



Centro Studi Assobiomedica

L'impatto della Manovra sanitaria 2012-2014 sul settore dei dispositivi medici

Testo aggiornato dopo l'approvazione della
Legge di Stabilità 2013

ANALISI



Centro studi di economia sanitaria intitolato a Ernesto Veronesi

Direttore: Paolo Gazzaniga

L'impatto della Manovra sanitaria 2012-2014 sul settore dei dispositivi medici

Testo aggiornato dopo l'approvazione
della Legge di Stabilità 2013

Felice Cincotti

Centro Europa Ricerche - CER

Paolo Gazzaniga

Centro Studi Assobiomedica - CSA

INDICE

INTRODUZIONE	1
L'IMPATTO DELLA MANOVRA SANITARIA 2012-2014	7
1. La spesa pubblica tendenziale in dispositivi medici	8
2. L'effetto sui dispositivi medici della riduzione del 5% della spesa per l'acquisto di beni e servizi	8
3. L'effetto del tetto alla spesa per dispositivi medici	9
4. L'effetto delle misure dirette sui dispositivi medici: un riepilogo	11
5. L'effetto sui dispositivi medici della riduzione della spesa per l'acquisto di prestazioni da operatori privati accreditati	13
6. Spunti di riflessione	13
SINTESI E CONCLUSIONI	16
APPENDICE	17
BIBLIOGRAFIA	19

INTRODUZIONE

La pesante crisi economica che sta interessando il nostro e diversi altri paesi, da un lato, e i problemi che in Italia sono stati trascinati per decenni senza essere affrontati (se non in modo ideologico e/o superficiale), dall'altro, ci hanno recentemente presentato un conto salatissimo. Con riferimento alla sanità, il Governo ha risposto a questo stato di cose attraverso diversi provvedimenti, introdotti dal luglio 2011 a oggi, che qui esaminiamo con particolare riguardo al settore dei dispositivi medici.

Nel complesso si tratta di una Manovra pesantissima per il Servizio sanitario nazionale (SSN), tanto pesante che mai come ora sono a rischio le fondamenta stesse del SSN per il quale è previsto che venga ridotto il finanziamento statale in una misura – i numeri ufficiali parlano di una riduzione del finanziamento statale pari a 14.320 milioni nell'arco dell'intero triennio 2012-2014, di cui 8.520 milioni (circa mezzo punto di prodotto interno lordo) nel 2014 – che a nostro giudizio va ben oltre la soglia del possibile miglioramento dell'efficienza.

E' noto che il nostro SSN, finora, abbia complessivamente meritato buoni voti in tutte le materie, ivi compresa l'efficienza. Senza dunque voler essere eccessivamente ripetitivi, ci si limita a ricordare alcuni tra i possibili termini di confronto tra la spesa sanitaria pubblica dell'Italia e quella degli altri paesi.

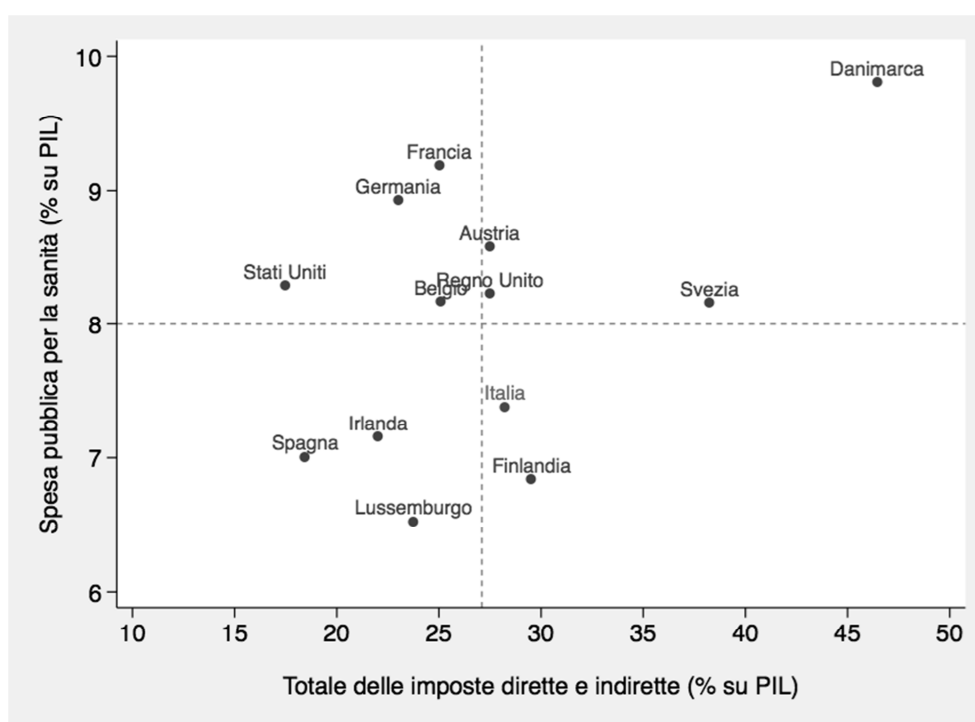
Il Grafico 1 posiziona tredici paesi OCSE (Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Irlanda, Italia, Lussemburgo, Regno Unito, Spagna, Stati Uniti d'America, Svezia) in base alla rispettiva spesa sanitaria pubblica espressa come percentuale del prodotto interno lordo (PIL) (asse verticale), e al totale delle entrate tributarie derivanti da imposte dirette e indirette, anch'esso come percentuale del PIL (asse orizzontale).

Nessuno, pensiamo, si meraviglierebbe se il posizionamento dei vari paesi riflettesse una spesa sanitaria pubblica più alta al crescere del prelievo tributario. In realtà, il grafico mette in luce situazioni decisamente differenziate.

- a. I paesi che occupano il quadrante in alto a destra (Regno Unito, Austria, Svezia, Danimarca) sono caratterizzati da un prelievo tributario superiore alla media (indicata dalla linea tratteggiata verticale) al quale corrisponde una spesa sanitaria pubblica anch'essa superiore alla media (indicata dalla linea tratteggiata orizzontale). Questi paesi, dunque, appaiono coerenti con il quadro teorico sopra delineato.
- b. I paesi che occupano il quadrante in basso a sinistra (Lussemburgo, Irlanda e Spagna) appaiono altrettanto coerenti, seppure verso il basso: essi, infatti, sono caratterizzati da un prelievo tributario inferiore alla media a cui si accompagna una spesa sanitaria pubblica anch'essa inferiore alla media.

- c. I paesi posti nel quadrante in alto a sinistra (Francia, Belgio, Germania, Stati Uniti) si discostano dal quadro teorico in quanto a un prelievo tributario inferiore alla media corrisponde una spesa sanitaria pubblica invece superiore alla media.
- d. Infine, nel quadrante in basso a destra troviamo Italia e Finlandia che a loro volta si discostano dal quadro teorico, ma per via di caratteristiche opposte a quelle dei paesi citati in precedenza, ovvero per un prelievo tributario superiore alla media accompagnato da una spesa sanitaria pubblica inferiore alla media.

Grafico 1 – Spesa sanitaria pubblica e prelievo tributario, 2009: paesi a confronto



Fonti: OECD Health Data 2011; CSC su dati AMECO.

Nota: entrambe le serie di dati si riferiscono all'anno 2009, il più recente disponibile nella banca dati OECD più recente (2011); dati più aggiornati sono disponibili solo relativamente alla pressione fiscale (al 2011) e alla spesa sanitaria italiana (2010): le variazioni 2009-2010 sono minime e non spostano il posizionamento dell'Italia.

Tabella 1 – Prelievo tributario, 2009: paesi a confronto; valori in % PIL

	Imposte			Totale imposte	Totale entrate
	Indirette	Dirette	In conto capitale		
UE-27	12,7	12,4	0,3	25,4	44,2
Belgio	12,5	15,2	0,7	28,3	48,1
Danimarca	16,8	29,7	0,2	46,7	55,2
Germania	11,5	11,5	0,2	23,2	44,9
Irlanda	11,3	10,7	0,2	22,2	34,8
Grecia	11,3	8,3	0,2	19,8	38,2
Spagna	8,8	9,6	0,4	18,9	35,1
Francia	15,1	9,9	0,4	25,4	49,2
Italia	13,6	14,7	0,8	29,1	46,5
Paesi Bassi	11,9	11,9	0,3	24,1	46,0
Austria	14,7	12,8	0,0	27,5	48,7
Portogallo	12,8	9,0	0,0	21,7	39,6
Finlandia	13,4	16,1	0,3	29,8	53,4
Svezia	18,7	19,6	0,0	38,3	54,0
Regno Unito	11,7	15,8	0,3	27,7	40,1
Stati Uniti	7,3	10,1	0,2	17,7	31,1
Giappone	8,2	7,7	0,2	16,1	33,1

Fonte: elaborazioni CSC su dati Commissione europea.

Tabella 2 – Spesa sanitaria pubblica, 2009: paesi a confronto; valori in % PIL

Austria	8,6
Belgio	8,2
Danimarca	9,8
Finlandia	6,8
Francia	9,2
Germania	8,9
Irlanda	7,2
Italia	7,4
Lussemburgo	6,5
Spagna	7,0
Svezia	8,2
Regno Unito	8,2
Stati Uniti	8,3

Fonte: OECD Health Data.

In Italia, dunque, nonostante il prelievo tributario sia tra i più alti, la quota di risorse pubbliche destinata alla sanità è tra le più basse. Naturalmente si tratta di un confronto parziale tra paesi che in taluni casi sono molto diversi tra loro, ad esempio nel coniugare schemi di protezione sanitaria (pubblica e privata mutualistica) e schemi di protezione sociale; tuttavia, anche guardando al paese dal quale abbiamo mutuato il modello sanitario, ovvero il Regno Unito, questa “anomalia virtuosa” dell’Italia risulta evidente. Paradossalmente, questa situazione potrebbe essere riportata alla normalità del quadro teorico in due modi: diminuendo il nostro prelievo tributario, oppure aumentando la nostra spesa sanitaria pubblica. In realtà, sappiamo che la via imboccata dal Governo va esattamente nella direzione opposta, come se, con riferimento alla sanità, scommettessimo sulla possibilità di fare altrettanto bene con sempre meno risorse. La questione da porsi, dunque, è se tale prospettiva sia realistica e, nel caso che lo fosse, fino a che punto e soprattutto a quali condizioni lo sarebbe.

Per ora si prende atto che nel 2013 e, in misura minore, nel 2014 il finanziamento ordinario del SSN, in valore nominale, si ridurrà rispetto a quello previsto per il 2012 e questo segna una significativa discontinuità rispetto al passato¹: infatti, si è passati da una logica di contenimento (in un quadro di risorse crescenti) a una logica di taglio. In altre parole, se fino a ieri abbiamo avuto manovre tese a contenere la dinamica della spesa tendenziale così da contenere quella del finanziamento statale, oggi ci troviamo di fronte a misure tese a ridurre la spesa, così da ridurre a sua volta il finanziamento. E, come detto, potremmo essere soltanto all’inizio.

Nella Tabella 3 abbiamo riportato la sequenza dei provvedimenti dell’ultimo anno e mezzo² e i risparmi attesi da ciascuno di essi secondo le valutazioni ufficiali, evidenziando le misure che incidono direttamente sulla spesa per dispositivi medici.

¹ Già con il Patto per la salute 2007-2009, si passò da un ciclo caratterizzato da integrazioni *ex post* dei finanziamenti statali annui al ciclo attuale che responsabilizza completamente le Regioni rispetto a eventuali disavanzi sanitari.

² L 111/2011, L 94/2012, L 135/2012 (queste ultime due norme frutto della cosiddetta “*spending review*”) e Legge di Stabilità per il 2013 (L 228/2012).

Tabella 3 – La Manovra sanitaria, 2012-2014: le stime ufficiali dei risparmi attesi; valori in milioni di euro

	2012	2013	2014
Finanziamento SSN tendenziale	108.780	111.794	116.236
Riduzione finanziamento SSN ex L 111/2011	-	-2.570	-5.520
● Beni e servizi	-	-1.500	-1.850
- Prezzi di riferimento	-	-750	-1.100
- Tetto sui Dispositivi medici (5,2% dal 2013)	-	-750	-750
● Farmaceutica	-	-1.000	-1.000
● Ticket	-	-	-2.000
● Personale	-	-	-600
● Accertamenti medico-legali (*)	-	-70	-70
Riduzione finanziamento SSN ex L 135/2012	-900	-1.800	-2.000
● Beni e servizi	-505	-883	-943
- Riduzione 5% spesa per forniture	-505	-463	-393
- Abbassamento tetto sui Dispositivi medici (4,9% nel 2013 e 4,8%)	-	-400	-500
- Riduzione posti letto	-	-20	-50
● Farmaceutica	-325	-747	-747
● Assistenza accreditata	-70	-170	-310
Riduzione finanziamento SSN ex L Stabilità 2013	-	-600	-1.000
● Beni e servizi	-	-600	-1.000
- Riduzione 10% spesa per forniture (a partire dal 2013)	-	-500	-500
- Abbassamento tetto sui Dispositivi medici (4,8% nel 2013 e 4,4% dal 2014)	-	-100	-500
Totale riduzione finanziamento SSN	-900	-4.970	-8.520
Finanziamento programmatico	107.880	106.824	107.716
Totale risparmi attesi sulla spesa per dispositivi medici, in base alle stime	n.d.	-1.250	-1.750

Fonte: CSA e CER su Relazioni tecniche al DDL S. 2814/2011, al DDL S. 3396/2012 e al DDL C. 5534.

(*) Tale riduzione nella sostanza non è un vero taglio: infatti, si tratta di risorse che in passato, seppure fatte passare all'interno del finanziamento sanitario nazionale, venivano poi accantonate e non distribuite alle Regioni; con l'attuale riordino del sistema di trasferimento è previsto che, a partire dal 2013 le risorse necessarie per gli accertamenti medico-legali vengano erogate direttamente alle amministrazioni competenti, semplificandone così l'iter di attribuzione.

Che vi sia spazio per impiegare meglio quelle che oggi sono le risorse assorbite dal SSN è certo. Le parole "impiegare meglio" qui però significano "impiegare diversamente" tali risorse e non "impiegarne meno": si deve risparmiare in taluni casi, così da poter spendere e investire di più in altri, intervenendo innanzitutto sulle enormi disparità che oggi esistono sul territorio in termini di accesso a prestazioni e tecnologie³. Sì perché, come noto, se nel complesso il SSN merita buoni voti è altrettanto vero che alcuni Servizi Sanitari Regionali sono lontani dalla sufficienza in quasi tutte le materie. Su questo piano (rischi di tenuta del sistema compresi) la situazione delle regioni italiane, *mutatis mutandis*, appare sempre più simile a quella degli Stati appartenenti all'Euro Zona.

D'altro canto, sappiamo che le *spending review* finiscono per incidere sulla quantità piuttosto che sulla qualità della spesa, quanto più risultano guidate dall'impellenza di rientrare da una situazione di disequilibrio economico-finanziario; è questo il caso del debito pubblico accumulato dall'Italia. Va però tenuta presente anche un'altra necessità assoluta del nostro Paese, peraltro non

³ Per approfondimenti, cfr. Petrarca G., Bussone M.C. e Fattore G. (2011), e Petrarca G. e Bussone M. (2011).

disgiunta dalla precedente, ovvero quella di poter contare su una crescita economica reale e stabile. A questo proposito si sottolinea come diversi paesi, che pure oggi hanno meno competenze scientifiche e tecnologiche rispetto a noi, puntino sulla ricerca e specificatamente sulle tecnologie sanitarie come fattori di sviluppo; in Italia, invece, non si fa abbastanza al fine di valorizzare le competenze e le potenzialità, pubbliche e private, presenti all'interno del sistema sanitario.

L'IMPATTO DELLA MANOVRA SANITARIA 2012-2014

Le domande a cui abbiamo cercato di dare qui risposte sono le seguenti tre.

- i. Qual è l'effettivo risparmio atteso sulla spesa per dispositivi medici?
- ii. Si tratta di un obiettivo ragionevole e raggiungibile con invarianza dei servizi ai cittadini?
- iii. Che indicazioni per il settore trarre dalle misure che sono state disposte?

Il nuovo Patto della Salute, che era atteso entro lo scorso aprile, avrebbe dovuto individuare le modalità con cui i necessari risparmi avrebbero dovuto essere perseguiti. In mancanza dell'accordo tra Stato e Regioni, ai fini di questa analisi non possiamo fare altro che richiamare sul piano quantitativo le indicazioni approssimative contenute nei documenti ufficiali a disposizione, che riguardano le voci di spesa da aggredire e il risparmio ipotizzato per ciascuna di esse; dobbiamo, invece, rinviare valutazioni più approfondite sull'effettiva congruità delle misure in questione a quando (se mai) saranno resi noti maggiori elementi.

Siamo dunque partiti dal quadro complessivo dei risparmi attesi e abbiamo poi analizzato le principali misure prese nell'ultimo anno relative appunto al settore dei dispositivi medici, ovvero:

- la riduzione del 5% della spesa per beni e servizi, ma solo per il secondo semestre 2012 (senza però dimenticare che il provvedimento in questione è previsto abbattersi anche e soprattutto sulle forniture dei servizi, nel 2013-2014, nella misura del 10%);
- la fissazione dei prezzi di riferimento, a partire dal 2013;
- il tetto alla spesa parametrato sul finanziamento nazionale del SSN, a partire dal 2013.

Se le prime due misure riguardano tutti i beni e servizi, la terza riguarda specificatamente i dispositivi medici, fissando il limite massimo che la relativa spesa potrà raggiungere ogni anno, oltre il quale scatterà il ripiano regionale. In questo senso ci è sembrato logico considerare i futuri prezzi di riferimento che verranno fissati per i dispositivi medici come lo strumento principale che dovrebbe portare a tagliarne la spesa così da rispettare il tetto; di conseguenza, in questo lavoro non è stato stimato un impatto specifico riconducibile ai prezzi di riferimento – abbiamo assunto che le stime dei risparmi attesi grazie ai prezzi di riferimento (pari a 750 milioni di euro per il 2013 e 1,1 miliardi di euro per il 2014), indicate nelle Relazioni tecniche che hanno accompagnato la Manovra, si riferiscano unicamente a beni e servizi diversi dai dispositivi medici – considerando che tale impatto rientri appunto tra i risparmi complessivamente attesi dal rispetto del tetto.

1. La spesa pubblica tendenziale in dispositivi medici

Come dato di base per procedere nei calcoli abbiamo fatto riferimento alla stima ufficiale della spesa tendenziale in dispositivi medici, pari a 7 miliardi di euro⁴. Le informazioni disponibili non chiariscono come sia stata stimata tale spesa (ad es. se tale importo comprenda o meno la spesa per il noleggio e il *leasing* di attrezzature sanitarie). Si tratta di un punto rilevante, ovvero di un elemento di incertezza riguardo alla frazione di spesa a cui far corrispondere la quantificazione dei risparmi in esame. Un raffronto è possibile con le informazioni ricavate dai conti delle strutture sanitarie pubbliche più recenti a disposizione i quali si riferiscono al 2009 (Tabella 4).

Tabella 4 – Spesa per beni e servizi, 2009: alcuni dettagli

	v.a. (mln di euro)	% su totale acquisti B&S	% su totale spesa sanitaria
Acquisto di beni	14.147	60,0	12,7
• Sanitari	13.416	56,9	12,0
- <i>Prodotti farmaceutici</i>	6.718	28,5	6,0
- <i>Dispositivi medici</i>	6.050	25,6	5,4
• Non sanitari	732	3,1	0,7
Acquisti di servizi non sanitari	6.771	28,7	6,1
• Manutenzione	1.730	7,3	1,5
- <i>Sanitaria</i>	742	3,1	0,7
Godimento beni di terzi	938	4,0	0,8
- <i>Noleggio e leasing sanitari</i>	530	2,2	0,5
Totale acquisti di beni e servizi	23.587	100,0	21,1
Totale spesa sanitaria (*)	111.764		100,0

Fonte: CSA e CER su dati CE Ministero della Salute.

(*) Il valore riportato è al netto degli ammortamenti e della mobilità interregionale.

Nota: tra le voci non citate (e non comprese nel totale della spesa sanitaria) vi è quella relativa agli Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali, complessivamente pari a 108,48 milioni di euro, riportate nei conti delle strutture sanitarie pubbliche senza distinguere tra quota relativa a cespiti a uso sanitario e quota relativa ad altri cespiti.

Fatto presente questo, l'ipotesi qui portata avanti è che l'importo di 7 miliardi, indicato dal Governo, comprenda l'intera spesa per dispositivi medici (quale che essa sia) interessata da entrambe le misure in esame: riduzione del 5% nel 2012 e tetto dal 2013.

2. L'effetto sui dispositivi medici della riduzione del 5% della spesa per beni e servizi

In generale, nella Relazione tecnica si fa riferimento a un importo aggredibile di circa 22 miliardi di euro che, sulla base della norma, dovrebbe escludere i prodotti

⁴ Cfr. al riguardo, la Nota tecnica rilasciata dal Governo il 24 luglio 2012 (cfr. Camera dei Deputati, Servizio Studi – Dipartimento Bilancio, n. 672, Parte II, 2012) e la Relazione Tecnica al Disegno di legge Stabilità 2013 (C. 5534), p. 90.

farmaceutici ospedalieri⁵. Rispetto a tale importo, un ipotetico risparmio del 5% ammonterebbe a 1,1 miliardi; il fatto che le fonti ufficiali invece indichino “soltanto” un obiettivo di risparmio di 505 milioni nel 2012 è verosimilmente da legarsi al fatto che la misura agisce solo sulla seconda metà dell’anno. L’andamento decrescente dei risparmi attesi sconta sia la progressiva scadenza dei contratti in essere, sia la mancata applicazione di tale misura a partire dal 2013 ai contratti relativi alla fornitura di dispositivi⁶. Sarebbero comunque necessari ulteriori elementi per suffragare tali quantificazioni, come rileva il Servizio Bilancio del Senato, secondo cui peraltro tale norma potrebbe anche dar luogo a “un cospicuo contenzioso a carico delle aziende sanitarie e creare problemi di approvvigionamento” quale conseguenza di eventuali decisioni di recedere dai contratti di fornitura in questione⁷. Va detto che la norma prevede che le aziende sanitarie possano anche comportarsi diversamente da come indicato dalla stessa, purché le Regioni assicurino il pareggio di bilancio.

Premesso questo, abbiamo dunque stimato l’impatto della misura in esame sulla spesa pubblica in dispositivi medici considerandone un’applicazione in un arco di sei mesi⁸: il risparmio atteso sarebbe pari a 175 milioni di euro e corrisponderebbe al 34,7% dei risparmi complessivi attesi per il 2012 da questa misura (e al 19,4% del risparmio complessivo atteso per il 2012 dall’intera Manovra).

3. L’effetto del tetto alla spesa per dispositivi medici

Abbiamo provato a stimare l’impatto complessivo del tetto, inizialmente fissato dalla L 111/2011 a quota 5,2% del fabbisogno sanitario nazionale 2013 e successivamente abbassato prima dalla L 135/2012 (al 4,9% per il 2013 e al 4,8% dal 2014) e infine dalla L 228/2012, la Legge di Stabilità 2013 (al 4,8% per il 2013 e al 4,4% dal 2014).

⁵ Cfr. Relazione tecnica al DDL S. 3396.

⁶ Cfr. Nota tecnica rilasciata dal Governo lo scorso 24 luglio.

⁷ Cfr. Servizio Bilancio del Senato, Nota di Lettura n. 135, 2012, p. 177.

⁸ Questo per via dell’entrata in vigore, a partire dal 2013, dello specifico tetto sulla spesa in questione.

Tabella 5 – La Manovra sanitaria, 2012-2014: una nostra ricostruzione dell’impatto sulla spesa; valori in milioni di euro

		2013	2014
Dati tendenziali	Finanziamento SSN tendenziale	111.794	116.236
	Attività non rendicontate e accantonate ASL	756	756
	Finanziamento SSN rilevante per il tetto	111.038	115.480
	Spesa per dispositivi medici tendenziale secondo i dati ufficiali	7.000	7.000
Effetti L 111/2011	Riduzione finanziamento SSN ex L 111/2011 (*)	-2.500	-5.450
	Finanziamento SSN rilevante per il tetto ex L 111/2011	108.538	110.030
	Spesa per dispositivi medici con tetto al 5,2%	5.644	5.722
	Impatto atteso sulla spesa per dispositivi medici	-1.356	-1.278
Effetti L 135/2012	Riduzione finanziamento SSN ex L 135/2012	-1.800	-2.000
	Finanziamento SSN rilevante per il tetto ex L 135/2012	106.738	108.030
	Spesa consentita (tetto al 4,9% per il 2013 e 4,8% per il 2014)	5.230	5.185
	Impatto atteso sulla spesa per dispositivi medici	-414	-536
Effetti L 228/2012	Riduzione finanziamento SSN ex L 228/2012	-600	-1.000
	Finanziamento SSN rilevante per il tetto ex L 228/2012	106.138	107.030
	Spesa consentita (tetto al 4,8% per il 2013 e 4,4% per il 2014)	5.095	4.709
	Impatto atteso sulla spesa per dispositivi medici	-136	-476
Effetto totale	Totale impatto stimato sulla spesa per dispositivi medici	-1.905	-2.291

Fonte: CSA e CER su Relazioni tecniche al DDL S. 2814/2011, al DDL S. 3396/2012 e al DDL C. 5534.

(*) I dati non comprendono il taglio di 70 mln. euro annui relativo agli accertamenti medico-legali, le cui risorse rientrano nelle attività non rendicontate e accantonate, ininfluenti per la determinazione del tetto.

In analogia alla procedura seguita per il calcolo del tetto di spesa della farmaceutica territoriale, il finanziamento per il SSN preso come termine di confronto è considerato al netto delle risorse disponibili per le attività non rendicontate dalle aziende sanitarie e di quelle accantonate⁹. A partire dalla spesa tendenziale ufficiale di 7 miliardi di euro e seguendo l’evoluzione della normativa di disciplina del tetto e di riduzione del finanziamento disponibile, abbiamo stimato l’impatto prodotto da ciascuno dei provvedimenti esaminati e quello complessivo.

L’esercizio, riportato in Tabella 5, evidenzia un’incongruenza tra i dati ufficiali relativi ai risparmi attesi e alla spesa tendenziale dei dispositivi medici. Partendo da una spesa tendenziale di 7 miliardi di euro, i risparmi stimati (pari nel complesso a 1.905 milioni di euro nel 2013 e a 2.291 milioni nel 2014) risultano differenti e significativamente superiori a quelli indicati in via ufficiale (1.250 milioni di euro nel 2013 e 1.750 nel 2014). Tale differenza è in gran parte riconducibile a una sottostima (a nostro avviso) da parte del Governo degli effetti derivanti dall’introduzione del tetto (L 111/2011), mentre decisamente più contenute sono le differenze relative ai successivi inasprimenti del tetto stesso. Si può mostrare (cfr. l’Appendice, dove l’impatto complessivo del tetto viene anche disaggregato per evidenziare gli effetti del tetto da quelli della riduzione del finanziamento) che alla stima ufficiale dei risparmi derivanti dall’introduzione del tetto di spesa corrisponde una spesa tendenziale di 6,4 miliardi di euro, inferiore a quella che il Governo ha specificato successivamente.

⁹ Su tale aspetto cfr. Relazione tecnica al DDL S. 3396, p. 102.

Si tratta di un'incongruenza non irrilevante: assumendo una spesa tendenziale pari a 7 miliardi di euro, la riduzione di spesa pubblica in dispositivi medici conseguente all'introduzione del tetto risulterebbe di circa il 27% nel 2013 e del 33% nel 2014¹⁰, ovvero decisamente superiore a quella implicita nelle stime ufficiali (18% e 25% rispettivamente).

Si tenga conto che l'impatto così stimato si riferisce all'intero comparto; a questo riguardo va tenuto conto che la misura dei prezzi di riferimento (che è verosimilmente la misura principale da cui sono attesi i risparmi in esame) ha per sua natura un potenziale impatto sui vari segmenti di mercato e sulle relative imprese molto diverso da caso a caso.

Il ripiano per l'eventuale sfioramento della spesa rispetto al tetto, infine, è posto a carico delle Regioni, che dovranno ricorrere a misure di contenimento della spesa sanitaria o a risorse proprie del bilancio regionale. Non sono invece tenute al ripiano le Regioni che hanno mantenuto in equilibrio i propri bilanci sanitari.

4. L'effetto delle misure dirette sui dispositivi medici: un riepilogo

Riepilogando, nell'ipotesi che la spesa tendenziale sia pari a 7 miliardi di euro, in base alle nostre stime il settore dei dispositivi medici sarebbe chiamato a contribuire al risparmio complessivo sotteso alla manovra in misura pari al 19,4% nel 2012, al 38,9% nel 2013 e al 27,1% nel 2014 (Tabella 6). E' di tutta evidenza come suddette percentuali siano molto più che proporzionali (3-4 volte più alte) rispetto all'incidenza storica dei dispositivi medici sulla spesa sanitaria complessiva.

Tabella 6 – L'impatto complessivo della Manovra sanitaria sulla spesa per dispositivi medici, 2012-2014

	Milioni di euro			% su totale risparmi attesi		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Totale riduzione finanziamento SSN (*)	-900	-4.900	-8.450	100,0	100,0	100,0
Nostre stime						
Risparmi attesi dalle misure sui dispositivi medici	-175	-1.905	-2.291	19,4	38,9	27,1
di cui per riduzione spesa forniture	-175			19,4		
di cui per tetto sui dispositivi medici (con spesa ex Nota 24/7)		-1.905	-2.291		38,9	27,1
Stime ufficiali						
Risparmi attesi dalle misure sui dispositivi medici	-175	-1.250	-1.750	19,4	25,5	20,7
di cui per riduzione spesa forniture	-175			19,4		
di cui per tetto sui dispositivi medici (con spesa ricostruita)		-1.250	-1.750		25,5	20,7

Fonte: CSA e CER su Relazioni tecniche al DDL S. 2814/2011, al DDL S. 3396/2012. e al DDL C. 5534.
 (*) I dati non comprendono il taglio, dal 2013, di 70 mln. euro annui per accertamenti medico-legali.

Un contributo che, per il 2013-2014, è più elevato di quello ufficiale (come mostrano i dati riportati nella parte inferiore della Tabella 6, in cui abbiamo aggregato gli effetti del tetto, già riportati, distinti per ciascun provvedimento, nella Tabella 3); per il 2012, invece, in assenza di specifiche indicazioni da parte

¹⁰ Cfr. al riguardo, Camera dei Deputati, Servizio Studi – Dipartimento Bilancio, n. 672, Parte II, 2012.

del governo il risparmio a carico dei dispositivi medici stimato è quello del paragrafo 2.

A questo punto possiamo dare una risposta anche alla seconda domanda che ci siamo posti, ovvero se tali risparmi siano da considerarsi ragionevoli e raggiungibili con invarianza di servizi ai cittadini.

Ebbene, a nostro avviso questi numeri (relativi ai risparmi, in valore assoluto e in percentuale rispetto all'incidenza dei dispositivi medici sui beni e servizi) sono eccessivi per poter essere giudicati obiettivi ragionevoli. E la nostra è qualcosa di più di una semplice impressione.

Da un lato, le Relazioni tecniche, come anche rilevato dal Servizio Bilancio del Senato, non danno elementi quantitativi adeguati per verificare la congruità delle misure in relazione alle economie di spesa previste. Dall'altro, se il ragionamento da noi seguito è corretto, abbiamo visto come questo abbia evidenziato un'incongruenza tra le quantificazioni ufficiali.

Peraltro, a rendere fondate le perplessità riguardo ai numeri sottesi dalla Manovra vi sono altresì le dichiarazioni del Governo relative ai presunti margini di riduzione della spesa per dispositivi medici, possibili recuperando le sacche di inefficienza nelle procedure di acquisto da parte delle strutture sanitarie pubbliche¹¹. L'Autorità di Vigilanza per i Contratti Pubblici di Lavori, Servizi e Forniture (Avcp) avrebbe rilevato l'esistenza di significativi differenziali tra i prezzi pagati dalle strutture pubbliche per le corrispondenti forniture: in media i prezzi di acquisto praticati correntemente sarebbero risultati superiori di circa il 33% rispetto al parametro preso a riferimento. Ecco che il semplice riallineamento dei prezzi consentirebbe di recuperare circa 2,3 miliardi di euro (appunto il 33% di 7 miliardi di euro), ovvero praticamente lo stesso importo risultante dalle nostre stime. La vera questione, però, è che tali considerazioni fatte dall'Avcp si sono dimostrate essere ampiamente arbitrarie e frutto di calcoli caratterizzati da pesanti vizi di origine sul piano metodologico e in taluni casi anche errati¹².

Alla luce di tali argomentazioni, diventa ancora più difficile pensare che si possa trattare di misure per la razionalizzazione, o anche solo la revisione della spesa, compatibili con l'invarianza dei servizi ai cittadini. Anzi, è opinione largamente diffusa che una riduzione del finanziamento statale di questa portata non possa non avere ricadute negative in termini di minori garanzie offerte ai cittadini, sia sul piano quantitativo (minore accesso alle prestazioni) che su quello qualitativo (minore accesso a tecnologie moderne e innovative), a cominciare da quelle regioni dove già oggi esiste un *deficit* di offerta di questo tipo.

¹¹ Cfr. Relazione Tecnica al DDL C. 5534, p. 90.

¹² Bizzotto G., Glorioso V. e Gazzaniga P. (2012).

5. L'effetto sui dispositivi medici della riduzione della spesa per l'acquisto di prestazioni da operatori privati accreditati

Si tratta di una misura che non abbiamo citato in precedenza in quanto non è riferita direttamente ai dispositivi medici; tuttavia, trattandosi comunque di una misura che finirà per avere un impatto (per quanto indiretto e poco decifrabile esso sia al momento) sul mercato di tali tecnologie la si prende qui in considerazione per rendere esaustivo il ragionamento.

La disposizione prevede, in sede di programmazione regionale, una ridefinizione di volumi e tariffe relative alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e ospedaliera tale da ridurre la spesa in questione, rispetto al 2011, dell' 1% nel 2013 e del 2% a decorrere dal 2014.

Allo scopo di stimare l'impatto dell'intervento sulla spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da operatori privati accreditati sul mercato dei dispositivi medici sarebbe necessario conoscerne l'attuale incidenza sul fatturato domestico totale delle imprese del settore. Poiché tale valore non è disponibile, abbiamo ipotizzato in via arbitraria che esso sia pari al 50% dell'intero mercato privato di riferimento (a sua volta stimato pari al 25% del mercato totale dei dispositivi medici), ottenendo per questa via le seguenti stime di contrazione del fatturato per forniture di questo tipo a strutture sanitarie private accreditate: 12 milioni di euro nel 2013 e 24 milioni nel 2014.

6. Spunti di riflessione

Arriviamo quindi alla terza domanda che ci siamo posti nel fare questo lavoro: quali indicazioni trarre dalla Manovra?

A prescindere dai numeri della Manovra – che ripetiamo sono a nostro giudizio poco verosimili e scarsamente suffragati da dati analitici, ma soprattutto potenzialmente pericolosissimi per il SSN (nella misura in cui dovessero venire perseguiti acriticamente) – i contenuti della stessa offrono un chiaro segnale: da qui in avanti il sistema sanitario e il mercato delle tecnologie in Italia o sapranno evolvere, lasciandosi alle spalle logiche e comportamenti che ne hanno caratterizzato il passato e che si trascinano ancora oggi, oppure entrambi regrediranno in misura significativa. Una sanità sempre più per censo e un generale depauperamento tecnologico del sistema oggi sono rischi decisamente reali.

In questo panorama si intravede la necessità di accelerazioni verso:

- a. una maggiore trasparenza sui dati di spesa e di attività dei Servizi sanitari regionali;
- b. la riorganizzazione delle reti dei servizi sanitari, miratamente a dove questa è richiesta da ragioni di appropriatezza oltre che finanziarie; che si tratti di finanziamenti, tariffe, prezzi da usare come basi d'aste, tagliare è

evidentemente semplice a differenza che intervenire riorganizzando i servizi sanitari; tuttavia è soprattutto da interventi di riorganizzazione che ci si può attendere i più significativi recuperi di efficienza; ad esempio, non è ammissibile che l'erogazione in remoto di varie prestazioni e servizi (la cosiddetta *telemedicina*) sia lasciata a forme di "autolesionismo finanziario" delle aziende sanitarie (dato che non esistono meccanismi di rimborso *ad hoc*);

- c. una maggiore trasparenza riguardo al costo dei beni e servizi che si domandano e si offrono, ovvero si acquistano e si forniscono;
- d. logiche di investimento per l'innovazione da parte dell'industria più attente agli aspetti di sostenibilità economica del sistema, da un lato, e logiche di Governo dell'innovazione da parte dei decisori più aperte nei confronti delle imprese, dall'altro.

Tutto questo richiama l'assoluta necessità di poter contare su comportamenti etici da parte di tutti e su approcci al settore e al mercato che non siano schiacciati da logiche di breve respiro.

Riguardo a questa seconda questione, e limitandoci agli aspetti economici, riteniamo di dover mettere in guardia dai verosimili effetti recessivi di un approccio alla Sanità impostato su progressivi tagli della spesa pubblica. lo stesso impegno profuso nella spending review deve ora essere dedicato a dotare il Paese di un piano strategico per attrarre investimenti privati e finanziamenti europei dedicati ad attività di R&S nel settore delle tecnologie sanitarie.

In Italia, purtroppo, si continua a investire in misura insufficiente in R&S e ciò è dovuto principalmente al venire meno del cosiddetto "effetto traino" della spesa pubblica nei confronti degli investimenti privati. In altre parole, gli investimenti pubblici in R&S in Italia non costituiscono un volano sufficiente a generare investimenti delle imprese, se non in misura modesta. Le ragioni sono note.

Ciò detto, siamo ancora un paese con grandi potenzialità; potenzialità che ora più che mai dobbiamo valorizzare in modo che attraggano investimenti in R&S e generino innovazione.

In particolare la Sanità e il settore dei dispositivi medici offrono importanti opportunità di sviluppo per il Paese ed è in questa chiave, dunque, che vanno pensati i nuovi interventi da mettere in campo per questo settore, ivi compresi quelli tesi ad assicurare la necessaria sostenibilità del sistema. Un obiettivo, quest'ultimo, da perseguire non rinunciando alla qualità (delle tecnologie sanitarie e delle prestazioni erogabili), bensì puntando proprio su questa come volano di sviluppo.

Il nostro sistema sanitario, pur con tutte le disuguaglianze interregionali e infra-regionali, può contare su competenze e tecnologie che lo pongono certamente tra

quelli più avanzati al mondo. In particolare, il fatto che la classe medica italiana sia di ottimo livello e all'avanguardia nell'utilizzo di numerose tecnologie sanitarie innovative, rappresenta sicuramente un importante punto di forza del nostro sistema che occorre valorizzare al massimo, su due piani: 1) quello delle capacità progettuali per cogliere le opportunità presenti nel quadro dei finanziamenti europei per l'innovazione; 2) quello delle capacità di offerta di servizi alle imprese in tema di R&S, trasferimento tecnologico, indagini cliniche.

Serve un salto di qualità da parte di tutti gli attori e un'interlocuzione responsabile tra gli *stakeholder* che sia concentrata sugli aspetti strategici e non unicamente su quelli contingenti.

SINTESI E CONCLUSIONI

Nel complesso la Manovra 2012-2014 sottende misure il cui impatto potenziale mette a rischio le fondamenta stesse del SSN: i numeri parlano di una riduzione del finanziamento statale, al netto del riordino delle spese per accertamenti medico-legali, pari a 14.320 milioni nell'arco dell'intero triennio 2012-2014, di cui circa 8.520 milioni (circa mezzo punto di prodotto interno lordo) nel 2014.

Numeri che a nostro giudizio vanno ben oltre la soglia del possibile miglioramento dell'efficienza all'interno del sistema e che dunque non sembrano essere compatibili con l'obiettivo di mantenere invariato il livello dei servizi assicurati ai cittadini.

In particolare, stimiamo che la Manovra possa avere un impatto sulla spesa pubblica in dispositivi medici del -33% nell'arco del biennio.

Numeri riconducibili a misure fissate in base a obiettivi di risparmio ampiamente arbitrari, frutto di calcoli caratterizzati da pesanti vizi di origine sul piano metodologico e in taluni casi anche errati.

Detto questo, si sottolinea come con l'ultima Manovra si sia passati da una logica di contenimento (in un quadro di risorse crescenti) a una logica di taglio del finanziamento statale. E potremmo essere soltanto all'inizio.

Di conseguenza, sebbene come abbiamo visto ci siano diversi elementi per poter ragionevolmente prescindere in qualche misura dai numeri in questione, sembra comunque chiaro che mai come ora il rischio che si vada rapidamente verso una sanità sempre più per censo (e dunque la perdita del carattere universalistico del nostro Servizio sanitario), nonché verso un generale depauperamento tecnologico del sistema, è decisamente reale.

Serve un salto di qualità da parte di tutti gli attori e un'interlocuzione responsabile tra gli stakeholder che sia concentrata sugli aspetti strategici e non unicamente su quelli contingenti.

APPENDICE

L'impatto complessivo del tetto è stato qui approfondito distinguendo l'effetto tetto in senso stretto (che corrisponde alla riduzione di spesa dovuta appunto all'abbassamento del tetto, a parità di finanziamento *ante* manovra) dall'effetto finanziamento (che corrisponde alla riduzione di spesa dovuta all'abbassamento del finanziamento totale a carico dello Stato, a cui il tetto viene applicato).

Nella Tabella A-1, la distinzione dei due effetti è calcolata partendo dal dato ufficiale di spesa tendenziale di 7 miliardi di euro, che abbiamo utilizzato nel Paragrafo 3 per stimare l'impatto del tetto sulla spesa per i dispositivi medici (pari a 1.905 milioni di euro nel 2013 e a 2.291 milioni nel 2014).

Tabella A1 – L'impatto del tetto alla spesa per dispositivi medici, 2013-2014: alcuni dettagli relativi alle stime da noi costruite

	2013	2014
Finanziamento SSN tendenziale	111.794	116.236
Finanziamento SSN rilevante tendenziale	111.038	115.480
Riduzione finanziamento SSN ex L 111/2011 (*)	-2.500	-5.450
Finanziamento SSN rilevante ex L 111/2011	108.538	110.030
Spesa per dispositivi medici tendenziale secondo i dati ufficiali	7.000	7.000
Spesa per dispositivi medici con tetto al 5,2% e finanziam. tendenziale	5.774	6.005
Impatto "tetto"	-1.226	-995
Spesa per dispositivi medici con tetto al 5,2% e finanziam. ex L 111/2011	5.644	5.722
Impatto "finanziamento"	-130	-283
Riduzione finanziamento SSN ex L 135/2012	-1.800	-2.000
Finanziamento SSN rilevante ex L 135/2012	106.738	108.030
Spesa per dispositivi medici con tetto al 4,9-4,8% e finanziam. ex L 111/2011	5.318	5.281
Impatto "tetto"	-326	-440
Spesa per dispositivi medici con tetto al 4,9-4,8% e finanziam. ex L 135/2012	5.230	5.185
Impatto "finanziamento"	-88	-96
Riduzione finanziamento SSN ex Legge stabilità 2013	-600	-1.000
Finanziamento SSN rilevante ex Legge Stabilità 2013	106.138	107.030
Spesa per dispositivi medici con tetto al 4,8-4,4% e finanziam. ex L. 135/2012	5.123	4.753
Impatto "tetto"	-107	-432
Spesa per dispositivi medici con tetto al 4,8-4,4% e finanziam. ex Legge stabilità 2013	5.095	4.709
Impatto "finanziamento"	-29	-44
Stima dell'impatto complessivo della misura sulla spesa per dispositivi medici	-1.905	-2.291

Fonte: CSA e CER su Relazioni tecniche al DDL S. 2814/2011, al DDL S. 3396/2012 e al DDL C. 5534.

(*) I dati non comprendono il taglio, dal 2013, di 70 mln. euro annui per accertamenti medico-legali.

Per finanziamento sanitario rilevante intendiamo il finanziamento del SSN derivante dai tagli effettuati e al netto delle risorse per le attività non rendicontate e accantonate dalle ASL. Le elaborazioni mostrano come l'effetto tetto in senso stretto sia di gran lunga più stringente dell'effetto finanziamento.

Le elaborazioni mostrano come le nostre stime degli effetti complessivi del tetto siano sostanzialmente vicine a quelle ufficiali per quanto riguarda gli effetti della L 135/2012 (400 milioni di euro nel 2013 e 500 milioni nel 2015) e della legge di Stabilità (100 milioni nel 2013 e 500 nel 2015), i cui importi possono (e devono) essere considerati come approssimazioni. Significativa, invece, è la differenza rispetto agli effetti dell'introduzione del tetto (L 111/2011) che secondo le stime ufficiali corrisponderebbero a un risparmio annuo pari a 750 milioni di euro. Nella Tabella A-2 partendo dalle valutazioni ufficiali dei risparmi attesi, oltre a disaggregare i due effetti suddetti abbiamo ricostruito la spesa tendenziale compatibile con quei risparmi che è intorno ai 6.400 milioni di euro, circa il 10% più bassa di quella successivamente indicata ufficialmente. In particolare, tale importo si ottiene a ritroso, ovvero incrementando la spesa corrispondente al tetto ex L 111/2011 dei risparmi ufficiali via via associati ai successivi provvedimenti.

Tabella A2 – Un esame delle stime ufficiali: incongruenza tra risparmi e spesa tendenziale

	2013	2014
Finanziamento SSN tendenziale	111.794	116.236
Finanziamento SSN rilevante tendenziale	111.038	115.480
Riduzione finanziamento SSN ex L 111/2011 (*)	-2.500	-5.450
Finanziamento SSN rilevante ex L 111/2011	108.538	110.030
Spesa per dispositivi medici tendenziale secondo i dati ufficiali	7.000	7.000
Spesa per dispositivi medici tendenziale ricostruita (**)	6.394	6.472
Spesa per dispositivi medici con tetto al 5,2% e finanziam. tendenziale	5.774	6.005
Impatto "tetto"	-620	-467
Spesa per dispositivi medici con tetto al 5,2% e finanziam. ex L 111/2011	5.644	5.722
Impatto "finanziamento"	-130	-283

Fonte: CSA e CER su Relazioni tecniche al DDL S. 2814/2011, al DDL S. 3396/2012. e al DDL C. 5534.

(*) I dati non comprendono il taglio, dal 2013, di 70 mln. euro annui per accertamenti medico-legali.

(**) In questo caso la spesa tendenziale per dispositivi medici è stata ottenuta a ritroso, ovvero sommando i risparmi ufficiali attesi da questa misura alla spesa corrispondente al tetto.

BIBLIOGRAFIA

Bizzotto G., Glorioso V. e Gazzaniga P. (2012), Prime considerazioni sui prezzi di riferimento pubblicati dall'Avcp in data 1 Luglio 2012, Centro Studi Assobiomedica, Analisi, N.15, Ottobre 2012

Camera dei Deputati, Servizio Studi – Dipartimento Bilancio, n. 672, Parte II, 2012

Legge 111/2011

Legge 94/2012

Legge 135/2012

Legge 228/2012

Petrarca G. e Bussone M. (2011), La disomogeneità nei livelli di assistenza specialistica ambulatoriale tra i servizi sanitari regionali, Centro Studi Assobiomedica, Analisi N.12, Dicembre 2011

Petrarca G., Bussone M.C. e Fattore G. (2011), La mobilità sanitaria per la sostituzione della valvola aortica e la neuro stimolazione nel 2009, Centro Studi Assobiomedica, Analisi N.11, Luglio 2011

Relazione Tecnica al Disegno di Legge di Stabilità C. 5534, 2012

Relazione Tecnica al Disegno di Legge S. 3396, 2012

Servizio Bilancio del Senato, Nota di Lettura 135, 2012

PUBBLICAZIONI DEL CENTRO STUDI ASSOBIOMEDICA

ANALISI

- N. 0 Lo stato di attuazione della Riforma del SSN - Luglio 1995
- N. 1 La Manovra finanziaria 1997 - Febbraio 1997
- N. 2 Lo stato di attuazione della Riforma del SSN - Primo aggiornamento - Maggio 1997
- N. 3 Appalti pubblici di forniture al SSN - Dicembre 1997
- N. 4 La Manovra finanziaria 1998 - Febbraio 1998
- N. 5 Lo stato di attuazione della Riforma del SSN. Secondo aggiornamento - Settembre 2000
- N. 6 La Manovra finanziaria 2001. Legge di Bilancio di previsione 2001-2003, e avvio del Federalismo fiscale - Febbraio 2001
- N. 7 Cosa attende la Sanità nel triennio 2002-2004...e negli anni successivi - Gennaio 2002
- N. 8 I sistemi tariffari per le prestazioni di assistenza ospedaliera. Un esame della normativa nazionale e regionale in vigore - Settembre 2003
- N. 9 I sistemi tariffari per le prestazioni di assistenza ospedaliera. Un esame della normativa nazionale e regionale in vigore. Primo aggiornamento - Aprile 2005
- N. 10 I sistemi tariffari per le prestazioni di assistenza ospedaliera. Un esame della normativa nazionale e regionale. Secondo aggiornamento - Giugno 2010
- N. 11 La mobilità sanitaria per la sostituzione della valvola aortica e la neurostimolazione cerebrale - Luglio 2011
- N. 12 La disomogeneità nei livelli di assistenza specialistica ambulatoriale tra i servizi sanitari regionali - Dicembre 2011
- N. 13 Il Federalismo sanitario: la gestione del SSN nel nuovo assetto di federalismo fiscale - Aprile 2012
- N. 14 L'impatto della Manovra sanitaria 2012-2014 sul settore dei dispositivi medici - Settembre 2012
- N. 15 Prime considerazioni sui prezzi di riferimento pubblicati dall'Avcp in data 1 Luglio 2012 - Ottobre 2012

- N. 16 I sistemi tariffari per le prestazioni di assistenza ospedaliera. Un esame della normativa nazionale e regionale. Terzo aggiornamento - Dicembre 2012
- N. 17 L'impatto della Manovra sanitaria 2012-2014 sul settore dei dispositivi medici. Testo aggiornato dopo l'approvazione della Legge di Stabilità 2013 - Gennaio 2013

GUIDE PRATICHE

- N. 1 Imposta di bollo. Regime degli atti e dei documenti nella fase di acquisizione di beni e servizi da parte delle aziende sanitarie - Marzo 1998
- N. 2 Linee guida per la gestione di consulenze, convegni, congressi degli operatori della Sanità pubblica - Dicembre 1998
- N. 3 Linee guida per la gestione dei dispositivi medici in applicazione della Direttiva 93/42/CEE e della relativa legislazione nazionale di recepimento (D.Lgs. 46/97 e succ. modifiche) - Marzo 1999
- N. 4 Direttiva europea 98/79/CE sui dispositivi medici per diagnostica in vitro - Aprile 1999
- N. 5 Semplificazione amministrativa. D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445: Testo unico in materia di documentazione amministrativa. (Dal documento cartaceo, al documento informatico) - Maggio 2001
- N. 6 Dalla Lira all'Euro. Linee guida F.A.R.E., Assobiomedica e Farindustria - Settembre 2001
- N. 7 Semplificazione amministrativa. D.P.R. 28 dicembre 2002 n. 4445 Testo unico in materia di documentazione amministrativa. Primo aggiornamento. E-procurement le gare elettroniche delle P.A. - Dicembre 2002
- N. 8 Il sistema di vigilanza per i dispositivi medici - Marzo 2003
- N. 9 La Direttiva 98/79/CE sui dispositivi medico diagnostici in vitro: domande e risposte - Aprile 2004
- N.10 Direttiva 2004/18/CE del Parlamento e del Consiglio relativa al coordinamento delle procedure di aggiudicazione degli appalti pubblici di lavori, di forniture e di servizi - Luglio 2004
- N.11 I rapporti dell'impresa con gli operatori della Sanità pubblica: convegni, congressi, consulenze, omaggi - Febbraio 2005

- N.12 Rifiuti derivanti da apparecchiature elettriche ed elettroniche. Schema di decreto attuativo 2002/96/CE e 2002/95 CE (RAEE & RoHS) - Maggio 2005
- N.13 Il sistema di vigilanza per i dispositivi medici e i dispositivi medico-diagnostici in vitro. Linee guida desunte dal documento della Commissione europea MEDDEV 2.12-1 rev. 6 (Dicembre 2009) - Gennaio 2011

OSSERVATORIO TECNOLOGIE

- N. 1 I dispositivi impiantabili per la Cardiolstimolazione - Ottobre 2002
- N. 2 La Chirurgia laparoscopica - Ottobre 2002
- N. 3 Protesi ortopediche. Considerazioni sulla regolamentazione, biomeccanica e materiali - Febbraio 2003
- N. 4 La prevenzione delle ferite accidentali da aghi e dispositivi taglienti - Aprile 2004
- N. 5 Medicazioni e bendaggi - Marzo 2007
- N. 6 Tecnologie sanitarie emergenti nel settore dei dispositivi medici - Dicembre 2011

STUDI

- N. 1 La spesa sanitaria, la Diagnostica di laboratorio e il mercato delle tecnologie - Settembre 1996
- N. 2 I tempi medi di pagamento delle strutture sanitarie pubbliche. Dati 1997 e anni precedenti - Marzo 1998
- N. 3 Osservatorio Prezzi e politiche regionali di "acquisto al prezzo minimo" - Aprile 1998
- N. 4 Dispositivi per Stomia - Febbraio 1999
- N. 5 La spesa sanitaria, la Diagnostica di laboratorio e il mercato delle tecnologie. Primo aggiornamento - Giugno 1999
- N. 6 Ausili assorbenti per Incontinenza - Maggio 2000
- N. 7 Medicazioni avanzate e medicazioni speciali - Ottobre 2000
- N. 8 La spesa sanitaria, la Diagnostica di laboratorio e il mercato delle tecnologie. Secondo aggiornamento - Ottobre 2000
- N. 9 Protesi mammarie esterne - Novembre 2000

- N. 10 Dispositivi per Incontinenza e ritenzione - Maggio 2001
- N. 11 La Brachiterapia - Maggio 2001
- N. 12 I tempi medi di pagamento delle strutture sanitarie pubbliche. Dati 2000 e anni precedenti - Giugno 2001
- N. 13 Protesi mammarie esterne - Primo aggiornamento - Giugno 2001
- N. 14 Recepimento della direttiva 2000/35/CE e tempi medi di pagamento delle strutture sanitarie pubbliche - Novembre 2002
- N. 15 Il Vaccino antiallergico - Gennaio 2003
- N. 16 La Dialisi - Marzo 2003
- N. 17 Medicazioni avanzate e medicazioni speciali. Primo aggiornamento - Marzo 2003
- N. 18 Il Vaccino antiallergico. Primo aggiornamento. L'immunoterapia allergene specifica - Settembre 2004
- N. 19 La crisi finanziaria del Servizio sanitario e i tempi medi di pagamento delle strutture sanitarie pubbliche - Marzo 2005
- N. 20 I tempi medi di pagamento delle strutture sanitarie pubbliche. Dati 2005 e anni precedenti - Giugno 2006
- N. 21 Aghi e siringhe - Febbraio 2007
- N. 22 Lancette pungi dito e aghi penna per insulina - Ottobre 2008
- N. 23 I tempi medi di pagamento delle strutture sanitarie pubbliche. Dati 2010 e anni precedenti - Marzo 2011
- N. 24 I tempi medi di pagamento delle strutture sanitarie pubbliche. Dati 2011 e anni precedenti - Aprile 2012

TEMI DI DISCUSSIONE

- N. 1 Spesa sanitaria e mercato delle tecnologie: verso un modello previsionale - Dicembre 1996
- N. 2 Le proposte di Confindustria per una nuova Sanità - Settembre 1997
- N. 3 Scenari e tendenze per il settore delle tecnologie biomediche e diagnostiche - Ottobre 1997
- N. 4 Progetto Sanità Confindustria. Secondo rapporto - Gennaio 1999

- N. 5 L'impatto economico dell'evoluzione tecnologica: aspetti di valutazione - Febbraio 1999
- N. 6 E-business in Sanità - Marzo 2001
- N. 7 Il mercato dei dispositivi medici: profilo e aspetti critici - Aprile 2001
- N. 8 Il mercato dei dispositivi medici: profilo e aspetti critici. Primo aggiornamento - Ottobre 2002
- N. 9 Health Technology Assessment in Europa - Giugno 2003
- N. 10 Scenari per il settore della Diagnostica in vitro - Dicembre 2003
- N. 11 La Telemedicina: prospettive ed aspetti critici - Marzo 2005
- N. 12 Il mercato dei dispositivi medici. Profilo del settore ed aspetti critici. Secondo aggiornamento - Luglio 2006
- N. 13 Mappatura dei meccanismi di HTA regionali in Italia - Novembre 2012

I dati e le informazioni di cui al presente documento possono essere trascritte da terzi alla condizione che venga citata la fonte:

Cincotti F. e Gazzaniga P. (2013), L'impatto della Manovra sanitaria 2012-2014 sul settore dei dispositivi medici. Testo aggiornato dopo l'approvazione della Legge di Stabilità 2013, Centro Studi Assobiomedica, Analisi N.17, Gennaio 2013



ASSOBIO MEDICA

00144 Roma, Viale Luigi Pasteur 10, Tel. +039 06 59.03.962, Fax +039 06 59.03.969

20146 Milano, Via Marostica 1, Tel +39 02 34.53.11.65, Fax +039 02 34.59.20.72

Web: www.assobiomedica.it

E-mail: centrostudi@assobiomedica.it