

Le opzioni di utilizzo dei fondi strutturali per la sanità della Campania nel ciclo 2014-2020

Nell'articolo si esaminano le possibilità di utilizzo dei fondi strutturali europei del ciclo 2014-2020 per il settore sanitario, con specifico riferimento alla regione Campania. In questo periodo di programmazione dei fondi europei, infatti, si prospettano notevoli opportunità per un settore in cui, tradizionalmente, il peso dei fondi europei è stato irrilevante, se non nullo. La riduzione delle risorse nazionali e l'esigenza di preservare la salute dei cittadini come bene primario, in un quadro di contenimento della spesa pubblica e di ridefinizione delle modalità di erogazione del servizio, fanno sì che l'azione dei fondi comunitari possa essere effettivamente utilizzata per supportare le riforme strutturali del settore sanitario che si vanno delineando.

Nel lavoro pertanto viene dapprima discussa la strategia di Europa 2020, così come declinata nei documenti europei e nazionali; viene poi esaminata la situazione in Campania, sia per quel che riguarda la situazione economico-finanziaria del settore sanitario che lo stato di salute della popolazione. Infine, viene richiamato l'utilizzo dei fondi nel 2007-2013 e vengono analizzate alcune linee di intervento per il ciclo di programmazione 2014-2020, derivate dall'analisi specifica nella regione in esame, ma generalizzabili al contesto del Mezzogiorno d'Italia.

PAROLE CHIAVE

sanità, fondi strutturali europei, programmazione 2014-2020

**Arturo Polese, componente dal novembre 2001, e da maggio 2010 fino a novembre 2013 direttore del Nucleo di Valutazione e Verifica degli Investimenti Pubblici della Regione Campania.*

***Valeria Aniello, componente dal novembre 2001 a dicembre 2013 del Nucleo di Valutazione e Verifica degli Investimenti Pubblici della Regione Campania, oggi dirigente presso il Nucleo per la valutazione e verifica degli investimenti pubblici della Regione Campania.*

STRATEGIA DI EUROPA 2020

Conformemente alle indicazioni di *Europa 2020* (cioè la strategia comunitaria per una crescita intelligente sostenibile ed inclusiva nel prossimo decennio), nella proposta di Accordo

di Partenariato nazionale, il documento di programmazione nazionale da cui si diramano i Programmi Operativi regionali (che dovranno essere redatti per l'utilizzo dei fondi comunitari nel periodo di programmazione 2014-2020), sono individuati 11 Obiettivi Tematici (OT). Di questi obiettivi tre risultano rilevanti per il settore della sanità:

1 - l'OT 2 "Migliorare l'accesso alle TIC, il loro utilizzo e la loro qualità" che prevede azioni per la digitalizzazione dei processi amministrativi e diffusione di servizi digitali della PA offerti a cittadini e imprese (in particolare nella scuola, nella sanità e nella giustizia), tra l'altro definendo servizi riguardanti, in particolare, la sanità elettronica e telemedicina, la scuola e la giustizia digitale;

2 - l'OT 9 "Promuovere l'inclusione sociale e lottare contro la povertà" che prevede, tra le altre, azioni di potenziamento della rete infrastrutturale e dell'offerta di servizi sanitari e socio-sanitari territoriali. In particolare sarebbero previsti investimenti per la costruzione e ristrutturazione di servizi sanitari territoriali non ospedalieri (poliambulatori, presidi di salute territoriale, nuove tecnologie e rete consultoriale, strutture residenziali a ciclo diurno ed extra ospedaliero);

3 - l'OT 11 "Rafforzare la capacità istituzionale e promuovere un'amministrazione pubblica efficiente" che prevede, tra le altre, azioni relative al sistema di governance dei servizi sanitari, al rinnovamento della rete di presa in carico del paziente con l'integrazione della rete dei medici di medicina generale con l'assistenza ambulatoriale specialistica (ad es. strutture polifunzionali per la salute).

Nel *Position Paper*, il documento che sintetizza i suggerimenti della Commissione Europea all'Italia rispetto alla programmazione 2014-2020, vengono richiamate più volte (anche se in maniera indiretta) le problematiche socio-sanitarie:

- evidenziando come i servizi pubblici siano carenti, soprattutto in ambito socio-sanitario;
- mettendo in evidenza come le problematiche ambientali derivanti da una cattiva gestione dei rifiuti solidi urbani possano avere ripercussioni in ambito sanitario;
- mostrando come 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 pesino sulle dinamiche dell'occupazione femminile.

Queste evidenze si traducono anche in priorità specifiche dei Fondi, ricordando che, nell'approccio della nuova programma-

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

	Campania	Italia	anno	fonte
popolazione				
mobilità e saldo migratorio iscrizioni ASL interno	-3,4	0,2	2010-11	demo istat 2010-2011
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	25,5	28,1	2010	Istat. Health for all-Italia
sopravvivenza				
speranza di vita alla nascita M	77,77	79,4	2011	demo istat
speranza di vita alla nascita F	83	84,5	2011	demo istat
tasso std di mortalità (10.000) per tumori M 19-64 a	12,12	10,53	2009	Istat
tasso std di mortalità per malattie circolatorie M 19-64 a	7,26	5,54	2009	Istat
tasso std di mortalità per cause violente M 19-64 a	2,25	3,46	2009	Istat
tasso std di mortalità per malattie apparato digerente M 19-64 a	1,83	1,43	2009	Istat
tasso std di mortalità (10.000) per tumori F 19-64 a	8,55	7,93	2009	Istat
tasso std di mortalità per malattie circolatorie F 19-64 a	2,77	1,84	2009	Istat
tasso std di mortalità per cause violente F 19-64 a	0,55	0,84	2009	Istat
tasso std di mortalità per malattie apparato digerente F 19-64 a	0,8	0,53	2009	Istat
stili di vita				
tasso per 100 di fumatori over 14 anni	23,1	22,3	2011	istat
numero medio di sigarette fumate al giorno	14,5	12,7	2010	istat
consumatori di alcol per 100	58,3	65,7	2010	istat
% persone > 3 anni che consumano > o = a 5 porzioni al giorno di verdura ortaggi e frutta (VOF)	3,8	4,9	2011	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	61,72	38,71	2010	Ministero della Salute
punti nascita con unità operative con unità intensiva neonatale in valore assoluto	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 ab	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				
per sone 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	7,8	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	32,7	35,3	2010	ISPRA. Rapporto rifiuti urbani 2012
media annua delle concentrazioni medie giornaliere (µg/m3) delle polveri fini PM10 per regione	38	26	2011	ISPRA. Rapporto rifiuti urbani 2012

Fonte: elaborazione su vari anni, varie fonti

zione 2014-2020, gli Stati membri potranno predisporre propri programmi attingendo i finanziamenti da un solo fondo o da più fondi, ovvero 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 (si faccia, a tal proposito, riferimento alla scheda informativa della CE sulla semplificazione) limitando i problemi di "separazione" tra interventi attuati con Fondi diversi.

La nuova programmazione prevede anche, quale elemento di novità, l'introduzione delle cosiddette condizionalità

ex ante, cioè di quelle condizioni ritenute necessarie dalla Commissione per un uso efficace del sostegno comunitario (il cui mancato rispetto può comportare sospensioni dei pagamenti per il settore che non rispetta una condizionalità ad esso associata). 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;

Programmazione

- 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, tradizionalmente slegato dalla programmazione dei fondi europei, potrà così avere un peso significativo nella futura programmazione dei fondi.

Il presente lavoro si innesta in un momento in cui ancora è aperto il dibattito sul negoziato 2014-2020.

Le proposte presentate nel settembre scorso dal Ministro per la coesione territoriale, finalizzate ad una definizione condivisa dell'Accordo di Partenariato, sottolineano tra l'altro l'inefficienza di servizi nel Mezzogiorno e la debolezza del contesto istituzionale, riconfermando gli obiettivi tematici che possono incidere nelle opportunità di utilizzo dei fondi strutturali nel settore sanitario. Anche l'Accordo di Partenariato italiano, recentemente trasmesso alla Commissione Europea nella sua prima bozza, fornisce numerosi spunti in questa direzione. In questa fase è evidente che indagini conoscitive mirate possono contribuire ad indirizzare più incisivamente la programmazione operativa prima e l'attuazione poi di azioni effettivamente efficaci. Per questo motivo si sintetizzano a seguire i principali dati di riferimento del contesto sanitario, in Campania, per comprendere quali sono le esigenze di intervento e le direttrici più efficaci in questo settore.

STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE IN CAMPANIA

Nella tabella 1 vengono sintetizzati i principali indicatori aggiornati sullo stato di salute della popolazione in Campania, rapportando il dato relativo con il dato medio Italia, correlandoli ad alcuni fattori di contesto socio-economico, delineando sinteticamente la componente della "domanda" del settore sanitario.

Come si può osservare, oltre, evidentemente, alla prestazione del sistema sanitario alcuni fattori di contesto demografico e socio-economico (e da questo dipendenti) incidono sensibilmente sulla salute della popolazione: le dinamiche della popolazione, la sopravvivenza, gli stili di vita, le malattie infettive, la salute materno - infantile, la salute mentale e dipendenze, la disabilità e, non ultimo, lo stato dell'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.

Relativamente al primo gruppo di indicatori, quelli sulla popolazione, si osserva che la mobilità e il saldo migratorio per la Campania presentano un dato ancora non allineato, che l'età media delle donne al parto è più bassa mentre il numero medio di figli per donna è superiore al dato medio Italia. Si nota che la popolazione che vive sola over 65 anni presenta un indicatore con valori più bassi rispetto al dato medio Italia (25,5 rispetto a 28,1), a testimonianza di una rete familiare e parentale più presente e disponibile a convivenze con gli anziani. 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 (77,8 anni contro 79,4 per i maschi, 83,0 anni contro 84,5 per le femmine), la mortalità per tumori, malattie cardiovascolari e malattie dell'apparato digerente sono più alte rispetto al valore medio Italia, con scarti abbastanza significativi; solo la mortalità per cause violente presenta, forse sorprendentemente, un dato inferiore al dato medio nazionale.

Relativamente al terzo gruppo di indicatori, quelli relativi allo stile di vita, si può notare come in Campania 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, in Campania, performance più favorevoli. Ulteriore nota negativa è il consumo di verdura, frutta e ortaggi: la percentuale di persone che ne consumano più di 5 porzioni al giorno è solo del 3,8% contro il 4,9% del dato medio Italia. Al Sud, correlati a condizioni di contesto e socio-economiche svantaggiate, si osserva una maggiore insorgenza di problemi di salute e un ricorso non sempre appropriato ai servizi di assistenza. Tutte le analisi che tradizionalmente si conducono in questo settore mostrano peraltro che, a pensare 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 a deteriorare il quadro generale della 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, in Paesi più colpiti dalla crisi, si incrementino le percentuali di persone che non si fanno visitare da un medico pur avendone bisogno, aumentino le depressioni e la distimia, si incrementino l'alcolismo e le pratiche nocive per la salute in termini di stile di vita, aumenti il numero di suicidi.

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 in Campania siano molto più elevati, così come il numero di tagli cesarei e la mortalità infantile, rispetto ai dati nazionali. Lo stesso si osserva riguardo al 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 si era 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 il 7,8% del valore medio italiano. Anche l'ambiente rileva fortemente sulla salute dei cittadini, attraverso le sue principali componenti: rifiuti, aria, acque e suolo.

Per quel che concerne i rifiuti, 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. In Campania, 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. Per quanto riguarda la qualità dell'aria, prendiamo atto di un dato molto negativo, quello relativo alla media annua delle concentrazioni medie giornaliere delle polveri fini PM10, che presentava nel 2011 un valore, in mg/m³, di 38 rispetto al dato medio Italia di 26.

Sul tema della componente ambientale relativa alle acque, la situazione campana è caratterizzata da:

- una pressione negativa puntuale, nelle aree a forte antropizzazione (grandi aree urbane o aree industriali) determinata da scarico di reflui sia civili che industriali e misti, spesso con caratteristiche qualitative non rispondenti agli standard normativi per la scarsa efficienza degli impianti di trattamento;
- una pressione negativa diffusa nelle aree di pianura a forte vocazione agricola. Tali pressioni sono rappresentate dal carico inquinante determinatosi a seguito delle attività agricole, sia per le elevate concentrazioni di nutrienti, derivanti dalla concimazione biologica e chimica, sia per l'utilizzo più o meno massivo di pesticidi e fitofarmaci (cfr. Primo report ambientale sull'attuazione del POR FESR Campania 2007-2013 a cura dell'Autorità Ambientale Regionale, 2011).

È recentissimo, e molto discusso, lo studio condotto su un campione di abitazioni private nelle province di Napoli e Caserta dal comando dell'Us Navy. L'indagine è stata promossa nel giugno 2007 in risposta alle preoccupazioni dei tremila americani residenti nelle zone in cui vi è stata una larga diffusione di discariche illegali.

La campagna di test realizzata ha usato come riferimento i rigorosi standard ambientali statunitensi, che valutano non solo le sostanze sicuramente cancerogene, ma anche quelle che probabilmente o potenzialmente possono causare tumori. L'obiettivo era scoprire quali elementi tossici ci fossero, come la gente vi entra in contatto e cosa si può fare per proteggere il personale americano. L'analisi è stata limitata ai territori in cui è maggiormente presente il problema delle discariche e dei roghi dei rifiuti, partendo dai centri più compromessi per poi allargare lo studio a 1000 km².

I test, condotti in residenze private di nove aree della provincia di Napoli e Caserta, hanno determinato una diagnosi molto negativa, con conclusioni che hanno fatto molto discutere. Tale indagine ha infatti rilevato nell'acqua dei rubinetti di case private un'alta componente di rischio connessa alla presenza di uranio, diossine, PCE, nitrati e coliformi totali. Sostanze cancerogene sono state rilevate anche nelle componenti aria e gas da suolo¹.

Non sono stati tuttavia rilevati superamenti dei limiti ammissibili dalle norme italiane ed anzi sembrerebbe che alcune condizioni di partenza potrebbero aver inficiato la generalizzabilità degli esiti delle indagini condotte: le abitazioni private e i pozzi esaminati potrebbero aver avuto degli allacciamenti non regolari alla rete idrica pubblica, in secondo luogo i parametri statunitensi sono difforni da quelli italiani. In Italia, infatti, si effettuano rilevazioni solo su 90 sostanze considerate potenzialmente tossiche, mentre negli Stati Uniti vengono considerate 400 sostanze potenzialmente tossiche e vengono effettuati aggiornamenti continui sui parametri di rischio per la salute, nel quadro di un sistema che tuttavia presenta maggiore flessibilità.

Il quadro che emerge sulle condizioni di salute della popolazione campana ci rinvia ad un contesto socio-economico difficile, ove la disoccupazione, le condizioni ambientali, la dispersione scolastica e il livello di istruzione influiscono profondamente sulla salute dei cittadini, in una condizione generalmente peggiore e più precaria rispetto alle altre regioni. Si capisce, così, che al fine di migliorare le condizioni di salute dei cittadini campani occorre intervenire in maniera integrata, incidendo sia sulle politiche sanitarie e di settore sia dirette (efficienza del settore sanitario) che indirette (politiche di prevenzione e di ridefinizione dei sistemi di presa

¹ Tale preoccupazione è stata confermata anche da altri studiosi, così come emerge anche dal recente convegno delle Assise della Città di Napoli e del Mezzogiorno d'Italia (cfr. bibliografia).

Programmazione

in carico dei pazienti) che sui fattori di contesto che incidono sulle condizioni di salute. 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, evidentemente, disporre di strutture sanitarie adeguate, di sistemi di cura appropriati e di corrette politiche di assistenza e di prevenzione.

DATI ECONOMICO- FINANZIARI (IN CAMPANIA)

Il disavanzo finanziario cumulato del settore sanitario in Campania ha raggiunto nell'ultimo decennio un'entità significativa, tanto da determinare, nel 2007, il 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 prevedeva 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). Erano 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: erano, 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 il varo del piano, nel 2009, il Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali e il Comitato permanente per la verifica dei LEA (definiti a livello nazionale dai Ministeri competenti) 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, sempre nominato dal Consiglio dei Ministri.

Le priorità stabilite nel mandato di commissariamento erano 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 14.4.2010, 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.

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, al contrario, comportano l'utilizzo di risorse di investimento. Nel grafico 1 viene messo in evidenza come il principale risultato è relativo alla riduzione del disavanzo annuale, che è passato da 890 M€ del 2008 a 253 M€ del 2011 a 85 M€

nel 2012, con una proiezione per il 2013 pari a 65 M€, non essendo tuttavia la Regione ancora riuscita ad annullare il disavanzo strutturale del settore.

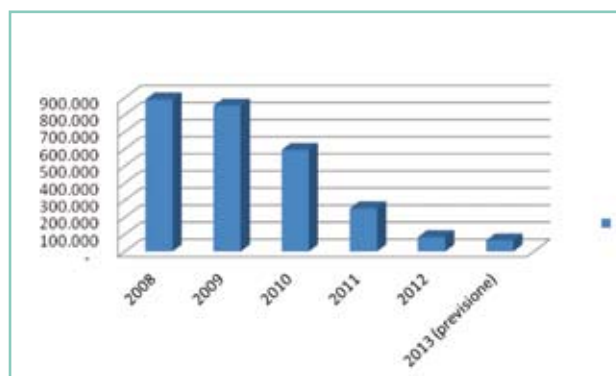
Relativamente ai costi, invece, questi sono aumentati dal 2008 in media del 7% annuo (cfr. grafico 2). Le voci che sono aumentate sono quelle relative all'acquisto di servizi, di beni e alle manutenzioni ordinarie esternalizzate, mentre si sono sistematicamente contratti i costi del personale, gli oneri finanziari e gli oneri straordinari. La previsione di costo per l'anno 2013 risulta essere pari a 9.691 M€.

I costi del personale, infatti, si sono ridotti dal 2008 mediamente del 5% annuo, essendo passati da 3.089 M€ nel 2008 a 2.977 M€ nel 2011, come mostra il grafico 3. Nel 2012 essi ammontavano a 2.965 M€ mentre la previsione per il 2013 è pari a 2.883 M€.

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 M€ nel 2008 a 974 M€ nel 2011 (cfr. grafico 4). Nel 2012 il dato consuntivo è di 912 M€, e per il 2013 la previsione è di 902 M€.

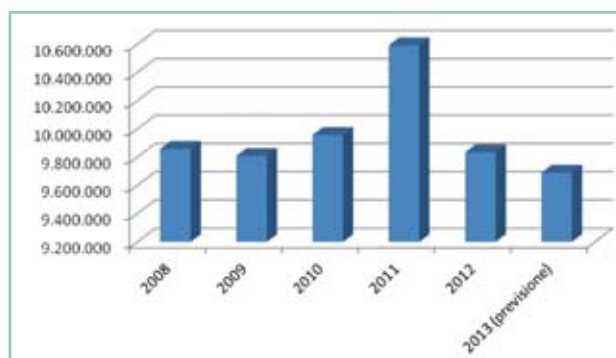
Circa la "distribuzione" del tasso di riduzione della spesa, è di tutta evidenza che occorre fare il possibile per evitare tagli "lineari" e qualificare politiche di riduzione della spesa al fine di intervenire selettivamente su pratiche inappropriate. La limitazione della *spending review* "orizzontale", peraltro, non può essere giustificata dalla sola necessità di tutelare comunque le cure "salvavita", ma va accompagnata da considerazioni di tipo costo-opportunità in un quadro di generale ristrutturazione del sistema. Oltre ad 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, occorre concentrare l'azione su quelle componenti del sistema suscettibili di miglioramenti gestionali e prestazionali, in un'ottica di razionalizzazione. A tal fine occorre quindi promuovere una ristrutturazione integrata che, nel limitare le sacche di inefficienza, si avvalga delle innovazioni tecnologiche e procedurali che consentono di ottimizzare la prestazione e, nel contempo, di contenere la spesa. Occorre a tal fine procedere ad un'attenta analisi dei sistemi di "presa in carico" del paziente, e degli iter di cura, spostando il "baricentro" del sistema di cura da un equilibrio essenzialmente "ospedalocentrico" ad una maggiore valorizzazione della medicina territoriale, delle cure preventive, delle cure domiciliari.

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)



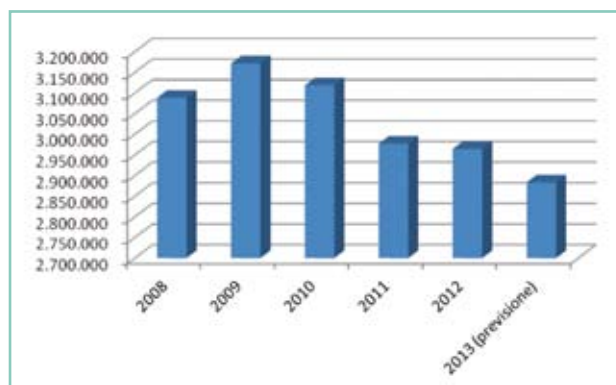
Fonte: Regione Campania, Struttura Commissariale

Grafico 1 – Disavanzo annuale (in M€) nel settore sanitario in Campania anni 2008-2013



Fonte: Regione Campania, Struttura Commissariale

Grafico 2 – Andamento dei costi (in M€) nel settore sanitario in Campania anni 2008-2013

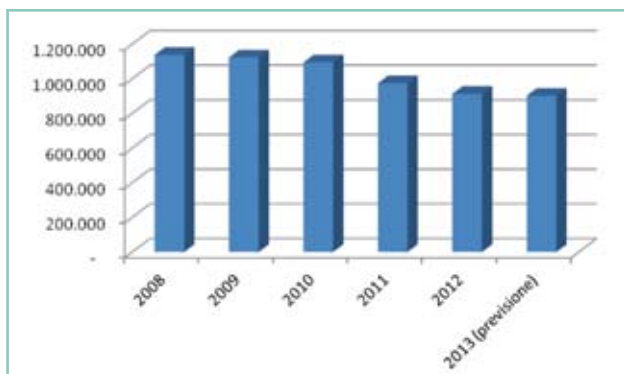


Fonte: Regione Campania, Struttura Commissariale

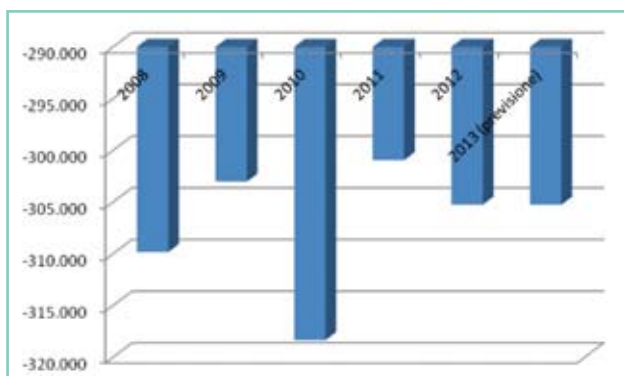
Grafico 3 – Andamento dei costi del personale (in M€) nel settore sanitario in Campania anni 2008-2013

e la mobilità dovuta alla ricerca dell'eccellenza (che esiste in tutte le regioni). Seppure i dati sulla mobilità sanitaria risultano nella media nazionale, occorre senza dubbio tener conto dell'abbattimento delle barriere alla mobilità europea, abbattimento che è avvenuto con la Direttiva

Programmazione



Fonte: Regione Campania, Struttura Commissariale
Grafico 4 – Andamento dei costi (in M€) per la farmaceutica convenzionata in Campania anni 2008-2013



Fonte: Regione Campania, Struttura Commissariale
Grafico 5 – Andamento del saldo mobilità in Campania anni 2008-2013 in migliaia di euro

comunitaria 24/2011 “Applicazione dei diritti dei pazienti relativi all’assistenza sanitaria transfrontaliera” che sancisce l’abbattimento delle barriere anche nel sistema sanitario. Perciò, se prima le cure all’estero erano rimborsate da una 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”. 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 rispetto al valore italiano. Per il 2012 il saldo di mobilità è stato pari a -305 M€, con un’equivalente previsione per il 2013.

2 Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 ha messo in risalto la distinzione fra “appropriatezza clinica” e “appropriatezza organizzativa”: 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.

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 rimane ancora 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 all’assistenza generale e specialistica e alle strutture polifunzionali per la salute.

Oggi, quindi, la sanità campana, con il livello attuale di concorso della spesa statale, mostra prerequisiti di quasi sostanziale sostenibilità finanziaria (essendo stato fortissimamente contenuto il disavanzo strutturale). Oramai sono 10 le Regioni italiane in regime di “piano di rientro”: si osserva come queste abbiano già implementato la loro capacità di riduzione del disavanzo e della spesa. Per questo si può prevedere che le ripercussioni più pesanti del regime di contenimento della spesa saranno per le Regioni “non in rientro”, i cui costi sono aumentati negli ultimi anni mediamente in misura superiore a quelli delle Regioni soggette ad un piano di rientro. In Campania occorre ora anche valutare attentamente il livello di servizio all’utenza, partendo dalla considerazione della notevole variabilità delle prestazioni rispetto al resto del Paese (come, ad esempio, nell’assistenza residenziale). Il piano di rientro, infatti, è solo una parte 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; questo tuttavia, dopo 5/6 anni spesso viene di fatto 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 ancora produrre uno sforzo notevole. La valutazione potrebbe fornire un elevato contributo in questa direzione.

REQUISITI INTRINSECI DELLE POLITICHE STRUTTURALI

Le politiche europee sono state tradizionalmente concepite a livello comunitario, imponendo il principio chiave dell’addizionalità: i Fondi Strutturali dell’Unione Europea, cioè, non dovrebbero sostituire la spesa pubblica dello Stato membro ma la dovrebbero integrare, aggiungendosi ad essa. Tale

principio avrebbe dovuto garantire che la politica di coesione determinasse un impatto reale, integrando gli investimenti nazionali con quelli europei.

Nel 2007-2013 tale principio di addizionalità è risultato nei fatti disatteso: la verifica intermedia operata dalla Commissione Europea ha riscontrato per l'Italia una riduzione significativa di spesa pubblica nazionale, come in pochi altri Paesi europei.

In molti altri Paesi europei, invece, a differenza dell'Italia nel periodo 2007-2010, si è verificato esattamente il contrario, presumibilmente a causa delle manovre anticicliche o all'espansione della spesa in alcuni paesi prima della crisi: la spesa strutturale nazionale è aumentata e ciò ha condotto ad un aumento medio complessivo pari a circa il 7%.

La rilevazione comunitaria mostra che gli unici Paesi che non hanno rispettato il livello di spesa stabilito ex ante con uno scostamento superiore al 20% sono stati la Grecia e l'Italia; la Lituania e l'Ungheria hanno presentato uno scostamento negativo superiore al 10% e in altri sei stati membri il disavanzo è risultato modesto (Germania, Estonia, Lettonia, Portogallo, Austria, Regno Unito); tutti gli altri Paesi hanno invece mantenuto gli impegni presi oppure hanno realizzato una spesa anche superiore. Ciò significa, a livello delle Regioni, che i fondi europei avrebbero dovuto sostituire i fondi ordinari, ma il livello di spesa si è notevolmente ridotto, per cui si sono caratterizzati, nei fatti, come *sostitutivi* e non *aggiuntivi*.

L'analisi storica degli effetti delle politiche europee in Campania non può non tenere conto di tale problematica. In particolare, dobbiamo guardare agli ultimi tre cicli di programmazione europea in Italia, cercando anche di delinearne i tratti essenziali di diversità: il periodo 1994-99 in cui le Regioni non avevano un gran ruolo né programmatico né attuativo; il periodo 2000-2006 in cui è emerso un protagonismo delle Regioni a fronte di una certa impreparazione sia istituzionale e dei territori; la programmazione in corso (2007-2013) in cui il dato più significativo è stata la concomitanza di una grave crisi economica internazionale che ha prodotto a cascata effetti negativi sui parametri di PIL e occupazionali e quindi sulle condizioni di vita dei cittadini. Quest'ultimo periodo ha messo in evidenza, così, tutti i limiti di una programmazione articolata su sei anni, che è apparsa troppo lunga e con troppe variabili non previste, di cui si è dovuto tener conto in seguito.

In questo contesto, occorre considerare gli obiettivi programmatici tenendo conto delle esigenze di coerenza con le strategie europee ma anche del contesto di implementazione. Occorre, in altri termini, temperare la funzione strutturale con le esigenze contingenti, anche legate alla necessità di mettere in campo azioni settoriali che intervengano a razionalizzare settori/comparti strategici in difficoltà. Occorre anche evitare le farraginosità che derivano da gestioni frammentate dei fondi di diversa provenienza e riuni-

Tabella 2- Livello di riferimento ex-ante 2007-2013 e spesa reale 2007-2010

Paese	Livello di riferimento media 2007-2013	Spesa media 2007-2010	Differenza
BE	1.128	1.246	10,50%
BG	919	1.444	57,20%
CZ	2.549	2.649	3,90%
DE	16.504	16.452	-0,30%
EE	1.316	1.275	-3,10%
GR	8.661	6.719	-22,40%
ES	13.973	21.367	52,90%
FR	1.815	2.271	0,3
IT	20.613	16.194	-21,40%
LV	971	902	-7,10%
LT	755	672	-11,10%
HU	3.330	2.867	-13,90%
MT	107	170	59,30%
AT	139	138	-0,90%
PL	7.940	12.531	57,80%
PT	3.946	3.624	-8,20%
RO	4.773	5.196	8,90%
SI	957	1.121	17,10%
SK	876	1.396	59,40%
UK	3.495	3.465	-0,90%
TOT	94.765	101.698	7,30%

Fonte: Commissione Europea

ficare in un sistema di *governance* coordinato la gestione e l'utilizzo di tutti i fondi puntando a risultati chiari e concentrati. Il settore sanitario, che costituisce quello di maggior impatto sul bilancio regionale, rientra pienamente in tale tipologia. È necessario, in altri termini, che la programmazione strutturale, al di là di ogni considerazione sull'addizionalità della spesa e sulla possibilità ed opportunità dell'uso delle risorse aggiuntive anche per la copertura di spese ordinarie o di funzionamento, possa inquadarsi in una chiara strategia di sviluppo regionale, definendo una programmazione unitaria entro la quale collocare in maniera convergente tutti gli strumenti e le risorse che saranno rese disponibili, al fine di massimizzarne il valore aggiunto.

LA PROGRAMMAZIONE DEI FONDI EUROPEI 2007-2013 IN CAMPANIA

Il settore socio-sanitario, totalmente assente nella programmazione dei fondi strutturali del ciclo 2000-2006, venne per la prima volta contemplato nella programmazione 2007-2013. In

Programmazione

Campania, nel PO FESR 2007-2013, erano 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 aveva 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".

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.

Erano stati tuttavia promossi i seguenti 4 interventi:

- innovazione del sistema Sanitario regionale per la diffusione della Carta nazionale dei servizi (CNS) - valore complessivo 3 M€;
- rafforzamento delle attrezzature tecnologiche di alta qualità medico scientifica dell'Ospedale del Mare (di Napoli) - valore complessivo 18,6 M€;
- sistema informativo gestionale e contabile - valore complessivo 10 M€;
- 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€.

I motivi per cui non tali interventi non sono stati realizzati sono diversi e possono essere generalmente ricondotti a difficoltà di tipo organizzativo e gestionale.

Innanzitutto vi è stata una certa difficoltà nel fare *spesa sanitaria* nel periodo di commissariamento, periodo durante il quale si è assistito ad una stretta economica finanziaria intorno a obiettivi prioritari. In tale periodo si è assistito più ad una politica finanziaria restrittiva che dava poco spazio all'intrapresa di nuovi investimenti in nuovi settori e con nuove regole. L'utilizzo dei fondi strutturali è stato inoltre generalmente caratterizzato da una certa impreparazione amministrativa da parte di settori che tradizionalmente non erano abituati alle regole ad essi connessi.

Si può peraltro osservare che taluni degli interventi previsti, pur presentando una bontà intrinseca, richiedono

una visione sistemica di raccordo tecnologia-strutture di assistenza-pazienti con cronologie di attuazione efficacemente preordinate per evitare sfasamenti, ottenendo la sola realizzazione di interventi spot, incapaci di generare, da soli, effetti positivi per gli utenti finali dei servizi.

COSA SI PUÒ FARE CON I FONDI EUROPEI NEL 2014-20

Se nel 2007-2013 l'apertura dei fondi europei al settore sanitario è stata limitata, in Campania, a pochi interventi puntuali, ancorché alcuni di essi potevano avere ricaduta strutturale di sistema e quindi determinare impatti di medio termine, nel 2014-20 lo spazio che si intravede è sicuramente più ampio e consente di programmare interventi integrati di varia natura in una cornice più strutturata. Gli obiettivi generali che si possono considerare adeguati sono:

- garantire la sostenibilità finanziaria del sistema;
- migliorare le prestazioni e l'efficacia dei servizi ai cittadini del sistema sanitario;
- migliorare lo stato di salute attraverso misure per la prevenzione, da attuarsi anche grazie ad una riforma della medicina territoriale;
- proseguire nella riforma del sistema ospedaliero, con un ulteriore potenziamento della rete territoriale.

Alcuni obiettivi specifici, nel quadro di quelli generali su delineati, risultano prioritari nell'azione dei fondi strutturali:

- 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), anche attraverso progetti pilota in aree preventivamente selezionate.

Per perseguire tali obiettivi si esaminano le azioni che è possibile mettere in campo e che potrebbero essere proposte nei futuri Programmi Operativi:

- potenziare i centri di medicina territoriale, infrastrutturandoli, anche attraverso meccanismi di partenariato pubblico privato³;
- campagne informative per la prevenzione delle malattie, per l'uso corretto dei farmaci e per la riduzione dei parti cesarei;

3 Si tratta, in altri termini, di approfondire le opportunità derivanti dalle varie forme di partenariato pubblico-privato nella realizzazione e gestione delle strutture sanitarie. Le operazioni di finanza di progetto sono necessarie in molti settori dell'economia italiana e tra questi la sanità, sia per l'obiettivo restringersi del finanziamento pubblico, sia per la necessità di introdurre, pur se con i limiti che impone la materia della salute pubblica, una più stringente logica di efficienza / efficacia negli investimenti.

- introdurre sistemi per ridurre l'inappropriatezza delle prestazioni sanitarie⁴;
- potenziare le nuove tecnologie per la diagnostica e l'interventistica (quali la telemedicina e la telecardiologia);
- promuovere 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.

Il documento strategico regionale per il periodo 2014-20 prevede tre priorità strategiche definite:

- Campania Regione Innovativa;
- Campania Regione Verde;
- Campania Regione Solidale.

Nell'ambito di quest'ultima priorità si prevedono una serie di interventi che, partendo dal presupposto di dover aumentare il livello di qualità della vita dei cittadini, considerano aspetti che vanno dal riordino e riorganizzazione del sistema sanitario allo sviluppo e promozione dei servizi alla persona, passando per le azioni che promuovono l'occupazione, l'inclusione sociale e il livello di istruzione.

In particolare viene richiamato il Decreto Legge 13 settembre 2012 n.158 recentemente convertito in Legge, recante "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute", predisposto dal precedente Ministro della Salute Balduzzi, e che interviene su differenti ambiti che vanno dalla nomina dei manager sanitari e dei primari, alla riorganizzazione della medicina territoriale (che dovrà diventare un servizio disponibile h 24 per i cittadini) fino all'attività intramuraria dei medici pubblici.

La riforma della medicina territoriale costituisce uno dei temi di maggiore novità ed interesse di tale provvedimento. La riforma, infatti, attraverso l'organizzazione di veri e propri team di operatori, che garantiranno un'assistenza h24 ai pazienti, indurrà un superamento della figura del "medico di famiglia" e favorirà quindi un rinnovamento delle più ampie modalità organizzative e di prestazione dei servizi territoriali, ridisegnando l'assistenza territoriale in linea con un modello sempre meno "ospedalocentrico" e sempre più attento a soddisfare, in modo efficiente, i bisogni sanitari della popolazione entro gli ambiti territoriali.

Le azioni previste nel documento strategico regionale sono quindi:

- Infrastrutturazione centri medicina territoriale;
- Informatizzazione ed e-health territoriale;

- Ristrutturazione degli edifici del SSN con un occhio alla "green-economy";

- Gestione e monitoraggio dei rischi sanitari;

- Formazione specialistica, capacity building e start up.

È necessario a tal fine predisporre un piano di assistenza tecnica alle ASL che possa garantire la *governance* ottimale dei nuovi processi organizzativi da associare ad interventi formativi che adeguino le competenze degli operatori.

Ma, più di tutto, occorre preservare una visione strategica ed operativa integrata degli interventi nel settore sanitario, perché non si creino sovrapposizioni o, peggio, "deficit di intervento" importanti, o ancora vengano messi in campo interventi non integrati e sinergici tra loro e un dialogo costante con gli ambiti di intervento istituzionale – nazionale e/o regionale - immediatamente confinanti.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Banche dati
- Ministero della Salute:
- Annuario Statistico del SSN;
- Portale della normativa sanitaria;
- Rapporto sanitario di monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza.
- Statistical Office of the European Communities (Eurostat).
- Istituto Nazionale di Statistica (Istat):
- Banca dati Health For All-Italia;
- Indagini diverse sullo stato di salute e sui servizi ai cittadini.
- Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD).

Pubblicazioni

Atti del convegno organizzato dal Nucleo di Valutazione e Verifica degli Investimenti Pubblici L. 144/99 del Ministero della Salute e dall'Assessorato alla Sanità della Regione Calabria, *Il partenariato pubblico-privato nella realizzazione e gestione di strutture sanitarie: opportunità e problemi*, Lamezia Terme 16-17 giugno. 2003.

Atti del convegno organizzato dalla Fondazione Istante *Le cure primarie in Italia: verso quali orizzonti di cura e assistenza*, Roma 27 novembre 2013.

Atti del convegno organizzato da Associazione Internazionale ISDE Medici per l'Ambiente-Assise della Città di Napoli-Cooperativa Sociale e del Mezzogiorno d'Italia Humanitas "What's ecology": la bioetica ambientale come difesa della civiltà. Il disastro ambientale della Campania felix: questione nazionale quali soluzioni per il risana-

⁴ Occorre promuovere misure per garantire equità, efficacia ed efficienza del sistema di cura, Si tratta di "fare la cosa giusta, al momento giusto, al paziente giusto". L'erogazione delle prestazioni a seguito di diagnosi corrette, entro tempi appropriati alle necessità di cura degli assistiti, rappresenta, infatti, una componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza".

Programmazione

mento ambientale, Napoli 22-23 novembre 2013.

Banca d'Italia, Pubblicazioni varie; link <http://www.banccaditalia.it/pubblicazioni>

Cittadinanza attiva, per indagini diverse nel settore salute; link www.cittadinanzattiva.it

Commissione Europea (2013), *Guide to social innovation*.

Commissione Europea (2013), *Guidance document on ex ante evaluation*.

Commissione Europea (2013), *Draft template and guidelines for the content of the operational programme*.

Commissione Europea (2013), *Draft template and guidelines for the content of the partnership agreement*.

Commissione Europea (marzo 2013), *Guidance document on Monitoring and Evaluation European Regional Development Fund and Cohesion Fund. Concepts and Recommendations*.

Commissione Europea (January 2013), *Monitoring and Evaluation of European Cohesion Policy European Social Fund, Guidance document*, Rif. Ares(2013)38466 - 14/01/2013.

Commissione Europea (2013), *Guidance on ex ante conditionalities for the european structural and investment funds (part 1, 2)*.

Commissione Europea, Directorate General for Enterprise and Industry (2013), *European Public Sector Innovation Scoreboard 2013*.

Commissione Europea (2013), *Concept Paper – A new step for European Industrial Policy*, May 2013.

Commissione Europea (2013), *proposta di Regolamento CE recante disposizioni comuni per il 2014-2020*.

Commissione Europea (2012), *Position Paper sulla preparazione dell'accordo di partenariato e dei programmi in Italia per il periodo 2014-20*, rif. ARES (2012) 1326063.

Comunicazione della Commissione Europea (2013), *Risultati della verifica intermedia dell'addizionalità 2007-2013*, reperibile al sito <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ>.

Dipartimento per le Politiche di Sviluppo, *Accordo di partenariato*, versione in corso d'opera luglio 2013.

Dipartimento per le Politiche di Sviluppo (2012), *Metodi e obiettivi per un uso efficace dei fondi comunitari 2014-20*.

Rapporto Osservasalute varie annualità, reperibile al sito <http://www.osservasalute.it/>

Commissione Europea (2012). Comunicazione COM(2010) 2020 final. EUROPE 2020. A strategy for smart, sustainable and inclusive growth

Fonti normative regionali

Decreto del Commissario ad Acta n. 41 del 14 luglio 2010, Intesa Stato Regioni 3.12.2009 "Patto per la salute". *Prosecuzioni del Piano di Rientro. Approvazione Nuovo Programma Operativo per il 2010*.

Decreto del Commissario ad Acta n. 49 del 2011, *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; analisi del fabbisogno e verifica dell'appropriatezza, conseguente la revoca degli accreditamenti per le corrispondenti strutture private accreditate; conseguente modifica del vigente piano ospedaliero regionale in coerenza con il piano di rientro.

Documento strategico regionale, Gruppo di Programmazione DGR 142/2013, bozza di ottobre 2013.

L. 328/00 - Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali

Legge Regionale di Riordino del sistema campano di welfare.

Piano Sociale Regionale 2009/2011 e 2012-2015.

Piano sanitario regionale 2011-2013, Regione Campania.

Piano di rientro nel settore sanitario, Regione Campania. Regione Campania, Autorità Ambientale. Primo report ambientale sull'attuazione del POR FESR Campania 2007-2013 e proposta del Piano Unitario di Monitoraggio Ambientale (PUMA), giugno 2011, http://resources.regione.campania.it/slide/files/Assessori/Romano/NEWS/file_11469_GNR.pdf