalizzare la spesa farmaceutica, incrementando l'efficienza anche sotto il profilo dell'appropriatezza prescrittiva.

Andrà continuata l'azione di **rafforzamento delle competenze della Commissione regionale per l'investimento in tecnologia ed edilizia (Crite)** nella scelta dei progetti di investimento in edilizia e in attrezzature nell'ambito del SSSR e nel processo di approvazione dei piani degli investimenti triennali di Aziende e Istituti sanitari. Inoltre, è stato applicato il nuovo meccanismo di utilizzo dei fondi messi a disposizione dallo Stato per la **ricapitalizzazione delle Aziende sanitarie** e il pagamento dello stock di debito accumulato, consentendo l'allineamento dei tempi medi di pagamento previsti per legge a 60 giorni. Per dare maggiore garanzia di raggiungimento di tale obiettivo si è previsto altresì che proprio tra gli obiettivi dei Direttori generali (a pena di decadimento) venga inserito il rispetto dei tempi medi di pagamento. Dal punto di vista dei controlli interni ed esterni, la Regione ha implementato la funzione di internal auditing, finalizzata alla **creazione e gestione di un sistema dei controlli interni**, ed è stata introdotta, specularmente alle realtà privatistiche, la revisione volontaria di bilancio delle Aziende sanitarie, in un'ottica futura di certificazione di bilancio.

Per garantire risultati sempre più orientati alla **soddisfazione complessiva degli utenti** del SSSR andrà progressivamente sviluppato, e costantemente aggiornato sulla base delle nuove necessità sanitarie, un set di obiettivi nelle aree sanitaria, sociale e informatica, in base alla tipologia di Azienda (Aziende Ulss, ospedaliere, IRCCS). La finalità è anche quella di consentire la graduale convergenza di tutte le Aziende verso modelli organizzativi che rappresentano **best practice regionali**, individuando le soluzioni gestionali più adeguate a soddisfare i bisogni dei cittadini e a garantire migliori performance economiche. Per la **misurazione degli obiettivi** si utilizzano indicatori puntuali noti alle stesse Aziende, relativi ad attività e risorse. È stata inoltre attivata una specifica attività di monitoraggio anche per quanto riguarda i costi del personale.

I livelli di soddisfazione richiesti a ciascuna Azienda saranno stati individuati attraverso un'operazione di benchmarking, ponderando, ove necessario, le specificità proprie di ciascuna Azienda Ulss, in particolare rispetto alla dimensione demografica del territorio di riferimento. A tal proposito anche i **Direttori generali** delle aziende ULSS **dovranno dedicare, almeno una volta la settimana, parte della loro attività anche ad incontrare gli utenti del SSSR**, preferibilmente il sabato o in orari più adeguati alle loro esigenze anche lavorative.

4.9 Sanità veneta: un grande volano di sviluppo economico

La Carta di Tallinn, firmata nel 2008, afferma che una migliore salute contribuisce al benessere sociale di ciascun Paese attraverso l'impatto positivo sullo sviluppo economico, sulla competitività e sulla produttività dello stesso. Questo è uno dei principi fondamentali che ha ispirato la nuova programmazione regionale in materia di salute della persona, salute intesa non solamente quale assenza di malattia, ma come stato di benessere fisico, mentale e sociale. Ne consegue che **investire in salute** equivale a investire nello sviluppo umano, nel benessere sociale e nel benessere economico.

Ad ulteriore suffragio di ciò, vi sono numerosi studiosi e teorie che ritengono la **sanità un grande volano di sviluppo economico e sociale** per i territori dei paesi progrediti. Infatti, la crescita economica garantita dallo sviluppo del comparto sanitario, è difficilmente delocalizzabile ed è ad alto capitale intellettuale. Investire in

questo comparto costituisce, quindi, garanzia di una migliore qualità del welfare, ma anche di crescita economica, industriale e del settore terziario inteso nel senso più ampio (anche con riguardo al turismo sanitario), grazie al grande impatto delle ingenti risorse messe a disposizione. E in tal senso si possono riscontrare nel nostro Paese molti **poli di concentrazione delle attività sanitarie**, come, ad esempio, il polo della ricerca clinica (San Raffaele, Policlinico di Milano, Istituto dei tumori) e il polo bio-tecnologico e farmaceutico nell'area del milanese. Il Veneto ha degli importanti distretti industriali nel campo dei medical device così come i poli universitari di Padova e Verona che potrebbero ambire a diventare veri e propri **distretti della salute e di standing Europeo**. Ovviamente solo per citarne alcuni tra quelli presenti in tutta Italia. Il sistema sanitario, quindi, comprende molto più di aziende sanitarie, ospedali, farmacie, professionisti; l'**"industria della salute"** coinvolge un sistema complesso di aree economiche e produttive fortemente interconnesse tra loro. Il modello elaborato dallo IAT (Institut Arbeit und Technik, Germania) distingue in tale settore industriale principalmente tre aree:

- un'area *core* che risponde alle finalità istituzionali proprie delle aziende sanitarie del territorio (prevenzione, acuzie, gestione delle cronicità, riabilitazione, sicurezza sul lavoro, ecc.);
- un'area di supporto, composta dall'industria fornitrice di beni e servizi (industria dei dispositivi medici, della farmaceutica e del biotech e dei servizi sanitari in genere);
- un'area periferica che racchiude attività soprattutto del **settore del wellness** nel suo complesso (fitness, consulti di tipo dietologico, ecc.), ma anche del **turismo sanitario**.

Come già detto, le attività legate al settore sanitario, soprattutto per la prima e l'ultima area, sono difficilmente delocalizzabili e pertanto possono rappresentare un **forte impulso** non soltanto per l'innovazione tecnologica e la ricerca, ma anche **allo sviluppo locale**. Tutto ciò porta ad una più ampia e articolata riconsiderazione del ruolo dell'intera **"filiera della salute"** nel contesto socio-economico anche e soprattutto della nostra Regione, per rappresentare fino in fondo un autentico **volano per lo sviluppo socio-economico** del territorio. Si tratterà quindi di identificare il **settore sanitario come un settore portante dello sviluppo regionale** e di conseguenza incentivare politiche di potenziamento della crescita.

La Regione, pertanto, dovrà promuovere il lancio di una adeguata e mirata politica industriale attenta a questo particolare settore economico, incentivando le proprie aziende sanitarie ad **accrescere la loro attrattività**, condizione necessaria a stimolare sinergie con il territorio e a consentire che il settore sanitario locale diventi, come più volte sottolineato, vero **volano dello sviluppo economico territoriale**. Le **aziende**, pertanto, dovranno dotarsi di capitale umano altamente qualificato e di quello tecnologico d'avanguardia, ponendosi non soltanto come fonte di occupazione, ma anche **come facilitatore del sistema di imprese** appartenenti alla filiera della salute, acquistando beni e servizi innovativi, promuovendo sperimentazioni gestionali con altri attori del sistema. Solo in questo modo la sanità potrà configurarsi non come un costo per la comunità ma come una grande opportunità occupazionale, produttiva, economica e sociale.