

MEMORANDUM
PER UN PROTOCOLLO D'INTESA

Quadro strategico
per salute, sviluppo e sicurezza nel Mezzogiorno
Indirizzi ed Obiettivi operativi di convergenza strutturale
dei servizi sanitari regionali del Mezzogiorno

INDICE

1. Criticità strutturali ed obiettivi di convergenza e competitività rispetto al nuovo Patto per la Salute.	2
2. Il tema della salute nei documenti di pianificazione strategica comunitaria.....	4
3. Le aree di convergenza, competitività e di aggiuntività in ambito socio-sanitario.	5
4. Concomitanza tra convergenza socio- sanitaria, competitività ed inclusione sociale.	10
5. Salute, sicurezza e sviluppo: l'impatto economico della filiera produttiva.....	11
6. Le politiche di <i>e-health</i>	13
7. La piattaforma operativa: tratti comuni e <i>policy fields</i> addizionali.	14
7.1 I tratti comuni.	14
7.2 Gli obiettivi di convergenza e competitività.....	14
7.3 Indicatori e target di convergenza e competitività.....	15
7.4 Gli strumenti della programmazione: Protocollo d'Intesa Stato-Regioni per una "visione condivisa" per accelerare la convergenza di salute, sicurezza, sviluppo.	15
7.5 Gli strumenti della programmazione: indirizzi ed obiettivi operativi.....	16
7.5.1 - Livello nazionale/interregionale.	17
7.5.2 - Livello regionale.	21
8. Risorse finanziarie, procedure amministrative e valutazione.....	23

Roma, aprile 2007

1. Criticità strutturali ed obiettivi di convergenza e competitività rispetto al nuovo Patto per la Salute.

Come ampiamente evidenziato dagli studi, la debolezza dei collegamenti programmatici tra politiche di finanziamento dei servizi sanitari e socio-sanitari e politiche di investimento strutturale produce fenomeni sempre più accentuati di divaricazione regionale, soprattutto tra le Regioni del Sud e quelle del Centro-Nord. Una situazione che gli strumenti pattizi (Accordo 3 agosto 2000, Accordo 8 agosto 2001, Accordo 16 dicembre 2004, Intesa 23 marzo 2005), posti in essere per assicurare la convergenza finanziaria rispetto al Patto di stabilità, hanno inevitabilmente accresciuto, stante la palese incongruenza tra gli impegni e vincoli di convergenza a forte valenza strutturale e i piani di investimento strutturale necessari a creare le condizioni per una tale convergenza.

Parimenti, molte analisi hanno mostrato la deleteria sfasatura tra politiche strutturali di convergenza della spesa corrente e politiche di investimento pubblico in ambito sanitario, e come la riduzione della disponibilità di fondi avvenuta negli ultimi anni (p.e. di quelli ex art. 20 legge n. 67/1988) abbia gravemente accentuato il divario Nord-Sud in ambito sanitario.

Trattasi di un tema di importanza cruciale per la coesione del Paese, giustamente assunto come tale anche da precedenti iniziative legislative che prevedevano il ricorso a strumenti aggiuntivi di investimento per il rilancio e la ristrutturazione della rete strutturale dei sistemi sanitari meridionali come fattore di qualità e di convergenza e competitività delle politiche di salute e di equilibrio della spesa.

Fermo restando che la ripresa e la correlazione di una capacità di investimento pubblica in ambito sanitario è esigenza comune ed imprescindibile di tutte le Regioni italiane, per la sanità delle Regioni del Sud la criticità assume tratti di particolare emergenza in quanto la combinazione di carenze ed inefficienze si traduce in conseguenze paradossali per cui i "cittadini" delle Regioni del Sud pagano di più (soprattutto come spesa cd "*out of pocket*") e ricevono di meno.

In merito, il Memorandum condivide e richiama integralmente le analisi relative alle citate iniziative legislative che evidenziano le disparità che i cittadini delle Regioni meridionali sopportano in termini di minore speranza di vita alla nascita e di maggiore incidenza della principali cause di mortalità, di minori dotazioni di servizi e dunque di minori tutele in tutte le aree della prevenzione, dell'assistenza e della cura, di gravissime carenze dei servizi territoriali e di evidenti inadeguatezze strutturali e tecnologiche della rete ospedaliera: fattori di criticità che il gigantesco fenomeno della migrazione sanitaria verso le Regioni del Centro-Nord riassume nella forma più eloquente ed impressionante.

Il nuovo Patto per la Salute, approvato con Intesa Stato-Regioni del 5 ottobre 2006 Rep.2648, assume una chiara prospettiva di miglioramento delle capacità di servizio del settore sanitario e socio-sanitario e di miglioramento della qualità dell'assistenza in un quadro di convergenza tra le diverse Regioni italiane, partendo da una situazione che vede le Regioni del Sud interessate da perduranti e rigidi fenomeni di mobilità sanitaria passiva, da sacche di bassa appropriatezza, da scarsa razionalità ed efficienza della spesa e da disomogenei e comunque spesso insufficienti livelli qualitativi dei servizi.

Nei commenti relativi a tale importante strumento di indirizzo programmatico e nel corso del dibattito interregionale che ha accompagnato ed animato la proposta dei criteri di riparto interregionale delle risorse per il fabbisogno del SSN relativo al 2007, definita dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni dell'8-9 novembre 2006, è stato più volte rappresentato e ribadito che le traiettorie di convergenza tra i Sistemi Sanitari Regionali si realizza soprattutto attraverso adeguate e consistenti politiche di investimento e che tale azione di investimento occorre che riguardi sia il capitale fisso sia il capitale umano e quello cd "sociale".

In tale quadro, assume particolare importanza la previsione di rifinanziamento dell'art. 20 della legge n. 67/1988, previsto dalla manovra finanziaria per il 2007 ed assistito da una dotazione di circa 2.500 Meuro da destinare prioritariamente ad investimenti nelle regioni meridionali a contenuto prevalentemente tecnologico e con impatto significativo sui servizi caratterizzati da elevata mobilità (terapie oncologiche, etc.).

Il nuovo ciclo di programmazione della politica regionale unitaria comunitaria e nazionale 2007-

2013 può rappresentare una rilevante occasione per complementare gli sforzi per sostanziare ed accelerare il processo di convergenza e competitività. Peraltro, particolarmente preziosa può rivelarsi a tale scopo la stessa specificità metodologica della programmazione comunitaria e nazionale unitaria del nuovo periodo di programmazione, per l'enfasi che essa riserva ai principi della programmazione, della sussidiarietà, del partenariato, dell'aggiuntività e della proporzionalità, nonché per la collaudata capacità che essa ha dimostrato di saper visualizzare e governare il rapporto tra interventi e risultati.

Né va dimenticata l'eguale e contestuale attenzione che al rapporto tra sviluppo produttivo e qualità della vita dedica il Documento Strategico per il Mezzogiorno, che ha contribuito a indirizzare le scelte del Quadro Strategico Nazionale 2007-2013 e i singoli Documenti Strategici delle regioni del Mezzogiorno, nonché il Documento dei Presidenti delle Regioni del Sud sulle priorità per il Mezzogiorno, presentato unitamente alle parti economiche e sociali l'11 luglio us, con specifico riferimento al potenziamento dei livelli dei servizi, ivi compresi quelli di *welfare*, e delle dotazioni infrastrutturali nei sistemi urbani ed alla valorizzazione della società della conoscenza.

In particolare, nel Quadro strategico nazionale 2007-2013 sono stati individuati, in partenariato con le regioni del Mezzogiorno, alcuni temi per i quali sono stati stabiliti obiettivi di servizio ai cittadini. Tra questi è compreso il tema dei servizi domiciliari di cura per la popolazione anziana, nell'ottica di favorire la partecipazione femminile al mercato del lavoro e di conseguenza lo sviluppo. Al raggiungimento dei target, le Regioni del Mezzogiorno potranno disporre di risorse finanziarie premiali che potranno confluire nella programmazione di settore.

Appaiono dunque mature le condizioni politiche e programmatiche per delineare ed assumere obiettivi pluriennali di attenuazione di gap strutturali e infrastrutturali dei sistemi sanitari nelle regioni del sud, intercettando la logica dell'aggiuntività e la virtuosità metodologica degli obiettivi di convergenza della politica regionale europea e della politica aggiuntiva prevista in favore delle regioni del Mezzogiorno dal Quadro Strategico Nazionale attraverso la programmazione unitaria del Fondo per le Aree Sottoutilizzate.

Del resto, senza l'adozione di quell'ottica di convergenza e competitività verso target virtuosi di portata europea per le regioni meridionali, che presentano problemi più vistosi di equilibrio finanziario e tenuta dei servizi, la stessa ricalibratura delle politiche sanitarie nazionali delineato dal nuovo Patto per la Salute non risulterebbe né proponibile né perseguibile.

Si prospetta pertanto, mediante una visione condivisa delle potenzialità dirette ed indirette della convergenza strutturale dei servizi sanitari regionali del Mezzogiorno, la possibilità concreta di trasformare un ritardo storico in una straordinaria opportunità di innovazione nell'assistenza sanitaria e di sviluppo economico e sociale, attraverso la realizzazione di un insieme coordinato di interventi che, agendo selettivamente sulla scala dei livelli istituzionali con azioni ed impegni ispirati ai principi del partenariato e della sussidiarietà, configurano un obiettivo ambiziosamente superiore al mero rendimento dei singoli investimenti ed uno scenario che, oltre il superamento dei divari rispetto al centro-nord del Paese, può fare del Mezzogiorno una piattaforma per la sperimentazione di un approccio nuovo della promozione di salute, cittadinanza sociale e sviluppo economico.

2. Il tema della salute nei documenti di pianificazione strategica comunitaria.

La valutazione delle ricadute del periodo di **Programmazione 2000-2006** fa emergere una serie di indicazioni critiche riguardo ai **servizi per l'inclusione sociale e la sicurezza e per la salute**

- le difficoltà incontrate nell'attuare il Piano 2003-2005 ... suggeriscono di affrontare le disuguaglianze sociali legate alla salute e di effettiva uniformità di accesso alle prestazioni dei LEA tenendo conto di due lezioni specifiche:
 1. combattere le disuguaglianze direttamente, attraverso politiche di promozione della salute, di prevenzione e di correzione del sistema delle cure;
 2. combattere le disuguaglianze indirettamente, con la partecipazione nella definizione e nel monitoraggio delle politiche economiche e sociali che possono avere un impatto sulla salute.

Anche sulla scorta di tali criticità, dalla fase preliminare di concertazione del **Documento Strategico Preliminare Nazionale 2007-2013** sono scaturiti i seguenti **indirizzi**:

- Per assicurare **aggiuntività rispetto alla politica nazionale**, gli obiettivi delle politiche sanitarie nell'ambito delle politiche di coesione possono riguardare:
 - l'aumento della capacità istituzionale di programmazione, di monitoraggio e di valutazione,
 - la riduzione delle differenze nello stato di salute legate alle disuguaglianze sociali (e/o territoriali)
 - la valorizzazione dell'indotto della ricerca a livello locale.
- A tal fine, gli ambiti di intervento possibili sono i seguenti:
 - rafforzamento della *capacità di monitoraggio* delle differenze di salute – e dei loro determinanti – ... anche tramite il potenziamento e la qualificazione della funzione epidemiologica regionale ... riferita specificatamente alla valutazione dell'impatto che fattori di rischio sociali, di accesso alle cure, comportamentali e ambientali (tra cui qualità, emergenze climatiche e bonifica dei siti inquinati hanno sulla salute);
 - *integrazione fra le politiche sociali e quelle sanitarie*, riorganizzando a tal fine l'offerta del terzo settore e le modalità di erogazione dei servizi pubblici, sviluppando azioni pilota in alcune Regioni;
 - *diffusione delle applicazioni di nuove tecnologie* per la gestione delle informazioni individuali e lo sviluppo strutturato e diffuso della telemedicina per assicurare, anche a distanza, l'accessibilità a prestazioni socio-sanitarie in grado di rispondere innanzitutto a situazioni di disagio determinate dalla fascia d'età dei beneficiari o dalle difficili condizioni di accessibilità fisica dei luoghi;
 - rafforzamento ... delle modalità di trasferimento tecnologico nel settore della *ricerca biomedica*, favorendo ... la cooperazione, a livello territoriale, fra le strutture sanitarie (centri di eccellenza e strutture di assistenza e cura), le Università e i centri di ricerca pubblici e privati e le imprese del settore delle biotecnologie;
 - inoltre... **la diffusione delle tecnologie ICT assume un certo rilievo in quanto esse incidono sulla qualità e accessibilità dei servizi sanitari**, nonché sulla trasformazione dei sistemi sanitari. Per tale ragione, il potenziamento dei servizi per la salute nel 2007-2013, con particolare riferimento al Sistema Integrato di Informazioni rappresentano una specifica componente del Programma di Sanità Elettronica, nell'ambito del Piano Sanitario Nazionale e del Piano Nazionale per l'Innovazione, la Crescita e l'Occupazione 2006-2008 (PICO);
 - infine, riguardo alla Cooperazione territoriale, sembra opportuno costruire adeguatamente **reti partenariali internazionali** (ad esempio in materia di monitoraggio epidemiologico dei fenomeni naturali o antropici o di scambio di informazioni) per contribuire a dare pronte risposte alle emergenze sanitarie a livello internazionale.

3. Le aree di convergenza, competitività e di aggiuntività in ambito socio-sanitario.

Tra l'attuale fase di ricalibratura degli strumenti per la tutela della salute, all'interno e per il rilancio del Sistema Sanitario Nazionale, e la fase di impostazione della nuova programmazione dei Fondi strutturali della politica regionale comunitaria e della politica aggiuntiva prevista in favore delle regioni del Mezzogiorno dal Quadro Strategico Nazionale attraverso la programmazione unitaria del Fondo per le Aree Sottoutilizzate, è possibile identificare una serie di aree di convergenza nel rispetto del principio dell'aggiuntività, nonché di accrescimento del potenziale di competitività dei sistemi di protezione sociale e dei sistemi economici e degli apparati produttivi che insistono nei territori delle regioni meridionali.

I principali riferimenti sono i seguenti.

Disparità territoriali

(QSN pag.23)

- *“A frenare lo sviluppo del Mezzogiorno Assai peggiore che nel Centro Nord è la qualità dei servizi collettivi: dall'accessibilità alla tutela dell'ambiente, dalla **sanità** alla tutela della sicurezza, dai servizi idrici all'istruzione. ...”*

Diritti di cittadinanza sociale e Priorità di intervento

(QSN pagg.70, 78, 79, 83-84)

- **Priorità 2 - Promozione, valorizzazione e diffusione della ricerca e dell'innovazione per la competitività**
 - **Obiettivo specifico: 2.1.6 Sviluppare contenuti, applicazioni e servizi digitali avanzati e accrescerne la capacità di utilizzo, l'accessibilità e fruibilità anche attraverso adeguata promozione dell'offerta.**

*“Inoltre, va considerata come risorsa l'industria ad alta intensità di conoscenza (“knowledge-intensive”) che sta nascendo dalla cosiddetta “convergenza digitale”- caratterizzata da contenuti e servizi multimediali e interattivi veicolati su sistemi di comunicazione a banda larga - che costituisce un settore ad alto tasso di crescita, innovazione e valore aggiunto anche per il mercato dei consumatori. Ad essa la politica regionale unitaria può dare un contributo decisivo soprattutto in ambito culturale e turistico, educativo, **sanità elettronica** (per es. **telemedicina**), sociale, per l'infomobilità e la logistica. Anche la disponibilità dell'informazione pubblica può svolgere un ruolo essenziale per la produzione di nuovi servizi a valore aggiunto. La crescita di questo mercato, quindi della domanda di servizi e contenuti, ha un fondamentale ruolo di stimolo rispetto alla diffusione della banda larga, così come può, di contro, risentire dei ritardi e soprattutto dei divari territoriali che la caratterizzano.”*
- **Priorità 3 – Uso sostenibile e efficiente delle risorse ambientali per lo sviluppo**
 - **Obiettivo 3.1.2 – Accrescere la capacità di offerta, la qualità e l'efficienza del servizio idrico, e rafforzare la difesa del suolo e la prevenzione dei rischi naturali**

*“...rafforzare la base conoscitiva e la interoperatività dei sistemi di monitoraggio ambientale, anche per consentire la piena attuazione della Direttiva 2000/60 e la predisposizione degli strumenti di pianificazione settoriale; **garantire la sorveglianza sanitaria**; ...”*
 - **Obiettivo 3.1.3 - Accrescere la capacità di offerta, qualità e efficienza del servizio di gestione dei rifiuti, rafforzando le filiere produttive a esso collegate e recuperare alle opportunità di sviluppo sostenibile i siti contaminati, anche a tutela della salute pubblica**

*“...Una corretta gestione dei rifiuti e la restituzione all'uso collettivo di aree contaminate costituiscono fattori determinanti per aumentare qualità e competitività territoriale e assicurare tutela delle risorse naturali e della **salute**. Questa priorità assume particolare rilievo nel Mezzogiorno, dove i ritardi accumulati ... minacciano la sostenibilità dello sviluppo produttivo e residenziale.”*

- **Priorità 4 – Inclusione sociale e servizi per la qualità della vita e l'attrattività territoriale**
 - Obiettivo specifico 4.1.1 - Valorizzare il capitale sociale sottoutilizzato nelle aree urbane e rurali, attraverso il miglioramento della qualità e accessibilità dei servizi di protezione sociale di cura e conciliazione e dei sistemi di formazione e apprendimento...
 - *“...**l'inclusione sociale** non può essere affidata a singoli interventi settoriali, ma deve essere il frutto di una strategia, attuata con progetti integrati che abbiano al centro il cittadino beneficiario di pacchetti di servizi (sociali, **sociosanitari**, socioeducativi, socioassistenziali, di inserimento lavorativo e di contrasto ai fenomeni di violenza, ecc.), favorendone la responsabilizzazione, nell'esercizio dei propri diritti, e promuovendone la capacità di pressione, allo scopo di configurare un sistema, territorialmente omogeneo, di **cittadinanza sociale**. Va pertanto esteso l'utilizzo degli strumenti di programmazione integrata, raccordando i vari livelli di governo coinvolti, le diverse fonti finanziarie e i diversi strumenti. ... Vanno individuati sistemi di incentivi e modelli di relazioni istituzionali diretti a integrare e rafforzare le risposte dei **servizi sociali**, socioeducativi, **sanitari** e delle politiche del lavoro...*
 - *A sostegno di tali obiettivi e in linea con gli orientamenti comunitari relativamente alla e-inclusion e **e-health**, occorre sfruttare appieno e in modo strutturato le opportunità offerte dalle tecnologie dell'informazione e comunicazione, per ... ridurre svantaggi territoriali e di servizio esistenti che penalizzano individui e comunità, aumentando le possibilità di accesso alla conoscenza, al lavoro e a tutte le opportunità (sostenendo ad esempio lo **sviluppo della telemedicina e della teleassistenza** per assicurare, anche a distanza, l'**accessibilità a prestazioni socio-sanitarie**, superando così i disagi determinati dall'età dei beneficiari o dalle condizioni di accessibilità fisica dei luoghi);*

Esplicitazione della strategia del Fondo Sociale Europeo

(QSN pag.135)

*Il Fondo Sociale Europeo sosterrà, ... , principalmente gli obiettivi del Quadro previsti dalle Priorità 1 (Miglioramento e valorizzazione delle risorse umane), 7 (Competitività dei sistemi produttivi ed occupazione), 4 (**Inclusione sociale e servizi per la qualità della vita e l'attrattività territoriale**) e 2 (Promozione, valorizzazione e diffusione della ricerca e dell'innovazione per la competitività), nonché, laddove pertinenti alla specifica missione del Fondo, anche quelli previsti dalle altre priorità, come ad esempio interventi di formazione sui grandi temi della sostenibilità ambientale e della **salute pubblica** (Priorità 3) ... e la formazione continua per il **rafforzamento della capacity building della Pubblica amministrazione** (Priorità 10).*

Servizi essenziali e obiettivi misurabili

(QSN pag.125)

Obiettivi e indicatori - incrementare i servizi di cura alla persona

- *“Per quanto riguarda l'obiettivo di incrementare i servizi di cura alla persona, si è scelto un target che comprende aspetti relativi alla conciliazione tra vita lavorativa e familiare che, alleggerendo i carichi familiari prevalentemente ancora di responsabilità delle donne, contribuiscono a elevare il tasso di occupazione femminile. Gli indicatori scelti, oltre a essere correlati in modo chiaro con l'obiettivo strategico della strategia di sviluppo mirante all'incremento del tasso di occupazione femminile, risultano rilevanti per creare condizioni favorevoli allo sviluppo, fare fronte a disparità territoriali non giustificate e incrementare le opportunità delle persone.*
- *Gli indicatori su cui definire target vincolanti sono: ... 3. numero di anziani assistiti in assistenza domiciliare integrata (ADI) rispetto al totale della popolazione anziana (superiore a 64 anni); 4. incidenza percentuale della spesa per l'assistenza domiciliare integrata sul totale della spesa sanitaria regionale per l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.*
- *Al raggiungimento dei target, le Regioni del Mezzogiorno potranno disporre di risorse finanziarie premiali che potranno confluire nella programmazione di settore.*

Riserva di premialità

(QSN pag.199)

- *“Il sistema di premialità del QSN 2007-2013 si concentra sull’obiettivo di promuovere e valorizzare l’efficacia di modelli progettuali innovativi e/o tecniche attuative che influenzino positivamente l’impatto della politica regionale.*
- *A tale fine è destinata una riserva di premialità nazionale per le Regioni del Mezzogiorno accantonata su risorse FAS senza una pre-allocazione regionale. Tale riserva sarà destinata al cofinanziamento di un numero limitato di progetti con caratteristiche innovative e di particolare qualità, in aree tematiche o settoriali strettamente legate alle priorità del Quadro o che valorizzino la cooperazione interistituzionale, quali ad esempio progetti integrati interregionali e multilivello o l’utilizzo di forme di finanza innovativa.*
- *La selezione dei progetti avverrà a livello nazionale, con un accompagnamento nella fase di realizzazione dei progetti. Il sistema di selezione e accompagnamento sarà disegnato in modo da garantire la massima qualità della progettazione e della realizzazione.*
- *Al fine di sostenere la qualità dell’azione amministrativa e l’efficienza dell’attuazione della programmazione operativa si incoraggiano le Regioni ad istituire riserve di premialità sulle proprie allocazioni per la politica regionale da utilizzare per premiare gli Enti Locali o gli altri soggetti da cui dipende il conseguimento degli obiettivi di avanzamento istituzionale e di servizio propri del QSN.”.*

“Riserva del FAS per il Mezzogiorno”

(Nota di sintesi - Il Quadro Strategico Nazionale per il 2007-2013 e la proposta di allocazione dei fondi comunitari europei e del fondo aree sottoutilizzate – pag.7)

- Nel confronto tra Ministero dello Sviluppo Economico (Mi.S.E.), Ministero della Salute e Regioni Mezzogiorno sul tema della intensificazione degli investimenti sulle tematiche della salute si è registrato un orientamento comune circa l’accantonamento del FAS per una riserva generale del Mezzogiorno.
- *“Nel confronto MiSE - Regioni Mezzogiorno si è registrato un accordo circa l’accantonamento del 30% del FAS per una riserva generale del Mezzogiorno ... tale riserva ha l’obiettivo di sostenere eventuali esigenze di programmazione nel corso dell’attuazione in base alle Priorità QSN o nuove esigenze non previste; di finanziare incentivi da attribuire in base al raggiungimento degli obiettivi di servizio; di costituire una riserva di premialità per progetti di qualità che saranno realizzati nel corso del periodo di programmazione; di **finanziare uno o più progetti strategici di eccellenza per la Salute che avranno caratteristiche condivise di interregionalità o di valenza sovraregionale, a carattere sperimentale o pilota, che saranno dettagliate in fase di attuazione e si richiameranno agli accordi sottoscritti fra il Ministero della Salute e i Presidenti delle Regioni in materia di sanità.**”.*

Equità, disparità territoriali e mobilità sanitaria interregionale

Il fenomeno della mobilità sanitaria interregionale sostanzia una delle principali criticità dell'applicazione sostanziale del principio di equità e della presenza di disparità territoriali nei servizi per la qualità della vita, su cui la politica regionale unitaria intende incidere.

In merito, è possibile rappresentare come l'incidenza del saldo di mobilità interregionale sia sistematicamente e sensibilmente negativo per le Regioni del Mezzogiorno (con riferimento ai dati considerati ai fini del Patto di stabilità Stato-Regioni-PA), e come quindi siano stati sostanzialmente insufficienti, rispetto ad un obiettivo di convergenza, i passati sforzi pluriennali basati sulle sole azioni di governo della spesa.

REGIONI vs ANNI (MEuro)	Popolazione (a)	2003			2004			2005		
		Stanziam. (1)	Saldo mobilità (2)	Incidenza (3)= (2)/(1)	Stanziam. (1)	Saldo mobilità (2)	Incidenza (3)= (2)/(1)	Stanziam. (1)	Saldo mobilità (4)	Incidenza (5)= (4)/(1)
Campania	5.790.929	7.385,9	-272,2	-3,68%	7.728,1	-275,3	-3,56%	7.968,1	-279,3	-3,51%
Puglia	4.071.518	5.231,7	-132,3	-2,53%	5.475,2	-159,6	-2,91%	5.759,4	-179,8	-3,12%
Basilicata	594.086	791,2	-57,8	-7,31%	831,6	-56,1	-6,74%	885,1	-49,4	-5,58%
Calabria	2.004.415	2.666,3	-197,2	-7,40%	2.795,2	-215,9	-7,72%	2.931,5	-217,4	-7,41%
Sicilia	5.017.212	6.484,9	-206,9	-3,19%	6.757,6	-198,6	-2,94%	7.173,3	-200,0	-2,79%
Sardegna	1.655.677	2.111,8	-50,9	-2,41%	2.194,0	-51,3	-2,34%	2.350,4	-53,7	-2,29%
Totali	19.133.837	24.671,9	-917,2	-3,72%	25.781,7	-956,8	-3,71%	27.067,7	-979,6	-3,62%

(a): dati ISTAT all'1.1.2006 utilizzati per il riparto del fabbisogno SSN dell'anno 2007

(1): Totale finanziamenti senza mobilità e senza entrate proprie (fonte: Tavolo Monitoraggio spesa sanitaria)

(2): Valori reali (conguagli, luglio 2006); fonte: coordinamento interregionale mobilità

(4): Addebiti iniziali (settembre 2006); fonte: coordinamento interregionale mobilità

Note

Tale situazione concretizza ed amplifica il divario territoriale per cui una quota significativa della capacità di spesa delle Regioni del sud finisce per essere riversata a quelle del centro-nord, con conseguente rischio di congestionamento dei servizi ivi localizzati e deleterie ripercussioni sulle liste d'attesa, comportando inoltre il segnalato fenomeno di tassazione impropria delle famiglie meridionali, sulle quali si scaricano gli oneri dei cd "viaggi della speranza".

Tenendo conto della composizione per tipologie di mobilità (cd "flussi"), emerge che, in media, oltre il 13% del valore del saldo negativo dipende da prestazioni diverse dai ricoveri (ordinari e day-hospital), di cui la metà per prestazioni di specialistica ambulatoriale.

REGIONI vs FLUSSI (2005) (Euro/000)	Totale	Ricoveri e DH (flusso A)	%	Specialistica (flusso C)	%	altro	%
Campania	-279.498	-246.528	88,2%	-21.254	7,6%	-11.716	4,2%
Puglia	-180.056	-153.212	85,1%	-14.557	8,1%	-12.287	6,8%
Basilicata	-46.935	-43.337	92,3%	-2.540	5,4%	-1.058	2,3%
Calabria	-217.361	-189.715	87,3%	-14.391	6,6%	-13.255	6,1%
Sicilia	-200.198	-170.761	85,3%	-14.000	7,0%	-15.437	7,7%
Sardegna	-53.735	-45.205	84,1%	-4.412	8,2%	-4.118	7,7%
Totali	-977.783	-848.758	86,8%	-71.154	7,3%	-57.871	5,9%

Per le Regioni Abruzzo e Molise si appalesa una eterogeneità di composizione del saldo e conseguentemente dei fattori di squilibrio rispetto a cui migliorare le leve di governo.

REGIONI vs ANNI (MEuro)	Popolazione (a)	2003			2004			2005		
		Stanziam. (1)	Saldo mobilità (2)	Incidenza (3)= (2)/(1)	Stanziam. (1)	Saldo mobilità (2)	Incidenza (3)= (2)/(1)	Stanziam. (1)	Saldo mobilità (4)	Incidenza (5)= (4)/(1)
Abruzzo	1.305.307	1.694,9	12,6	0,74%	1.784,8	12,6	0,71%	1.946,5	9,1	0,47%
Molise	320.907	438,3	1,6	0,36%	416,5	-1,6	-0,38%	492,5	4,7	0,95%

(a): dati ISTAT all'1.1.2006 utilizzati per il riparto del fabbisogno SSN dell'anno 2007

(1): Totale finanziamenti senza mobilità e senza entrate proprie (fonte: Tavolo Monitoraggio spesa sanitaria)

(2): Valori reali (conguagli, luglio 2006); fonte: coordinamento interregionale mobilità

(4): Addebiti iniziali (settembre 2006); fonte: coordinamento interregionale mobilità

Note

REGIONI vs FLUSSI (2005) (Euro/000)	Totale	Ricoveri e DH (flusso A)	Specialistica (flusso C)
Abruzzo	9.119	20.523	-5.098
Molise	4.657	-401	5.696

Il fenomeno della mobilità, pur significativo in termini dimensionali, è solo parzialmente colto da tali rilevazioni ed analisi, non essendo censita la parte di prestazioni specialistiche a carico dei privati (intramoenia ed extramoenia, visite private) che sovente precedono e seguono le prestazioni di ricovero, denotando quindi un ulteriore aggravio del disagio per i cittadini costretti alla mobilità.

Nel complesso, la problematica riguarda un bacino di riferimento di quasi 21 milioni di abitanti delle Regioni del Mezzogiorno.

Dal punto di vista qualitativo, considerati gli aspetti fisiologici della cd “mobilità di confine” disciplinabili e governabili mediante accordi interregionali, va considerata la possibilità di attivare strumenti per contenere (in coordinamento con le politiche di promozione dell’appropriatezza e con particolare riferimento ai cd 43 DRG “ad alto rischio di inappropriatezza” di cui all’Allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001), i ricoveri in mobilità interregionale passiva afferenti ad aree critiche di patologie efficacemente erogabili in ogni regione:

- sistema nervoso;
- apparato respiratorio;
- apparato cardio-circolatorio;
- apparato digerente;
- sistema muscolo scheletrico e tessuto connettivo.

In tale ambito, in base alla casistica riscontrabile nelle diverse regioni, si possono delineare aree critiche per azioni mirate di riduzione della mobilità passiva per particolari DRG quali quelli relativi a:

- oculistica;
- ginecologia;
- chirurgia vascolare;
- cardiocirurgia;
- neurochirurgia;
- ortopedia e implantologia protesica.

Il livello di assistenza sanitaria collettiva

Le fasi di verifica dei LEA, a cura dell’apposito tavolo Stato-Regioni-PA, stanno consegnando una situazione in cui emerge che le Regioni dell’Obiettivo Convergenza hanno difficoltà a rispettare il livello di assistenza sanitaria collettiva a quota 5% e ad assicurare una copertura (vaccinale e degli screening) in linea con gli obiettivi nazionali di salute.

Le dimensioni quantitative del fenomeno potranno essere esplicitate e rappresentate a seguito della elaborazione della serie storica fino al 2005 dei modelli LA dei flussi obbligatori ministeriali.

Le liste d’attesa

Il piano nazionale dei tempi di attesa, approvato con Intesa Stato-Regioni-PA del 28 marzo 2006 Rep. 2555 a cui si sono collegati i Piani regionali (la data prevista di adozione era il 30 giugno 2006), consegna una situazione di obiettivi ambiziosi e sfidanti su circa 100 prestazioni.

Tali prestazioni riguardano specifiche aree di bisogno assistenziale ad elevata criticità di servizio (area oncologica, area cardiovascolare, area materno-infantile, visite specialistiche, altre prestazioni), con target di servizio con tempi certi d’attesa per 48 prestazioni e standard massimi per classi di priorità (10 giorni, 30 giorni, 60 giorni, 90 giorni, 180 giorni).

Dai lavori preliminari è comunque emersa una difficoltà comune delle Regioni dell'Obiettivo Convergenza a presidiare tale tematica e ad assumere target sufficientemente significativi.

La rilevazione sperimentale è stata coordinata dall'ASSR in base all'Accordo Stato-Regioni-PA dell'11 luglio 2002 per il monitoraggio dei tempi di attesa con riferimento ad un set di prestazioni ambulatoriali e di ricovero (giorni indice nei periodi di novembre 2002, giugno 2003, gennaio 2004, ottobre 2004, aprile 2005, ottobre 2005).

In particolare, è stato sottoposto a monitoraggio il rispetto dei target di tempi massimi di attesa delle seguenti prestazioni:

- prestazioni ambulatoriali (tempi massimi di attesa per almeno l'80% delle prenotazioni):
ecografia addome, ecodoppler dei tronchi sovraortici e dei vasi periferici, esofagogastroduodenoscopia, RMN della colonna, RMN cerebrale, TAC cerebrale, TAC dell'addome, Visita cardiologia, Visita oculistica, Visita ortopedica;
- prestazioni di ricovero (tempi massimi di attesa per il 90% e per il 50% dei pazienti):
intervento di protesi d'anca, intervento per cataratta, coronografia, cancro della mammella, cancro del colon-retto.

Dalla rilevazione emerge uno scenario variegato circa il rispetto dei tempi massimi target, in cui non è chiaramente possibile desumere tendenze di carattere territoriale, configurando peraltro una situazione per cui il problema dei tempi d'attesa accomuna quasi tutte le regioni.

Emergono tuttavia segnali di tendenza peggiorativa per talune prestazioni in alcune regioni meridionali (Puglia, Calabria, Basilicata), che, associate alla consistenza apparentemente contenuta delle prenotazioni rispetto alle richieste teoriche, potrebbero contenere la rappresentazione di un concorso alla dilatazione del fenomeno della mobilità ed un peggioramento quindi delle condizioni di realizzazione del principio di equità effettiva dei sistemi socio-sanitari regionali.

4. Concomitanza tra convergenza socio- sanitaria, competitività ed inclusione sociale.

Occorre sottolineare, in tema di concorso decisivo alla convergenza tra standard assistenziali regionali, l'importanza dell'integrazione socio-sanitaria (come qualificata dall'art.3-septies del D.Lgs.502/1992 smi) rispetto alle politiche sociali.

La contestualità della convergenza costituisce senz'altro un fattore critico di successo per realizzare l'auspicata integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale e tra i servizi socio-sanitari e sociali, a vantaggio della complessiva crescita della qualità dei sistemi di protezione sociale calibrati sulla centralità del cittadino.

Come noto, le politiche relative all'inclusione sociale e alla sicurezza, finalizzate all'obiettivo comune di migliorare le condizioni di vita e l'accesso alle opportunità per tutti, rappresentano una delle priorità del QSN 2007-2013, anche perché si è più volte richiamato come tali politiche aumentano l'attrattività e la competitività dei territori.

L'accelerazione delle azioni di convergenza afferenti al settore socio-sanitario e sociale potrà pertanto accrescere le potenzialità di competitività anche riguardo agli apparati produttivi ed agli effetti occupazionali.

Conseguentemente i P.O. per il periodo 2007-2013 potranno utilmente puntare su una strategia che consideri tre elementi:

1. l'orientamento alla persona (la centralità della persona come titolare di diritti di cittadinanza);
2. il ruolo della Pubblica Amministrazione in tema di correttezza, trasparenza e comprensibilità dell'azione amministrativa;
3. il ruolo del Partenariato Economico e Sociale (le responsabilizzazione del PES).

Le tematiche dell'inclusione sociale e della sicurezza, ancorché ambiti propri delle politiche ordinarie nazionali, possono sicuramente beneficiare di una sensibile accelerazione, in un contesto multiregionale dinamico, tramite un sostegno mirato di misure coerentemente addizionali quali

quelle che si possono mettere in campo con la programmazione comunitaria e con la politica aggiuntiva prevista in favore delle regioni del Mezzogiorno dal Quadro Strategico Nazionale.

5. Salute, sicurezza e sviluppo: l'impatto economico della filiera produttiva.

Il quadro generale all'interno del quale inserire il processo di rafforzamento delle dinamiche di convergenza dei livelli di servizi attiene contestualmente alla considerazione della **sanità come risorsa** dei sistemi economici regionali, quale generatore di impulsi coordinabili alla domanda ed alla offerta per contribuire allo sviluppo economico delle regioni del Mezzogiorno.

Inoltre, dare ai cittadini delle regioni meridionali un sistema sanitario migliore rafforza la **percezione dell'equità** e la **fiducia** nelle istituzioni, aumentando di fatto quelle componenti del capitale sociale riconducibili a **sicurezza** e legalità.

Oltre alle valenze in termini di sviluppo, di seguito rappresentate, l'effetto moltiplicatore si amplifica proprio in quelle aree rurali o degradate assediate dai problemi della povertà, della disoccupazione, della emigrazione e della illegalità, ove l'abbandono e l'insicurezza ledono le prospettive stesse di una società oltre che l'attaccamento ad una buona salute.

Una filiera della salute ispirata ed amministrata con criteri di qualità, cooperazione, efficienza e trasparenza contribuisce a collegare la domanda di beni e servizi allo **sviluppo** degli apparati produttivi territoriali e ad organizzarsi anch'essi secondo criteri di competitività, efficienza e trasparenza.

In questo ambito, la creazione di centrali di acquisto regionali o interregionali, prevista dall'art. 1 commi 449 e 455 della legge n.296/2006, può contribuire ad un più ordinato sviluppo della concorrenza fra le imprese nonché alla riqualificazione della spesa per beni e servizi, orientando il mercato al soddisfacimento delle effettive esigenze delle politiche sanitarie.

A tal fine, anche il **programma "Industria 2015"** del Ministero dello Sviluppo Economico punta sul settore sanitario come settore prioritario e trainante per le politiche di sviluppo nazionali di medio periodo.

Per quanto riguarda le caratteristiche generali di **impatto**, una **ricerca** diffusa nel marzo 2006 da parte della **Commissione Sanità di Confindustria** ha messo in evidenza il contributo della filiera della salute al prodotto nazionale. La ricerca ha stimato in che misura la cd "**filiera della salute**"¹ concorre al processo di formazione della ricchezza del Paese, sia direttamente sia indirettamente attraverso i settori che forniscono le materie prime e gli altri input intermedi, quale contributo diretto al PIL apportato dall'industria farmaceutica, dalla fabbricazione di apparecchiature per la diagnostica, dall'assistenza ospedaliera ed altro, nonché gli effetti indotti sui comparti ad essi collegati da rapporti di interdipendenza.

La ricerca evidenzia che, nel 2004 ed a livello nazionale, nelle oltre **250 mila unità locali** che compongono la filiera della salute, gli **occupati** ammontavano complessivamente a quasi **1,4 milioni** (corrispondenti a più del **6% delle forze di lavoro** occupate nell'intero Paese). Risulta una elevata concentrazione degli addetti nei servizi (l'80,3% del totale) ed un apprezzabile volume dell'occupazione assorbita dall'industria farmaceutica e da quella per la fabbricazione di apparecchi e strumenti sanitari (10,3%). La ricerca riferisce che, rispetto al 1996, il totale degli addetti è cresciuto del 12,8%, soprattutto per effetto del sensibile incremento dell'occupazione nelle attività dei servizi sanitari (15%) e nell'industria farmaceutica (7,8%); negli altri settori il tasso di incremento oscilla attorno al 5%, ad eccezione dell'industria della fabbricazione di strumenti medicali e chirurgici dove si posiziona poco sopra l'1%.

Sempre nel 2004, il **valore della produzione** ai prezzi di mercato della filiera della salute si è attestato sui **191.900 milioni di euro**, corrispondenti a circa 138 mila euro per addetto (contro

¹ "Il contributo della filiera della salute al prodotto nazionale", Confindustria, Roma, marzo 2006. La ricerca, coordinata da Romano Bedetti, è stata condotta per conto della Commissione Sanità di Confindustria dal Prof. Nicola Quirino. Alla filiera della salute sono state ricondotte diverse attività: fabbricazione di prodotti farmaceutici, chimici e botanici per usi medicinali; fabbricazione di apparecchi medicali, chirurgici, ortopedici, di lenti e occhiali da vista; commercio all'ingrosso di prodotti farmaceutici, strumenti e apparecchi sanitari; commercio al dettaglio di farmaci, medicinali, apparecchi e materiale terapeutico; servizi ospedalieri; prestazioni ambulatoriali. Insomma, una gamma di attività che vanno dall'industria in senso stretto alla distribuzione commerciale fino ai servizi alle famiglie.

una media di 106 mila euro per l'intera economia). Il 59,5% della produzione totale deriva dai servizi ospedalieri e ambulatoriali, il 27% dalla distribuzione commerciale ed il restante **13,5%** dalle **attività industriali**. La produzione di queste ultime (pari in cifra assoluta a **25,9 miliardi di euro**) rappresenta poco meno del **4% di tutta la produzione manifatturiera**, con un peso corrispondente a quello dell'industria dei mobili, quale settore di punta del *made in Italy*, pur impiegando quasi la metà delle forze di lavoro.

Il **valore aggiunto diretto** si avvicina a **76 miliardi di euro**, pari al **5,6% del PIL dell'intera economia**; per il 54,1% esso è da attribuire all'assistenza ospedaliera e ambulatoriale, per il 32,2% alla distribuzione all'ingrosso e al dettaglio di farmaci e prodotti medicali e per il restante 13,7% alla "industria della salute", ivi compresa la fabbricazione di farmaci e apparecchi medicali. Confrontando i dati della produzione con quelli del valore aggiunto, la ricerca mostra che per ogni 100 euro di prodotto il fabbisogno di input intermedi è di 85 euro per il commercio, 58 euro per l'industria e 52 euro per i servizi sanitari.

La ricerca quindi evidenzia che complessivamente il **valore aggiunto diretto e indotto** derivante dalle attività della filiera della salute supera i **149 miliardi di euro**, che corrispondono all'**11,1% del PIL** dell'intera economia nazionale; i servizi sanitari contribuiscono direttamente e indirettamente per il 7,1% alla formazione della ricchezza nazionale, la distribuzione di farmaci e prodotti medicali per il 2,4% e l'industria della salute per il rimanente 1,6%.

La ricerca conclude, in merito alle potenzialità "moltiplicatrici" di investimenti e spesa nella filiera, che:

- un aumento del 3% della domanda di beni e servizi della filiera della salute (cioè di quasi 5.800 milioni di euro in cifra assoluta) determina un incremento del PIL dello 0,33% (circa 4.500 milioni di euro), e viceversa nel caso di una contrazione;
- ogni 100 euro di produzione dei servizi sanitari genera un valore aggiunto totale di 84 euro, mentre nell'industria e nel commercio allo stesso volume di produzione è associato un valore aggiunto totale rispettivamente pari a 82 e 62 euro;
- la filiera della salute impiega, direttamente e attraverso il tiraggio dell'indotto, circa due milioni e mezzo di addetti, ossia più del 10% delle complessive forze di lavoro occupate.

E' altresì evidenziato che l'importanza della filiera della salute nell'ambito del sistema economico nazionale è andata progressivamente aumentando, passando dal 4,9% nel 1996 al 5,6% nel 2004; nel periodo 1996-2004 la produzione e il valore aggiunto della filiera si sono accresciuti ad un tasso medio annuo del 4% circa.

In tale quadro, il trend di crescita della filiera ed in particolare il mercato dei prodotti intermedi costituisce sicuramente una grande opportunità di sviluppo economico e crescita dimensionale degli apparati produttivi delle regioni meridionali, con una elevata potenzialità di ritorno degli investimenti sia sotto l'aspetto del valore aggiunto che degli impatti occupazionali.

Inoltre la ricerca evidenzia anche la dinamica delle risorse che l'industria della salute investe nelle attività di ricerca scientifica e sviluppo sperimentale, alimentando la "cosiddetta economia della conoscenza". In particolare la ricerca evidenzia che nel 2003 l'industria della salute ha speso per la ricerca e sviluppo *intra muros* quasi 826 milioni di euro, corrispondenti al 14,9% delle spese totali per la ricerca dell'industria manifatturiera; la spesa del settore della fabbricazione di prodotti farmaceutici, chimici e botanici per usi medicinali si è attestata sopra i 594 milioni di euro, mentre quella del settore della fabbricazione di apparecchi medicali, chirurgici e ortopedici è risultata pari a più di 231 milioni di euro. Rispetto al 2001, gli investimenti in R&S *intra muros* dell'industria della salute sono aumentati in termini nominali del 10%, contro un tasso medio di incremento dell'8,5% per l'industria in senso stretto.

Tale ambito di investimento costituisce quindi un'altra importante area ad elevata potenzialità di attenzione ed attrazione per i sistemi economici delle regioni meridionali.

6. Le politiche di *e-health*.

L'area della *e-health* è una delle politiche previste dal Piano E-Europe 2005 della Commissione Europea, e concerne la definizione di soluzioni e strumenti per migliorare la capacità e la qualità di servizio e le possibilità di accesso agli stessi e di comunicazione da parte di tutte le categorie di utenti.

A partire dai documenti preliminari e dalle comunicazioni del 2003 e del 2004, il **Piano E-Europe 2005** definisce una serie di aree di intersezione tra l'innovazione tecnologica e la diffusione della società della conoscenza e della comunicazione ed un set di servizi per migliorare le condizioni di conoscenza ed accesso ai servizi per la tutela e la promozione della salute, favorendo quindi un miglioramento più diffuso della qualità della vita.

E' possibile configurare un ruolo rilevante, se non proprio decisivo, per le finalità dell'accelerazione della convergenza di azioni a valenza interregionale e regionale, purché coerente ed in linea di continuità con i progetti dei piani nazionale e regionali di *e-government* e con i risultati delle attività di ricerca ed innovazione dei modelli assistenziali promossi dal Ministero della Salute.

7. La piattaforma operativa: tratti comuni e *policy fields* addizionali.

7.1 I tratti comuni.

In sintesi, quindi, si possono identificare i seguenti tratti comuni tra politiche strutturali della programmazione regionale unitaria e della programmazione sanitaria delle regioni meridionali nonché di interesse nazionale, per gli evidenti riflessi anche per le regioni del centro-nord e dell'intero SSN:

1. l'accessibilità effettiva ai servizi per la salute influenza i diritti sociali di cittadinanza;
2. i servizi per la salute influenzano positivamente lo sviluppo economico e le potenzialità di diffusione ed intensificazione delle attività connesse con le attività produttive, l'innovazione e la ricerca;
3. il saldo di mobilità interregionale è passivo e di consistenza rilevante, determinando situazioni di disagio al cittadino ma anche di criticità finanziarie e funzionali;
4. è importante monitorare e governare lo stato di salute e la variabili strutturali per la tutela;
5. è importante conoscere e monitorare le variabili ambientali e governare i fattori di rischio ambientali e comportamentali della salute;
6. gli investimenti aggiuntivi tecnologici sono investimenti chiave per migliorare l'accessibilità e la fruibilità dei servizi e migliorare l'inclusione sociale;
7. in tale ambito, assume particolare importanza la telemedicina e gli strumenti della società dell'informazione;
8. assume rilevanza strategica decisiva per l'efficacia del servizio al cittadino e per la tenuta degli equilibri finanziari la capacità/possibilità di integrazione "ospedale-territorio" e "sanitario-sociale", anche in termini di creazione e diffusione dell'imprenditoria nel settore sociale;
9. l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è altresì fattore che consente di incrementare la potenzialità di servizio verso anziani e soggetti non-autosufficienti e contemporaneamente accrescere la partecipazione della donna al mercato del lavoro.

7.2 Gli obiettivi di convergenza e competitività.

Sulla base di quanto sopra, si possono identificare una serie di obiettivi comuni di convergenza:

1. Conseguimento dell'obiettivo di incremento della disponibilità del servizio di assistenza domiciliare integrata per la popolazione anziana nelle regioni del Mezzogiorno, secondo quanto definito nell'ambito del gruppo tecnico obiettivi di servizio del QSN;
2. miglioramento del saldo interregionale di mobilità, fino alla conduzione al 2013 entro una soglia fisiologica di -1,5% dell'assegnazione lorda da FSN (senza considerare la mobilità e le entrate proprie);
3. contenimento dei tempi delle liste d'attesa, da condurre entro il 2013 entro i target generali validi a livello nazionale per le prime due classi di priorità (10 e 30 giorni);
4. accelerazione della razionalizzazione ed ottimizzazione dell'assistenza ospedaliera, con spesa non superiore al 44% del totale, a vantaggio dell'incremento dell'assistenza territoriale e della prevenzione e dell'integrazione tra assistenza sanitaria e socio-sanitaria ed assistenza sociale;
5. miglioramento di turn-over ed intensità di investimento strutturale ed in tecnologie, con un valore soglia al 2013 del 5% annuo rispetto all'assegnazione lorda da FSN, in condizioni di complementarità rispetto agli investimenti programmati in base all'art.20 legge n.67/1988 smi;
6. incremento omogeneo dell'intensità di investimento in azioni di ricerca e sviluppo, con un valore soglia al 2013 dell'1,5% annuo rispetto all'assegnazione lorda da FSN, in condizioni di complementarità rispetto agli investimenti nazionali specifici;
7. intensificazione degli investimenti in promozione della salute, prevenzione e sanità pubblica (politiche vaccinali e programmi di screening, sistemi di sorveglianza, rilevazioni anticipatorie dei fattori di rischio, campagne educative, comunicazionali), con il pieno conseguimento di almeno il valore del 5% del livello di assistenza rispetto alla spesa complessiva;
8. allineamento al livello nazionale della quota di contribuzione al PIL della filiera della salute.

7.3 Indicatori e target di convergenza e competitività.

Gli strumenti di monitoraggio e vincolo derivanti dalla normativa di declinazione del patto di stabilità in materia sanitaria ha già generato più set di indicatori per misurare le traiettorie di convergenza rispetto agli obiettivi dei livelli di assistenza (p.e. indicatori per la verifica dell'effettiva erogazione dei LEA da parte del Comitato di cui all'art.8 dell'Intesa del 23 marzo 2005; indicatori ai fini dell'attribuzione della riserva FAS di cui all'art.51 c.1 del D.L.n.269/2003 smi legge n.326/2003; proposte di indicatori ai fini dell'applicazione dell'Intesa 23 marzo 2005 art.8 c.4 e All.1 art.2; etc.).

Tuttavia, ai fini della compatibilità e coerenza con gli interventi strutturali delle politiche regionali comunitarie, tali indicatori non potrebbero essere considerati in quanto tipicamente attinenti alle politiche ordinarie dello Stato Membro oppure aventi valenza essenzialmente retroattiva (erogazione della riserva FAS, art.51 c.1 DL n.269/2003).

Pertanto, attraverso uno specifico confronto tra i diversi attori coinvolti, occorrerà delineare uno specifico set di indicatori e di possibili target, tratti o comunque coerenti rispetto a quelli che scaturiranno dal nuovo Patto per la Salute, espressivi degli obiettivi aggiuntivi di convergenza strutturale tale da rispettare il pre-requisito della addizionalità degli investimenti strutturali rispetto alle politiche ordinarie ed avere una significativa valenza prospettica per il periodo 2007-2013.

7.4 Gli strumenti della programmazione: Protocollo d'Intesa Stato-Regioni per una "visione condivisa" per accelerare la convergenza di salute, sicurezza, sviluppo.

Le procedure della programmazione unitaria regionale del QSN puntano alla costruzione di patti espliciti tra le Amministrazioni per l'attuazione del sistema di obiettivi quale strumento per assicurare la realizzazione di opportune condizioni normative e la mobilitazione delle responsabilità. Per rafforzare gli impegni delle Amministrazioni centrali che hanno responsabilità indirette nel conseguimento di questi obiettivi strategici, tra cui il Ministero della Salute, il QSN condiziona la finanziabilità delle proposte di azioni di sistema di tali Amministrazioni all'esplicitazione, in partenariato con le Regioni, degli atti amministrativi, attuativi o di indirizzo a sostegno del raggiungimento dei target degli obiettivi di servizio. In tale quadro è previsto che questa opzione possa essere anche sostenuta dal coordinamento, ad opera del Ministero dello Sviluppo Economico, con i Ministeri interessati affinché nelle azioni di politica ordinaria vengano poste in essere le misure di accompagnamento necessarie e venga monitorato l'impatto nel tempo di future decisioni rilevanti ai fini dell'attuazione di questo processo e del suo successo.

Per la realizzazione delle finalità e delle proposte del presente documento è redatto e sottoscritto un **Protocollo d'Intesa** tra il Ministero dello Sviluppo Economico (DPS), il Ministero della Salute e le Regioni interessate (Basilicata, Calabria, Campania, Puglia, Sardegna, Sicilia, a cui si aggiungono Abruzzo e Molise per la Riserva FAS per il Mezzogiorno).

Il Protocollo d'Intesa afferma una "visione condivisa" degli obiettivi comuni a Stato e Regioni del Sud per l'accelerazione della convergenza dei fattori di salute, sicurezza e sviluppo economico e l'accrescimento del potenziale di competitività dei sistemi di protezione sociale e dei connessi apparati produttivi.

Si proporrà alla Conferenza Stato-Regoni-PPAA di rafforzare e sancire la valenza del presente Memorandum mediante la stipula di Intesa Governo-Regioni ai sensi dell'art.8 comma 6 della legge 5 giugno 2003 n. 131 per il conseguimento di obiettivi comuni, ovvero di Accordo Governo-Regioni ai sensi dell'art.4 del D.Lgs.n.281/1997 al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune.

7.5 Gli strumenti della programmazione: indirizzi ed obiettivi operativi

Obiettivo strategico della programmazione degli interventi in tema di salute nel Mezzogiorno è la costruzione di una visione condivisa delle potenzialità di convergenza strutturale dei servizi sanitari regionali del Mezzogiorno e, conseguentemente, la programmazione di un insieme di interventi che non risulti dalla semplice somma delle singole strategie regionali, ma che costituisca una sfida comune e condivisa, in una logica di cooperazione e integrazione delle diverse azioni e di ricerca degli effetti moltiplicativi connessi ad un approccio multiscopo, mediante un Quadro Strategico per Salute, Sicurezza e Sviluppo nel Mezzogiorno.

Nel rispetto degli assetti ordinamentali, in sintonia con i principi di sussidiarietà e di collaborazione tra livelli di governo e tenendo conto della struttura degli strumenti e dei processi della programmazione, tale Quadro Strategico si articola in due livelli della programmazione e decisione partenariale:

- a) indirizzi ed obiettivi strategici del Mezzogiorno, ovvero dell'insieme delle regioni del Mezzogiorno (o di gran parte delle stesse), con riferimento alle sfide che richiedono il coinvolgimento e l'impegno di tutti i servizi sanitari meridionali, pena il rischio di ulteriori carenze e sovrapposizioni. Tali obiettivi si fondano sulla consapevolezza che, in particolare in settori ad alta complessità, solo una visione sovraregionale può innescare un processo virtuoso di attrazione e crescita delle professionalità necessarie, di utilizzo efficiente delle apparecchiature disponibili, di tendenziale autosufficienza del Mezzogiorno rispetto a specifici trattamenti assistenziali, di riduzione della mobilità passiva verso il centro-nord del Paese. A tal fine il sistema sanitario del Mezzogiorno deve essere in grado di definire una strategia condivisa, chiara ed essenziale negli obiettivi prioritari, che, nel pieno rispetto dell'autonomia delle singole regioni, affronti la sfida della convergenza e della competitività in modo organico e unitario, evitando frammentazioni e localismi.
- b) Indirizzi ed obiettivi strategici delle singole realtà regionali, quale finalizzazione di impegni ed azioni regionali in grado di costituire una imprescindibile parte organica ed integrante del quadro strategico, definiti con riferimento alle specificità dei singoli territori, in coerenza con la programmazione complessiva. Tali obiettivi sono individuati a livello regionale, tenuto conto delle priorità del territorio.

Tali livelli sono strettamente ed inevitabilmente legati, attraverso un'architettura multilivello di strumenti e linee di intervento per conseguire gli effetti simultanei di sicurezza, equità e sviluppo nel Mezzogiorno rispetto al sistema della domanda di beni e servizi pubblici afferenti la salute e dell'offerta di beni e servizi in condizioni di efficienza, competitività, libera concorrenza, accrescimento dell'occupazione.

Le linee di intervento sono specificate e declinate con riferimento alla valenza nazionale/interregionale e regionale, da prevedere e finanziare, in base alle specifiche procedure vigenti, nei relativi Programmi Operativi e strumenti della programmazione attivati dai rispettivi livelli di governo.

Con tali indirizzi, obiettivi e linee di intervento si attribuisce attenzione e valenza strategica all'elevazione della qualità e dell'attrattività dei servizi per la salute, nell'ambito delle strutture ospedaliere e territoriali e delle reti funzionali titolate alla loro erogazione, quale volano per lo sviluppo del settore e per la crescita di una chiara consapevolezza del cambiamento, con suscettibilità di impatto rilevante rispetto ad importanti obiettivi trasversali quali la diffusione dei nuovi saperi, la disponibilità delle nuove tecnologie, l'efficienza energetica e l'ecostenibilità dei sistemi di utilizzo di beni e servizi, la sicurezza e la qualità della vita.

In particolare sono meritevoli di attenzione le azioni in grado di trasformare un ritardo storico in una straordinaria opportunità di innovazione nell'assistenza sanitaria, attraverso la realizzazione di un insieme di interventi che vanno oltre il mero superamento dei divari rispetto al centro-nord del Paese e mirano a far diventare il Mezzogiorno una piattaforma per la sperimentazione di una nuova filosofia della promozione della salute.

7.5.1 - Livello nazionale/interregionale.

A) Indirizzi ed Obiettivi operativi a valere sugli strumenti nazionali ed interregionali, in rapporto di coerenza e complementarità con le azioni di coordinamento del nuovo Patto per la Salute:

Sarà proposta nelle sedi competenti la considerazione di indirizzi e/o obiettivi operativi per l'attivazione dei seguenti interventi:

1. Obiettivi prioritari del Piano Sanitario Nazionale: la specificazione di progetti ed attività per l'attuazione degli obiettivi prioritari del PSN e la relativa finalizzazione di risorse, complessivamente non inferiori a 500 Meuro per anno nelle Regioni interessate, terrà conto delle necessità di collegamento ed attuazione degli Obiettivi Operativi specificati dal Memorandum;
2. PON "Governance ed Assistenza Tecnica":
 - 2.1. organizzazione della **FASE 2** dell'Intesa: progettazione e definizione del modello e delle procedure di attuazione (compresi indicatori e target), monitoraggio, valutazione, controllo e coordinamento per la regia delle iniziative attuative del Protocollo d'Intesa, anche avvalendosi di organismi strumentali del D.P.S. del Mi.S.E. e del Ministero della Salute, tenendo conto dei programmi in essere per il potenziamento delle capacità amministrative delle PP.AA. in rapporto alle procedure della programmazione unitaria regionale associata al QSN;
 - 2.2. supporto alla creazione di centrali di acquisto regionali o inter-regionali in materia sanitaria, secondo l'art. 1 commi 449 e 455 della legge n.296/2006, operanti come centrali di committenza ai sensi dell'art.33 del D.Lgs.n.163/2006 per l'acquisizione di lavori, servizi e forniture ed al potenziamento e sviluppo della rete degli Osservatori su prezzi, servizi e tecnologie (OPT);
 - 2.3. Azioni di sistema a supporto del raggiungimento dell'obiettivo di servizio del QSN relativo all'incremento dell' assistenza domiciliare integrata a supporto della popolazione anziana, finalizzate ad accompagnare e favorire l'efficacia degli interventi di cui alle sezioni 7.5.1.B e 7.5.2;
 - 2.4. studio, benchmarking e valutazione della situazione della filiera della salute nelle regioni del mezzogiorno, delle caratteristiche del settore industriale sanitario e degli impatti economici della spesa e degli investimenti nel settore socio-sanitario;
 - 2.5. campagne di comunicazione ed informazione al cittadino, con particolare riferimento alle metodiche di *empowerment* anche per contrastare la diversa distribuzione dell'informazione nelle classi sociali e incrementare conoscenza e consapevolezza di determinanti di salute e stili di vita, delle tematiche della appropriatezza dell'assistenza e della mobilità sanitaria, delle opportunità offerte dalla libera professione intramoenia in rapporto al controllo diffuso di qualità;
 - 2.6. sviluppo e diffusione dell'utilizzo di metodologie/strumenti valutativi di appropriatezza dell'assistenza, di "*health impact assessment HIA*", di "*health technology assessment HTA*" e di convergenza dello "*Indicatore di Area Svantaggiata IAS*", per migliorare il ciclo decisionale e le condizioni di utilizzo degli investimenti;
 - 2.7. verifica della possibilità di realizzare condizioni di interoperabilità e integrazione tra i sistemi di monitoraggio esistenti, anche con riferimento a quanto previsto dal "codice delle amministrazioni digitali" in merito al sistema pubblico di connettività SPC (D.Lgs.n.82/2005 come modificato da D.Lgs.n.159/2006); allestimento di funzionalità comuni di *upload/download* e utilizzo dati (trasferimenti e *query*); interoperabilità per il caricamento automatizzato di dati contenuti in applicativi regionali;

3. PON “Ricerca e Competitività”:

3.1. regimi di aiuto e contratti di programma per la promozione di iniziative produttive ed attrazione di investimenti di valore non inferiore a 25 Meuro inerenti i settori biomedico e biotecnologico, della produzione farmaceutica, delle filiere produttive del mercato della diagnostica e dei dispositivi medici e sanitari;

4. POIN Programma Interregionale “Energie rinnovabili e risparmio energetico”:

4.1. Interventi per il risparmio energetico, l'efficienza energetica e l'utilizzo di energie rinnovabili presso gli ospedali pubblici e privati;

4.2. Smaltimento e/o termovalorizzazione di rifiuti sanitari pericolosi (ROT) provenienti da strutture sanitarie pubbliche e private.

5. PON “Sicurezza”:

5.1. potenziamento e sviluppo degli strumenti della rete degli Osservatori su prezzi, servizi e tecnologie (OPT) per favorire il rafforzamento delle condizioni di legalità, trasparenza, comparazione ed ottimizzazione delle procedure dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in materia sanitaria;

5.2. analisi, studi e valutazioni sulla situazione di legalità, trasparenza ed accelerazione negli appalti e contratti pubblici relativi a lavori servizi e forniture in materia sanitaria, in collegamento all'Osservatorio dei contratti pubblici di cui art.7 del D.Lgs.n.163/2006;

5.3. interventi volti a migliorare le condizioni complessive di sicurezza delle e nelle strutture di erogazione dei servizi sanitari (ivi compresa la videosorveglianza, etc.);

5.4. interventi volti a migliorare l'integrazione con la rete della protezione civile.

6. PON “Istruzione”:

6.1. azioni volte a favorire l'*empowerment* dei giovani, l'educazione ambientale, l'educazione alimentare, l'orientamento su stili di vita e determinanti di salute nell'ambito di campagne di prevenzione primaria nelle scuole;

7. PON “Reti e mobilità”

7.1. Interventi per favorire l'accessibilità alle strutture ospedaliere;

8. POIN Programma Interregionale “ Attrattori culturali, naturali e turismo”:

8.1. Progetti di valenza interregionale di rete per la promozione ed il rafforzamento del potenziale competitivo degli operatori pubblici e privati del turismo, a valere sulla quota dei fondi strutturali delle regioni interessate.

B) Obiettivi operativi per investimenti interregionali di sistema, a valere sulla “Riserva del FAS per il Mezzogiorno” della programmazione unitaria regionale associata al QSN, in rapporto di coerenza e complementarietà con le azioni di coordinamento del nuovo Patto per la Salute:

Nell'ambito della “Riserva FAS per il Mezzogiorno” saranno finanziati progetti strategici di eccellenza per la Salute che avranno caratteristiche condivise di inter-regionalità o di valenza sovraregionale, a carattere innovativo o sperimentale/pilota, che saranno allestiti nella successiva “Fase 2” di definizione del modello di attuazione dell’Intesa e si richiameranno agli accordi sottoscritti fra il Ministero della Salute e i Presidenti delle Regioni in materia di Sanità (Allegato FAS al QSN dicembre 2006). La selezione sarà effettuata congiuntamente dalle Regioni e dalle Amministrazioni Centrali di riferimento, anche avvalendosi delle valutazioni dei rispettivi Nuclei di Valutazione e Verifica degli Investimenti Pubblici, sulla base di criteri coerenti con i principi di attuazione della programmazione regionale unitaria definita nel Quadro Strategico Nazionale, in grado di garantire, oltre alla valenza sovraregionale, qualità, eccellenza e visibilità delle iniziative e la concentrazione delle risorse. Tali requisiti sono necessari per garantire l’aggiuntività degli investimenti finanziati con le risorse della politica regionale unitaria rispetto alla programmazione ordinaria di settore.

Di seguito si individuano indirizzi ed obiettivi operativi ed un primo set di riferimento di linee di intervento, non esaustivo, da considerare per le definizioni dei progetti:

1. intensificazione, complementare agli interventi ordinari, dell’investimento tecnologico e dell’innovazione dei modelli di servizio, mediante “Piani di Salute” e soluzioni specifiche, quali le “Case per la salute” e gli Ospedali di comunità, per favorire l’integrazione tra assistenza sanitarie e sociale e tra assistenza ospedaliera e territoriale;
2. accelerazione del livello di informatizzazione uniforme dei SSR ed implementazione di strumentazioni multicanale ed applicazioni comuni di ambiente operativo della società dell’informazione per l’*e-health*, funzionali al miglioramento dell’accessibilità e della fruizione territoriale dei servizi, in coerenza con i piani di *e-government* e con le pratiche di “riuso” e anche allo scopo di verificare la fattibilità di realizzare condizioni di interoperabilità ed integrazione tra i sistemi di monitoraggio esistenti.
3. implementazione e diffusione di applicazioni comuni e degli strumenti multicanale della società dell’informazione per ottimizzare l’accesso alle prestazioni e l’utilizzo della diagnostica (p.e. centri di prenotazione CUP regionali ed interregionali, teleconsulto, teleriferazione, teleradiologia, collegamenti radio-satellitari per la rete dell’emergenza-urgenza, teleticketing, etc.), finalizzati al miglioramento di accessibilità e tempestività dei servizi (riduzione delle liste d’attesa) ed alla riduzione dei costi (meno esami ripetuti) e dei disagi dei cittadini (minore mobilità per cicli diagnostici e terapeutici);
4. attivazione di centri di riferimento interregionali, per l’accumulazione e la diffusione della conoscenza (*knowledge management*) delle migliori buone pratiche dimostrative e trasferibili per l’innovazione ed il rafforzamento dei fattori di efficacia ed efficienza nei livelli di assistenza delle regioni meridionali, con particolare riferimento alle pratiche afferenti a prevenzione, assistenza domiciliare, terapie oncologiche e cure palliative, cure primarie, medicina pediatrica, chirurgia di alta specialità, etc.;
5. sviluppo di progetti di cooperazione e partenariato pluriennale tra centri di riferimento interregionali e regionali meridionali e centri d’eccellenza del Centro-Nord ed esteri per il trasferimento di buone pratiche tra regioni ed Università, mettendo in rete le esperienze di eccellenza di aziende ed istituti, attraverso la realizzazione di “piattaforme” avanzate in collegamento con adeguate dotazioni tecnologiche e strutturali in tutti i punti della rete e l’ampio utilizzo delle potenzialità degli strumenti della società dell’informazione; a titolo esemplificativo, in sede di progettazione di fattibilità clinica ed organizzativa si potranno considerare le seguenti aree di intervento di alta specialità e patologie emergenti:
 - 5.1. medicina e chirurgia pediatrica;
 - 5.2. terapie intensive neonatali e pediatriche;

- 5.3. rete oncologica, radioterapia, radioterapia elettiva (p.e. radioterapia con raggi gamma), cure palliative;
 - 5.4. cardiologia e cardiocirurgia;
 - 5.5. neuroscienze (neurologia, neurochirurgia, neurogenetica, neuropsichiatria);
 - 5.6. trapianti d'organo e tessuti;
 - 5.7. grandi ustioni;
 - 5.8. grandi traumi, con particolare riferimento alle unità spinali;
 - 5.9. alta specialità riabilitativa ospedaliera (centri risveglio, attività cod.75);
 - 5.10. malattie e disfunzioni endocrino-metaboliche (grandi obesità, etc.);
 - 5.11. ricerca ed applicazione delle cellule staminali ed individuazione delle banche interregionali per la conservazione delle cellule staminali da cordone ombelicale;
 - 5.12. centri per il controllo e la prevenzione delle malattie non trasmissibili (*p.e. malattie cardiovascolari, disturbi neuropsichiatrici, tumori, malattie digestive, malattie respiratorie, malattie degli organi di senso, malattie muscolo-scheletriche, diabete mellito, etc.*);
 - 5.13. disturbi comportamentali alimentari e neuropsichiatrici dell'età pediatrica ed adolescenziale;
 - 5.14. malattie della terza età con particolare riferimento a quelle maggiormente invalidanti (Alzheimer)
 - 5.15. rete dei centri antiveleni;
 - 5.16. rete per diagnosi e cura delle malattie rare;
 - 5.17. *altre specialità e tematiche da definire in fase di progettazione di dettaglio;*
6. altri investimenti in strutture di eccellenza, anche ospedaliere, di valenza interregionale suscettibili di migliorare la disponibilità e la qualità delle prestazioni sotto il profilo tecnico-sanitario e del comfort e che possano posizionarsi come riferimenti interregionali per la qualità dei servizi offerti, per l'intercettazione della domanda di prestazioni sanitarie in mobilità e per l'innovazione introdotta nel contenuto scientifico-tecnologico delle prestazioni e nell'efficienza energetica.

7.5.2 - Livello regionale.

Ambiti territoriali ed impegni regionali:

- Le Regioni si impegnano ad assicurare una coerenza e una sinergia tra le iniziative derivanti dall'attuazione di quanto proposto dal presente documento e gli interventi previsti nei piani di rientro eventualmente adottati dalle Regioni ai sensi dell'art.1 c.180 della legge n. 311/2004, acclusi agli appositi accordi con il Ministero della salute e il Ministero dell' economia e delle finanze, previsti dalla medesima norma.
- Con la sottoscrizione dell'Intesa le Regioni Basilicata, Calabria, Campania, Puglia, Sardegna, Sicilia si impegnano a considerare le linee di intervento di seguito specificate nell'ambito dei singoli Programmi Operativi.
- Con la sottoscrizione dell'Intesa le Regioni Molise e Abruzzo si impegnano a considerare gli interventi di seguito specificati all'interno dei propri Programmi Operativi compatibilmente con la regolamentazione dell'obiettivo Competitività e Occupazione.

Indirizzi ed obiettivi operativi ed attivazione di linee di intervento:

<p align="center">C) Misure per migliorare le condizioni strutturali immateriali delle prestazioni di cittadinanza sociale</p>	<p align="center">Fondo</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. sensibilizzazione/formazione rivolta a cittadini ed operatori dei servizi pubblici al fine dell'accrescimento delle conoscenze nell'area della prevenzione e riduzione dell'insorgenza di patologie attraverso l'educazione alimentare ed ambientale ed il miglioramento degli stili di vita, con l'obiettivo di ridurre le disuguaglianze nello stato di salute tra fasce di popolazione appartenenti a diversi stati socio-economici; 2. formazione volta alla promozione della diffusione delle metodologie di valutazione integrata degli impatti sulla salute delle politiche pubbliche di intervento (HIA - <i>Health Impact Assessment</i>); 3. formazione per l'implementazione di sistemi di sorveglianza per la valutazione e il controllo degli effetti sulla salute di fattori di rischio comportamentali, alimentari e ambientali correlati alla distribuzione dei determinanti socio-economici; 4. intensificazione della competitività del capitale umano dei sistemi socio-sanitari, con azioni di formazione universitaria ed alta formazione, specializzazione e riqualificazione in collegamento con il sistema universitario, anche con riferimento al <i>management</i> dei servizi sanitari ed anche in accompagnamento ai nuovi profili di riforma delle professioni sanitarie. 	<p align="center">FSE</p>
<p align="center">D) Misure per migliorare le condizioni strutturali di garanzia delle prestazioni di cittadinanza sociale</p>	<p align="center">Fondo</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. sviluppo di metodiche organizzative e strumentali per l'anticipo, rispetto alla fase critica, della presa in carico dei soggetti anziani, fragili o non autosufficienti, in coordinamento con i servizi sociali tramite l'Assistenza Domiciliare Integrata ADI; 2. sviluppo di sistemi organizzativi e strumenti tecnologici per migliorare la continuità assistenziale nelle aree rurali e nelle aree urbane disagiate, tramite il potenziamento della capacità di risposta territoriale con particolare riferimento all'area dell'emergenza-urgenza; 3. sensibilizzazione/formazione rivolta a cittadini ed operatori della filiera agro-alimentare per la riduzione dell'insorgenza di patologie attraverso l'educazione e la sicurezza alimentare. 	<p align="center">FEASR</p>

E) Misure per valorizzare le potenzialità economiche del sistema di promozione e tutela della salute	Fondo
<ol style="list-style-type: none"> 1. regimi di aiuto per iniziative produttive ed attrazione di investimenti di ricerca, innovazione e produzione per il rafforzamento di numerosità dimensione e produttività di operatori economici nei settori biomedico e biotecnologico, delle produzioni farmaceutiche, delle applicazioni terapeutiche (cliniche e farmacologiche), delle filiere produttive del mercato della diagnostica e dei dispositivi medici e sanitari; 2. azioni di ricerca/sperimentazione e trasferimento tecnologico di modelli operativi concernenti strutture e profili professionali ("promotore della ricerca") finalizzati alla diffusione e valorizzazione della ricerca di settore nella regione; 3. azioni di valorizzazione (anche imprenditoriale e di brevettazione), orientate al sistema della ricerca/innovazione, del patrimonio scientifico costruito nel tempo presso le Aziende Sanitarie; 4. rafforzamento degli investimenti dell'area <i>e-health</i> a livello regionale; 5. regimi di aiuto per la promozione e la diffusione dell'imprenditoria nel settore sociale e no-profit, con particolare riferimento all'occupazione di donne, disabili ed altre categorie svantaggiate (p.e. detenuti ed ex-detenuti, immigrati, tossicodipendenti, etc.); 6. regimi di aiuto per la promozione ed il rafforzamento strutturale e del potenziale competitivo degli operatori pubblici e privati del turismo termale. 	FESR

8. Risorse finanziarie, procedure amministrative e valutazione.

Le risorse finanziarie da mobilitare a valere sulla politica regionale unitaria comunitaria e nazionale devono essere dimensionate in modo da costituire, in una logica di integrazione tra risorse finanziarie e livelli di governo e responsabilità, una significativa dotazione in aggiunta alle risorse per investimenti previste dalla politica ordinaria: risorse relative al nuovo Patto per la Salute e stanziare con la legge n.296/2006 per circa 2,5 miliardi di Euro per il triennio 2007-2009, risorse complessive finalizzate ad obiettivi prioritari del PSN per almeno 500 Meuro all'anno nelle Regioni del Mezzogiorno, altri programmi in corso con risorse statali e regionali.

I soggetti sottoscrittori dell'Intesa si impegnano a finalizzare ed intensificare la disponibilità contestuale di capitale materiale ed immateriale per conseguire gli obiettivi di convergenza e competitività, ad assicurare coerenza e sinergia tra tutte le iniziative poste in essere per l'attuazione dell'Intesa con gli interventi previsti nei piani di rientro eventualmente adottati dalle Regioni ai sensi dell'art.1 c.180 delle legge n. 311/2004 e per garantire il mantenimento di adeguato e graduale *follow-up* dell'investimento effettuato per il periodo fino al 2013.

Per il conseguimento delle finalità e degli obiettivi sopra individuati e la realizzazione delle linee di intervento e dei progetti di valenza interregionale, è definito un fabbisogno iniziale di massima di **3.000 milioni di Euro** per il periodo 2007-2013, che sarà coperto in via prioritaria da risorse a livello nazionale/interregionale, a valere sui Fondi Strutturali, sui PON, sui POIN e sulla Riserva FAS per il Mezzogiorno, con un contributo significativo delle Regioni sottoscrittrici dell'Intesa pari in via indicativa all'1,5% del valore complessivo dei piani finanziari dei rispettivi Programmi Operativi. L'allocazione di percentuali più elevate di contributo da parte delle Regioni sottoscrittrici costituirà il naturale presupposto per segnalare l'intensità dell'impegno anche al fine della presentazione dei progetti.

Tale fabbisogno potrà essere rimodulato ed eventualmente incrementato decorsi due anni dall'Intesa sulla base della concretizzazione di un efficace modello di carattere interregionale e della rilevanza dei risultati raggiunti o in corso di conseguimento rispetto ai target.

La determinazione del modello e delle procedure di attuazione definirà le modalità di applicazione delle procedure di programmazione, monitoraggio, rendicontazione e valutazione previste per i Programmi Operativi, cui si rinvia.

Per quanto riguarda il monitoraggio degli interventi, (tra cui quelli dell'A.T.) sarà esaminata la fattibilità di pervenire a migliori condizioni di interoperabilità tra i sistemi di monitoraggio esistenti.

Per quanto riguarda il set di indicatori della convergenza, la valutazione dovrà dare evidenza dei rapporti di complementarietà con gli altri programmi di investimento e degli effetti "addizionali" conseguiti, con particolare riferimento ad occupazione, creazione d'impresa, incremento del capitale fisso e valore aggiunto generato, oltre che degli effetti in termini di popolazione disagiata servita, riduzione del saldo di mobilità e di contenimento delle liste d'attesa.