

# Governo e Parlamento

Quotidiano on line  
di informazione sanitaria  
Lunedì 29 NOVEMBRE 2021

[Home](#) [Cronache](#) [Governo e Parlamento](#) [Regioni e Asl](#) [Lavoro e Professioni](#) [Scienza e Farmaci](#) [Studi e Analisi](#) [Archivio](#)

segui **quotidianosani**

 stampa

## 40 anni dalle grandi riforme sanitarie. Legge Basaglia e istituzione del Ssn: una riflessione comune (terza e ultima parte)

***Il sforzo per mantenere e rafforzare il nostro servizio sanitario pubblico e versatistico non è stato solo istituzionale ma delle collettività regionali e locali. È auspicabile che questa impostazione venga mantenuta per affrontare le sfide assistenziali dei prossimi anni. Ma contro questa impostazione sembra mancare quanto è accaduto in questi ultimi anni con una rideterminazione al ribasso della programmazione poliennale della spesa sanitaria e con un riassetto verso il basso delle previsioni su base poliennale pari a 5,5 miliardi in meno rispetto al previsto***

### 3V - 9. I problemi e le prospettive

#### **Problemi e prospettive dei servizi per la salute mentale**

Se si può rilevare leggendo i rapporti che il Ministero della salute produce in materia di prestazioni, dati e servizi per la tutela della salute mentale, i Dipartimenti di salute mentale ogni anno sono contattati oltre 800.000 utenti di cui 310.000 sono utenti che per la prima volta nella loro vita contattano un DSM.

Normalmente le prestazioni erogate dai servizi territoriali del DSM sono poco meno di 12 milioni. Le giornate di permanenza presso le strutture residenziali sono circa 7,5 milioni per 31.600 utenti. 1,8 milioni gli accessi alle strutture semiresidenziali per oltre 28 mila utenti. I dimessi dai servizi ospedalieri sono circa 10 mila per anno con una degenza media di 12,7 giorni.

Nei SPDC sono annualmente 8 mila (l'8,1% dei ricoveri avvenuti nei reparti psichiatrici pubblici). Le risorse di personale sono 31.586 di cui 18,65 per cento medici, 6,7 per cento psicologi e 44 per cento infermieri. Le strutture sono costituite da 1.460 servizi territoriali, 2.282 strutture residenziali e 898 strutture residenziali, mentre gli SPDC sono 285 con 3.623 posti letto per ricoveri ordinari e 244 posti letto per ricoveri in day hospital.

Questo apparato assistenziale si relaziona con gli altri servizi sanitari, i servizi sociali, del volontariato e del terzo settore. Esso è chiamato a farsi carico dei problemi connessi localmente alla specifica situazione epidemiologica dei disturbi psichici, ma anche all'emergere dei "nuovi bisogni" in uno scenario sociale e sanitario mutato, che richiede ai servizi psichiatrici un adeguamento delle metodologie e degli approcci diagnostici, terapeutici, riabilitativi, preventivi.

In occasione della giornata dedicata alla salute mentale, 11 ottobre 2018, l'Organizzazione mondiale della Sanità (Oms), ha ricordato che il peso globale dei disturbi mentali continua a crescere con un conseguente impatto sulla salute e sui principali aspetti sociali, umani ed economici in tutti i Paesi del mondo.

Si ha poi evidenziato che i disturbi mentali, che comprendono i disturbi psicotici (come la schizofrenia, il disturbo schizofreniforme, il disturbo schizoaffettivo, il disturbo delirante), i disturbi dell'umore (come il disturbo bipolare I e la depressione maggiore), disturbi d'ansia, anoressia e bulimia nervosa, disturbi da

[ISCRIVITI ALLA NOSTRA NEWS LETTER](#)

Ogni giorno sulla tua mail tutte le notizie  
Quotidiano Sanità.

gli speciali



**VACCINI COVID.**  
**Efficacia e sicurezza**  
**Pfizer-BioNTech,**  
**Moderna e AstraZeneca**

tutti gli speciali

**iPiùLetti** [7 giorni] [30 giorni]

io di sostanze e di alcol, costituiscono un importante problema di sanità pubblica. Si presentano infatti in le classi d'età, sono associati a difficoltà nelle attività quotidiane, nel lavoro, nei rapporti interpersonali niliari, e sono all'origine di elevati costi sociali ed economici per le persone colpite e per le loro famiglie.

### **DSM del nostro SSN si avverte l'esigenza di impegnarsi sulle seguenti aree di bisogno ritarie:**

urbi psichici gravi all'esordio e salute mentale nell'adolescenza e nella giovane età adulta  
urbi dell'umore, suicidi e tentati suicidi in tutte le età dell'età  
urbi del Comportamento Alimentare in età evolutiva e nell'adulto  
urbi psichici correlati con le dipendenze patologiche e i comportamenti da abuso  
abilità complesse e disturbi psichici correlati in età evolutiva e adulta  
urbi psichici "comuni"  
urbi psichici correlati alla patologia somatica specialmente ad evoluzione cronica  
urbi psichici nell'anziano  
urbi psichici dei detenuti, degli internati e dei minori sottoposti a provvedimento penale  
urbi di personalità  
te mentale del paziente adulto con disabilità intellettiva  
te fisica del paziente psichiatrico

### **meta-area di bisogno è poi costituita dall'eccessiva disomogeneità regionale sui seguenti ti critici:**

iative a carattere continuativo sul tema dell'appropriatezza clinica e organizzativa, utilizzando le rtunità offerte da una più stringente finalizzazione del canale ECM e le ulteriori opportunità che bbero/dovrebbero venire dalla produzione di Linee guida nazionali nell'ambito del SNLG;

ibilità dei costi e delle risorse assegnate, tra i DSM e, all'interno del DSM, tra i vari servizi, attivando essi di riorientamento del loro utilizzo verso i bisogni valutati su base epidemiologica;

ufficienza dei servizi per i minori, con i problemi emergenti dell'età adolescenziale e dei gravi disturbi iciall'esordio;

ppportunità di avviare iniziative per "guadagnare in salute" e di salutogenesi di interesse per la iozione della salute mentale, anche in collaborazione tra DSM, Dipartimenti della prevenzione e Servizi i;

ea dipendenze patologiche e doppie diagnosi, con la necessità di attuare percorsi clinici adeguati e nicamente integrati nell'ambito dei DSM, a cui i SERT dovrebbero di norma afferire;

nissione assistenziale delle cosiddette Case di cura private accreditate di neuropsichiatria, che in molte à svolgono una funzione importante ma scollegata dai DSM;

arenza di indirizzi omogenei di assetto strutturale e di funzioni dei CSM con l'attivazione di percorsi di diversificati per bisogni e tipologia di pazienti, maggiore flessibilità organizzativa e possibilità di ispecialistici;

ifferenziazione dell'offerta residenziale per livelli di intensità riabilitativa (alta, media, bassa), grado di tenza, tempi di degenza e tariffe;

ppporto del DSM con enti locali, servizi pubblici e privati, terzo settore e associazioni, promuovendo il dinamento di tutto il lavoro per la salute mentale nell'ambito complessivo dell'integrazione socio-aria;

arenze conoscitive e operative per i problemi della psichiatria negli istituti di pena e, in generale, le lematiche connesse alla chiusura degli OPG;

ma dei comportamenti che destano allarme sociale, segnalando la necessità che le connesse iniziative o sempre ancorate a una valutazione di appropriatezza;

arenza di indirizzi sulla psichiatria di liaison e il rapporto con la medicina generale (es. rbidell'anziano).

### **ste priorità vanno poi approfondite ed integrate alla luce delle ulteriori indicazioni dell'OMS.**

rescente consapevolezza dell'aumento della sofferenza e del carico di malattia che circonda i disturbi ali ha reso necessarie azioni di prevenzione oltre che di cura di queste patologie. L'Oms sottolinea, i, come la prevenzione e la promozione della salute mentale siano basate sulla consapevolezza e sulla rensione dei segni premonitori e dei sintomi del disturbo mentale.

rticolare, considerando che secondo i dati Oms nel mondo il 10-20% di bambini e adolescenti soffre di rbi mentali e che la metà di tutte le malattie mentali inizia all'età di 14 anni e tre quarti comincia entro i nni, diventa fondamentale che sin da piccoli i ragazzi siano facilitati e sostenuti nella costruzione di à di vita (*life skills*) che possano aiutarli a far fronte alle sfide quotidiane.

on affrontate adeguatamente queste condizioni possono influenzare pesantemente lo sviluppo dei ani e la possibilità di vivere vite soddisfacenti e produttive da adulti. In tal senso, la scuola, la famiglia, la nità locale e il sistema sanitario hanno un ruolo fondamentale. La scuola intesa come luogo non solo pprendere contenuti ma anche come contesto dove poter sviluppare *life skills* che consentono alla

- 1** La quarta ondata in Germania è dei "Corona-Schwurbler"
- 2** Oms: "La nuova variante può avere impatto sul comportamento del virus. E invita i Paesi a non chiudere i viaggi diretti con l'Africa"
- 3** Covid. Green pass durerà altri 12 per chi fa la terza dose o la seconda caso di vaccino monodose o vaccino unico dopo guarigione
- 4** I dirigenti sanitari di Ministero della Salute e Aifa entrano in stato di agitazione: "Per noi solo doveri e discriminazioni"
- 5** Chi ha avuto il Covid dopo un anno non si ammala più
- 6** Covid. Accesso diretto senza prenotazioni per le vaccinazioni obbligatorie e chiamata diretta per prenotazione delle terze dosi. Le nuove indicazioni di Figliuolo
- 7** Question time/3. Governo valuta possibile estensione green pass green sulle evidenze disponibili
- 8** La risposta anticorpale al vaccino Covid-19 è migliore nelle donne, soggetti più giovani, non fumatori, assenza di patologie ad alto rischio
- 9** Riforma medicina territoriale. Ecco la bozza
- 10** Sindrome metabolica. Ne soffre 1 italiano su 5. Da un mix di alghe l'integratore contro l'iperglicemia

ona di scegliere in modo consapevole, di affrontare problemi, di confrontarsi con le proprie emozioni e perle gestire, di ascoltare e di rapportarsi con gli altri, di orientarsi e produrre un cambiamento nel rio ambiente di vita.

### **Problemi e prospettive del SSN**

Precedente punto 7.1 si è rilevato che il modello di riferimento per il nostro SSN è tutt'ora il modello analitico tipo Beveridge, seppure adattato al contesto italiano, in quanto in esso sono sempre più presenti elementi di positiva emulazione e confrontabilità tra i diversi ambiti regionali. Si poi aggiunto che ciò è il nostro SSN tra i più efficaci ed efficienti a livello europeo, perchè in grado di valorizzare le diverse esperienze attuate nei vari contesti regionali mantenendo però l'unitarietà del sistema, grazie a norme di principio fissate dallo Stato e a linee di indirizzo e programmazione condivise tra lo Stato e le Regioni.

Problema principale che qui vogliamo porre è che questa peculiarità così positivamente rilevante, questo "protezione" che ha consentito al nostro SSN di consolidarsi e di contribuire a raggiungere importanti obiettivi di salute rischia di non essere più sufficiente.

Le ultime elaborazioni dei qualificati centri nazionali di osservazione e ricerca che ogni anno pubblicano dati organici sul nostro SSN facevano emergere elementi di preoccupazione su aspetti vari di efficacia e efficienza della sanità italiana (OASI, Osservasalute, CREA Sanità, CEIS Tor Vergata, Fond Gimbe, ecc.). Tali elementi sono presenti anche nelle valutazioni che periodicamente vengono prodotte dall'OCSE-OECD.

### **Un lato, positivamente, si rileva che:**

L'Italia ha la speranza di vita alla nascita (82.6 anni nel 2015) è tra le più alte nel mondo;

Il sistema Sanitario Nazionale in Italia offre una copertura universale, con prestazioni in buona parte gratuite a totale carico del SSN;

I tempi di attesa per la chirurgia della cataratta sono inferiori a quelli di molti Paesi dell'OCSE con dati comparabili;

Il sistema sanitario primario è generalmente di buona qualità, come indicato da bassi tassi di ricovero ospedaliero per asma e BPCO;

L'Italia presenta dei buoni risultati per la sopravvivenza ai tumori e la mortalità a seguito di infarto miocardico acuto;

Il peso sanitario è contenuto attestandosi a 3391 dollari US pro capite (aggiustata per parità di potere d'acquisto), lievemente inferiore alla media OCSE;

Le riduzioni nel numero di letti ospedalieri in Italia sono in linea con la tendenza generale dell'area OCSE;

Il sistema di monitoraggio nazionale è stato istituito dal 2008 per provare a ridurre la prevalenza di obesità. Politiche mirate ad affrontare il problema si sono concentrate sulle scuole, identificando grandi differenze regionali nella disponibilità di palestre, nelle iniziative atte a promuovere stili di vita salutari, e nella attuazione di scuole con mensa. Nell'ultimo decennio, il tasso di sovrappeso e obesità fra gli adolescenti è diminuito leggermente;

L'Italia ha elaborato una serie di interventi per aumentare il rapporto infermieri-medici. Il numero di infermieri laureati negli ultimi 20 anni è più che quadruplicato, grazie a un migliore iter formativo;

L'Italia ha recentemente approvato una riforma e un'estensione del pacchetto di prestazioni sanitarie.

### **Un altro lato, negativamente, si rileva che**

L'aumento della speranza di vita pone nuovi problemi legati all'invecchiamento della popolazione. Per esempio, l'Italia ha la seconda più alta prevalenza di demenza fra i Paesi dell'OCSE;

Il tasso di obesità negli adolescenti è elevato (vedi sotto). La prevalenza di altri fattori di rischio, quali fumo e consumo di alcolici fra gli adulti, è simile alla media OCSE, ma l'aumento di stili di vita non salutari fra i giovani è preoccupante;

Il numero di antibiotici prescritti rimane molto alto con 27,5 dosi giornaliere per 1000 persone, il quarto più alto nell'OCSE;

L'elevata speranza di vita in Italia potrebbe essere compromessa dall'aumento dei fattori di rischio fra gli anziani. Nonostante l'elevata speranza di vita e la diffusione di stili di vita salutari fra gli adulti, il fumo è allarmante fra gli adolescenti sono allarmanti, con la più alta percentuale di fumatori nei paesi OCSE al 21% (media OCSE 11.7%), bassi tassi di attività fisica (8%, il secondo tasso più basso nell'area OCSE) ed elevati tassi di persone in sovrappeso ed obese (15.5%, con stime molto più alte da fonti nazionali). Un sistema di monitoraggio nazionale è stato istituito dal 2008 per provare a ridurre la prevalenza di obesità. Politiche mirate ad affrontare il problema si sono concentrate sulle scuole, identificando grandi differenze regionali nella disponibilità di palestre, nelle iniziative atte a promuovere stili di vita salutari, e nella attuazione di scuole con mensa;

L'adeguamento dei servizi sanitari è necessario a causa dell'invecchiamento demografico (una

lazione che invecchia (22% sopra i 65 anni nel 2015, la più anziana in Europa) ma che spende pochi in buona salute (7,7 anni rispetto a 9,4 in media nell'OCSE) con crescenti necessità per un'assistenza a lungo termine;

ambiamento demografico ed epidemiologico causato dall'invecchiamento demografico e da un occupante aumento dei fattori di rischio fra gli adolescenti, richiede un riorientamento dei servizi sanitari o l'assistenza di base ed i servizi di prevenzione, entrambi meno sviluppati rispetto ad altri Paesi OCSE. Nonostante negli ultimi anni ci siano stati tentativi di riorganizzare l'assistenza di base offrendo servizi ai medici di base affinché facciano rete fra loro o con altri professionisti sanitari, questi programmi sono applicati o coordinati a livello nazionale, comportandone una diffusione disomogenea nel Paese;

disparità regionali rimangono preoccupanti, nonostante la riforma del pacchetto di prestazioni sanitarie in vigore. Questa riforma è accolta con preoccupazioni in merito alla capacità di ogni regione di garantire la fornitura di servizi più estesi. Nonostante l'universalità della copertura sanitaria, le regioni del Sud sono storicamente meno in grado di fornire cure adeguate secondo le specifiche nazionali. Ciò si traduce in un aumento delle disparità fra i gruppi ad alto e basso reddito per quanto riguarda il fabbisogno sanitario insoddisfatto.

**Partendo spunto dall'ultimo punto, ma soprattutto richiamando il quadro evolutivo di questi 40 anni di SSN, si può osservare che le prospettive del nostro sistema sanitario a carattere universalistico si giocano sui seguenti punti:**

Le priorità essenziali di assistenza sono diventati sempre più il vero pilastro su cui si regge il Servizio sanitario nazionale. Se i LEA sono correttamente definiti e se la formulazione dei relativi standard qualitativi e quantitativi è adeguata (rispettando le indicazioni contenute in alcune sentenze della Corte Costituzionale, in particolare le sentenze n. 134/2006, n. 275/2016 e n. 168/2017) la sostenibilità dei LEA coincide con la sostenibilità del SSN;

La rivalutazione del fabbisogno finanziario del SSN va prevista e per consentire quanto previsto dal comma 5, tenuto conto della incisiva azione già sviluppata dal SSN sul versante dell'efficientamento, già approvata dalla Corte di Conti come azione esemplare nel panorama dei vari settori della spesa pubblica (sul punto vedi l'ultimo paragrafo);

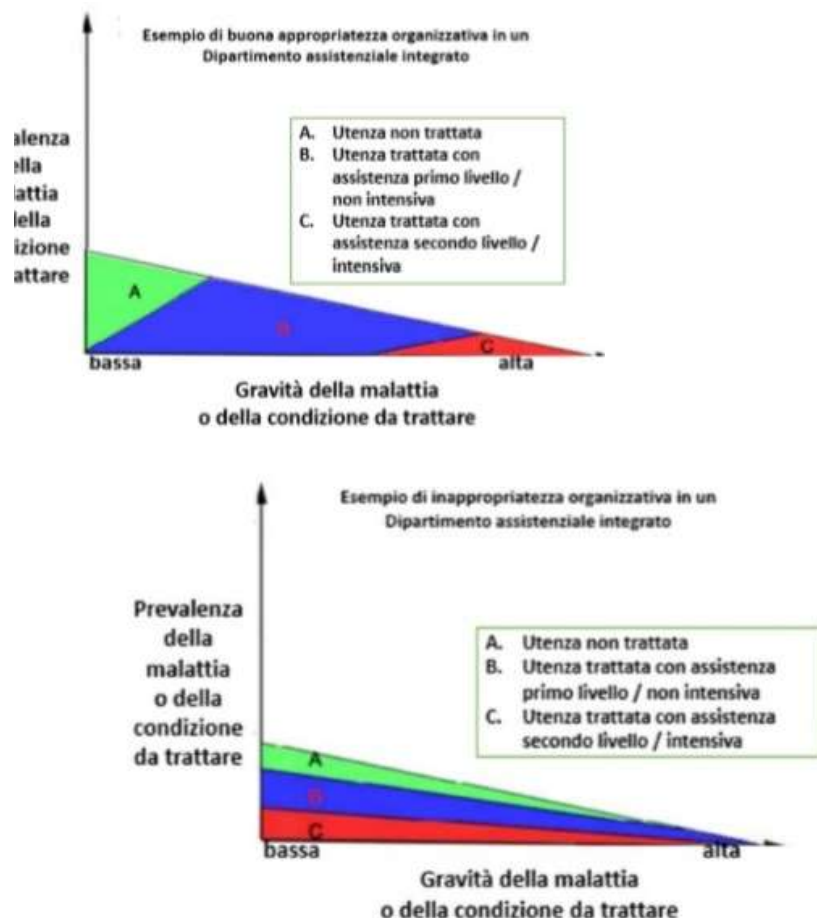
L'integrazione tra attività di prevenzione, servizi per le cure primarie, servizi ospedalieri e servizi assistenziali, conseguita sul piano istituzionale, è invece ben lontana dall'essere funzionalmente integrata;

Il potenziamento delle cure primarie - basato su modalità e regole nuove per la medicina generale, la medicina di libera scelta, la specialistica ambulatoriale e le attività affidate agli infermieri e agli altri operatori sanitari sul territorio con il coordinamento distrettuale - non può essere rinviato. E' il pilone fondamentale su cui è stato progettato il ponte verso la sanità dei prossimi decenni ed avviata la riconversione ospedaliera. Senza questo pilone, il ponte non potrà reggere;

L'impegno prioritario sul versante dell'appropriatezza clinica ed organizzativa non può costituire solo una condizione necessaria ma non sufficiente verso la frontiera dell'efficacia e dell'efficienza ma deve sostanziarsi nell'adozione e la periodica rivalutazione di programmi nazionali di disinvestimento nelle sottoutilizzo e dipendenti un adeguamento tecnologico;

La ripresa la strada basata su patti e accordi Stato regioni, a partire dal Patto per la salute 2014-2016, va rilanciata ed emendata, senza trascurare il ricorso ad una nuova forma di Piano Sanitario Nazionale che è elemento cornice per detti patti e accordi.

Sottolineare uno dei fattori più rilevanti tra quelli sopra elencati, cioè quello della integrazione e del coordinamento degli interventi sanitari e assistenziali rivolti a specifiche fasce di utenza, si riporta, con alcune modifiche e adattamenti, una schematizzazione che non a caso abbiamo tratto dal settore della salute mentale. Infatti questo settore con i DSM è stato tra i primi a sperimentare l'approccio dipartimentale integrato.



tamento con modificazioni di uno schema tratto da: Graham THORNICROFT e Michele TANSELLA – 2000

### Patti e risorse per il Ssn

petto ad altri settori della spesa pubblica, il settore sanitario   quello che ha mostrato maggiore capacit  coniugare un forte miglioramento sul versante dell'efficienza nell'utilizzo delle risorse ad esso assegnate con un incremento dell'efficacia degli interventi e dei servizi per concretamente garantire l'erogazione delle prestazioni sanitarie riconducibili ai LEA. I LEA vanno continuamente monitorati ed aggiornati.

potendo ipotizzarsi nel breve e medio periodo un significativo aumento delle disponibilit  finanziarie per il SSN, le frontiere dell'efficienza e dell'efficacia del settore sanitario vanno periodicamente spostate in avanti liberando risorse da riorientare alla copertura dei crescenti costi da sostenere al fine di reggere le esigenze assistenziali dei prossimi decenni.

**Questo obiettivo appare conseguibile mantenendo e rafforzando le modalit  e gli strumenti della gestione patto sperimentata nell'ultimo decennio.** Tale gestione basata su regole chiare e condivise prevede una prioritaria linea di reimpiego nel settore sanitario delle risorse liberate grazie ai piani di razionalizzazione e ottimizzazione, dando su base pluriennale certezza sui finanziamenti attesi.

anche al fine di conseguire una responsabile collaborazione delle realt  istituzionali, professionali, sociali e produttive, che a livello nazionale e locale sono fortemente interessate alla salvaguardia e sviluppo di un SSN, per l'erogazione uniforme delle prestazioni comprese nei LEA, periodicamente ed opportunamente aggiornati.

Le affermazioni si basano su quanto   avvenuto nella esperienza dei Patti e delle Intese con la possibilit  di operare per cicli di programmazione triennale, basati sulla conoscenza a priori del quadro delle disponibilit  finanziarie previste per le varie regioni. In questo modo tanto le regioni senza piano di rientro quanto quelle con piano di rientro hanno realizzato un percorso di efficientamento e di controllo dei disavanzi mantenendo la erogazione dei LEA e sanando le situazioni pi  gravi anche di cattiva assistenza.

I patti sono stati sottoscritti da Stato e Regioni ma hanno poi nella sostanza riguardato anche associazioni di cittadini e professionali sanitarie, le associazioni dei pazienti, gli erogatori privati accreditati, i fornitori di servizi e gli enti locali.

Si afferma anche in questa sede che lo sforzo per mantenere e rafforzare il nostro servizio sanitario pubblico e universalistico non   stato solo istituzionale ma delle collettivit  regionali e locali. E' auspicabile



questa impostazione venga mantenuta per affrontare le sfide assistenziali dei prossimi anni.

ro questa impostazione sembra andare quanto è accaduto in questi ultimi anni: cioè una erminazione al ribasso della programmazione poliennale della spesa sanitaria con un aggiustamento o il basso delle previsioni su base poliennale di tale spesa.

rideterminazione anche se corretta sul piano formale è sembrata esprimere una scelta di tipo politico rammatico: non riallocare nel settore sanitario le risorse liberatesi con i processi di razionalizzazione e i di rientro ma impiegarle in altri settori della spesa pubblica. Scelta questa che ha recato un vulnus alla a pattizia sopra ricordata.

orte dei Conti, mentre nel passato è stata fortemente critica nei confronti della gestione del SSN, nei più nti pronunciamenti ha espresso un giudizio positivo sulla capacità del SSN di correggere errori onali e inefficienze.

seguentemente la stessa Corte ha rilevato e criticato la ripetuta scelta compiuta da Governo e amento di ridurre il finanziamento del SSN.

**de di audizione parlamentare sulla legge di stabilità 2016 la Corte rilevava tra l'altro:**  
legge di stabilità dispone la riduzione di oltre 2 miliardi del fabbisogno sanitario nazionale standard per il i. In attesa di conoscere le conseguenti misure di razionalizzazione ed efficientamento della spesa (la idividuazione è stata rinviata ad una successiva Intesa), va osservato che la riduzione operata, se ata al netto degli 800 milioni necessari per l'adeguamento delle prestazioni ai nuovi LEA, fa sì che emento delle risorse rispetto al livello 2015 sia solo di 500 milioni.

arità di condizioni (ante aggiornamento LEA) la correzione prevista porta ad un forte ampliamento della ce tra andamento tendenziale della spesa e fabbisogno standard: si tratta di oltre 3.172 milioni. E ciò tando il carattere permanente e strutturale delle misure di correzione, introdotte nel luglio scorso con il 8/2015, per oltre 2.352 milioni. Per evitare il sostanziale raddoppio del disavanzo rispetto a quanto isto per il 2015, le Regioni e il Governo dovranno individuare misure di efficientamento che andranno ggiungersi a quelle del DL 78/2015, di cui si dovrebbe avere una prima valutazione di efficacia.

centralizzazione degli acquisti e i piani di rientro per le strutture ospedaliere potranno, infatti, produrre ati consistenti solo nel medio periodo. La sostenibilità del sistema è, pertanto, legata al maturare dei essi che erano stati avviati con il Patto della salute nel luglio 2014 e che attengono anche alla revisione istema di compartecipazione alla spesa, alla ripresa di un'adeguata politica di investimenti, alla ione dei meccanismi di calcolo dei fabbisogni regionali, nonché alla previsione di meccanismi premiali.

**Rapporto 2017 sul coordinamento della finanza pubblica, la Corte affermava:**  
*oportuno sottolineare che il sistema di monitoraggio della spesa e della qualità dei servizi, sperimentato go nel settore sanitario, ormai consolidato negli anni, è quello che costituisce il modello di riferimento gli altri settori.*  
*i sanità infatti, sono stati via via messi a punto specifici strumenti di monitoraggio della spesa e dei zi, accompagnati da meccanismi sanzionatori in caso di mancato rispetto degli obiettivi. Ciò ha entito al settore di ottenere un sistema di controllo efficace contribuendo positivamente al contenimento spesa pubblica”.*

ibella che segue (Corte dei Conti, Rapporto 2018 sul Coordinamento della finanza pubblica) contiene ricostruzione della spesa sanitaria prevista nei documenti di finanza pubblica.

portiamo qui perché aiuta a capire cosa significa scontare nel nuovo quadro tendenziale gli effetti attesi misure correttive Ad esempio si prenda l'anno 2018.

ale anno nell'aprile 2014 si stimava che il livello di spesa del SSN sarebbe stato di euro 121,316 MLD, ale livello di spesa atteso per l'anno 2018 viene progressivamente ridotto nei documenti di finanza ublica via via approvati fino ad abbassarsi alla quota di euro 115,818 MLD, per effetto delle varieovre di razionalizzazione via via disposte,, ad es D.L.78/2015 (art.9-septies), L. 208/2015 (art. 1, na 568) e L. 232/2016 (art. 1, comma 392).

re parole circa 5,5 MLD in meno rispetto al previsto: cioè il risultato dell'efficientamento del SSN è stato atto allo stesso SSN e impiegato per altre finalità.

\*\*\*\*\* CORTE DEI CONTI \*\*\*\*\*  
SEZIONI RIUNITE IN SEDE DI CONTROLLO

## Rapporto 2018 sul coordinamento della finanza pubblica

TAVOLA I

LA SPESA SANITARIA NEI DOCUMENTI DI FINANZA PUBBLICA

(milioni di euro)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Def aprile 2018	109.614	110.961	111.239	112.373	113.599	115.818	116.382	118.572	120.894
	6,83	6,84	6,73	6,69	6,62	6,56	6,39	6,32	6,27
Nota Def sett 2017	109.614	110.942	111.223	112.514	114.138	115.068	116.105	118.570	
	6,83	6,84	6,73	6,70	6,65	6,50	6,34	6,26	
Def aprile 2017	109.614	110.938	111.245	112.542	114.138	115.068	116.105	118.570	
	6,83	6,84	6,76	6,73	6,68	6,54	6,41	6,37	
LB 2017	109.907	111.304	112.408	113.654	115.377	115.823	116.168		
	6,85	6,87	6,84	6,80	6,77	6,60	6,42		
Nota Def sett. 2016	109.907	111.304	112.408	113.654	115.440	116.821	119.156		
	6,85	6,86	6,84	6,80	6,77	6,64	6,56		
Def aprile 2016	109.907	111.304	112.408	113.376	114.789	116.170	118.505		
	6,83	6,89	6,87	6,78	6,69	6,58	6,52		
LS 2016	110.044	111.028	111.289	111.646	112.957	114.632	117.017		
		6,87	6,81	6,65	6,51	6,39	6,33		
Nota Def sett 2015	110.044	111.028	111.289	113.372	115.509	117.709	120.094		
	6,84	6,87	6,81	6,74	6,67	6,60	6,55		
Def aprile 2015	110.044	111.028	111.289	113.372	115.509	117.709	120.094		
	6,84	6,87	6,79	6,72	6,64	6,58	6,52		
LS 2015	109.254	111.474	111.351	113.797	116.328	118.964			
	7,00	6,85	6,76	6,73	6,68	6,61			
Def aprile 2014	109.254	111.474	113.703	116.149	118.680	121.316			
	7,00	7,02	6,99	6,93	6,86	6,78			
Def aprile 2013	111.108	113.029	115.424	117.616	119.789				
	7,06	6,96	6,88	6,79	6,71				

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati MEF e ISTAT

terza e ultima parte

**po Palumbo**

Direttore generale e Capo Dipartimento della Programmazione sanitaria del Ministero della Salute dal 2013 al 2013

[vi la prima](#) e la [seconda](#) parte

**.IOGRAFIA**

no A., Gli ospedali psichiatrici prima della legge Basaglia -reportage da un ex manicomio piemontese, [\(vai al link\)](#)

tti E., Geddes M., Maciocco G., Manuale di Sanità Pubblica, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1981

ri, Kent; Mays, Nicholas; and Walt, Gill. Making Health Policy, Second Edition. UK: McGraw-Hill Education, 2012

re de conti – Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica anno 2017 [\(vai al link\)](#)

entro 11 ottobre 2018, Salute mentale - Aspetti epidemiologici nel mondo revisione a cura di Antonella Ntencos - Centro di riferimento per le scienze comportamentali e la salute mentale-Iss [\(Vai al link\)](#)

lazione Franca e Franco Basaglia – biografia di Franco Basaglia [\(vai al link\)](#)

e in cammino [\(vai al link\)](#)

ini G, La funzione dell'OPG Aspetti normativi e sociologici [\(vai al link\)](#)

stero della Salute – Rapporto salute mentale sui dati sism 2016 [\(vai al link\)](#)

re Health at a Glance 2017: Italia a confronto [\(vai al link\)](#)

ni F., *Politiche sanitarie in Italia, 2011, Roma*

ni F., *Salute, sanità e regioni in un servizio sanitario nazionale, L'Italia e le sue Regioni, 2015, Istituto*

cani ([vai al link](#))

microft G., Tansella M., *Manuale per la riforma dei servizi di salute mentale, Il Pensiero Scientifico*

re, 2000

**embre 2018**

roduzione riservata

## articoli in Governo e Parlamento



Variente Omicron. Dal G7 Salute impegno per accelerare donazioni vaccini e garantire assistenza operativa ai paesi più fragili



Covid. I sindaci chiedono al Governo d'introdurre l'obbligo di mascherina all'aperto dal 6 dicembre al 15 gennaio



La settimana. Legge di Bilancio, Vaccini e Sunshine Act



Umbria. Il presidente della Commissione Sanità del Senato Sileri in visita presso diverse strutture sanitarie



Decreto fiscale. Due emendamenti (analoghi) di Lega e M5S propongono snellimento procedure per il ripiano del payback. L'Aifa diventerebbe l'unica garante delle



Pronto soccorso. La precisazione del Ministero: "Riforma ancora in fase di valutazione"

ansazioni con le aziende. In ballo oltre 500 milioni per le Regioni

**quotidianosanità.it**

idiano online  
ormazione sanitaria.

**Edizioni srl**

2298601001

3oncompagni, 16  
37 - Roma

ittore Carpaccio, 18  
17 Roma (RM)

**Direttore responsabile**

Cesare Fassari

**Direttore editoriale**

Francesco Maria Avitto

**Presidente e AD**

Vincenzo Coluccia

**Direttore generale**

Ernesto Rodriguez

**Redazione**

Tel (+39) 06.59.44.62.23

Tel (+39) 06.59.44.62.26

Fax (+39) 06.59.44.62.28

[redazione@qsedizioni.it](mailto:redazione@qsedizioni.it)

**Pubblicità**

Tel. (+39) 06.89.27.28.41

[commerciale@qsedizioni.it](mailto:commerciale@qsedizioni.it)

Copyright 2013 © QS Edizi

Tutti i diritti sono riservati

- P.I. 12298601001

- iscrizione al ROC n. 2338

- iscrizione Tribunale di Ro

115/3013 del 22/05/2013

Riproduzione riservata.

[Policy privacy](#)