



NUCLEO DI
VALUTAZIONE E
VERIFICA DEGLI
INVESTIMENTI
PUBBLICI

ANALISI DEL SETTORE SANITARIO IN CAMPANIA

ANALISI DEL SETTORE SANITARIO IN CAMPANIA

Napoli, 18 dicembre 2012



**Nucleo di Valutazione e Verifica
degli Investimenti Pubblici
della Regione Campania**

Direttore:

ing. Arturo Polese

Componenti:

dott. Valeria Aniello

arch. Carmelina Bevilacqua

arch. Carmela Melania Cavelli

ing. Paolo Cefarelli

ing. Domenico Dell'Anno

dott. Sara Gaudino

dott. Giuseppe Leonello

arch. Claudia Trillo

ANALISI DEL SETTORE SANITARIO IN CAMPANIA

Napoli, 18 dicembre 2012

Presentazione

Con il presente lavoro il Nucleo di valutazione e Verifica degli Investimenti Pubblici della Regione Campania (NVVIP) intende fornire un contributo all'impostazione delle politiche di risanamento della sanità in Campania, a valle del rientro dal disavanzo strutturale.

Lo studio è stato sviluppato, nell'ambito dell'attività collegiale del Nucleo, affidandone l'approfondimento alla dott.ssa Valeria Aniello.

È la prima volta che il Nucleo di valutazione si interessa specificamente di sanità; si tratta tuttavia di una tematica che, oltre a rivestire caratteri di estrema rilevanza ed impatto sull'amministrazione regionale, è prevista tra le condizionalità ex ante della prossima programmazione (Europa 2020); il nostro lavoro può pertanto contribuire ad affrontare le questioni in una visione "di sistema", con l'ottica della programmazione integrata delle politiche "ordinarie" e di quelle straordinarie.

In una situazione generale nella quale, per effetto delle misure di finanza pubblica che vengono messe in atto a seguito della crisi economico-finanziaria, stanno cambiando radicalmente modi e forme dell'investimento pubblico per i servizi al cittadino, per il funzionamento della pubblica amministrazione, per gli investimenti e per le politiche di sviluppo, i servizi pubblici prestati dalla Amministrazione Pubblica sono molto scaduti e vengono addirittura messi in discussione nei loro fondamentali. Questo è particolarmente avvertito nel settore sanitario, dove si discute dell'ambito dell'azione pubblica e della sostenibilità del sistema.

La sanità, in Campania, in un quadro di livelli di salute meno buoni rispetto alla media italiana e di servizi all'utente non sempre pienamente soddisfacenti, costituisce un comparto tuttora "commissariato" per effetto di un Piano di rientro dal disavanzo finanziario che si è tradotto, in una prima fase, in pesanti misure di contenimento della spesa, propedeutiche ad un riassetto complessivo del sistema.

Le cattive performance sanitarie, peraltro, colpiscono i cittadini in modo inaccettabile anche perché ci si trova in un contesto spesso fortemente penalizzato da una situazione socio-economica estremamente grave (povertà, occupazione, ambiente).

La gestione della spesa sanitaria per il raggiungimento degli obiettivi di salute fissati a livello centrale è delegata alle Regioni; in effetti, il comparto sanitario è l'attività prevalente delle Regioni ed è il settore su cui si concentrano i maggiori sforzi di contenimento e di razionalizzazione della spesa pubblica; in Campania la "sanità" pesando oggi per l'85% circa delle spese correnti del bilancio regionale, a valle del rientro dal disavanzo strutturale (previsto per il 2013) sarà comunque uno dei settori su cui intervenire massicciamente per garantire la stabilità finanziaria in un quadro di progressiva riduzione dei trasferimenti ordinari dallo stato centrale. L'obbligo della *spending review* (DL 95 del 6 luglio 2012) impone, infatti, dei vincoli di destinazione di risorse a settori specifici (ivi compresa la sanità) e penalizza le Regioni sul piano dei trasferimenti centrali (- 1,3 miliardi di € nel 2012, - 2,2 nel 2013 e - 2,5 miliardi nel 2014), imponendo importanti misure di contenimento della spesa.

La situazione, per la Campania, è resa ancora meno facile dai meccanismi di riparto del Fondo Sanitario Nazionale (alimentato dalla fiscalità generale), per i quali la spesa sanitaria pubblica pro capite risulta inferiore alla media italiana.

I tagli alla spesa sanitaria rischiano di mettere in discussione il diritto, sancito dalla Costituzione, di accesso alle cure sanitarie, dato che il sistema sanitario sembra non sia più

in grado di garantire “tutto a tutti”; si prefigura inoltre una tendenza a perseguire politiche di compartecipazione della spesa da parte dei cittadini. Nel comprendere come ed in che misura il sistema potrà in futuro garantire i Livelli Essenziali di Assistenza, la prospettiva è pertanto necessariamente quella di operare importanti razionalizzazioni della spesa sanitaria.

In effetti la Campania sta oggi faticosamente uscendo dalla situazione di “sforamento” del Patto per la salute (si prevede di raggiungere l’equilibrio nel 2013). In una situazione di crisi del settore pubblico e privato, occorre far sì che le misure di risparmio non si traducano in meri “tagli lineari”, ma vengano messe in campo con la finalità di contemperare le esigenze finanziarie con quelle dell’ottimizzazione delle prestazioni erogate.

In tal senso, occorre anche fare sì che vi sia la possibilità di mettere in campo investimenti strutturali volti a migliorare le performance del sistema ed a garantirne la sostenibilità e l’equità

Auspico pertanto che gli studi del NVVIP contribuiscano ad informare il dibattito e ad impostare politiche e soluzioni che, nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica, mirino sempre più al miglioramento della salute e dei servizi al cittadino.

Arturo Polese

INDICE

Presentazione	3
Introduzione.....	6
1 Assetto economico-finanziario e stato di salute della popolazione in Campania	9
1.1 I dati sulla spesa e il disavanzo.....	12
1.2 La spesa farmaceutica.....	15
1.3 Il piano di rientro e il Commissariamento.....	17
2 Assetto istituzionale-organizzativo del settore sanitario in Campania.....	24
2.1 Il personale del SSN	24
2.2 Le strutture sanitarie	26
2.3 Le attrezzature	28
3 L'assistenza territoriale	30
3.1 La struttura demografica e l'assistenza agli anziani.....	30
3.2 Il piano di azione degli obiettivi di servizio	34
3.3 Le politiche per gli anziani tra il vecchio e il nuovo piano sociale regionale	38
4 L'assistenza ospedaliera	42
4.1 Domanda soddisfatta dalla rete ospedaliera	42
4.2 Efficienza delle strutture	43
4.3 Appropriatazza clinica	44
5 La sanità tra la programmazione 2007-2013 e la nuova programmazione 2014-20. Conclusioni	45

Analisi del settore sanitario in Campania

a cura di Valeria Aniello

Introduzione

La Campania nel configurarsi, come le altre regioni italiane, sempre più come una regione interessata dal fenomeno dell'invecchiamento, è caratterizzata da un quadro epidemiologico che mostra come alcune patologie, in connessione con una condizione di contesto di difficoltà economiche, occupazionali e culturali, presentano un tasso di incisività e di cronicità superiore a quello di altre regioni italiane.

Il nostro Paese risulta attraversato, come mostrano i dati disponibili, da differenze territoriali importanti in tutti i fattori di salute considerati; in particolare al Sud, correlati alla presenza di condizioni di contesto e socio-economiche svantaggiate, si concentrano una maggiore insorgenza di problemi di salute e un ricorso non sempre appropriato ai servizi di assistenza.

Tutte le analisi che si conducono tradizionalmente in questo settore mostrano che a pesare sullo stato di salute della popolazione vi sono variabili tradizionalmente legate ad altri settori di intervento: il livello culturale/di istruzione, la disponibilità di un lavoro e la sua stabilità (fonte di reddito ma anche di identità sociale), la disponibilità di una casa di proprietà, la classe sociale (indicatore di potere) e la ricchezza dei legami familiari (indicatore di capacità di aiuto).

La crisi economica degli ultimi anni nell'aggravare la situazione socio-economica presumibilmente potrà contribuire il quadro di salute della popolazione; tale scenario può essere ragionevolmente ipotizzato anche se, a differenza di altri paesi europei, non si dispone ancora di dati sulla morbosità e mortalità sufficientemente aggiornati da poter consentire un confronto temporale adeguato. La crisi, infatti, oltre a ridurre direttamente le richieste di assistenza in caso di bisogno, determina conseguenze anche su altri fattori correlati allo stato di salute dei cittadini: un minor ricorso ad abitudini alimentari sane (come l'assunzione di frutta e verdura durante i pasti), a pratiche sportive o allo screening. Alcune indagini hanno già mostrato come, nei paesi più colpiti dalla crisi, si incrementano le percentuali di persone che non si fanno visitare da un medico pur avendone bisogno, aumentano le depressioni e la distimia, si incrementano l'alcolismo e le pratiche nocive per la salute in termini di stile di vita, aumentano il numero di suicidi.

A questo quadro si aggiungono politiche restrittive e di contenimento della spesa pubblica, che hanno portato, nel nostro Paese, a tagli lineari in diversi comparti, ivi compreso quello sanitario.

In questo clima di tagli e di crisi del settore pubblico e privato, dunque, l'attenzione della valutazione al settore sanitario è più che evidente: si tratta, innanzitutto del settore che pesa di più in termini finanziari sul bilancio regionale, rispetto al quale le cattive performance colpiscono i cittadini in modo più inaccettabile per l'etica comune, fortemente intrecciato con gli altri settori di contesto (povertà, politiche sociali, occupazione, istruzione, ambiente) su cui tradizionalmente hanno agito i fondi strutturali nel corso degli ultimi due cicli di programmazione (anche se vi sono evidenti aperture nella prossima programmazione 2014-20), in cui la valutazione, dunque, potrebbe avere una sua funzione di diagnosi conoscitiva e di accompagnamento e rafforzamento delle scelte di policy.

Il presente lavoro intende, tra l'altro, mettere in evidenza la stretta sinergia tra politiche per la salute e altri tipi di politiche, quali quelle di inserimento lavorativo, di istruzione, di welfare sociale; non è possibile, in altri termini, pensare a politiche separate, solo perché i fondi e le programmazioni dedicate seguono tempi e regole diverse, ma occorre ricondurre ad unitarietà le varie componenti di policy, che incidono tutte sul bene pubblico rappresentato dalle condizioni di salute dei cittadini. Così, la "sanità", non può più essere considerata un "settore a parte", con le sue problematiche e i suoi vincoli, ma deve essere sempre più inclusa in una visione intersettoriale di *policy* a livello regionale.

La valutazione, inoltre, intesa da sempre come pratica conoscitiva mirante alla formulazione di un giudizio utilizzabile dai *policy maker*, trova dunque qui una sua utile applicazione.

Questo studio è un punto di arrivo ma anche un nuovo punto di partenza, perché da esso emergono mille spunti di possibile approfondimento: la valutazione può aiutare a dire dove e come si può ridurre la spesa pubblica e dove invece occorre "resistere" per garantire, non solo il diritto ai Livelli Essenziali di Assistenza, ma il diritto alla salute in senso lato. Da questo studio, in altri termini, si possono diramare ulteriori indagini su segmenti, territori, o temi specifici che potrebbero produrre quella conoscenza necessaria a chi si trova a dover prendere delle decisioni, tanto più delicate, quanto più vanno ad incidere direttamente sulla salute dei cittadini.

Nello stesso tempo si cerca qui di restituire al tema "sanità" una dimensione maggiormente integrata con gli altri settori di intervento, aiutando i decisori a identificare possibili risorse alternative per il finanziamento di interventi. La nuova programmazione dei fondi europei 2014-20 presenta una piccola apertura in questa direzione, perché finalmente inizia ad intravedere il tema "sanità", se non nella sua centralità, nella sua importanza per lo sviluppo e la coesione economica e territoriale.

Il presente lavoro intende cogliere ed evidenziare proprio questi tre vettori - utilità della valutazione, intersettorialità delle politiche, opportunità derivanti dalla nuova programmazione dei fondi europei 2014-20 - e presenta naturali punti di contatto anche con i risultati emersi dalle *Analisi valutative per la riprogrammazione del POR FESR 2007-2013* condotte dal NVVIP.

Esso è strutturato in cinque capitoli.

Nel *capitolo 1* si esamina l'assetto economico finanziario del settore sanitario, con riferimento alle fonti di finanziamento e ai dati sulla spesa pubblica; si riferisce del disavanzo, anche con riferimento a benchmark internazionali ed ai dati sui consumi farmaceutici. Si affrontano, inoltre, due temi rilevanti: lo stato di salute della popolazione campana, che delinea la componente economica della "domanda" nel settore sanitario, sempre con riferimento al benchmark nazionale, e il Piano di rientro e il Commissariamento del settore sanitario in Campania. Emergono dati sul fabbisogno di assistenza sanitaria nella nostra regione e sulle azioni prioritarie da mettere in campo per la riorganizzazione del sistema.

Nel *capitolo 2* si esamina, invece, l'assetto istituzionale-organizzativo del settore sanitario in Campania, con riferimento a benchmark nazionali. Da qui parte l'analisi del sistema dell'offerta nel settore sanitario, che prosegue anche nei capitoli 3 e 4. L'analisi sviluppata in questo capitolo prende in esame tre componenti fondamentali: il personale del Servizio Sanitario Nazionale (personale medico ospedaliero, il personale infermieristico, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta), le strutture sanitarie (ASL e aziende

ospedaliera, strutture di ricovero pubbliche e private accreditate) e le principali attrezzature in dotazione.

Nel *capitolo 3* viene invece analizzata l'assistenza territoriale, cioè quella che si svolge in ambito extra-ospedaliero a vantaggio del paziente fragile e/o non autosufficiente e del paziente cronico. Si analizza con particolare attenzione l'assistenza domiciliare integrata, quel sistema di cure, cioè, che consente al paziente la permanenza presso il proprio domicilio.

Nel *capitolo 4* viene analizzata l'assistenza ospedaliera, sia attraverso l'analisi della domanda soddisfatta (tassi di ospedalizzazione e appropriatezza), sia con riferimento all'efficienza delle strutture che all'appropriatezza clinica e organizzativa. Da queste analisi possono emergere utili suggerimenti su come migliorare le performance della spesa ospedaliera, garantendo al contempo la qualità dei servizi ai cittadini.

Nel *capitolo 5*, conclusivo, viene analizzato l'utilizzo dei fondi europei nel settore socio-sanitario nelle programmazioni in corso (PO FESR e FSE 2007-2013) e viene, contemporaneamente, aperta una finestra sulle opportunità derivanti dalla prossima programmazione dei fondi europei 2014-2020, per la quale il settore socio-sanitario potrebbe ritagliarsi spazi sempre più ampi, così come suggeriscono i documenti di riferimento (proposte di regolamenti dei fondi, *position paper* della Commissione Europea sulla programmazione dei fondi 2014-20 per l'Italia).

Il lavoro è stato oggetto di confronto con alcuni referenti regionali, tra i quali la dott.ssa Rosanna Romano e la dott.ssa Lara Natale, che si ringraziano per la costruttiva interazione e gli utili spunti informativi che ci hanno fornito.

1 Assetto economico-finanziario e stato di salute della popolazione in Campania

Nel settore sanitario, dal 2001, sono state introdotte profonde modifiche al tradizionale assetto statale-centralista del comparto. Con le modifiche apportate al titolo V della Costituzione (in particolare con l'Accordo dell'8 agosto 2001 e il decreto legge 347 del 2001), le Regioni hanno infatti acquisito la delega in materia di potestà legislativa, mentre al Governo centrale è rimasta la competenza nella definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (d'ora in avanti LEA), validi sul territorio nazionale. In particolare, è stato attribuito alle Regioni il compito di attuare gli interventi e gestire la spesa sanitaria per il raggiungimento degli obiettivi di salute fissati a livello centrale. Inoltre, è stata conferita competenza esclusiva alle Regioni nell'organizzare e regolamentare servizi ed attività destinate alla tutela della salute. Le Regioni quindi devono e possono:

- fissare autonomamente i criteri di finanziamento delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) e delle Aziende Ospedaliere (AO);
- definire criteri e modalità con cui le aziende sanitarie ed i Comuni garantiscono l'integrazione delle prestazioni socio-sanitarie di rispettiva competenza¹.

Dal punto di vista della *governance* finanziaria, il settore sanitario prevede che la materia della tutela della salute rientra tra quelle cosiddette "a legislazione concorrente"; le regioni hanno potestà legislativa e spetta ad esse il reperimento delle risorse necessarie, mentre lo Stato determina i livelli essenziali di assistenza che devono essere erogati in tutte le regioni (LEA). La Costituzione all'art. 119 prevede pure un "fondo perequativo senza vincoli di destinazione per i territori con minore capacità fiscale per abitante", di modo da compensare squilibri sotto il profilo dell'autonomia e responsabilità regionale.

La ricerca in campo medico è paradossalmente uno dei primi determinanti dell'insostenibilità del sistema: grazie ai suoi successi assistiamo all'allungamento della vita media e quindi aumenta sempre più l'invecchiamento con le sue patologie. Si cura sempre di più, si riesce a far morire sempre più tardi, ma c'è sempre più bisogno di assistenza sanitaria.

Il Servizio sanitario nazionale è finanziato attraverso la fiscalità generale con imposte dirette (addizionale IRPEF ed IRAP) e indirette (compartecipazione all'IVA, accise sulla benzina). Inoltre, le aziende sanitarie locali dispongono di entrate dirette derivanti dai ticket sanitari e dalle prestazioni rese a pagamento.

La Regione dispone, per il finanziamento regionale delle spese sanitarie, dello 0,5 % dell'IRPEF; il che vuol dire che le regioni a gettito fiscale più basso, a parità di popolazione, hanno meno risorse per il finanziamento della sanità. La Regione Lazio, infatti, dispone di 700 M€ derivanti dal gettito IRPEF, mentre la Regione Campania dispone, a parità di popolazione, solo di 300 M€.

Il finanziamento del Fondo Sanitario Nazionale trova, quindi, le proprie fonti in:

- entrate proprie convenzionali e ricavi delle aziende sanitarie;
- compartecipazione da parte delle regioni a statuto speciale;
- IRAP, Imposta Regionale Attività Produttive;

¹ Deve, cioè, essere realizzata, a livello dei Distretti sanitari, una gestione integrata dei processi assistenziali, sociali e sanitari.

- IRPEF, Imposte di Reddito sulle Persone Fisiche.

Il 97,95% delle risorse stanziare viene dedicato ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), ovvero, i servizi e le prestazioni standard che il Servizio Sanitario Nazionale deve assicurare ad ogni cittadino, in maniera gratuita o compartecipata attraverso le risorse acquisite con il sistema fiscale. I LEA sono redistribuiti a loro volta destinando il:

- 5% alla prevenzione verso la collettività ed il singolo;
- 45% all'assistenza ospedaliera;
- 50% ai distretti presenti sul territorio.

Tra le Regioni e le Province autonome, i LEA vengono ripartiti per quota capitaria differenziata pesata, ovvero secondo alcuni criteri che prendono in considerazione l'età, il sesso, il livello di assistenza riguardanti i cittadini residenti, i tassi di mortalità, gli indicatori territoriali epidemiologici.

Ciascuna Asl viene finanziata dalla regione di appartenenza con il Fondo Sanitario Regionale attraverso la quota capitaria. Per livelli assistenziali superiori a quelli previsti dal Piano Sanitario Nazionale, ogni Regione deve impiegare proprie risorse con le quali si dovranno andare a coprire anche eventuali disavanzi sanitari di gestione delle aziende.

I sistemi di finanziamento si differenziano tra Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere, infatti:

- nelle ASL
 - finanziamento a funzione, per costi di attività particolari;
 - quota capitaria;
- nelle AO
 - finanziamento a prestazione, per prestazioni ospedaliere e specialistiche;
 - finanziamento a funzione;
 - entrate proprie.

La dotazione per il 2012 del Fondo Servizio Sanitario Nazionale ammonta a 108.78 miliardi di €, di cui 106.21 (finanziamento dei LEA) da ripartire tra le 20 regioni italiane. La compartecipazione dei cittadini italiani alla spesa sanitaria nazionale è pari ad un importo di 4 miliardi di €.

I criteri di riparto del Fondo sanitario nazionale tengono conto in misura maggiore dell'anzianità della popolazione più che dell'incidenza epidemiologica. È opinione diffusa che occorra pensare ad una riforma di tali criteri per contemperare anche differenze socio-economiche territoriali che si riflettono anche sulle condizioni di salute dei cittadini.

Nella tabella che segue vengono sintetizzati i principali indicatori aggiornati sullo stato di salute della popolazione in Campania, rapportando il dato relativo con il dato medio Italia. Si vuole, qui, delineare sinteticamente ma efficacemente, quella che in termini economici viene definita la componente della "domanda" del settore sanitario.

Come si può osservare, sulla salute della popolazione incidono fattori che solitamente vengono considerati di contesto socio-economico: la popolazione, la sopravvivenza, gli stili di vita, le malattie infettive, la salute materno infantile, la salute mentale e dipendenze, la disabilità e l'ambiente.

Per quanto riguarda il primo gruppo di indicatori, quello relativo alla *popolazione*, si può notare come la Campania abbia un numero medio di figli per donna superiore al dato medio Italia e un'età media al parto inferiore. La popolazione over 65 anni che vive sola è percentualmente a un valore più basso (su questo presumibilmente pesa la rete di relazioni familiari) e presenta un saldo di mobilità sanitaria negativo.

Tabella 1 – Indicatori sullo stato di salute della popolazione in Campania

	Campania	Italia	anno	fonte
popolazione				
mobilità e saldo migratorio iscrizioni ASL interno	-2,8	0,2	2009	demo istat 2009-2010
numero medio di figli per donna	1,43	1,41	2009	demo istat
età media delle donne al primo parto	30,6	31,2	2009	demo istat
popolazione che vive sola over 65 anni	26,9	28,3	2009	Istat. Health for all-Italia
sopravvivenza				
speranza di vita alla nascita M	77,77	79,2	2010	demo istat
speranza di vita alla nascita F	83	84,4	2010	demo istat
tasso std di mortalità (10.000) per tumori M 19-64 a	12,33	10,78	2008	Istat
tasso std di mortalità per malattie circolatorie M 19-64 a	7,43	5,77	2008	Istat
tasso std di mortalità per cause violente M 19-64 a	2,67	3,62	2008	Istat
tasso std di mortalità per malattie apparato digerente M 19-64 a	2,16	1,48	2008	Istat
tasso std di mortalità (10.000) per tumori F 19-64 a	8,39	7,93	2008	Istat
tasso std di mortalità per malattie circolatorie F 19-64 a	2,97	1,92	2008	Istat
tasso std di mortalità per cause violente F 19-64 a	0,51	0,8	2008	Istat
tasso std di mortalità per malattie apparato digerente F 19-64 a	0,77	0,57	2008	Istat
stili di vita				
tasso per 100 di fumatori over 14 anni	26	22,8	2010	istat
numero medio di sigarette fumate al giorno	14,5	12,7	2010	istat
consumatori di alcol per 100	63,5	68,5	2009	istat
malattie infettive				
nuove diagnosi di AIDS (per 100.000)	1,9	1,39	2010	ISS. Centro Operativo AIDS (COA)
tasso std di incidenza per 100.000 dell'epatite virale B	0,9	1,3	2009	Ministero della Salute
salute materno infantile				
tagli cesarei su 100 parti	61,96	39,01	2009	Ministero della Salute
punti nascita con unità operative con unità intensiva neonatale in val	16	129	2009	Ministero della Salute
tasso di mortalità (per 1.000 nati vivi) infantile e neonatale	6,8	5,7	2007-08	Istat
salute mentale e dipendenze				
consumo di farmaci antipsicotici in Dosi Definite Giornaliere per 1000	3,08	2,8	2010	OsMed. AIFA
tasso grezzo e standardizzato di mortalità (per 100.000) per suicidio	5,05	7,08	2007-2008	Elaborazioni ISS su dati Istat
disabilità				
persone con disabilità che vivono in famiglia (tasso std per 100)	6	5,1	2010	Istat
speranza di vita libera da disabilità a 65 a F	13,7	14,9	2008	Istat
speranza di vita libera da disabilità a 65 a M	14,5	15,8	2008	Istat
percettori di almeno una delle pensioni di invalidità (%)	9	7,80	2008	Istat-Inps
ambiente				
produzione pro capite di rifiuti solidi urbani (kg/ab)	467	532	2009	ISPRA. Rapporto rifiuti urbani 2011
% dei rifiuti solidi urbani smaltiti in discarica	49	48	2009	ISPRA. Rapporto rifiuti urbani 2011
% dei rifiuti solidi urbani smaltiti in inceneritore	8,8	14,3	2009	ISPRA. Rapporto rifiuti urbani 2011
% di rifiuti solidi urbani raccolti in modo differenziato	29,3	33,6	2009	ISPRA. Rapporto rifiuti urbani 2011

Fonte: elaborazione NVVIP su vari anni, varie fonti

Relativamente al secondo gruppo di indicatori, quelli relativi alla *sopravvivenza*, si può notare, con estremo allarme, come tutti gli indicatori presentino per la Campania dei dati

più sfavorevoli rispetto al dato medio Italia: la speranza di vita alla nascita è più bassa, la mortalità per tumori, malattie cardiocircolatorie e malattie dell'apparato digerente sono più alte rispetto al valore medio; solo la mortalità per cause violente presenta un dato inferiore al dato medio.

Relativamente al terzo gruppo di indicatori, quelli relativi allo *stile di vita*, si può notare come nella nostra regione vi siano più persone che fumano e che mediamente fumano più sigarette al giorno rispetto al dato medio Italia. Solo il consumo di alcol presenta delle performance più favorevoli nella nostra regione.

Nei gruppi di indicatori relativi alle *malattie infettive*, alla *salute materno infantile* e alle *dipendenze* emerge chiaramente come i tassi per 100.000 di nuove diagnosi di AIDS nella nostra regione siano molto più elevati, così come il numero di tagli cesarei e la mortalità infantile. La nostra regione è anche a un valore superiore alla media per quel che concerne il consumo di farmaci antipsicotici.

Nei gruppi di indicatori relativi alla *disabilità*, emerge come il tasso di persone disabili che vivono in famiglia risulta superiore al dato medio italiano, così come avevamo rilevato per gli anziani non autosufficienti, mentre la percentuale di percettori di pensioni di invalidità risulta più alta al valore medio italiano, attestandosi al 9% contro 7,8% del valore medio italiano.

Anche l'*ambiente* rileva fortemente sulla salute dei cittadini; tra gli indicatori rilevanti vi sono non solo la produzione di rifiuti solidi urbani – inferiore in Campania rispetto al valore medio italiano – ma anche la percentuale di rifiuti smaltiti in discarica rispetto a quelli smaltiti negli inceneritori. Nella nostra regione, il primo valore è senz'altro superiore al dato medio italiano, mentre il secondo, all'inverso, è inferiore. Anche la pratica della raccolta differenziata viene presa in esame come determinante di condizioni ambientali favorevoli e quindi di uno stato di salute migliore; su questo dato la Campania si attesta ad un valore inferiore al dato medio italiano.

Il quadro che emerge sulle condizioni di salute della popolazione campana è un quadro che ci rinvia ad un contesto socio-economico difficile, in cui la disoccupazione, le condizioni ambientali, la dispersione scolastica e il livello di istruzione influiscono profondamente sulla salute dei cittadini, salute che, anch'essa risulta più precaria rispetto alle altre regioni. Si capisce, così, che occorre intervenire in maniera integrata tenendo conto delle dinamiche intersettoriali se si vogliono migliorare le condizioni di salute dei cittadini campani. Avere un lavoro, un reddito, un livello di istruzione superiore, un ambiente sano, un sistema di gestione dei rifiuti efficace è importante, per la salute e l'aspettativa di vita, quanto avere delle strutture sanitarie adeguate.

1.1 I dati sulla spesa e il disavanzo

Una prima considerazione può essere tratta dalla comparazione, in termini di spesa pro capite, sul dato della spesa e sul dato delle performance del settore sanitario tra i principali paesi europei. Risulta che il nostro Paese si caratterizza per livelli di spesa inferiori a quelle di molti Paesi e che il sistema sanitario presenta degli aspetti di maggiore performance rispetto a quello di molti altri Paesi. Il sistema sanitario italiano, infatti, si è sempre ispirato a tre principi cardine: universalità (cioè garanzia dei LEA su tutto il territorio nazionale), equità (accesso ai servizi per tutti i cittadini) e solidarietà (il fondo sanitario nazionale viene finanziato con le entrate fiscali).

Il primo dato sicuramente interessante, infatti, è che la spesa pubblica pro-capite in Italia è stata tradizionalmente ed è inferiore alla media UE 15. Nella tabella che segue, elaborata a partire dai dati disponibili, si mette in evidenza come la spesa pubblica pro capite in Italia sia nettamente inferiore a quella di paesi come il Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Olanda, Svezia.

Tabella 2 - Spesa pubblica annua sanitaria pro capite (in €)

GEO/TIME	2004	2008	2009
Australia	1.490,60	1.894,69	-
Austria	2.155,45	2.615,23	-
Belgio	2.155,63	2.432,40	2.565,80
Bulgaria	111,60	172,55	-
Canada	1.626,37	2.111,80	-
Cipro	423,52	534,32	-
Repubblica ceca	532,88	808,02	870,83
Danimarca	2.727,87	3.514,68	3.775,17
Estonia	276,30	551,15	543,65
Finlandia	1.708,59	2.049,42	2.064,81
Francia	2.247,32	2.553,21	2.646,43
Germania	2.107,05	2.393,38	2.537,44
Ungheria	453,23	527,16	470,05
Islanda	2.932,57	2.446,42	2.151,60
Italia	1.548,00		1.833,00
Giappone	1.839,56	1.747,71	-
Lettonia	-	364,72	-
Lituania	194,51	436,08	433,43
Lussemburgo	3.733,43	4.105,86	-
Olanda	1.799,21	2.691,19	3.271,16
Nuova Zelanda	1.262,95	1.596,12	1.618,97
Norvegia	3.397,40	-	-
Polonia	214,60	449,69	404,37
Portogallo	926,42	1.009,98	
Romania	113,50	278,93	241,10
Slovacchia	-	665,09	690,87
Slovenia	789,48	1.057,06	1.083,06
Sud Corea	328,39	462,30	473,18
Spagna	1.096,65	1.492,34	1.553,99

Svezia	2.313,49	2.595,69	2.441,88
Svizzera	2.610,75	2.864,79	3.114,60
Stati Uniti	2.187,24	2.358,84	2.657,86

Fonte: elaborazione NVVIP su dati Eurostat 2012

Alla luce di questi dati, si possono inquadrare meglio anche le criticità del SSN sotto il profilo economico-finanziario:

- la prima, rappresentata dall'entità del debito pubblico. La situazione italiana fa sì che vi siano esigenze di contenimento della spesa sanitaria, non tanto per l'entità della spesa in sé, ma per la difficile situazione della finanza pubblica;
- la seconda, è la difficoltà nel rispettare i tetti di spesa, ragion per cui il SSN è sistematicamente in disavanzo, anche se negli ultimi anni gli squilibri si sono ridotti. Solo ultimamente alcune regioni hanno trovato un equilibrio finanziario sostenibile;
- la terza, è rappresentata dalle forti differenziazioni interregionali, relativamente alla spesa sanitaria pro-capite. Tra il 2002 e il 2008 la spesa sanitaria pro capite è cresciuta in media del 4,48% annuo. Le regioni con provvedimenti di ripiano (Lazio, Campania e Sicilia), pur avendo avuto una riduzione nel tasso di crescita della spesa, da sole hanno accumulato nel periodo 2001-08, il 68% del disavanzo complessivo accumulato.

Tabella 3 - Spesa pubblica sanitaria pro capite, in relazione al PIL e disavanzo in Campania, anni 2004 e 2010

	Campania	Italia (media)
Spesa sanitaria pubblica pro capite (€) (dati riferiti al 2010-2009)	1518 (2004) 1715 (2010)	1548 (2004) 1833 (2010)
Percentuale di spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL (dati riferiti al 2008-2007)	10,46	6,87
Disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro capite (dati riferiti al 2010-2009)	85	39
Disavanzo/avanzo sanitario pubblico cumulato (dati riferiti al 2010-2002)	1364	577

Fonte: elaborazione NVVIP su dati Istat, Contabilità nazionale 2011

Esaminando il valore assunto dagli indicatori economico-finanziari del settore sanitario in Campania emerge quanto segue:

- la spesa pubblica pro-capite, pur presentando degli incrementi nel periodo di riferimento 2004-2010, si presenta sempre al di sotto del dato medio Italia e rispetto al 2009 ha subito una riduzione del 1,74%;
- la spesa pubblica/PIL, indicatore che vorrebbe misurare la potenziale capacità del sistema economico di una regione di far fronte con la propria ricchezza prodotta alla copertura della spesa sanitaria, presenta dati sempre superiori rispetto al dato medio Italia, segnale che la capacità di copertura della spesa sanitaria è inferiore in Campania rispetto ad altre regioni;
- se invece si va a misurare il disavanzo accumulato negli ultimi anni pro capite emerge che la Campania negli ultimi 8 anni la Campania ha accumulato un disavanzo pari a 1364 euro pro-capite anche se nel 2010, grazie al piano di rientro, si è ridotto quasi alla metà (da 136 euro pro-capite nel 2009 a 85 euro nel 2010).

Il disavanzo nella spesa può ricondursi a due fattori e/o a un mix di entrambi:

- la scarsità di risorse per la copertura della spesa e il sotto-finanziamento;
- l'inefficienza della spesa e/o il sovradimensionamento del sistema.

A questi dati di natura economico finanziaria, si aggiunge l'indicatore di specializzazione delle prestazioni delle Aziende Sanitarie; come mostra la letteratura internazionale, infatti, la specializzazione può accrescere l'efficacia e l'efficienza delle strutture sanitarie. L'indicatore misura il grado di concentrazione delle prestazioni sanitarie in termini di erogazione di prestazioni sanitarie. Un indice elevato significa una gamma ristretta di tipologia di prestazioni, con conseguente riduzione delle duplicazioni, miglioramento della qualità, riduzione dei costi unitari di produzione ed economie di esperienza. Tale indicatore andrebbe comunque riferito all'accessibilità delle strutture rispetto al bacino di utenza, dato che tale variabile rappresenta un limite evidente del valore dell'indicatore stesso.

Tabella 4 – Indice medio di specializzazione in valore assoluto e numero di aziende sanitarie pubbliche, anno 2009

	Campania	Italia (media)
Indice medio di specializzazione	545	487
numero di aziende sanitarie	18	n.r.

Fonte: elaborazione NVVIP su dati Ministero della Salute 2010

1.2 La spesa farmaceutica

Esaminando le componenti della spesa sanitaria, emerge come il peso della spesa farmaceutica in Campania risulta più elevato rispetto al dato medio Italia.

I canali attraverso i quali si erogano farmaci del SSN sono due: l'assistenza farmaceutica territoriale (cioè le cosiddette ricette a carico del SSN), gli ospedali (assistenza farmaceutica ospedaliera).

Le risorse per finanziare tale spesa, come le altre voci del SSN, derivano in parte dalla fiscalità generale, in altra parte dal sistema dei ticket farmaceutici che rappresentano la compartecipazione dei cittadini alla spesa e, in tal senso, cercano di moderare i consumi.

Il settore farmaceutico, proprio in virtù delle ricadute sulla collettività, è regolato secondo diverse modalità:

- l'autorizzazione all'immissione in commercio;
- le decisioni sulla rimborsabilità e la determinazione del prezzo;
- la fase di commercializzazione con la vigilanza sulla sicurezza;
- il governo della spesa e la promozione dell'appropriatezza prescrittiva.

L'invecchiamento progressivo della popolazione ha comportato un aumento progressivo della spesa farmaceutica, che ha rappresentato il 17% della spesa sanitaria per il 2010 e che presenta delle differenze regionali molto forti.

Tabella 5 - Consumi farmaceutici

	Campania	Italia (media)	variazione %
consumo farmaceutico territoriale pesato per età a carico del SSN	1021 (2009) 1023 (2010)	926 (2009) 952 (2010)	+ 0,2 in Campania, +2,8 in Italia
% consumo di farmaci a brevetto scaduto	50,2 (2010) 43 (2009)	51,5 (2010) 46,2 (2009)	+ 7,1 in Campania, + 5,3 in Italia
consumo territoriale di farmaci antibiotici (DDD/1000 ab. /die) a carico del SSN pesato per età	32,8 (2010) 37,6 (2009)	22,5 (2010) 24,2 (2009)	-12,8 % in Campania, -7 % in Italia

Fonte: elaborazione NVVIP su dati AIFA. Os Med. L'uso dei farmaci in Italia. Anno 2010

Dalla tabella si evince come il consumo farmaceutico in Campania, pesato per età, è superiore al dato medio Italia. Per comprendere se tali differenze dipendano solo da un utilizzo improprio dei farmaci a carico dei SSN o anche da condizioni epidemiologiche particolari occorrerebbe disporre di dati relativi alla tipologia del farmaco utilizzato.

Da una prima lettura dei dati emerge un uso improprio dei farmaci. È quindi necessario promuovere campagne a favore dell'utilizzo intelligente dei farmaci, che vedano direttamente coinvolti e protagonisti i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta, che attualmente sono i soggetti prescrittori istituzionali.

Altro dato interessante riguarda il dato relativo al consumo di farmaci *a brevetto scaduto*: i farmaci, infatti hanno una loro copertura brevettuale, scaduta la quale possono essere sostituiti come farmaci generici, che comportano un risparmio di circa il 20% sul prezzo. Tale risparmio si riverbera con notevoli conseguenze sulla spesa sanitaria pubblica e sulla

collettività. L'utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto, perciò, rappresenta una *proxy* di, a scadenza della quale, possono efficienza della spesa farmaceutica pubblica.

Sebbene l'utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto in Campania sia aumentato del 7,1%, quindi più di quanto sia aumentato in Italia (valore medio), alla fine il consumo di tali tipologie di farmaci risulta comunque inferiore al dato medio Italia. Anche su questa voce di spesa sembrano esserci, quindi, evidenti margini di miglioramento.

Per quel che riguarda il terzo dato relativo al consumo dei farmaci antibiotici a carico del SSN, emerge come, anche relativamente a questo dato, la Campania presenta dei consumi superiori al dato medio Italia, anche se il trend 2009-10 presenta un consumo in diminuzione.

1.3 Il piano di rientro e il Commissariamento

Come esaminato nel paragrafo 2.1, il disavanzo finanziario cumulato in Campania ha raggiunto nell'ultimo decennio un'entità significativa, il che ha condotto nel 2007 al cosiddetto Piano di rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del SSN approvato dalla Giunta regionale (DGR 460 del 20.3.2007).

Tale piano prevede sia misure prettamente economico-finanziarie di riduzione del disavanzo, sia misure di riorganizzazione del SSN, tra cui:

- misure per la riduzione del disavanzo entro il 2010 e interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Sono previsti inoltre interventi per una gestione contabile efficace per centri di costo ed un sistema di controllo di gestione;
- interventi di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del Servizio sanitario regionale tra cui il processo di aziendalizzazione delle strutture ospedaliero-universitarie: Sono, a tal fine previsti interventi di razionalizzazione della rete ospedaliera, della spesa farmaceutica, della spesa per l'acquisto di beni e servizi e della spesa per personale dipendente convenzionato con il servizio sanitario regionale, sempre nel rispetto dei LEA.

Nonostante ciò, nel 2009, il Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali e il Comitato permanente per la verifica dei LEA hanno rilevato ancora una condizione critica del disavanzo e verifica negativa sugli adempimenti relativi ai LEA, motivi per cui il 24 luglio 2009, il Consiglio dei Ministri, ha nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro dal disavanzo sanitario il Presidente della Regione Campania a cui è stato affiancato il 15 ottobre del 2009 un Subcommissario, nominato sempre dal Consiglio dei Ministri.

Le priorità stabilite nel mandato di commissariamento sono state le seguenti:

- l'implementazione di una contabilità efficiente, sia regionale che per centri di costo;
- la realizzazione di un sistema di monitoraggio e controllo delle prestazioni sanitarie, sia a livello regionale che aziendale;
- il riassetto della rete ospedaliera e territoriale, con adeguati interventi per la dismissione / riconversione / riorganizzazione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia;

- la revisione del sistema delle strutture private accreditate e la revisione dei contratti sulla base di una stima corretta del fabbisogno;
- restrizioni sulle politiche del personale, con introduzione del blocco del turn over, riduzione della spesa e diminuzione delle posizioni organizzative e di coordinamento;
- la razionalizzazione della spesa per beni e servizi, con particolare riferimento al sistema centralizzato per gli acquisti, la standardizzazione dei beni e servizi da acquisire, l'ottimizzazione delle rete logistica e distributiva;
- la razionalizzazione della spesa farmaceutica convenzionata, in particolare con verifica dell'appropriatezza prescrittiva e della spesa farmaceutica ospedaliera;
- la verifica e ridefinizione dei protocolli d'intesa con le Università Pubbliche;
- il completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale;
- il completamento dell'assetto territoriale delle Aziende sanitarie locali; l'adozione dei nuovi atti aziendali con la definizione di centri unici di responsabilità delle principali funzioni, quali la gestione contabile, la gestione del personale e gli acquisti;
- l'adozione di un piano sanitario regionale coerente con il Piano di rientro;
- la definizione e programmazione degli investimenti per interventi edilizi e/o tecnologici presso strutture preesistenti o da realizzare;
- la ricognizione dell'entità e della natura del contenzioso passivo in atto, con conseguente determinazione del relativo fondo rischi (il cosiddetto "maxi debito" della sanità campana).

Il Commissario ad acta della Regione Campania ha emanato, con decreto commissariale 25 del 14 aprile 2010, i Programmi operativi 2010 concernenti le seguenti tematiche:

- riassetto della rete ospedaliera e territoriale;
- ridefinizione dell'assistenza sanitaria da erogatori privati accreditati;
- farmaceutica ospedaliera e convenzionata;
- manovre sul personale;
- centralizzazione degli acquisti;
- adozione di nuovi procedimenti contabili e amministrativi;
- documenti programmatici aziendali.

Il 3 marzo 2011, con le dimissioni del subcommissario dott. Giuseppe Zuccatelli, vengono nominati il dott. Mario Morlacco e il dott. Achille Coppola nuovi subcommissari (quest'ultimo si dimette dopo poco), con compiti che, in buona sostanza, rimangono invariati rispetto al mandato del commissariamento.

Così, a circa un anno e mezzo dalla nomina dell'ultimo subcommissario, si riscontrano una serie di risultati conseguiti e alcuni risultati ancora da conseguire, come si vedrà più avanti.

Gli obiettivi originariamente proposti nell'ambito del commissariamento possono essere classificati in due macrotipologie:

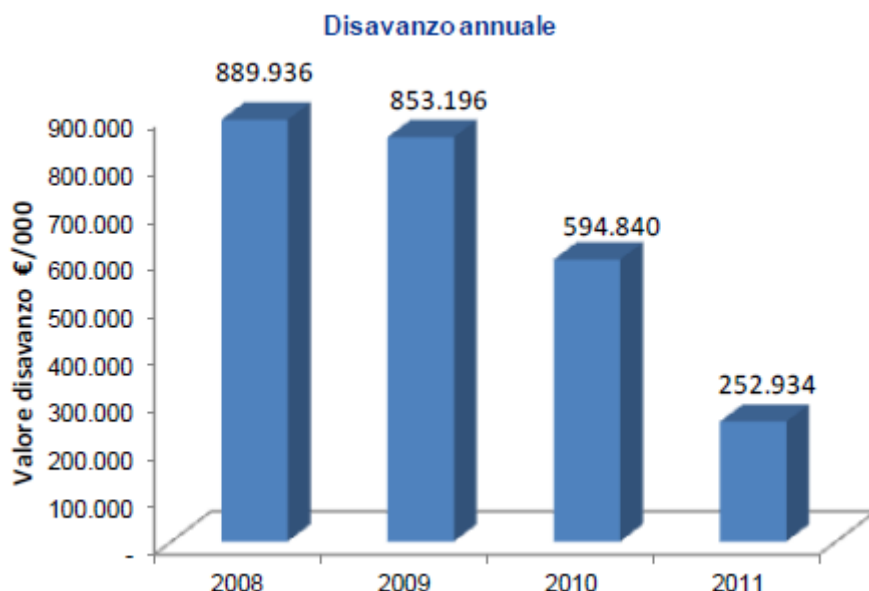
- quelli di riduzione di spesa e controllo dei costi;
- quelli di riassetto della rete ospedaliera e assistenziale.

Mentre i primi comportano dei tagli di spesa, i secondi richiedono risorse per essere realizzati.

Nel grafico 1 viene messo in evidenza come il principale risultato è relativo alla riduzione del disavanzo annuale, che è passato da 889,936 M€ del 2008 a 252,934 M€ del 2011.

Per il 2012 sembrerebbe che il trend dovrebbe mantenersi in diminuzione e il disavanzo potrebbe attestarsi, se si elimina il contenzioso, intorno ai 150,000 M€, anche ad aliquote IRPEF stabili.

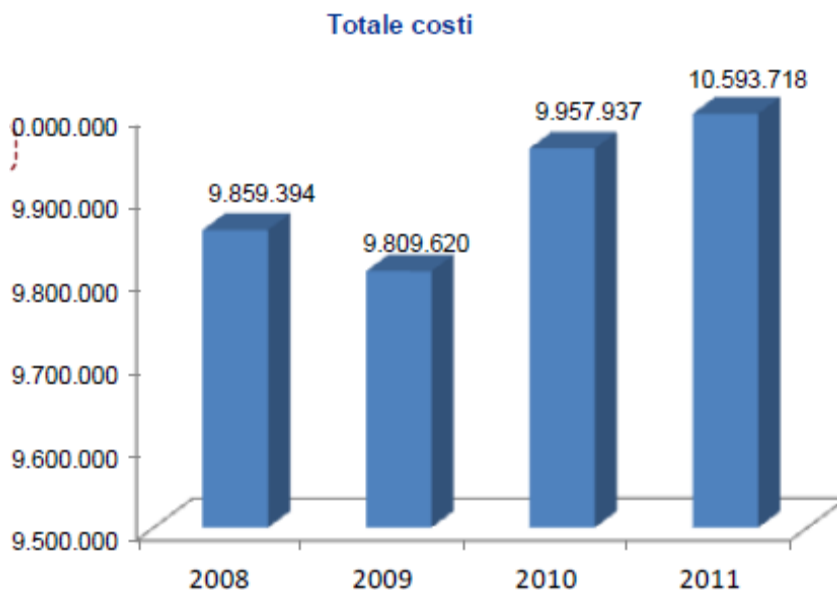
Grafico 1 – Disavanzo annuale nel settore sanitario in Campania anni 2008-2011



Fonte: Regione Campania, Struttura Commissariale

Relativamente ai costi, invece, questi sono aumentati dal 2008 in media del 7% annui (cfr. grafico 2). Le voci che sono aumentate sono quelle relative all'acquisto di servizi, di beni e alle manutenzioni ordinarie esternalizzate, mentre si sono sistematicamente contratti i costi del personale, gli oneri finanziari e gli oneri straordinari.

Grafico 2 – Andamento dei costi (M€) nel settore sanitario in Campania anni 2008-2011



Fonte: Regione Campania, Struttura Commissariale

I costi del personale, infatti, si sono ridotti dal 2008 mediamente del 5% annuo, essendo passati da 3.088.575.000 € nel 2008 a 2.977.417.000 € nel 2011, come mostra il grafico 3 che segue.

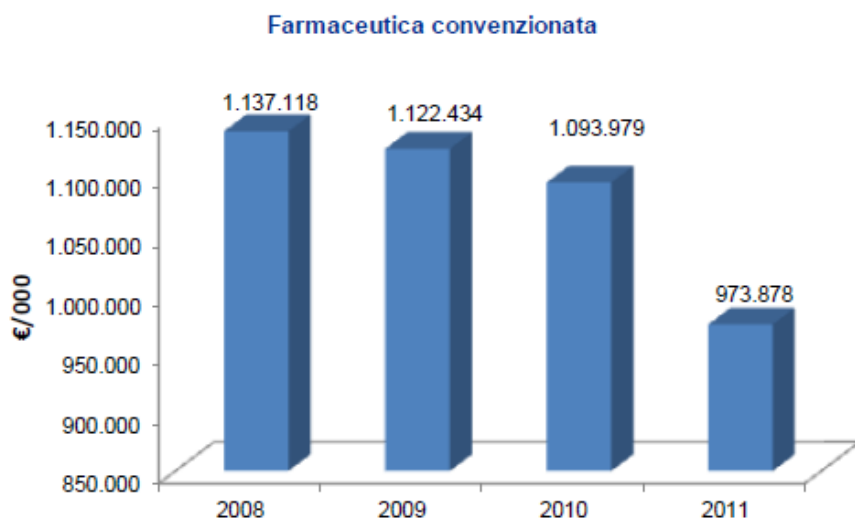
Grafico 3 – Andamento dei costi del personale nel settore sanitario in Campania anni 2008-2011



Fonte: Regione Campania, Struttura Commissariale

Le spese per la farmaceutica convenzionata anch'esse rappresentano un'area di contrazione della spesa, riducendosi di oltre il 13% in media per anno; sono infatti passate da 1.137.118.000 € nel 2008 a 973.878.000 € nel 2011 (cfr. grafico 4).

Grafico 4 – Andamento dei costi per la farmaceutica convenzionata in Campania anni 2008-2011



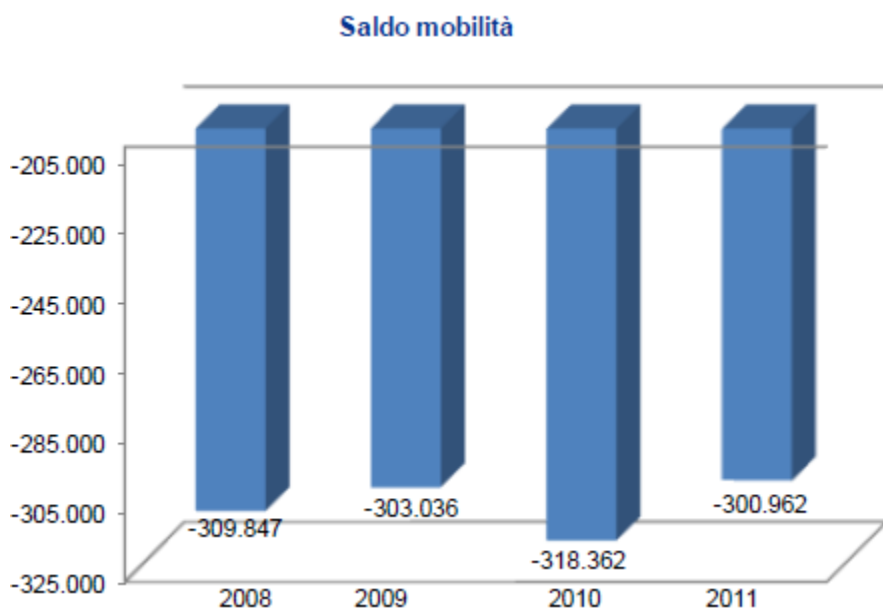
Fonte: Regione Campania, Struttura Commissariale

Non disponendo di informazioni circa le “distribuzione” del tasso di riduzione della spesa , in questa sede si evidenzia come occorra evitare tagli “lineari” e qualificare politiche di riduzione della spesa al fine di intervenire selettivamente su pratiche inappropriate piuttosto che su cure “salvavita”. Bisogna evitare, in altre parole, che la riduzione della spesa anziché andare a colpire gli sprechi, vada a colpire la qualità delle cure per pazienti con patologie gravi la cui speranza di vita potrebbe, perciò, diminuire.

Anche il saldo delle spese per mobilità sanitaria (differenze per attiva e passiva extraregionale) risulta migliorare; addirittura dal 2010 al 2011 si riduce del 5% (cfr. grafico 5). Com'è noto la mobilità sanitaria contiene diverse componenti: mobilità per residenza, dovuta al fatto che molti campani risiedono altrove, la mobilità di confine, dovuta alla vicinanza delle strutture sanitarie di regioni diverse, e la mobilità dovuta alla ricerca dell'eccellenza, che esiste in tutte le regioni. Seppure i dati sulla mobilità sanitaria risultano nella media, occorre senza dubbio tener conto dell'abbattimento delle barriere alla mobilità europea, abbattimento che è avvenuto con la Direttiva 24 del 2011 “Applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera” dell'Unione Europea sancisce l'abbattimento delle barriere anche nel sistema sanitario. Perciò, se prima le cure all'estero erano rimborsate dalla Regione solo se questa aveva dato autorizzazione preventiva - il che avveniva generalmente o in caso di cure urgenti o in caso di prestazioni di alta specialità autorizzate specificamente o comunque non disponibili in Italia - la

direttiva sancisce “per la prima volta il diritto di recarsi in uno Stato membro diverso al fine di ricevere assistenza sanitaria”.

Grafico 5 – Andamento del saldo mobilità (€/000) in Campania anni 2008-2011



Fonte: Regione Campania, Struttura Commissariale

Negli ultimi due anni, la spesa per mobilità passiva si è ridotta da 300 a 299 M€, così come si è ridotto il tasso di ospedalizzazione, anche se quest'ultimo presenta un valore ancora alto.

Tutti i miglioramenti individuati nei termini della riduzione della spesa e del disavanzo, necessitano comunque di una valutazione sul livello di servizio all'utente finale; non da ultimo occorre anche considerare che ora rimane da affrontare quella parte del Piano che prevede il riassetto istituzionale-organizzativo del sistema e che richiede anche risorse finanziarie aggiuntive da reperire. In altri termini, realizzata la parte di contenimento delle spese, occorre ora ragionare su come supportare con risorse finanziarie la parte costruttiva e innovativa del piano, soprattutto quella relativa al riassetto ospedaliero e dell'assistenza generale e specialistica, le strutture polifunzionali per la salute.

Oggi, quindi, la sanità campana, con il livello attuale di concorso della spesa statale, mostra prerequisiti di sostanziale sostenibilità finanziaria. Oramai sono 10 le regioni italiane in regime di piano di rientro: si osserva come queste hanno già implementato la loro capacità di riduzione del disavanzo e della spesa. Per questo si può prevedere che le ripercussioni più pesanti saranno per le regioni non in rientro, i cui costi sono aumentati negli ultimi anni mediamente in misura superiore a quelli delle regioni in piano di rientro.

Nella nostra regione, occorre ora valutare attentamente il livello di servizio all'utenza, anche in considerazione della notevole variabilità delle prestazioni rispetto alle altre regioni (come, ad esempio, nell'assistenza residenziale). Il piano di rientro, infatti, è solo un pezzo di un accordo tra Stato e Regione Campania, che prevedeva non solo tagli ma

anche una riorganizzazione del sistema verso l'appropriatezza² e la qualità; di fatto, dopo 5/6 anni spesso viene interpretato come uno strumento di valutazione contabile da parte del Ministero dell'Economia (di quanto si è ridotto il disavanzo, quanto sono aumentati i ticket, etc.), mentre si parla poco di riorganizzazione dei servizi e di garanzia dei livelli di assistenza, tutti settori nei quali occorre fare un notevole sforzo.

²Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 ha messo in risalto la distinzione fra "appropriatezza clinica" e "appropriatezza organizzativa": come noto, la prima si riferisce all'erogazione di cure mediche e interventi di comprovata efficacia in contesti caratterizzati da un profilo beneficio-rischio favorevole per il paziente, mentre la seconda concerne la scelta delle modalità di erogazione più idonee ai fini di massimizzare la sicurezza e il benessere del paziente e di ottimizzare l'efficienza produttiva ed il consumo di risorse.

2 Assetto istituzionale-organizzativo del settore sanitario in Campania

Da questo capitolo in poi, si delinea l'analisi dell'offerta del settore sanitario, caratterizzata da componenti quali il personale del SSN, le strutture sanitarie, le attrezzature (queste prime tre componenti definiscono l'assetto istituzionale-organizzativo del settore) e dal complesso dell'assistenza territoriale ed ospedaliera (che saranno oggetto di approfondimento nei successivi capitoli 3 e 4).

L'analisi degli aspetti istituzionale-organizzativi del settore sanitario in Campania è stata sviluppata con riferimento ad una serie di indicatori:

- un primo gruppo di indicatori riguarda la forza lavoro nel settore medico che opera nel sistema sanitario pubblico e privato. Tra questi è possibile individuare: il personale medico e infermieristico dipendente del SSN, e il "peso" dei medici di medicina generale, i pediatri "di libera scelta" e i medici "di continuità assistenziale";
- un secondo gruppo di indicatori riguarda la struttura delle ASL e delle AO con relativi posti letto, comparati anche alla capacità, sempre in termini di posti letto, del settore privato accreditato. Tra questi indicatori vi sono, dunque: il numero di ASL, la popolazione media di riferimento e la superficie media, il numero di AO e Presidi ASL e relativo numero medio di posti letto, il numero di posti letto nelle strutture private accreditate. Quest'ultimo indice descrive il grado di apertura del sistema sanitario rispetto al settore privato accreditato in ambito ospedaliero. Un ulteriore indicatore che pure ha un suo significato è il "numero di dimessi in acuzie per natura economica delle strutture";
- un terzo gruppo di indicatori riguarda l'aspetto, invece, delle attrezzature a disposizione del sistema per garantire le prestazioni sanitarie. In quest'ultimo ambito, tra i dati a disposizione vi è unicamente il tasso di apparecchiature tecnologicamente più avanzate, e cioè la TAC (Tomografia Assiale Computerizzata), la TRM (Tomografia a Risonanza Magnetica) e la PET (Tomografia a Emissione di Positroni). Questo terzo gruppo di indicatori è particolarmente rilevante in quei settori dove la qualità e tempestività della diagnostica risulta particolarmente determinante per garantire le prestazioni necessarie ai fini dei LEA.

Va fatta una nota di metodo, prima di presentare i primi dati di comparazione tra la realtà campana e quella del sistema Paese. L'analisi condotta attraverso gli indicatori, infatti, merita approfondimenti di natura qualitativa e articolazioni a livello subregionale per poter indirizzare efficacemente le scelte dei *policy makers*. Sarebbe necessario, in altri termini, disporre anche di dati più aggiornati, anche a livello subregionale, al fine di sviluppare analisi diagnostiche più dettagliate, anche in termini di opportunità.

2.1 Il personale del SSN

Per quanto riguarda il gruppo di indicatori che concerne il personale del SSN, le tabelle 6 e 7 che seguono mettono in evidenza alcuni aspetti strutturali del sistema.

Tabella 6 – Personale medico e infermieristico (tassi per 1000 residenti) in Campania anno 2008

	Campania <i>Valore assoluto</i>	Campania <i>tasso per 1000 residenti</i>	Italia <i>tasso per 1000 residenti</i>	Regione con il tasso più alto	Regione con il tasso più basso
personale medico ospedaliero 2008	9.385	1,61	1,66	2,12 Molise	1,45 Veneto
personale infermieristico del SSN,	18.835	3,24	4,14	5,21 Friuli Venezia Giulia	3,23 Sicilia

Fonte elaborazione NVVIP su dati: Ministero della Salute. Annuario statistico, 2012

I dati, anche se aggiornati al 2008, mostrano comunque alcune cose. Per il personale medico ospedaliero, si rileva come il tasso per 1000 residenti, presenti dei valori inferiori al dato medio Italia; ciò è particolarmente rilevante, in quanto nel passato tale valore è sempre stato superiore alla media italiana. Tale tasso, infatti, che nell’arco temporale 2001-2007 era cresciuto in misura superiore alle altre regioni italiane, ha registrato, nel 2008, un brusco arresto. Per quanto riguarda invece il personale infermieristico, invece, il tasso, che nell’ultimo decennio si è sempre presentato al di sotto del dato medio Italia, continua ad attestarsi su valori molto bassi.

Per quanto riguarda, invece, la parte di personale del SSN che rappresenta il fulcro dell’Assistenza Primaria, cioè i medici di medicina generale (MMG) e i pediatri di libera scelta (PLS), emerge invece come il numero di residenti per medico di medicina generale e per pediatra di libera scelta sia sempre superiore al dato medio Italia.

Tabella 7 – Medici di medicina generale (MMG), Pediatri di libera scelta (PLS) e in Campania, anno 2008-2009

	Campania <i>valore assoluto 2008</i>	Campania <i>valore assoluto 2009</i>	Campania <i>residenti per medico</i>	Italia <i>residenti per medico</i>
MMG	4.335	4.334	1.130 (2008)	1.114 (2008)
PLS	786	813	1.162	1.019
MCA	-	1.295	22 (2009) Per 100.000 abitanti	21 (2009) Per 100.000 abitanti

Fonte: elaborazione NVVIP su dati Annuario statistico del SSN 2012

In questi giorni si è reso disponibile il numero di MMG e di PLS relativo al 2009, in diminuzione il primo, quello relativo ai MMG, e in aumento il secondo, relativo ai PLS. Permane, per quel che riguarda i medici di continuità assistenziale, un dato inferiore al dato medio Italia, con riferimento ai residenti per medico.

2.2 Le strutture sanitarie

Nelle tabelle che seguono sono analizzate alcune componenti rilevanti ai fini dell'analisi delle strutture che caratterizzano l'offerta di assistenza sanitaria.

Nella tabella 8 si esaminano il numero di ASL, la popolazione servita e la superficie media in Campania rispetto al valore medio italiano, ma anche rispetto ai picchi e ai "deficit" regionali.

Tabella 8 – ASL, popolazione servita e superficie media in Campania anni 2002-2011

	Campania	variazioni %	Italia (media)	Valore più alto	Valore più basso
numero di ASL, 2011-2002	7	-46%	7,25	n.r.	n.r.
popolazione media per ASL, 2009-2002	830.423	89,33%	414.104	1.569.578 (Marche)	127.065 (Valle d'Aosta)
superficie media per ASL (km2) 2009-2002	1.941	85,55%	2.078	9.366 (Marche)	876 (Veneto)

Fonte: elaborazione NVVIP su dati Ministero della Salute 2012

Si osserva che il numero delle ASL si è ridotto di circa il 50% dal 2002 al 2011, riduzione che è avvenuta in termini più massicci rispetto alle altre regioni. Ciò ha comportato, com'è naturale, un aumento della popolazione media per ASL che in Campania è quasi il doppio rispetto al dato medio Italia. L'aumento della superficie media per ASL, anch'esso conseguente alla riduzione del numero di ASL, resta comunque in linea con il dato medio Italia. Occorrerebbe comunque riportare questo dato allo stato di salute della popolazione servita esaminata nel capitolo 1, elementi che contribuiscono alla qualità e efficacia del servizio di assistenza sanitaria.

Tabella 9 – Aziende Ospedaliere, Presidi ASL e numero di posti letto in Campania anni 2002-2007

	Campania	variazioni %	Italia (media)	Valore più alto	Valore più basso
numero di AO, 2007-2002	10	0	5,35	29 (Lombardia)	0 (Trentino)
n. medio posti letto	542	-8,12%	647	1.459	0 (Valle d'Aosta,

per AO, 2007-2002				(Veneto)	Trentino, Abruzzo e Molise)
numero di presidi ASL, 2007-2002	43	-20,37%	24,35	62 (Lazio)	1 (Valle d'Aosta)
n. medio di posti letto nei presidi ASL, 2007-2002	149	18,25%	190	420 (Emilia Romagna)	83 (Calabria)

Fonte: elaborazione NVVIP su dati Ministero della Salute 2010

Il numero di Aziende Ospedaliere è rimasto invariato e superiore al dato medio nazionale (seppure non ponderato con il dato relativo alla popolazione residente), mentre il numero di posti letto nelle AO si è ridotto, e comunque è significativamente inferiore al dato medio nazionale.

Anche il numero di presidi ASL si è ridotto, ma in misura più significativa, cioè di circa il 20%, anche se il numero medio di posti letti nei presidi è aumentato, pur attestandosi su un valore medio al di sotto del valore medio nazionale. Questi dati, però, andrebbero ponderati rispetto ai residenti.

Tabella 10 – Posti letto dei reparti ospedalieri – strutture di ricovero pubbliche e case di cura private accreditate, distribuzione per acuti/non acuti, anno 2009

	ACUTI			NON ACUTI		
	Pubblico	Accreditato	Totale	Pubblico	Accreditato	Totale
Campania	13.842	4.887	18.729	491	1.560	2.051
Lombardia	29.495	5.071	34.556	4.706	3.445	8.151

Fonte: elaborazione NVVIP su dati Ministero della Salute 2012

Nella tabella 10 sono riportati invece i posti letto nelle strutture di ricovero pubbliche e private. Dalle tabella emerge come il numero di posti letto per acuti³ nelle strutture pubbliche in Campania sia basso, mentre risulta particolarmente significativo il peso, per i pazienti non acuti, delle strutture private accreditate (ovviamente tale numero va rapportato alla popolazione residente). Il peso delle strutture private accreditate, che risulta superiore al dato medio italiano e che presenta un trend di decrescita inferiore rispetto ad esso. Ovviamente occorre guardare questi dati considerando anche l'età media della popolazione residente, che in Campania è notoriamente più bassa rispetto a quella di altre regioni italiane, e il quadro epidemiologico regionale, che sembrerebbe, da ultime indagini, differenziato territorialmente. La tendenza all'invecchiamento della popolazione è comunque una dinamica globale che ha anche dei riflessi sulla riorganizzazione del sistema sanitario in quanto rende necessarie strutture di *hospice* in luogo di strutture di

³ Acuti: sono escluse le discipline: 22 - Residuale manicomiale, 28 - Unita spinale, 56 - Recupero e riabilitazione funzionale, 60 - Lungodegenti, 75 - Neuroriabilitazione, 99 - Cure palliative/hospice. Non acuti: sono considerate le discipline: 22 - Residuale manicomiale, 28 - Unita spinale, 56 - Recupero e riabilitazione funzionale, 60 - Lungodegenti, 75 - Neuroriabilitazione, 99 - Cure palliative/hospice.

ricovero tradizionali, laddove si richiede un tipo di assistenza più tarato alla popolazione anziana e alla cronicità delle patologie.

La tabella che segue, invece, mette in relazione i valori assoluti presentati nella tabella 10 al valore per 1.000 abitanti; così è possibile effettuare una comparazione più diretta tra il numero di posti letto della Campania e il corrispondente valore medio Italia. Dalla lettura della tabella emerge come i posti letto per acuti nel settore pubblico siano più bassi rispetto al valore medio italiano rapportati al numero di abitanti, così come quelli per non acuti, che si concentrano prevalentemente, in Campania, nelle strutture accreditate.

Tabella 11 - Posti letto (per 1.000 abitanti) in reparti ospedalieri attivi a inizio anno in strutture di ricovero pubbliche, equiparate e case di cura private accreditate, anno 2009

	ACUTI			NON ACUTI		
	Pubblico	Accreditato	Totale	Pubblico	Accreditato	Totale
Campania	2,4	0,8	3,2	0,1	0,3	0,4
Italia	3,0	0,5	3,5	0,3	0,3	0,6

Fonte: elaborazione NVVIP su dati Ministero della Salute 2012

2.3 Le attrezzature

Per completare il quadro degli assetti istituzionali si prendono in considerazione anche i dati relativi tre apparecchiature “pesanti”: la TAC (Tomografia Assiale Computerizzata), la TRM (Tomografia a Risonanza Magnetica) e la ALI (Acceleratore Lineare). Se da un lato, tali tecnologie richiamano ingenti risorse economico-finanziarie, per gli utenti del sistema, invece, queste rappresentano un indicatore della capacità “tecnica” disponibile nell’ambito del sistema.

Tabella 12 – Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura (tassi per 1.000.000 di residenti), anno 2008

	Campania	dato al 2003	Italia (media)
TAC	49,4	32,8	29,8
TRM	18,4	9,5	19,4
ALI	4,6	n.d.	4,6

Fonte: elaborazione NVVIP su dati Ministero della Salute anno 2012

Dalla tabella emerge come il tasso di apparecchiature TAC sia superiore al dato medio Italia, mentre il tasso TRM resta inferiore al dato medio italiano, seppure con un trend in crescita. Occorrerebbe avere anche dati sull’utilizzo effettivo e sul livello tecnologico di tali apparecchiature, per avere un quadro più aderente alla realtà rispetto anche ai fabbisogni.

Nella tabella che segue si effettua una sintesi degli indicatori e del loro allineamento rispetto al dato medio Italia.

I simboli utilizzati si riferiscono unicamente alla dimensione quantitativa dell'indicatore.

Si usa il simbolo:

☺ per indicare che il valore è SUPERIORE, ma unicamente in termini quantitativi, rispetto al dato medio Italia

☹ per indicare che il valore è INFERIORE, ma unicamente in termini quantitativi, rispetto al dato medio Italia

☺ per indicare che il valore è IN LINEA, ma unicamente in termini quantitativi, rispetto al dato medio Italia

Tabella 13 – Sintesi sui principali indicatori quantitativi disponibili relativi all'assetto istituzionale organizzativo in Campania

personale medico e infermieristico dipendente del SSN	Personale medico ☹ Personale infermieristico ☹
Residenti per medici di medicina generale e per pediatri di libera scelta	☹
numero di ASL, la popolazione media di riferimento e la superficie	Numero e superficie di ASL ☺ Popolazione per ASL ☹☹
Posti letto nei reparti ospedalieri per acuti e non acuti per tipologia di struttura	Posti letto per abitanti molto inferiore al dato medio Italia ☹ Peso delle strutture accreditate soprattutto per i non acuti ☹
tasso di apparecchiature TAC, TRM, PET	TAC ☹ TRM ☹ ALI ☺

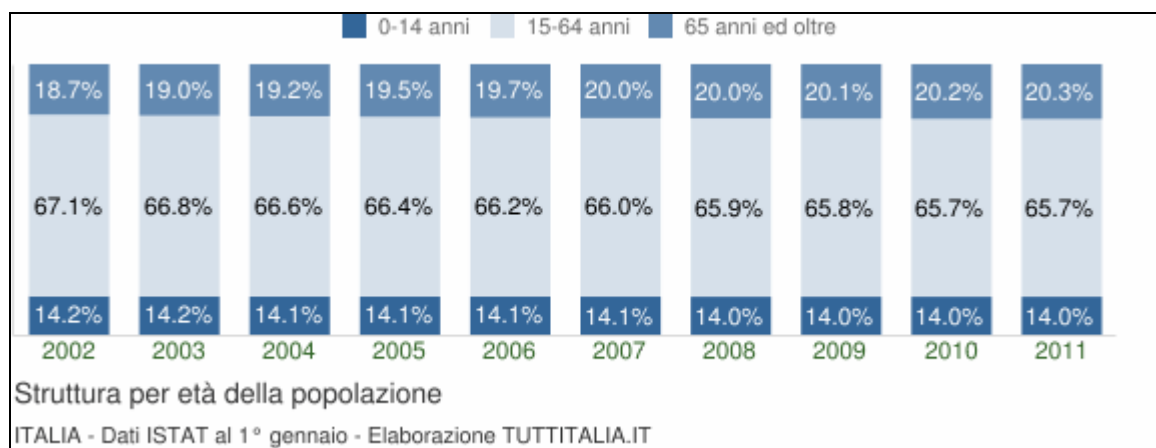
Fonte: elaborazione NVVIP

3 L'assistenza territoriale

3.1 La struttura demografica e l'assistenza agli anziani

Oggi, in Italia, le persone di età superiore agli 80 anni rappresentano il 6,1 % della popolazione; di questi, gli over 65 anni rappresentano oltre il 20% (nel 1951 costituivano l'8,2 % della popolazione italiana, e, nel 2050, saranno il 34,3 %). Il trend di invecchiamento della popolazione in Italia appare quindi evidente.

Grafico 6 – Popolazione per classi di età in Italia anni 2002-2011

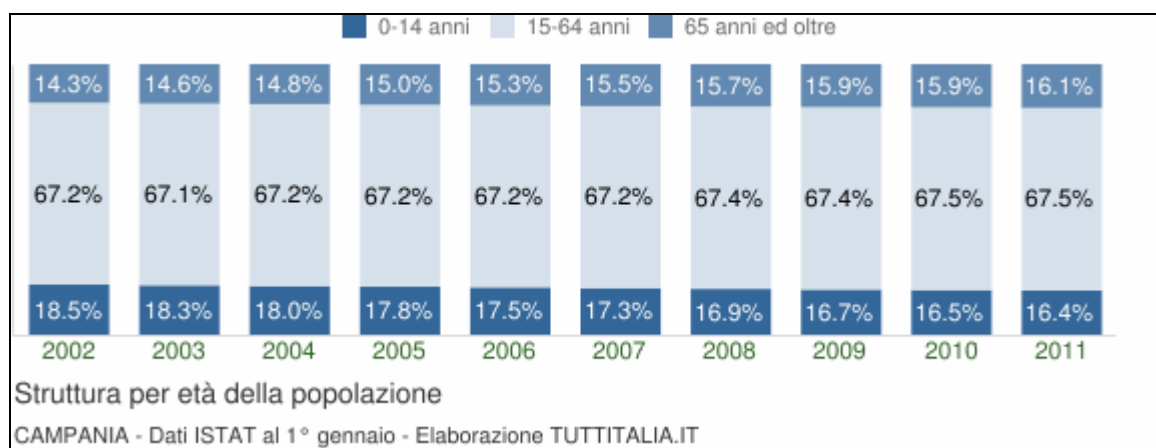


La Campania, rispetto alle altre regioni italiane, pur se si osserva un progressivo invecchiamento della popolazione nell'ultimo decennio, presenta un indice di vecchiaia⁴ del 98,7%, ancora inferiore al dato medio Italia, e un indice di dipendenza strutturale⁵ pari a circa il 48,1%. Mentre il primo indice indica che nel 2011, in Campania, ci sono 98,7 anziani ogni 100 giovani, il secondo mostra che ci sono 48,1 individui a carico ogni 100 che lavorano.

⁴ L'indice di vecchiaia rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione. È il rapporto percentuale tra il numero degli ultrassessantacinquenni ed il numero dei giovani fino ai 14 anni. Ad esempio, nel 2011 l'indice di vecchiaia per la Campania dice che ci sono 98,7 anziani ogni 100 giovani.

⁵ L'indice di dipendenza strutturale rappresenta il carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e 65 anni ed oltre) su quella attiva (15-64 anni).

Grafico 7 – Popolazione per classi di età in Campania anni 2002-2011



Un ulteriore dato rilevante, è quello che ci dice che sui 12,5 milioni di over 65 anni, 5,6 milioni vivono da soli. L'indagine Multiscopo 2004-2005 dell'Istat "Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari", ha rilevato che il 18,5% degli ultra 65enni (cioè 2,1 milioni di persone) riporta una condizione di totale mancanza di autosufficienza per almeno una delle funzioni essenziali della vita quotidiana. Da dati ISTAT e del Ministero del Lavoro e delle politiche sociali risulta che, nel 2010 erano 4,1 milioni le persone che hanno una disabilità per effetto dell'invecchiamento e delle patologie cronico degenerative. Si stima che, queste ultime, nel 2020 saranno 4,8 milioni di persone e, nel 2040, saranno 6,7 milioni di persone.

Secondo il Rapporto "Stato di salute e prestazioni sanitarie nella popolazione anziana" realizzato dal Ministero della Salute, la popolazione italiana di età superiore a 65 anni determina il 37,0% dei ricoveri ospedalieri ordinari, il 49,0% delle giornate di degenza (cfr. sito "Epicentro a cura del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute").

La spesa pubblica per l'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia nel 2010 rappresentava l'1,5% del PIL, di questa lo 0,24% è rappresentato dai Servizi a domicilio, lo 0,66% da Indennità di accompagnamento, lo 0,40% dalle Strutture residenziali. Sono 6.715 le strutture assistenziali per anziani in Italia, pubbliche e private (fonte Istat e Ragioneria generale dello Stato).

La recente bozza di Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 conferma la persistenza, nel servizio sanitario italiano, di alcune criticità quali un elevato grado di inappropriatazza dei ricoveri ospedalieri e degli accessi in Pronto Soccorso dovuta all'organizzazione, ancora spesso insufficiente, del sistema delle cure primarie, dei servizi territoriali e di cui l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) rappresenta una delle principali modalità assistenziali.

A livello nazionale, nel corso del 2009, sono stati assistiti al proprio domicilio 533.461 pazienti. Il numero di pazienti trattati in ADI è in continua crescita, attestandosi nel 2009 ad un valore pari a 886 casi per 100.000 abitanti con un incremento del 6,2% rispetto al 2008 (l'incremento rispetto al 2007 era stato del 4,4%).

Permane, anche dal confronto con gli anni precedenti, una notevole variabilità dell'indicatore legata alla disomogeneità regionale: si va, infatti, da un tasso minimo di 130 ADI (per 100.000) della PA di Bolzano ad un valore massimo di 2.064 ADI (per 100.000)

dell'Emilia-Romagna che supera per la prima volta il Friuli Venezia Giulia (2.034 pazienti trattati in ADI).

L'assistenza territoriale, pur svolgendosi in ambito extra-ospedaliero presenta una stretta connessione con esso. I target più significativi di tale tipo di assistenza sono il paziente fragile e/o non autosufficiente e il paziente cronico.

Per questi tipi di pazienti risulta fondamentale l'orientamento alla loro assistenza, nell'ambito di un sistema che risulta ancora molto frammentato in "saperi" specialistici. Il carico di questi target sul sistema sanitario è molto forte; basti pensare che il tasso di morte (per 100.000 persone) per malattia cronica in Europa (EU 27) è stato, nel 2009, del 116,2% (dati Eurostat); queste circostanze, come naturale, implicano gravi conseguenze sull'incremento della spesa sanitaria. In ambito sanitario, dunque, il carico proveniente da pazienti con patologie derivanti dall'invecchiamento progressivo, dunque, è sempre più rilevante.

Gli indicatori presi in considerazione per descrivere questo aspetto sono relativi ai due tipi di target:

- target paziente fragile e/o non autosufficiente: viene considerato l'indicatore Assistenza Domiciliare Integrata, posti letto residenziali per *long term care*, ospiti nei presidi residenziali per *long term care*;
- target paziente cronico: ospedalizzazioni potenzialmente evitabili per complicanze dovute al diabete mellito, alla bronco pneumopatia cronico-ostruttiva, all'insufficienza cardiaca senza procedure cardiache.

Il primo indicatore del primo target individuato è relativo al servizio di assistenza domiciliare integrata, cioè quel sistema di cure indirizzato a pazienti fragili non autosufficienti che consente la permanenza presso il proprio domicilio. In questo caso l'assistenza primaria è erogata non soltanto dal Medico di medicina generale, ma, attraverso un percorso pianificato da un'azione congiunta tra territorio e ospedale; da un lato, l'ASL fornisce infermieri, altri professionisti sanitari per l'assistenza a domicilio e i medici specialisti e, dall'altro, i Comuni (generalmente in outsourcing) garantiscono le prestazioni di cura non specialistiche (pulizia domestica, assistenza in generale etc.).

L'incremento dell'ADI comporta, quindi, una riduzione dei tassi di ospedalizzazione e quindi una riduzione della spesa sanitaria. Un'analisi temporale del tasso di ospedalizzazione conferma la tendenza alla riduzione del ricovero ospedaliero ed un corrispettivo aumento del numero di pazienti assistibili in ADI. Per esempio, a Bolzano si è passati da un numero di 74 assistibili ADI (per 100.000) nel 2006, a 130 assistibili in ADI (per 100.000) nel 2009, con un tasso standardizzato di ospedalizzazione di 204,7 (per 1.000) nel 2006 e di 190,4 (per 1.000) nel 2009. Per l'Emilia-Romagna, invece, il tasso di ADI è passato da 1.405 assistibili (per 100.000) nel 2006 a 2.064 assistibili (per 100.000) nel 2009, con un tasso standardizzato di ospedalizzazione passato da 171,2 (per 1.000) nel 2006 a 163,6 (per 1.000) nel 2009.

La tabella che segue mette in evidenza l'evoluzione dei tassi di ospedalizzazione comparata ai tassi di assistibili trattati in ADI in Campania rispetto al valore medio italiano, dal 2006 al 2009.

Tabella 4 - Numero di assistibili (per 100.000) trattati in ADI e tasso standardizzato (per 1.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, per regione - Anni 2006-2009

	Assistibili trattati in ADI (2006)	Assistibili trattati in ADI (2009)	Tassi di ospedalizzazione (2006)	Tassi di ospedalizzazione (2009)
Campania	204	386	238,9	220,9
Italia	703	886	203,6	179,4

Fonte: Ministero della Salute, Direzione Generale del Sistema Informativo, Ufficio di Direzione Statistica 2011

L'evoluzione del numero di assistibili in ADI è inversamente proporzionale al tasso di dimissioni ospedaliere. In Campania il numero di assistibili in ADI dal 2006 al 2009 è passato da 204 a 386 (dati per 100.000), mentre il tasso di ospedalizzazione si è ridotto dal 238,9 a 220,9 nel giro di tre anni. Il numero di assistibili in ADI è di molto inferiore al dato medio italiano, mentre i tassi di ospedalizzazione risultano superiori al valore medio in Italia. Ciò vuol dire che i pazienti anziani presumibilmente ricorrono al ricovero ospedaliero perché forse peggio assistiti al loro domicilio.

Tale disomogeneità emerge anche accorpendo i dati per macro-aree: si passa, infatti, da un valore di 1.170 ADI (per 100.000) nelle regioni settentrionali, ad un valore di 920 e 493 ADI (per 100.000), rispettivamente, nel Centro e nel Sud. Tali valori sono di poco aumentati rispetto all'anno precedente (Centro 915 e Sud 451 ADI per 100.000).

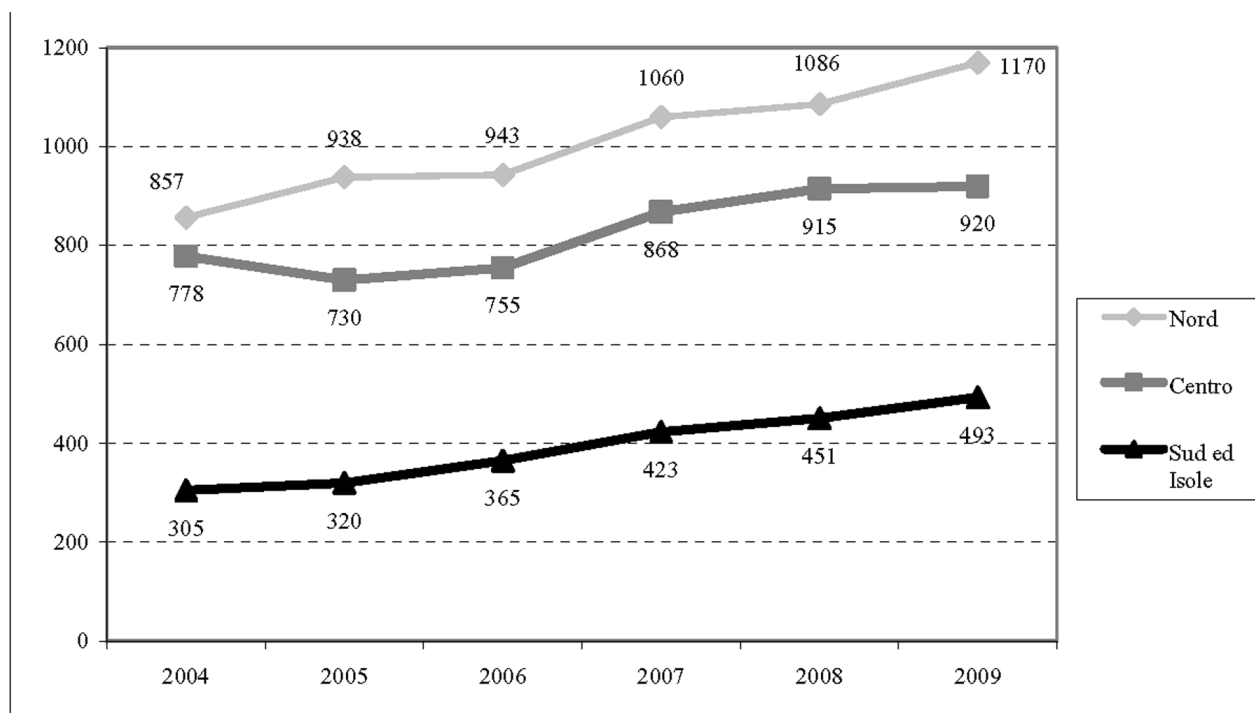
Globalmente, la percentuale di ADI erogata a soggetti anziani è stata pari al 4,1% del totale, valore in crescita rispetto al 2008 ed in lieve diminuzione rispetto ai dati del 2005 e 2006 (84,2% e 84,8%, rispettivamente).

A livello regionale, la PA di Bolzano presenta il valore più basso (55,4%) di anziani assistiti in ADI, mentre la Liguria e l'Emilia Romagna registrano i valori più elevati (rispettivamente, il 91,7% e il 90,6%).

Una notevole variabilità è presente nel numero di anziani trattati in ADI riferito alla stessa popolazione anziana residente: si passa, infatti, da 4 casi (per 1.000) di età >65 anni in Valle d'Aosta a 87,3 casi (per 1.000) in Emilia-Romagna.

Il dato nazionale, pari a 38,9 casi (per 1.000), è in aumento rispetto al 2007 ed al 2008 (rispettivamente, 34,3 e 33,6 casi per 1.000).

Grafico 8 – Tassi di assistibili (per 10.000) trattati in ADI per macro-area (anni 2004-2009)



Fonte: Ministero della Salute, Direzione Generale del Sistema Informativo, Ufficio di Direzione Statistica 2011

Permane una marcata differenza fra le regioni del Nord e del Centro rispetto alle regioni del Sud, in relazione al numero di ADI destinato a pazienti terminali (rispettivamente, 89,6%, 86,5% e 61,0%).

3.2 Il piano di azione degli obiettivi di servizio

La rilevanza del tema dei servizi di cura agli anziani è stata già assunta nel corso della programmazione 2007-2013, nell'ambito del Piano di azione degli obiettivi di servizio, in cui il target individuato era quello degli over 65 anni.

Il Quadro Strategico Nazionale per le politiche regionali 2007-2013, approvato dal Cipe nel dicembre 2006, mostrava come le politiche attuate nel ciclo 2000-2006 avessero registrato persistenti difficoltà a offrire servizi collettivi in ambiti essenziali per la qualità della vita dei cittadini e per la convenienza e investire delle imprese. Le politiche di sviluppo 2007-2013, perciò, hanno attribuito un ruolo importante nella produzione e promozione di servizi ai cittadini, dall'istruzione, al servizio idrico integrato, dalla gestione dei rifiuti, alla conciliazione e sollievo dal carico di cura di anziani e bambini.

Tabella 5 – Assistenza domiciliare integrata agli over 65 in Campania

	Campania	Italia (media)
Anziani trattati in assistenza domiciliare integrata (ADI) rispetto al totale della popolazione anziana (65 anni e oltre) (%)	1,6 (2007)	3,2 (2007)
	2,1 (2010)	4,1 (2010)
Numero di casi trattati	14.674 (2007)	19.263 (2007)
	19.657 (2009)	25.123 (2009)
Incidenza percentuale del costo dell'ADI sul totale della spesa sanitaria regionale (%)	0,4 (2007)	1,2 (2007)
	0,5 (2009)	1,2 (2009)

Fonte: Banca dati DPS ultimo aggiornamento 2012 – Obiettivi di servizio

Dai dati, relativi, naturalmente riferiti al target degli ultrasessantacinquenni, emerge come la Campania ha un tasso di anziani trattati in ADI nettamente inferiore al valore medio Italia, anche se questo dato è in crescita (grazie presumibilmente all'attenzione che è stata posta su questo tema nell'ambito delle politiche di sviluppo).

Il sistema degli obiettivi di servizio partiva da una baseline del 1,4 % in Campania e prospettava un'evoluzione, come si evince dalla tabella che segue, dove viene specificato che il target 2013 avrebbe dovuto attestarsi al 3,5%.

Tabella 6 – Indicatore S.06 Presa in carico degli anziani per il servizio di ADI (Percentuale di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata rispetto al totale della popolazione anziana)

Regione/Macro-ripartizione	Baseline (valore 2005)	Valore attuale (valore 2010)	Miglioramento Si/No*	Target 2013**	% distanza colmata rispetto al target***	Variazione % tra ultimo valore e baseline
Abruzzo	1,8	4,9	Si	3,5	100%	172%
Molise	6,1	3,3	No	3,5	-	-46%
Campania	1,4	2,1	Si	3,5	33%	50%
Puglia	2,0	1,8	No	3,5	-	-10%
Basilicata	3,9	5,0	Si	3,5	100%	28%
Calabria	1,6	2,8	Si	3,5	63%	75%
Sicilia	0,8	1,5	Si	3,5	26%	88%
Sardegna	1,1	2,5	Si	3,5	58%	127%
Mezzogiorno	1,6	2,3	Si	3,5	37%	44%
Centro-Nord	3,5	4,9	Si			40%
Italia	2,9	4,1	Si			41%

Note:

* L'indicatore si avvicina al *target* quando il suo valore aumenta nel tempo.

** Inoltre l'incidenza della spesa per il servizio sul totale regionale deve essere pari a quella attuale.

*** La percentuale di distanza colmata rispetto al *target* è calcolata come distanza coperta tra il valore di partenza e il target al 2013. Per le regioni il cui valore di partenza risulta già superiore o prossimo al *target*, lo sforzo richiesto alla politica regionale è di stabilizzazione del livello del servizio.

Fonte: Banca dati DPS ultimo aggiornamento 2012 – Obiettivi di servizio

Le performance interne alla regione, relative alle singole ASL, come mostra la tabella che segue, sono molto diversificate.

Tabella 7 – Evoluzione dell'indicatore S.06 per ASL dal 2006 al 2010

ASL	2006	2007	2008	2009	2010
AVELLINO	2,38	2,62	2,80	2,80	2,3
BENEVENTO	1,20	1,41	1,79	2,10	2,5
CASERTA	1,75	1,73	2,24	1,80	1,8
NAPOLI 1 CENTRO	0,03	0,59	0,58	0,70	0,9
NAPOLI 2 NORD	0,97	1,98	1,19	1,10	3,2
NAPOLI 3 SUD	1,46	1,23	1,6	1,9	1,5
SALERNO	1,03	2,26	2,9	3	3
Campania	1,6	1,63	1,86	1,9	2,1

Fonte: RAOS 2011

Le performance migliori in Campania sono state, dal 2006 al 2009, quelle delle ASL di Napoli Nord e di Salerno, mentre ancora passi importanti da fare ci sono nelle ASL Napoli 1 Centro e Napoli Sud.

Attraverso il Piano di azione degli obiettivi di servizio, sono stati realizzati diversi interventi, riportati nella tabella che segue.

Tabella 8 – Le azioni finanziate

descrizione	fonte finanziaria	importo	indicatore	stato attuazione
aumento dei servizi di ADI nelle ASL	Fondi a destinazione vincolata del SSN	11.050.538	3768 nuove persone beneficiarie	In corso
copertura di spesa sociale per la prestazione ADI	FNA	61.051.573 di cui circa 17 milioni già erogati	nq	In corso
erogazione di voucher per assunzione assistenti familiari e assegni di cura alle famiglie (in ambito di un progetto ADI)	FNA 2011 FNPF (fondo nazionale politiche per la famiglia) (care giver) FNPS Risorse regionali	9.070.000 3.840.000 1.800.000 8.200.000	Destinati a malati di SLA 400 beneficiari	In corso
accrescere le competenze dei lavoratori	Fondo sanitario regionale	170.000	600 operatori formati e/o aggiornati	In corso
accrescere le competenze degli addetti ai lavori	FNA Progetto SINA Campania	92.500	1000 operatori formati e/o aggiornati	In corso
sistema di aiuti alle imprese sociali che offrono ADI	FESR 6.3	10.000.000 euro	n. imprese	programmato
sistema informativo socio-sanitario per integrazione dei sistemi di monitoraggio sociali e sanitari	Fondo regionale sanitario FESR 6.3 FSE OB G FNA 2010 Progetto SINA Campania	170.000 erogati+150.000 programmati 1.500.000 1.000.000 867.500		In corso

PUA Interventi di regolamentazione Cartella sociale informatizzata (PC portatili agli assistenti sociali)				
---	--	--	--	--

Fonte: elaborazione NVVIP su dati AGC 18 e AGC 20 - Responsabile del Coordinamento regionale del Piano di azione

Le fonti di finanziamento di tali azioni sono state: il Fondo nazionale per le politiche sociali, il Fondo nazionale per la non autosufficienza, i Fondi CIPE destinati alla Sanità, il FESR 2007-13 obiettivo operativo 6.3 Città solidali e scuole aperte e il FSE 2007-2013 Asse inclusione sociale, obiettivo specifico G, il Fondo sociale regionale ex legge 11/2007, fondi comunali e le compartecipazioni degli utenti. Una buona parte delle azioni si sono svolte attraverso il finanziamento diretto agli ambiti nel quadro del Piano sociale regionale 2009-2011 (PSR). Nell'ambito delle due annualità del PSR è stata programmata una spesa annua nell'area anziani pari a 340 M€, di cui circa 80 M€ destinati ai servizi domiciliari. Altre azioni, invece, sono gestite direttamente dalla Regione attraverso procedure di evidenza pubblica.

Mentre risulta risolto il problema della coincidenza ambiti-distretti permangono alcune criticità, in merito soprattutto all'integrazione tra sistemi di monitoraggio. Ad oggi viene ancora segnalata la mancanza di un sistema informativo integrato per la lettura del numero di anziani in ADI assistiti congiuntamente da Comuni e da ASL.

Se si leggono i dati del SINA (sistema informativo non autosufficienti) nel 2011, abbiamo 2611 anziani assistiti in domiciliare, se si guarda il LEASOCIOSAN ci sono solo 579 assistiti in ADI e degli anziani assistiti in ADI solo 545 sono stati valutati in UVI.

Permangono anche i problemi finanziari della Regione e dei Comuni; in particolare, hanno pesato i tagli operati dal governo sui fondi nazionali (in particolare FNPS e FNA), nonché il taglio operato dal FSE obiettivo operativo G e la diversa allocazione delle risorse FESR 6.3.

Nel nuovo piano sociale regionale, in corso di stesura, è prevista una strategia regionale in materia di servizi per gli anziani, a partire alla L.R. 11/2007, che privilegia interventi tesi a tutelare la domiciliarità e la vita di relazione nella comunità locale dell'anziano assistito.

3.3 Le politiche per gli anziani tra il vecchio e il nuovo piano sociale regionale

Tra le azioni già attuate col primo piano sociale regionale 2009-2011 (d'ora in poi PSR), vi è la riqualificazione di strutture di accoglienza sociale e socio-sanitarie per anziani e disabili, finanziate con Fondi dell'obiettivo operativo 6.3 del POR Campania FESR 2007/2013.

Per il futuro sono previste la realizzazione e/o qualificazione di strutture di accoglienza rivolte ad anziani (ma anche a disabili, non autosufficienti, donne sole con figli, donne vittime di tratta, ecc.) con risorse previste € 25.000.000 a valere sul POR FESR 2007/2013 e € 5.000.000 a valere sui Fondi regionali.

Dall'analisi dei dati forniti dal Sistema informativo regionale, risulta che gran parte delle risorse dell'area anziani (circa il 70%) programmate nella seconda annualità del PSR 2009-2011, sono state impiegate per garantire servizi domiciliari sociali e sociosanitari.

Risulta, inoltre, che hanno fruito dei servizi SAD e ADI, una percentuale piuttosto ridotta di utenti ovvero, rispettivamente il 17,22% ed il 12,42% del totale degli utenti previsti nella programmazione dell'area anziani. Tale dato mette in evidenza quanto sia ancora troppo forte il divario tra domanda ed offerta dei servizi domiciliari, lasciando intravedere tra le possibili cause anche l'esiguità delle risorse finanziarie. D'altro canto, però, dal conto delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali risulterebbero più di 55M € di residui "non rendicontati" dagli Ambiti, di cui oltre 20M € soltanto nel Comune di Napoli.

L'altro obiettivo strategico perseguito nel Piano è il consolidamento di un'offerta differenziata di servizi/interventi a supporto degli anziani e delle loro famiglie: un'infrastrutturazione minima dei servizi di assistenza domiciliare, dei Centri Sociali Polifunzionali e delle strutture residenziali, la promozione di interventi di inclusione sociale che, pur esulando dai livelli essenziali e che al pari di altri interventi hanno la funzione di valorizzare l'esperienza e l'apporto degli anziani alla costruzione di reti di solidarietà sociale, per riconoscere loro il diritto di cittadinanza attiva, anche con il coinvolgimento delle associazioni di tutela e di volontariato.

Con il primo piano sociale regionale sono stati realizzati i seguenti interventi:

- è stata realizzata una rete essenziale di strutture socioassistenziali per persone anziane per gli anziani impossibilitati ad essere assistiti adeguatamente a domicilio;
- è stato avviato il percorso di regolamentazione dei servizi socio-assistenziali, caratterizzato dall'introduzione di standard strutturali, organizzativi e funzionali di diverse tipologie di strutture residenziali e semi-residenziali;
- è stata istituita l'Anagrafe Regionale dei Servizi consultabile sul portale regionale e aggiornabile in tempi reali.

La normativa di riferimento, ha subito, nel periodo di vigenza del Piano Sociale Regionale, una notevole evoluzione. Con l'approvazione della L.R. 11/ 2007 "Legge per la dignità e la cittadinanza sociale", è stato avviato un percorso di ridefinizione più organica di tutta la materia, per redigere uno nuovo regolamento che definisce le procedure, le condizioni, i requisiti soggettivi e strutturali, i criteri di qualità per l'autorizzazione, l'accreditamento e la vigilanza delle strutture e dei soggetti che provvedono alla gestione e all'offerta del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali.

Tale regolamento ha introdotto:

- il meccanismo della DIA per favorire il processo di liberalizzazione e semplificazione del procedimento amministrativo;
- il meccanismo dell'accreditamento, secondo il quale, si concede l'accreditamento a tutti i soggetti che in possesso dei requisiti strutturali, organizzativi e funzionali indicati negli allegati tecnici del regolamento, ne fanno richiesta e che gestiscono servizi presenti nella programmazione sociale regionale;
- una nuova tipologia di struttura, denominata Comunità tutelare per persone non autosufficienti, che offre ospitalità a persone adulte non autosufficienti e/o parzialmente non autosufficienti, che non necessitano di prestazioni sanitarie complesse, ma che richiedono un alto grado di assistenza tutelare con interventi

prevalentemente di tipo socio-assistenziale che facilitano il recupero dell'autonomia psicofisica. Questa nuova tipologia di struttura risponde al bisogno di introdurre sul territorio campano strutture residenziali intermedie "socio-sanitarie" capaci di garantire un livello alto di assistenza tutelare ed un livello basso di assistenza sanitaria.

Con l'approvazione della Legge regionale n. 15 del 6 luglio 2012 "Misure per la semplificazione, il potenziamento e la modernizzazione del sistema integrato del welfare regionale e dei servizi per la non autosufficienza" si è stabilito che a tale tipologia di struttura, originariamente destinata solo alle persone adulte non autosufficienti e/o parzialmente non autosufficienti, possono accedere, anche le persone anziane ultrasessantacinquenni. In questo modo, è stato possibile garantire anche alle persone anziane l'accoglienza in strutture intermedie, ovvero in strutture che essendo più vicine alla soglia dell'autonomia, favoriscono la permanenza delle persone anziane nel tessuto sociale d'origine.

“La necessità di introdurre strutture residenziali intermedie nasce dalla consapevolezza della carenza sul territorio campano di strutture ad elevata intensità assistenziale, capaci, cioè, di ridurre la frequenza e la durata dei tempi di permanenza delle persone anziane nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie ad elevata intensità sanitaria, con una conseguenziale riduzione della spesa sanitaria, un maggiore investimento delle risorse negli obiettivi di potenziamento della presa in carico domiciliare semi-residenziale e territoriale ed un miglioramento complessivo della qualità della vita delle persone anziane per le quali aumenta il tempo di permanenza presso la struttura anche nelle fasi di deterioramento tipiche del processo di invecchiamento.

Naturalmente, non mancano, alcune criticità, come la disomogeneità quali-quantitativa dell'offerta di strutture sul territorio, le difficoltà da parte degli Enti gestori a provvedere ai necessari adeguamenti strutturali, organizzativi e funzionali, il ritardo da parte dei Comuni nell'assolvere a quelle funzioni di vigilanza e controllo sulle strutture, ma anche di accompagnamento agli enti gestori, conferite loro dalla normativa vigente.

Per quanto attiene alle risorse dell'area anziani programmate nella seconda annualità operativa del PSR, risulta che gran parte di esse, ovvero il 70% circa, sono state orientate verso il raggiungimento dell'obiettivo di servizio ADI, mentre il restante 30%, è stato per metà destinato ai servizi residenziali (Case Albergo, Centri Sociali Polifunzionali e Comunità Alloggio), e, per l'altra metà ai servizi l'invecchiamento attivo, come i centri sociali polifunzionali, i soggiorni climatici, i servizi per l'integrazione sociale, i servizi di vigilanza scolastica, i servizi di trasporto sociale, i contributi per la partecipazione ad attività socio-culturali e di socializzazione” (dalla proposta di Piano Sociale Regionale 2013-2015).

Se per gli anziani fragili o malati sono previsti dei percorsi di assistenza adeguati, sono ugualmente previsti nel Piano interventi per gli anziani attivi (ad es. nonno civico).

Gli interventi previsti dal Piano per gli anziani non autosufficienti sono i seguenti:

- incontri con i familiari sviluppando gruppi di sostegno, anche attraverso attività di formazione, promozione della formazione e l'aggiornamento dei familiari o altri *care giver* informali impegnati nell'assistenza o in attività di cura e sostegno rivolte all'anziano;
- promozione e diffusione di strutture a bassa intensità assistenziale sanitaria;

- riqualificazione dell'attuale rete delle strutture residenziali per anziani attraverso il superamento delle criticità dell'attuale sistema di offerta residenziale;
- offerta di sistemi tecnologici, tra i quali il telesoccorso e la teleassistenza, in grado di collegare la persona anziana a centri di pronto intervento e di agevolarne la vita quotidiana;
- promozione della partecipazione degli ospiti di strutture e servizi della rete ad attività culturali presenti sul territorio (trasporti, accessibilità, necessità di maggiore presenza di personale e di collaborazione con associazioni di volontariato).

È evidente che le politiche sociali per gli anziani non autosufficienti devono sempre più raccordarsi con le politiche in materia sanitaria, al fine di alleggerire il carico ospedaliero con ricoveri inappropriati e di raggiungere dei target di servizio di assistenza domiciliare sia in termini quantitativi sia in termini di qualità del servizio erogato e, quindi, in termini di qualità della vita degli anziani non autosufficienti e delle loro famiglie.

4 L'assistenza ospedaliera

Il sistema ospedaliero rappresenta una parte importante dell'assistenza sanitaria. Il Patto per la Salute 2010-12, sancito nel 2009 dalla Conferenza Stato Regioni, prevede una serie di interventi che impattano sull'offerta per il contenimento della spesa sanitaria:

- una riduzione del finanziamento per l'assistenza ospedaliera al 44% del finanziamento complessivo del SSN;
- la fissazione di alcuni standard per prestazioni di riferimento.

Questi standard sono fissati come segue:

- posti letto ospedalieri accreditati per 1.000 abitanti effettivamente a carico del SSR, di cui lo 0,7% di posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie (tale parametro può aumentare del 5% sulla base del peso della popolazione con oltre 75 anni);
- tasso di ospedalizzazione (TD) pari a 180 ricoveri per 1.000 abitanti, di cui il 20% in regime diurno (cioè TD pari a 36 ricoveri per 1.000 abitanti).

Tali parametri rientrano in una strategia complessiva di trasferimento dei ricoveri diurni al regime ambulatoriale e lo spostamento dei pazienti anziani, fragili o cronici verso l'assistenza residenziale e domiciliare da situazioni di ricovero inappropriato.

Il Patto per la salute intende anche monitorare, a fronte dell'individuazione di tali parametri, l'efficienza, l'efficacia, l'appropriatezza organizzativa e la sicurezza del sistema ospedaliero nelle Regioni. Per far ciò è stato introdotto un sistema di monitoraggio che prevede la rilevazione periodica di un set di indicatori.

4.1 Domanda soddisfatta dalla rete ospedaliera

Per analizzare la domanda soddisfatta dalla rete ospedaliera, si utilizzano indicatori quali il tasso di ospedalizzazione complessivo e per categoria (per età, per tipologia di attività erogata, etc.).

Il tasso di ospedalizzazione fornisce una misura di propensione al ricovero ospedaliero della popolazione e si calcola come rapporto fra le dimissioni ospedaliere relative a soggetti residenti in una data regione e la popolazione ivi residente. Può essere articolato per le diverse modalità di ricovero, Ricovero Ordinario (RO), diurno, comprensivo del Day Hospital (DH) medico e chirurgico, o Day Surgery (DS).

L'analisi temporale presenta una costante diminuzione dal 2001 al 2009 sia nella modalità di ricovero diurno che ordinario.

In Campania il tasso presenta un valore pari a 220,9 per mille a fronte di un dato medio nazionale del 179,4, per il ricovero ordinario il 144,9 a fronte di un valore medio nazionale del 126,4 e di ricovero diurno pari al 76,0 a fronte di un dato medio nazionale del 53 (dati Ministero della Salute. SDO, anno 2011). Ciò vuol dire che in Campania la propensione al ricovero è superiore che nelle altre regioni, anche se occorre precisare che l'indicatore

misura la domanda di ospedalizzazione “soddisfatta” dalla rete ospedaliera presente sul territorio, senza distinguere le prestazioni appropriate da quelle inappropriate.

L'inappropriatezza ospedaliera non deve essere unicamente associata all'idea di malfunzionamento organizzativo degli ospedali, ma può anche essere dovuta ad una cattiva gestione della cronicità da parte dei servizi sanitari territoriali e ad una talvolta inefficiente attività di prevenzione in grado di limitare il ricorso alle cure ospedaliere.

Altri due indicatori significativi sono il tasso di dimissioni ospedaliere in regime di ricovero ordinario per acuti e il tasso di dimissioni ospedaliere in regime di ricovero ordinario per riabilitazione. Il primo tasso (standardizzato, per mille) in Campania presentava un valore medio di 140,7 nel 2009 a fronte di un dato medio nazionale di 119,8: ciò vuol dire che in Campania ci sono più ricoveri per acuti rispetto al valore medio nazionale. Se si esamina il tasso per classi di età si può osservare come tale divario cresca al crescere dell'età della popolazione fino ad assumere valori molto significativi per la popolazione over 65 anni.

Il secondo tasso, cioè quello per riabilitazione, invece, presenta in Campania un valore standardizzato del 2,5 per mille a fronte di un dato medio italiano del 4,2 per mille (dati Ministero della Salute. SDO - Istat. Health For All-Italia, anno 2011).

Ciò può significare una mancata appropriatezza del ricovero per cui ci si rivolge, presumibilmente da attribuire alla diversa progettazione sia delle reti ospedaliere che dei servizi territoriali, anche in termini di dotazione delle strutture specialistiche per l'assistenza riabilitativa.

4.2 Efficienza delle strutture

Per analizzare l'efficienza produttiva delle strutture di ricovero e cura, si fa riferimento alla degenza media e alla degenza media preoperatoria.

La degenza media, ovvero la durata media della degenza ospedaliera espressa in giorni, è un indicatore sintetico di efficienza ospedaliera, calcolabile per i ricoveri effettuati in regime di Ricovero Ordinario (RO). Questo indicatore, oltre a fornire una misura dell'efficienza operativa ed organizzativa ospedaliera, è fortemente influenzato dalla complessità di tipo sanitario-assistenziale dei casi trattati.

La degenza media, nel 2009, si assesta a livello nazionale a 6,7 giorni. Un'analisi temporale della degenza media evidenzia che, nel periodo 2002-2009, essa è rimasta sostanzialmente stabile con un lieve decremento nell'ultimo anno rilevato; considerando la degenza media standardizzata per case mix varia tra il valore minimo di 6,2 della Campania e dell'Umbria al valore massimo di 7,7 della Valle d'Aosta e del Veneto e fronte di un dato medio italiano del 6,7 per mille nel 2009. Quindi, relativamente alla degenza media, il valore della Campania era inferiore a quello medio nazionale nel 2009.

Se invece si va ad esaminare la degenza media preoperatoria, allora la Campania si colloca con un indicatore pari a 2,44 giorni in media a fronte di un dato nazionale del 1,8 giorni in media (dati relativi al 2009, Ministero della Salute anno 2011). In questo caso, dunque, a differenza del precedente, il valore campano è superiore al dato medio nazionale.

In altri termini ciò vuol dire che su 1000 casi nel 2009, in Campania la degenza media presenta un dato inferiore rispetto alle altre regioni, mentre la degenza media preoperatoria presenta un dato superiore al valore medio italiano, segno che vi sono margini di miglioramento nell'efficienza organizzativa e di appropriato utilizzo dei servizi

diagnostici e dei reparti di degenza chirurgici e nella definizione di specifici percorsi diagnostici e clinico-assistenziali.

Un terzo indicatore rappresentativo dell'efficienza delle strutture è rappresentato dal tempo di attesa per intervento per frattura di femore; è noto che lunghe attese per l'intervento corrispondono un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, un aumento delle complicanze legate all'intervento ed una minore efficacia della fase riabilitativa.

Se si considera la percentuale di pazienti operati entro 2 giorni per frattura del collo del femore per regione, nell'anno 2009 il dato campano era del 15,8% a fronte di un valore medio nazionale del 33,6% (fonte Ministero della Salute. SDO. Anno 2011). Le possibili cause del ritardo possono essere sia cliniche, legate cioè alle condizioni del paziente, mentre quelle organizzative sono spesso legate alla disponibilità di sale operatorie e di sedute da dedicare agli interventi urgenti durante tutto l'arco della settimana, all'efficienza della fase di valutazione diagnostica ed alla conseguente tempestiva gestione del caso.

4.3 *Appropriatezza clinica*

Per analizzare l'appropriatezza clinica e organizzativa, si fa riferimento al tasso di dimissioni ospedaliere per i DRG⁶ medici a rischio di inappropriata. Il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per DRG medici a rischio di inappropriata nell'anno 2009 è stato in Campania del 67,3% a fronte di un dato medio nazionale del 39,5% (Fonte: Ministero della Salute. SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2011). È da sottolineare come tale indicatore è stato il più elevato in tutta Italia. Ciò dovrebbe indurre a porre particolare attenzione, oltre che alla riduzione della domanda di ricovero, all'effettiva utilità ed appropriatezza nell'uso del Day Hospital.

⁶ Il sistema DRG/ROD (Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi) è un sistema di classificazione dei pazienti dimessi dagli ospedali che si basa su raggruppamenti omogenei di diagnosi, traduzione italiana del sistema statunitense noto con la sigla DRG (Diagnosis Related Groups). È un sistema di classificazione dei pazienti dimessi dagli ospedali per acuti che attualmente viene utilizzato anche in Italia come base per il finanziamento delle Aziende Ospedaliere. Tale sistema si basa su alcune informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO) ed individua circa 500 classi di casistiche, tendenzialmente omogenee per quanto riguarda il consumo di risorse, la durata della degenza e, in parte, il profilo clinico. Con l'applicazione di tale sistema viene introdotto nel SSN una nuova modalità di finanziamento delle attività ospedaliere basata sulla remunerazione delle prestazioni mediante tariffe predeterminate.

5 La sanità tra la programmazione 2007-2013 e la nuova programmazione 2014-20. Conclusioni

Il settore socio-sanitario, totalmente assente nella programmazione dei fondi strutturali del ciclo 2000-2006, viene per la prima volta contemplato nella programmazione 2007-2013. In Campania, nel PO FESR 2007-2013, sono stati previsti l'obiettivo operativo 5.3 "sanità" e l'obiettivo operativo 6.3 "Città solidali e scuole aperte. Potenziare e qualificare il sistema delle infrastrutture sociali, per l'istruzione e di conciliazione, attraverso i Piani di Zona Sociale, al fine di contribuire ad elevare l'accessibilità e l'integrazione dei servizi territoriali per i cittadini". Il PO FSE 2007-2013 ha previsto, invece, azioni nell'ambito dell'obiettivo operativo G 12 "sostenere i processi di miglioramento della qualità della vita e del lavoro attraverso azioni di supporto all'integrazione socio-sanitaria e all'azione di sistemi di protezione sanitaria".

Come si evince dalla tabella 17 nel capitolo 3, nell'ambito delle politiche di conciliazione, tra le azioni finanziate dai fondi strutturali 2007-2013 vi sono un sistema di aiuti alle imprese sociali che offrono ADI (obiettivo operativo 6.3 PO FESR 2007-2013) e il sistema informativo socio-sanitario per integrazione dei sistemi di monitoraggio sociali e sanitari (PO FESR 2007-2013 obiettivo operativo 6.3 e PO FSE 2007-2013 obiettivo specifico G).

Nel PO FESR 2007-2013 sull'obiettivo operativo 5.3 "sanità", con una dotazione finanziaria di 90 M€, ad oggi non è stato ammesso a finanziamento nessun intervento.

Sono stati tuttavia presentati (da parte dei responsabili di Obiettivo Operativo) i seguenti 4 interventi:

- 1 innovazione del sistema Sanitario regionale per la diffusione della Carta nazionale dei servizi (CNS) - valore complessivo 3 M€;
- 2 rafforzamento delle attrezzature tecnologiche di alta qualità medico scientifica dell'Ospedale del Mare(di Napoli) – valore complessivo 18,6 M€;
- 3 sistema informativo gestionale e contabile – valore complessivo 10 M€;
- 4 realizzazione delle reti di telemedicina integrate, finalizzate alla Gestione dei pazienti con patologie croniche per la deospedalizzazione precoce e la riduzione degli accessi in ospedale – valore complessivo 43,5 M€. La Regione Campania, infatti, presenta una distribuzione territoriale delle risorse sanitarie disomogenea. In particolare, si osserva una significativa concentrazione di strutture ospedaliere e ambulatoriali all'interno delle grandi città, ed una presenza scarsa in alcuni ambiti territoriali provinciali, con una rarefazione degli ambulatori pubblici e dei consultori. Le risorse ordinarie del FSN sono vincolate all'erogazione dei LEA (per le Regioni in Piano di Rientro vige un divieto assoluto di spese non obbligatorie ex l. 191/2009 e di erogazione di prestazioni che non rientrano nei LEA), pertanto è necessaria l'identificazione di risorse diverse che consentano l'introduzione di soluzioni organizzative innovative ed altamente performanti.

Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) rappresenta il sostegno su cui basarsi per assicurare una disponibilità di informazioni idonea a garantire la migliore continuità ed integrazione assistenziale. Esso va inteso come insieme di dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito. Il FSE di ciascun assistito viene automaticamente aggiornato, tenendo conto anche dei contenuti informativi già disponibili, con i documenti sanitari e socio-sanitari certificati, cioè rilasciati dai soggetti del Servizio Sanitario Nazionale (ad es. referti di

laboratorio, radiologia, specialistica ambulatoriale) archiviati elettronicamente presso repository dedicate.

L'infrastruttura ad elevata tecnologia per la mobilità territoriale rappresenta un importante supporto fisico alla realizzazione della rete integrata, in quanto garantisce l'erogazione della assistenza sanitaria anche ai cittadini della Regione Campania che vivono in distretti remoti con ridotta densità di presidi sanitari.

I soggetti coinvolti in questa progettualità di rete sono i seguenti:

- le Aziende Ospedaliere. L'Azienda Ospedaliera è il fulcro dell'intero percorso. Presso questa è presente il "clinical manager" che segue l'iter assistenziale del paziente;
- i Medici di Medicina Generale. Il Medico di Medicina Generale può accedere al dossier del paziente, richiedere prestazioni mediante il solo utilizzo della piattaforma telematica (ricetta elettronica);
- l'Ambulatorio Specialistico/il Laboratorio analisi. Gli ambulatori territoriali (cardiologo, pneumologo) ed i laboratori di analisi interagiranno direttamente con la piattaforma telematica alimentando il dossier clinico del paziente di informazioni cliniche come visite specialistiche, laboratorio di analisi, etc.
- l'abitazione del paziente. Il paziente potrà continuare il percorso di cura rimanendo principalmente presso la propria abitazione senza doversi nuovamente ricoverare presso la struttura ospedaliera, dove è raggiunto dal supporto dalla Infrastruttura Mobile ad elevata tecnologia.

Ci sarebbero, inoltre, ulteriori margini per l'utilizzo dei fondi europei, su diverse tipologie di intervento quali:

- il telesoccorso, la teleassistenza e la telemedicina per le cure domiciliari;
- la ristrutturazione ospedali dismessi per la realizzazione di "centri polifunzionali per la salute", ambulatori dedicati e residenze sanitarie pubbliche;
- le prestazioni residenziali e semiresidenziali ex DGR 50/2012 come le prestazioni sociali e socio-sanitarie;
- la formazione continua e i registri epidemiologici aggiornati e omnicomprensivi sullo stato della salute della popolazione.

Il FESR potrebbe trovare un suo utile impiego anche nella ristrutturazione e adeguamento di strutture residenziali e semiresidenziali per anziani.

Oltretutto questi interventi potrebbero trovarsi, in quest'ambito, al di fuori dei vincoli del patto di stabilità, perché qualificati nell'ambito degli investimenti "obbligatori" per il perseguimento dei LEA.

In questi giorni è stato presentato e discusso sui tavoli competenti il *Position paper della Commissione Europea* riguardante la programmazione dei fondi 2014-20. nel documento, che sintetizza i suggerimenti della Commissione Europea rispetto alla programmazione in corso, vengono richiamate più volte le problematiche socio-sanitarie, anche se in maniera indiretta:

- viene evidenziato come i servizi pubblici siano carenti, soprattutto in ambito socio-sanitario;
- viene messo in evidenza come le problematiche ambientali derivanti da una cattiva gestione dei rifiuti solidi urbani può avere ripercussioni in ambito sanitario;
- viene evidenziato come pesi sulle dinamiche dell'occupazione femminile la scarsa presenza di strutture adeguate e accessibili per l'assistenza all'infanzia e agli anziani e l'assenza di adeguate politiche di conciliazione vita professionale/vita privata.

Queste evidenze si traducono anche in priorità specifiche dei fondi, ricordando che nell'approccio della nuova programmazione 2014-2020, gli Stati membri potranno predisporre propri programmi attingendo i finanziamenti da un solo fondo o da più fondi combinando quelli provenienti dal FESR, dal FSE e dal Fondo di Coesione. La pianificazione comune faciliterà, inoltre, un approccio integrato all'attuazione della politica di coesione (cfr. scheda informativa della CE sulla semplificazione) e la separatezza tra interventi attuati con fondi diversi, così, potrebbe perciò venire a cadere.

La nuova programmazione prevede anche un elemento di novità: le cosiddette *condizionalità*, cioè quelle condizioni ritenute necessarie dalla Commissione europea per un uso efficace del sostegno comunitario e il mancato rispetto delle quali può comportare una sospensione dei pagamenti. Tra queste, nell'ambito dell'obiettivo tematico "Promuovere l'inclusione sociale e combattere la povertà" è specificamente previsto che occorre verificare che esista una strategia nazionale o regionale per la sanità che:

- preveda misure coordinate per migliorare l'accesso a servizi sanitari di qualità;
- preveda misure per stimolare l'efficienza nel settore sanitario, anche con l'introduzione di tecnologie, modelli di erogazione dei servizi e infrastrutture innovativi ed efficaci;
- preveda un sistema di controllo e riesame;
- lo Stato membro o la regione ha adottato un quadro che delinea le risorse di bilancio disponibili per l'assistenza sanitaria teso a garantire l'accesso a servizi sanitari di qualità (progetti innovativi *e-health* e *e-care*) e la sostenibilità economica.

Il settore sanitario, in quest'ottica, originariamente relegato alla gestione di fondi nazionali e regionali svincolati dalla programmazione dei fondi europei, potrebbe avere uno slancio significativo dalla futura programmazione dei fondi.

In conclusione, occorre puntare su alcuni obiettivi prioritari:

- la **territorializzazione dell'assistenza**, cioè il potenziamento delle cure al proprio domicilio dei malati cronici, di AIDS, oncologici, per ridurre la percentuale di risorse destinate all'assistenza ospedaliera per ricoveri inappropriati e migliorare la qualità della vita del paziente;
- il rinnovamento della rete di presa in carico del paziente con l'integrazione della rete dei medici di medicina generale con l'assistenza ambulatoriale specialistica. In particolare occorrerebbe promuovere **strutture polifunzionali per la salute**,

(già previste dal piano sanitario regionale 2011-2013), magari attraverso progetti pilota in aree preventivamente selezionate,;

- **campagne informative** per la prevenzione delle malattie, per l'uso corretto dei farmaci e per la riduzione dei parti cesarei;
- studiare **sistemi per ridurre l'inappropriatezza delle prestazioni sanitarie**. Si tratta, in altri termini di "fare la cosa giusta, al momento giusto, al paziente giusto";
- potenziare le nuove tecnologie per la diagnostica e l'interventistica, quali la **telemedicina e la telecardiologia**;
- studiare **meccanismi organizzativi**, di riorganizzazione dei servizi e di responsabilità e continuità dei dirigenti volti a migliorare le performance del settore;
- diffondere la **cultura della valutazione nel settore sanitario**, di modo da supportare le azioni di nuovi investimenti o la stima dei fabbisogni in direzione dell'efficacia, l'efficienza e l'equità del sistema.