

ANALISI

NUMERO 23 - DICEMBRE 2014

IL QUADRO ECONOMICO E FINANZIARIO 2009-2018

DAL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
ALLA SPESA PUBBLICA IN DISPOSITIVI MEDICI



ASSOBIOMEDICA
CENTRO STUDI

- Felice Cincotti Centro Europa Ricerche – CER
- Valeria Glorioso Centro Studi Assobiomedica – CSA
- Zineb Guennouna Centro Studi Assobiomedica – CSA
- Veronica Tamborini Centro Studi Assobiomedica – CSA

Centro studi intitolato a Ernesto Veronesi

Direttore: Paolo Gazzaniga

INDICE

INTRODUZIONE	3
<hr/>	
IL QUADRO ECONOMICO E FINANZIARIO 2009–2013	6
1 I CONTI PUBBLICI	6
2 LA SPESA E IL FINANZIAMENTO DEL SSN	8
3 LA SPESA IN DISPOSITIVI MEDICI	14
4 OSSERVAZIONI CONCLUSIVE	18
<hr/>	
IL QUADRO ECONOMICO E FINANZIARIO 2014–2018	19
1 I CONTI PUBBLICI	19
2 LA SPESA E IL FINANZIAMENTO DEL SSN	21
3 LA SPESA IN DISPOSITIVI MEDICI	27
4 OSSERVAZIONI CONCLUSIVE	28
<hr/>	
APPENDICI	29
I LA SPESA SANITARIA: COMPARAZIONI INTERNAZIONALI	29
II LA SPESA SANITARIA: DOCUMENTI UFFICIALI DI PROGRAMMAZIONE	32
<hr/>	
PUBBLICAZIONI DEL CENTRO STUDI ASSOBIOMEDICA	33

INTRODUZIONE

La crisi finanziaria del 2007–2008 è stata globale; tutti i paesi europei ne sono stati investiti, ma lo *shock* finanziario si è trasformato in crisi economica di ampiezza e intensità differente da paese a paese, a seconda delle rispettive situazioni di partenza e delle rispettive risposte politiche messe in campo. L'Italia è tra i paesi europei che sono stati più colpiti e anche oggi continua a esserlo¹.

In questi momenti, più che mai, la capacità della politica di disinnescare le crisi e di sostenere nel tempo un soddisfacente livello di benessere diventa fondamentale. Purtroppo, le crisi spostano inevitabilmente il baricentro dei ragionamenti sul brevissimo periodo, al contrario, le politiche per lo sviluppo necessitano di visioni di medio o lungo periodo. Per affrontare le crisi, cercando di evitare di fare più danni rispetto a quelli cui si vuole rimediare occorrerebbe mantenere un certo equilibrio tra misure di breve respiro e obiettivi di lungo periodo. Questo difficile compito potrebbe risultare meno arduo, seppur in condizioni di risorse limitate, se si adottassero rigorosi metodi di analisi, assicurando una certa chiarezza nelle valutazioni, accompagnati da un certo grado di coerenza e coordinamento tra i diversi attori coinvolti. Se prendiamo in esame alcuni provvedimenti adottati in Italia negli ultimi anni in merito al contenimento della spesa pubblica, in particolare di quella sanitaria, dobbiamo osservare che queste condizioni indispensabili non sono state considerate.

In primo luogo, se pensiamo ad aspetti quali la solidità e la trasparenza dei dati e dei metodi utilizzati per analizzarli e prendiamo, ad esempio, i tetti sulla spesa in dispositivi medici introdotti con il D.L. 98/2011 (e modificati dalla legge 228/2012), al termine di un "balletto" di cifre² proseguito per diverse settimane in sede di discussione parlamentare, non sono mai stati forniti chiarimenti che giustificassero i dati riportati. Per questo motivo è necessario riflettere sul processo attraverso il quale si arrivano a determinare alcune cifre presenti negli atti normativi.

In secondo luogo, se consideriamo il tipo di valutazioni riportate in documenti ufficiali come, ad esempio, le "*Proposte per una revisione della spesa pubblica (2014–16)*"³ di Carlo Cottarelli, l'assenza di chiarezza metodologica porta a mettere in dubbio la correttezza stessa delle valutazioni riportate, prima ancora che a discuterne il merito. Infatti, i dati ufficiali OCSE sulla spesa sanitaria in diversi paesi (da noi utilizzati e riportati in questo documento, cfr. Appendice 1 e paragrafo 3 della seconda parte) indicano un quadro molto differente da quello tratteggiato dal commissario straordinario per la revisione della spesa.

1. Cfr. Thomson et al. (2014), *Economic crisis, health systems And health in Europe: impact and implications for policy*. Copenhagen: WHO/European Observatory on Health Systems and Policies.
2. Da un livello iniziale pari al 5,2% del Fondo sanitario nazionale (FSN) si è arrivati a fissare il tetto a quota 4,8% per il 2013 e 4,4% per il 2014.
3. Si tratta del documento di razionalizzazione della spesa pubblica presentato nel marzo 2014 dal commissario straordinario per la revisione della spesa, Carlo Cottarelli, documento nel quale si stima una spesa sanitaria pubblica italiana maggiore di 1,79 punti percentuali (% sul PIL), pari a circa 28 miliardi di euro, rispetto a un *benchmark* europeo non ben precisato. Nel documento non è specificato quale sia stato il metodo adottato per effettuare questa valutazione e per tale motivo sono state sollevate molte critiche da parte degli esperti (come, ad esempio, quelle della senatrice Nerina Dirindin) perché l'Italia, secondo i dati ufficiali OCSE (cfr. Appendice I), registra una spesa sanitaria pubblica inferiore alla media europea.

Infine, se guardiamo ai meccanismi di programmazione e indirizzo strategico, il quadro generale che emerge presenta un grado elevato di complessità: ai piani sanitari nazionali e regionali si affiancano vari piani specifici come, ad esempio, i piani della prevenzione (previsti a livello nazionale e regionale), nonché i cosiddetti *piani di rientro* per quelle regioni incorse in deficit eccessivi. Tanto che ha senso chiedersi se e in che misura tanta complessità sia funzionale ad azioni efficaci, coerenti e coordinate tra loro. Purtroppo, quello che sta accadendo in Italia, con riferimento alla revisione della spesa pubblica e, in particolare, a quella sanitaria, è un susseguirsi di azioni approssimative, contingenti, che stanno prendendo l'assoluto sopravvento e non possono essere ricondotte all'alveo delle visioni strategiche. Tale approccio è foriero di conseguenze molto gravi per il sistema come – solo per citarne alcune – il rallentamento dell'innovazione e del progresso tecnologico in Sanità, il depauperamento delle strutture sanitarie pubbliche e pesanti ripercussioni sull'equità nell'accesso alle prestazioni⁴.

A partire da queste premesse, l'obiettivo del presente lavoro è quello di analizzare quanto accaduto tra il 2009 e il 2013 relativamente ai conti pubblici, alla spesa sanitaria e, in particolare, alla spesa in dispositivi medici, e di tracciare il quadro che si prospetta nei prossimi anni, tra il 2014 e il 2017.

Nella prima parte di questo lavoro si analizza il quadro economico-finanziario delineatosi negli ultimi cinque anni, dal 2009 al 2013, prendendo in esame i conti della pubblica amministrazione (PA) nel loro complesso; la spesa sanitaria totale e quella pubblica in chiave diacronica; il finanziamento statale per il Servizio sanitario nazionale (SSN) nel 2013. Infine, si puntualizzano alcuni aspetti relativi alla spesa pubblica in dispositivi medici negli anni considerati.

Nella seconda parte di questo lavoro, invece, si analizza il quadro programmatico di finanza pubblica per il quadriennio successivo 2014–2017, delineando le prospettive per il Servizio sanitario nazionale (SSN) fino al 2017 e valutando il piano di *spending review* (il cosiddetto *Piano Cottarelli*), nel quale si elencano possibili tagli alla spesa pubblica da effettuarsi nei prossimi cinque anni. Infine, nell'ultimo paragrafo, si valuta il possibile andamento della spesa pubblica in dispositivi medici per gli anni a venire.

Il lavoro è corredato da due appendici nelle quali sono riportati rispettivamente: alcuni confronti tra una selezione di paesi OCSE utilizzando alcuni indicatori quantitativi sintetici; e gli aggiornamenti di programmazione della spesa sanitaria che si sono succeduti nei documenti ufficiali che coprono l'intero periodo in esame (2009–2018).

Infine, è necessaria un'importante precisazione sui dati utilizzati nelle nostre elaborazioni. A fine settembre 2014, le stime di contabilità nazionale sono state sottoposte a una significativa revisione. L'adozione da parte dei paesi UE di un nuovo Sistema dei conti nazionali e regionali (il SEC 2010 che ha sostituito il SEC 95)⁵ e i miglioramenti

4. Cfr. Smith et al. (2009), *Income, insurance, and technology: Why does health spending outpace economic growth?*, *Health Affairs*, 28, n. 5, pp. 1276-1284.

5. Più precisamente l'adozione del SEC 2010 ha comportato modifiche nella trattazione contabile di alcune voci, di cui la più significativa per il suo impatto sul PIL è la capitalizzazione delle spese in ricerca e sviluppo, e l'inclusione nei conti nazionali (e quindi nel PIL) della stima delle attività illegali (traffico di sostanze stupefacenti, servizi della prostituzione e contrabbando), secondo le linee guida stabilite da Eurostat.

delle fonti informative e dei metodi di misurazione hanno provocato una significativa correzione delle precedenti stime dei principali aggregati di contabilità nazionale, tra cui quelli di finanza pubblica. Fino a poco prima di concludere questo lavoro, l'Istat non aveva ancora diffuso le nuove stime, tra le quali, in particolare, quella della spesa sanitaria della pubblica amministrazione (PA) nella definizione normalmente utilizzata dal Governo nell'elaborazione degli scenari di riferimento dei conti pubblici⁶. Per ovviare a tale lacuna, nel lavoro abbiamo fatto ricorso alla stima di spesa sanitaria preesistente, in modo da avere un riferimento da mettere a confronto con il PIL e la spesa pubblica. Si tratta di un'approssimazione accettabile se si considera che l'impatto del SEC 2010 su tale aggregato si prevede, sulla base anche di alcune indicazioni disponibili, essere decisamente limitato (e comunque di ordine significativamente inferiore rispetto a quello delle altre variabili utilizzate per chiarirne meglio la dinamica come PIL e spesa pubblica)⁷.

6. L'Istat ha reso disponibile finora la stima della spesa sanitaria compresa tra i consumi pubblici collettivi. In tale aggregato rientra la gran parte della spesa sanitaria corrente della pubblica amministrazione (PA), a meno di una voce residuale che conta per poco più dell'1%.
7. L'eventuale revisione della spesa sanitaria sarebbe dovuta essenzialmente all'impatto dell'aggiornamento delle fonti e dei metodi di misurazione. Per i consumi collettivi totali, in cui rientra gran parte della spesa sanitaria delle pubbliche amministrazioni, l'impatto di tale revisione è positivo e pari allo 0,2%. Cfr. Istat (2014c), *I nuovi conti nazionali* in SEC 2010, p. 3.

IL QUADRO ECONOMICO E FINANZIARIO 2009-2013

Lo scopo di questa prima parte del lavoro è descrivere i conti pubblici in Italia negli ultimi cinque anni, dal 2009 al 2013, discutendo e presentando i dati pubblicati nelle fonti ufficiali e nei più recenti documenti di finanza pubblica. Nel primo paragrafo si forniscono alcuni elementi utili a definire il quadro economico e finanziario del settore pubblico descrivendo l'andamento delle entrate, delle uscite e dei principali saldi di finanza pubblica negli anni presi in esame. Nel secondo paragrafo si individuano le principali tendenze della spesa sanitaria pubblica e del finanziamento del Servizio sanitario nazionale (SSN). Infine, nel terzo paragrafo, si discutono i dati sulla spesa pubblica in dispositivi medici contenuti nei documenti ufficiali alla luce del tetto imposto per il 2013 e per il 2014.

1 I CONTI PUBBLICI

Negli ultimi cinque anni, tra il 2009 e il 2013, i conti pubblici italiani hanno fatto registrare un significativo miglioramento che ha interessato tutti i principali saldi di finanza pubblica a eccezione del debito, come riportato nella tabella 1⁸. In particolare, l'indebitamento netto – ossia il saldo del conto economico (CE) della pubblica amministrazione (PA), dato dalla differenza tra le entrate e le uscite – che nel 2009 era pari al 5,3% del PIL è sceso al 3% nel 2012 e al 2,8% nel 2013.

Tabella 1 – Conto consolidato delle amministrazioni pubbliche: entrate, uscite e saldi principali. Valori assoluti (miliardi di euro) e valori percentuali (% su PIL). Anni 2009-2013

Aggregati	2009		2010		2011		2012		2013	
	mld €	% PIL	mld €	% PIL	mld €	% PIL	mld €	% PIL	mld €	% PIL
Entrate totali	733,0	46,6	743,4	46,3	757,2	46,2	781,0	48,0	781,2	48,3
Uscite totali	815,8	51,8	811,5	50,5	814,3	49,7	829,6	51,0	827,2	51,1
di cui uscite primarie	746,4	47,4	742,7	46,3	737,9	45,0	745,6	45,8	749,0	46,3
di cui interessi passivi	69,5	4,4	68,8	4,3	76,4	4,7	84,1	5,2	78,2	4,8
Indebitamento netto	-82,9	-5,3	-68,1	-4,2	-57,2	-3,5	-48,6	-3,0	-46,0	-2,8
Saldo primario	-13,4	-0,9	0,7	0,0	19,2	1,2	35,5	2,2	32,2	2,0
Debito	1769,8	112,5	1851,3	115,3	1907,6	116,4	1989,9	122,2	2070,2	127,9

Fonte: elaborazione Centro Europa Ricerche e Centro Studi Assobiomedica (CSA) su dati Istat 2014a.

Un contributo fondamentale al miglioramento dei conti pubblici è venuto dal contenimento della spesa primaria⁹. Infatti, nell'arco di tempo considerato, la spesa pubblica

8. Cfr. Istat (2014a), *Conti economici nazionali secondo il Sec 2010*; Istat (2014b), *Sintesi dei conti ed aggregati economici delle amministrazioni pubbliche*.
9. Anche l'inasprimento fiscale di cui alle manovre di correzione che si sono succedute è stato determinante incidendo sulla dinamica delle entrate che, tra il 2009 e il 2013, sono cresciute del 6,6% in termini assoluti e di 1,7 punti percentuali in quota di PIL. In particolare, alla crescita registrata tra il 2011 e il 2012 hanno contribuito le misure definite nel Decreto "Salva Italia" (D.L. 201/2011), tra cui figurano l'incremento delle aliquote IVA e la riforma della tassazione immobiliare.

è aumentata complessivamente dell'1,4% sostenuta dalla crescita della spesa per interessi passivi che, come si può osservare dai dati riportati nella tabella 1, è cresciuta di circa 9 miliardi di euro, passando da 69,5 miliardi nel 2009 a 78 miliardi nel 2013. Decisamente più contenuta è la crescita della spesa primaria che, nello stesso arco di tempo, è aumentata soltanto dello 0,1% all'anno in media, molto al di sotto della crescita registrata nei nove anni precedenti (4,8% in media d'anno)¹⁰. Se guardiamo ai valori espressi in percentuale sul PIL, possiamo notare che la spesa primaria è diminuita di 1,2 punti percentuali, passando dal 47,4% al 46,3%.

Ciononostante, il debito pubblico italiano complessivo, negli ultimi cinque anni, ha continuato ad aumentare, fino a superare la quota di 2.000 miliardi di euro nel 2013. Ad alimentare questa crescita, oltre ai disavanzi di bilancio, ha contribuito anche il programma per lo smaltimento dei debiti della pubblica amministrazione (PA) verso i propri fornitori, avviato nel 2013, per un importo complessivo di circa 22 miliardi di euro (Ministero dell'Economia e delle Finanze – MEF¹¹). Se guardiamo ancora ai valori del debito espressi in percentuale sul PIL, osserviamo un aumento di oltre 15 punti percentuali tra il 2009 e il 2013, arrivando a 127,9%, come riportato nella tabella 1, aumento al quale ha contribuito anche la stagnazione economica di questi anni.

In sintesi, la revisione delle stime di contabilità nazionale di cui si è parlato nell'introduzione ha avuto, nel suo complesso, un impatto positivo sui saldi di finanza pubblica rispetto al PIL, data la rivalutazione subita dal Prodotto interno lordo italiano¹². In termini assoluti, invece, l'impatto è stato positivo sull'indebitamento netto – grazie alla riclassificazione degli interessi pagati su strumenti derivati dalle spese per le operazioni di carattere finanziario, con una riduzione della spesa di circa 1,9 miliardi di euro negli anni 2011–2012 e 3,2 miliardi nel 2013 – e sostanzialmente nullo sul debito. Le altre modifiche contabili hanno comportato o una ricomposizione della spesa tra corrente e in conto capitale, con un miglioramento del saldo corrente e un peggioramento dello stesso ammontare di quello in conto capitale, o un aumento di pari entità delle entrate e delle spese pubbliche¹³. Ne è risultata comunque un'alterazione del quadro consolidato dei conti rispetto alle precedenti stime, secondo le quali nello stesso arco di tempo la spesa pubblica rimaneva stazionaria in valore assoluto: l'aumento della spesa per interessi veniva compensato dalla riduzione di quella primaria (0,4% in media l'anno e 1,9 punti percentuali di PIL in meno).

- 10.** A tale risultato ha contribuito la contrazione delle spese in conto capitale che, dal 2009 ad oggi, si sono ridotte di oltre 24 miliardi di euro (Cfr. Istat, 2014b).
- 11.** D.L. 35/2013 e 102/2013 (anche detto "sblocca debiti") sullo stato di attuazione delle norme. Documento aggiornato al 22 gennaio 2014.
- 12.** Nel periodo 2009–2013 il PIL nominale misurato secondo il SEC 2010 è risultato di 3,7 punti percentuali più alto rispetto alla precedente misurazione.
- 13.** Ci riferiamo rispettivamente alla riclassificazione delle spese militari e in R&S dai consumi intermedi alle spese in conto capitale e al trattamento dei crediti fiscali e di alcune entrate della pubblica amministrazione (PA).

2 LA SPESA E IL FINANZIAMENTO DEL SSN

Il settore sanitario ha dato un fondamentale contributo al riequilibrio dei conti pubblici che abbiamo presentato nel precedente paragrafo. Infatti, nello stesso arco di tempo considerato, facendo riferimento alle stime precedenti alla revisione dei dati di contabilità nazionale, la spesa sanitaria pubblica è diminuita in termini nominali, passando da 110.474 milioni di euro nel 2009 a 109.254 milioni di euro nel 2013 come riportato nella tabella 2¹⁴.

Tabella 2 – Andamento della spesa sanitaria pubblica: valore nominale (milioni di euro); variazione percentuale (%) rispetto all'anno precedente; percentuale (%) sul PIL, sulla spesa primaria e sulla spesa primaria corrente. Anni 2009–2013

	2009	2010	2011	2012	2013
Valore nominale (milioni di euro)	110.474	112.526	111.094	109.611	109.254
Variazione (%) sull'anno precedente	1,5	1,9	- 1,3	- 1,3	- 0,3
% su PIL	7,0	7,0	6,8	6,7	6,7
% su spesa primaria	14,8	15,2	15,1	14,7	14,6
% su spesa primaria corrente	16,6	16,6	16,4	16,1	15,8

Fonte: elaborazione Centro Europa Ricerche e Centro Studi Assobiomedica (CSA) su dati MEF (2014a) e Istat (2013 e 2014a).

In particolare, la spesa sanitaria pubblica si è ridotta¹⁵ per tre anni consecutivi raggiungendo nel 2013 il valore nominale più basso degli ultimi cinque anni. Prima del 2009, una riduzione della spesa in termini nominali si era verificata solo per due volte, in anni non consecutivi: nel 1993 e nel 1995, in seguito alle severe misure di riordino dei conti pubblici varate dopo la crisi valutaria ed economica del 1992¹⁶.

Osservando più nel dettaglio i dati riportati nella tabella 2, possiamo notare che l'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL, secondo i valori stimati con l'introduzione del nuovo sistema dei conti nazionali, è passata dal 7% del biennio 2009–2010 al 6,7% del 2013, una riduzione sostanzialmente costante nell'ultimo triennio. Analogamente, l'incidenza della spesa sanitaria sulla spesa primaria (cfr. paragrafo 1) si è ridotta nell'ultimo triennio di 6 decimi di punto percentuale, passando dal 15,2% nel 2010 al 14,6% nel 2013. Questo andamento – anche grazie ad aggiornamenti al ribasso dei consuntivi – risulta persino più favorevole delle aspettative ufficiali: infatti, rispetto alla previsione contenuta nel DPEF 2009–2013 per il 2013 (cfr. Appendice II), il dato di spesa risulta inferiore di 20,7 miliardi di euro. Infine, possiamo notare come anche l'incidenza sulla spesa primaria corrente sia ridotta passando dal 16,6% al 15,8%.

14. Si fa riferimento ai dati del "Conto economico (CE) consolidato della Sanità" elaborato dall'Istat. In particolare, per i dati utilizzati cfr. MEF (2014a), *Documento di Economia e Finanza (DEF) 2014* e Istat (2013), *Conti della protezione sociale per gli anni 1990–2012*.

15. Dal 2010 al 2013 la spesa sanitaria pubblica ha registrato una riduzione del 2,9%, ossia dell'1% in media all'anno.

16. In quegli anni (1993 e 1995), la spesa sanitaria si ridusse per due anni non consecutivi a un tasso medio annuo pari a 0,7%.

Tabella 3 – Conto economico (CE) consolidato della Sanità pubblica: voci economiche e uscite totali (milioni di euro). Anni 2009–2013

Voci economiche	2009	2010	2011	2012	2013
Prestazioni sociali in natura	102.644	104.711	103.135	101.590	101.269
Beni e servizi prodotti da produttori <i>market</i>	40.809	41.316	40.206	39.230	39.246
Farmaci	10.997	10.913	9.862	8.905	8.637
Assistenza medico-generica	6.949	6.984	6.724	6.714	6.669
Assistenza medico-specialistica	4.112	4.542	4.687	4.778	4.751
Assistenza ospedaliera in case di cura private	9.493	9.449	9.373	9.127	9.146
Assistenza protesica e balneotermale	3.954	3.940	4.093	3.970	3.979
Altra assistenza	5.304	5.488	5.467	5.736	6.064
Servizi prodotti da produttori <i>non market</i>	61.835	63.395	62.929	62.360	62.023
Redditi da lavoro dipendente	34.467	35.449	34.185	33.673	33.280
Consumi intermedi	24.777	25.220	26.127	26.375	26.440
Ammortamenti	2.124	2.276	2.357	2.372	2.377
Altro	467	450	260	-60	-74
Contr. diverse, servizi amm. e altre uscite	7.830	7.815	7.959	8.021	7.985
Uscite totali	110.474	112.526	111.094	109.611	109.254

Fonte: elaborazione Centro Europa Ricerche e Centro Studi Assobiomedica (CSA) su dati Corte Conti 2014 e Istat 2013.

Come si può vedere dai dati riportati nella tabella 3, tra il 2009 e il 2013, la spesa per assistenza accreditata e convenzionata (beni e servizi prodotti da produttori *market*) è stata la voce che si è ridotta maggiormente, passando da 40.809 milioni di euro a 39.246, riduzione pari a circa il 3,8% (con una dinamica che l'aveva vista dapprima crescere leggermente nel 2010 e poi diminuire negli anni successivi)¹⁷. Una forte riduzione si osserva in modo particolare nella spesa farmaceutica, che si è contratta di circa 2,3 miliardi di euro nel quinquennio considerato. Subito dopo troviamo l'assistenza ospedaliera, che si è ridotta di circa 350 milioni di euro, e l'assistenza medico-generica, diminuita di 300 milioni di euro circa. La spesa per gli altri ambiti assistenziali ha subito invece un leggero incremento. L'aumento della spesa per l'assistenza ambulatoriale (medico-specialistica) congiuntamente alla riduzione della spesa per l'assistenza ospedaliera potrebbe essere dovuto, almeno in parte, al processo di trasferimento dell'erogazione di alcune prestazioni dal regime di ricovero ordinario (ambito assistenziale ospedaliero) a quello diurno o ambulatoriale¹⁸.

Nello stesso arco di tempo, la spesa sostenuta direttamente dalle strutture pubbliche (servizi prodotti da produttori *non market*) si è mantenuta sostanzialmente stabile (con una dinamica che l'aveva vista crescere nel 2010 e progressivamente diminuire nei tre anni successivi). In particolare, si è ridotta la spesa per il personale (redditi da lavoro dipendente) di quasi un miliardo di euro, mentre la spesa per consumi intermedi (che riguarda l'acquisto anche di beni e servizi non sanitari) è cresciuta in misura sostenuta tra il 2009 e il 2011 (facendo registrare un incremento pari a circa 2 miliardi di euro) per poi frenare decisamente nei due anni successivi.

17. Per i dati 2010–2013 riportati nella tabella 3, cfr. Corte dei Conti (2014), *Rapporto di coordinamento della finanza pubblica*.

18. Il Patto per la Salute 2010–2012 prevedeva che le regioni integrassero l'elenco dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriatezza (Allegato 2C, D.P.C.M. 29 novembre 2001) con quanto previsto dagli Allegati A e B al Patto per la Salute nei quali si definiscono le prestazioni trasferibili al regime ambulatoriale o diurno.

Alla riduzione della spesa sanitaria pubblica ha corrisposto un aumento della spesa sanitaria privata. Nel 2013 si arriva a una spesa privata totale pari a 31,4 miliardi di euro, circa 450 milioni di euro in più di quella del 2010, come riportato nella tabella 4¹⁹. Nonostante si possa supporre che questo aumento suggerisca un vero e proprio "slittamento" dalla spesa pubblica a quella privata, le informazioni a nostra disposizione non sono sufficienti a trarre questo genere di conclusione. Infatti, esaminando i dati più attentamente, si può osservare per prima cosa che la tendenza non è sempre stata la stessa nel quinquennio considerato: la spesa sanitaria privata è aumentata significativamente dal 2009 al 2011, raggiungendo un picco di 33,3 miliardi di euro nel 2011, per poi ridursi di nuovo nel biennio successivo, fino ad arrivare ai 31,4 miliardi di euro del 2013. Più nel dettaglio, si può notare come gli aumenti riguardino soprattutto due voci di spesa in particolare: spesa per farmaci, articoli sanitari e materiale terapeutico; e servizi ospedalieri. Per i servizi ambulatoriali, invece, si registra una leggerissima riduzione, che potrebbe essere letta in modo congiunto con il dato relativo all'aumento della spesa pubblica per l'assistenza ambulatoriale nel quinquennio considerato.

Tabella 4 – Spesa sanitaria privata: valori assoluti (miliardi di euro) e valori percentuali (% su PIL). Anni 2009-2013

Aggregati	2009		2010		2011		2012		2013	
	mld €	% PIL	mld €	% PIL	mld €	% PIL	mld €	% PIL	mld €	% PIL
Spesa sanitaria privata totale	30,6	1,9	31,0	1,9	33,3	2,0	32,8	2,0	31,4	1,9
medicinali, art. sanitari e mat. terapeutico	12,5	0,8	12,5	0,8	13,1	0,8	13,0	0,8	12,9	0,8
servizi ambulatoriali	14,0	0,9	14,0	0,9	15,1	0,9	14,9	0,9	13,9	0,9
servizi ospedalieri	4,1	0,3	4,5	0,3	5,0	0,3	4,9	0,3	4,6	0,3

Fonte: elaborazioni Centro Europa Ricerche e Centro Studi Assobiomedica (CSA) su dati Istat 2014.

Questi dati potrebbero essere letti in almeno due modi differenti. Il primo, più pessimista, ci porterebbe a pensare che, data la crisi economica in atto, alla riduzione di spesa dell'ultimo biennio sottenda un minor accesso ai servizi sanitari da parte di alcune fasce della popolazione (non necessariamente solo quella economicamente più fragile)²⁰. Il secondo, più ottimista, ci porterebbe a pensare che la riduzione della spesa pubblica, almeno nell'ultimo biennio, sia dovuta in parte ad un recupero di efficienza nell'erogazione e nell'organizzazione dei servizi sanitari, invece che ad un restringimento dell'accesso all'assistenza garantita. Tuttavia, le evidenze riguardo al tipo di impatto che questa crisi economica ha avuto sullo stato di salute delle persone sono estremamente limitate²¹ e, in ogni caso, i dati qui riportati non sono sufficienti per arrivare a questo tipo di conclusioni. La questione delicata, tuttavia, resta irrisolta, ma da questi conti dipendono importanti valutazioni e decisioni che saranno introdotte nei prossimi interventi. Per questo motivo è estremamente importante rendere disponibile una mole significativa di dati, analizzarli e presentarli nel modo più chiaro e trasparente possibile.

19. Cfr. Istat (2014d), *Spesa e consumi finali delle famiglie*.

20. Questo troverebbe conferma in dati Euostat (2014) secondo cui nel periodo 2008-2013 è cresciuta la percentuale di popolazione italiana che dichiara di aver dovuto rinunciare a prestazioni sanitarie per ragioni economiche (cfr. Thomson et al., 2014).

21. Cfr. Thomson et al. (2014).

Se confrontiamo poi la spesa sanitaria italiana con quella degli altri paesi europei emerge un quadro interessante. Infatti, la spesa sanitaria totale (pubblica e privata) dei 27 paesi dell'Unione Europea²² nel 2011 (anno per il quale sono a disposizione i dati più aggiornati dei paesi presi in esame) è pari a 9,5% sul PIL, in media. Rispetto a questo dato, l'Italia, con una spesa sanitaria totale pari a 9,2% sul PIL è in linea con i 27 paesi europei. Se, invece, confrontiamo il dato italiano con quello di un gruppo più ristretto di paesi europei (UE-15)²³, che presentano una spesa sanitaria totale media pari al 10% del PIL, la nostra spesa sanitaria totale risulta inferiore di quasi un punto percentuale. Se guardiamo alla sola spesa sanitaria pubblica, l'Italia si allinea perfettamente alla media dei paesi UE-27 (7%), mentre rispetto a quella dei paesi UE-15 (7,5%), si posiziona al di sotto di mezzo punto percentuale. Questi dati suggeriscono che la spesa sanitaria italiana – proprio perché in linea o addirittura al di sotto rispetto a quella degli altri paesi europei – non sia passibile di ridimensionamenti senza che questi si traducano in un sostanziale arretramento delle tutele assicurate ai cittadini da un sistema sanitario come quello italiano.

Parallelamente alla riduzione della spesa sanitaria pubblica in Italia, negli ultimi cinque anni, si è confermata anche la tendenza alla progressiva riduzione del disavanzo di gestione del Servizio sanitario nazionale (SSN). Purtroppo, l'indisponibilità di dati completi e aggiornati non consente un'analisi accurata della recente evoluzione²⁴. Premesso questo, le anticipazioni disponibili riguardo alla variazione intercorsa tra il 2012 e il 2013 indicano una riduzione dei costi (pari a 1,2%) che compenserebbe ampiamente la riduzione del finanziamento statale ordinario (pari allo 0,9% in meno).

Il quadro nazionale appena descritto sottende un'eterogeneità diffusa a livello regionale. La spaccatura è tra le regioni "virtuose" e quelle che non riescono a garantire l'equilibrio economico con le risorse del finanziamento statale, che ha caratterizzato negli ultimi anni il nostro Servizio sanitario nazionale (SSN). Nello specifico, guardando le risorse assegnate alla Sanità, con le intese raggiunte nella Conferenza Stato-Regioni, lo scorso febbraio si è definitivamente concluso l'iter di ripartizione del finanziamento ordinario del Servizio sanitario nazionale (SSN) per il 2013. Complessivamente, le risorse ripartite sono state pari a 107,1 miliardi di euro²⁵ di cui: 104,5 miliardi di euro (il 98% circa) destinati alla copertura dei Livelli essenziali di assistenza (LEA); 2 miliardi al fabbisogno regionale vincolato – di questi circa 1,5

22. Si intendono tutti i paesi membri esclusi Bulgaria, Cipro, Lettonia, Lituania, Malta e Romania, per i quali non era disponibile il dato riferito al 2011, e Croazia che ha aderito all'UE nel 2013.

23. Tutti i paesi membri dell'UE al 2003. Si precisa che i dati utilizzati per calcolare anche la media di questi 15 paesi sono relativi all'anno 2011, i più recenti disponibili della base dati *OECD Health Data 2013*.

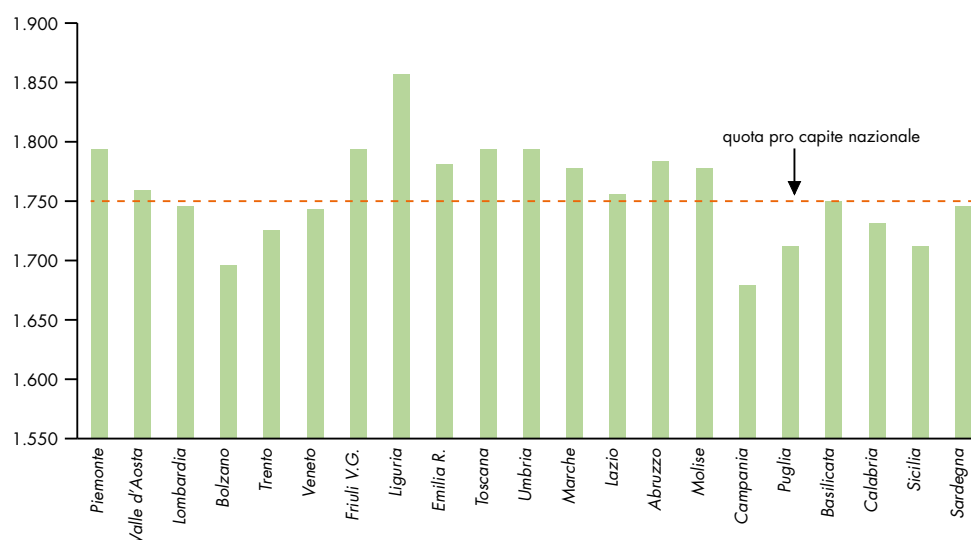
24. Si fa riferimento ai dati del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), ricavati dai conti economici delle strutture pubbliche, mediante il cosiddetto modello CE. La serie completa di dati più aggiornata disponibile si ferma ai risultati del 2012. Per il 2012–2013 si dispone solo di alcune anticipazioni, che non riportano gli aggiornamenti per gli anni precedenti e presentano difficoltà di raccordo con gli altri dati disponibili. Per tale anticipazioni, cfr. Corte dei Conti (2014). I dati del NSIS differiscono da quelli del conto consolidato della Sanità dell'Istat, perché non sono elaborati secondo le regole della contabilità economica nazionale (SEC 95). Per un dettagliato confronto tra le due fonti, cfr. Guerrucci D. (2003), *La spesa sanitaria pubblica in Italia. Raccordo e confronto tra fonti disponibili e metodologie utilizzate nell'ambito della statistica ufficiale*.

25. Al finanziamento originariamente stabilito si sono aggiunti 109 milioni di euro di quote premiali 2012, accantonate e ancora non ripartite.

miliardi destinati ai cosiddetti obiettivi di Piano sanitario nazionale; e 600 milioni agli altri enti del Servizio sanitario nazionale (SSN) – di cui la metà circa agli istituti zooprofilattici sperimentali.

Nella figura 1 è rappresentato il finanziamento pro capite definito per il 2013 per i LEA per ciascuna Regione. Come si può osservare, tutte le regioni del centro nord – tranne Veneto, Lombardia e le due province autonome di Trento e Bolzano – presentano una quota pro capite superiore alla quota media a livello nazionale, proprio per via della maggiore anzianità dei loro residenti (variabile utilizzata come peso per il riparto del finanziamento).

Figura 1 – Finanziamento pro capite per i LEA (in euro) per regione e media nazionale. Anno 2013



Fonte: elaborazione Centro Europa Ricerche e Centro Studi Assobiomedica (CSA) su dati di cui all'Intesa Stato-Regioni sul riparto del finanziamento ordinario del Servizio sanitario nazionale (SSN), 20 febbraio 2014.

Nelle regioni meridionali, al contrario, si osserva un finanziamento pro capite inferiore a quello medio nazionale, a eccezione di Abruzzo, Molise e Basilicata. L'iter per l'approvazione dell'importo per finanziare il Servizio sanitario nazionale (SSN), anche per il 2013, è stato lungo e complesso e si è risolto grazie a un accordo politico raggiunto dalle regioni, grazie al quale è stata emendata l'originaria proposta del Ministero della Salute formulata secondo il calcolo dei costi *standard*²⁶. Con tale accordo è stato aumentato il finanziamento previsto per i LEA, attingendo a risorse che avrebbero dovuto essere accantonate e ripartite successivamente, in modo da correggere il riparto originario per premiare le regioni caratterizzate da elevati standard di assistenza (si tratta in particolare di Lombardia, Veneto e Marche) ma, soprattutto, per compensare quelle che si sarebbero viste assegnare risorse inferiori rispetto al passato a causa della discontinuità della composizione della popolazione emersa a seguito dell'ultimo censimento Istat del 2011, in particolare per Lazio e Liguria.

26. Si veda il D.Lgs. 68/2011. Il metodo utilizzato non cambia in maniera sostanziale rispetto a quello precedente proprio perché la popolazione regionale pesata per l'età rimane il *driver* principale di riparto. Cfr. Corte dei Conti (2014), p. 263.

Tabella 5 – Finanziamento totale per regione per il calcolo del tetto alla spesa per dispositivi medici (milioni di euro). Anno 2013

Regione	Fabbisogno indistinto, quote premiali e riequilibrio	Vincolate regionali	Totale
Piemonte	7.827	155	7.982
Valle d'Aosta	223	1	224
Lombardia	17.030	378	17.408
Trentino Alto Adige	1.764	3	1.767
Veneto	8.491	169	8.660
Friuli-Venezia Giulia	2.191	4	2.195
Liguria	2.965	59	3.024
Emilia-Romagna	7.746	167	7.914
Toscana	6.603	140	6.743
Umbria	1.593	33	1.626
Marche	2.758	54	2.812
Lazio	9.748	214	9.962
Abruzzo	2.345	46	2.391
Molise	562	12	573
Campania	9.728	221	9.949
Puglia	6.955	144	7.098
Basilicata	1.013	21	1.034
Calabria	3.419	71	3.490
Sicilia	8.583	109	8.692
Sardegna	2.861	8	2.868
Totale	104.403	2.009	106.412

Fonte: elaborazione Centro Europa Ricerche e Centro Studi Assobiomedica (CSA) su dati del riparto del finanziamento ordinario del Servizio sanitario nazionale (SSN), 20 febbraio 2014.

Nella tabella 5, invece, è indicato l'ammontare totale del finanziamento valido per il tetto alla spesa in dispositivi medici che, in totale, risulta essere pari a 106.412 milioni di euro²⁷. Se guardiamo alle singole regioni, l'Italia si divide in due ancora una volta: le regioni che hanno un finanziamento totale valido per il calcolo del tetto alla spesa in dispositivi medici al di sotto del valore medio di 5.320 milioni di euro come Abruzzo, Basilicata, Calabria, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Molise, Marche, Trentino Alto Adige, Valle d'Aosta e Umbria; e le regioni che hanno un finanziamento totale al di sopra del valore medio come Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Lombardia, Piemonte, Puglia, Sicilia e Toscana. Questi dati saranno fondamentali per capire quelli riportati nel prossimo paragrafo dedicato alla spesa in dispositivi medici.

27. Finanziamento statale (107,1 miliardi di euro) al netto delle quote premiali 2012 (109 milioni) e dei fondi destinati ad altri enti (600 milioni).

3 LA SPESA IN DISPOSITIVI MEDICI

L'eterogeneità dei dispositivi medici e la complessità dei meccanismi di funzionamento del sistema sanitario non rendono di immediata lettura i dati sulla spesa pubblica per questo tipo di beni. I dispositivi medici vengono utilizzati in molti ambiti: l'assistenza ospedaliera, l'assistenza specialistica ambulatoriale, la diagnostica strumentale e di laboratorio e l'assistenza integrativa e protesica.

Dal punto di vista economico e contabile i dispositivi medici rappresentano un consumo intermedio²⁸ delle strutture sanitarie pubbliche. In termini di mercato, essi sono inoltre acquistati e utilizzati dagli enti privati accreditati (i cosiddetti produttori *market*²⁹) per erogare prestazioni sanitarie a carico del Servizio sanitario nazionale (SSN) e naturalmente anche da altri enti non accreditati.

Come abbiamo visto, con il D.L. 98/2011 è stato introdotto un tetto massimo alla spesa pubblica in dispositivi medici pari al 4,8% del finanziamento per il 2013 e al 4,4% del finanziamento per il 2014. A tale riguardo, in seguito all'intesa raggiunta lo scorso dicembre per il riparto del finanziamento SSN 2013, così come alla pubblicazione dei dati di spesa pubblica in dispositivi medici per ciascuna regione (Corte dei Conti, 2014), oggi siamo in grado di fare alcune considerazioni. Rispetto ai dati di spesa pubblica in dispositivi medici 2013 e alle relative variazioni rispetto al 2012 che la Corte dei Conti ha riportato, possiamo osservare come non siano dichiaratamente compresi i dati riferiti a "prestazioni che comportano l'erogazione di ausili monouso e tecnologici inclusi in appositi elenchi" riconducibili a produttori *market*, ossia quelle erogate da enti privati accreditati³⁰. Stando alla ricostruzione della Corte dei Conti, in altre parole, il tetto alla spesa riguarda esclusivamente i dispositivi medici acquistati direttamente dalle strutture sanitarie pubbliche.

28. Secondo il Sistema europeo di conti nazionali e regionali (SEC-95), i consumi intermedi rappresentano il valore dei beni e dei servizi utilizzati dalle amministrazioni pubbliche come input nel processo produttivo, a esclusione del capitale fisso, il cui consumo è registrato come ammortamento. L'Istat distingue i consumi intermedi *strictu sensu*, appena descritti, e gli acquisti da produttori *market*. Nel caso del settore sanitario, si considerano consumi intermedi i beni e i servizi acquistati dagli enti del Servizio sanitario nazionale (SSN) per produrre ed erogare direttamente i servizi ai cittadini, mentre si considerano acquisti da produttori *market* le prestazioni che il Servizio sanitario nazionale (SSN) acquista da privati, ossia da strutture sanitarie accreditate e convenzionate, da professionisti come i medici di medicina generale, da farmacie o altre imprese che erogano servizi a carico del Servizio sanitario nazionale (SSN).

29. Rientrano fra questi le farmacie private.

30. A questo proposito, la Corte dei Conti indica che la spesa per le prestazioni di assistenza integrativa e protesica erogate da produttori *market* nel 2013 è pari a 1,9 miliardi. In particolare, l'assistenza protesica include le prestazioni che comportano l'erogazione di ausili monouso, protesici e tecnologici, mentre l'assistenza integrativa riguarda le prestazioni che comportano l'erogazione di prodotti diabetici e di alimenti destinati a persone affette da particolari patologie, quindi non solo di dispositivi medici.

Tabella 6 – Fondo Sanitario Nazionale (milioni di euro), tetto alla spesa pubblica in dispositivi medici (DM) pari al 4,8% del FSN (milioni di euro) e spesa pubblica in dispositivi medici (milioni di euro e in percentuale sul FSN) per regione. Anno 2013

Regione	Fondo Sanitario Nazionale	Tetto del 4,8% alla spesa pubblica in DM	Spesa pubblica in DM	
			Mln €	% su FSN
Piemonte	7.982,2	383,1	458,7	5,7
Valle d'Aosta	223,8	10,7	13,2	5,9
Lombardia	17.408,1	835,6	764,4	4,4
Trentino Alto Adige	1.767,4	84,8	96,3	5,4
Veneto	8.659,6	415,7	507,6	5,9
Friuli-Venezia Giulia	2.195,0	105,4	168,4	7,7
Liguria	3.023,7	145,1	150,4	5,0
Emilia-Romagna	7.913,7	379,9	438,0	5,5
Toscana	6.743,2	323,7	403,2	6,0
Umbria	1.625,8	78,0	112,5	6,9
Marche	2.812,4	135,0	188,6	6,7
Lazio	9.962,0	478,2	516,0	5,2
Abruzzo	2.390,9	114,8	167,1	7,0
Molise	573,3	27,5	34,7	6,1
Campania	9.949,3	477,6	360,1	3,6
Puglia	7.098,3	340,7	392,9	5,5
Basilicata	1.033,5	49,6	48,7	4,7
Calabria	3.489,7	167,5	120,8	3,5
Sicilia	8.691,9	417,2	357,3	4,1
Sardegna	2.868,5	137,7	157,7	5,5
Totale	106.412,4	5.108	5.457	5,1

Fonte: elaborazione Centro Europa Ricerche e Centro Studi Assobiomedica (CSA) su dati del riparto del finanziamento ordinario del Servizio sanitario nazionale (SSN), 20 febbraio 2014, e dati NSIS.

Nota: i dati di spesa non includono le prestazioni erogate da produttori *market* (comprese quelle di assistenza integrativa e protesica), gli ammortamenti di attrezzature sanitarie, i canoni di noleggio e leasing per attrezzature sanitarie, i servizi e la manutenzione sanitaria.

I dati riportati nella tabella 6 corrispondono alla voce “dispositivi medici” del modello di conto economico (CE) utilizzato dalle aziende sanitarie per la rilevazione delle informazioni economico-finanziarie. Tale voce rappresenta la somma dei costi sostenuti nel 2013 per l’acquisto di dispositivi medici³¹, dispositivi medici impiantabili

31. Qualsiasi strumento, apparecchio, impianto, sostanza o altro prodotto, utilizzato da solo o in combinazione (compreso il software informatico impiegato per il corretto funzionamento) e destinato dal fabbricante ad essere impiegato nell'uomo a scopo di diagnosi, prevenzione, controllo, terapia o attenuazione di una malattia; di diagnosi, controllo, terapia, attenuazione o compensazione di una ferita o di un handicap; di studio, sostituzione o modifica dell'anatomia o di un processo fisiologico; di intervento sul concepimento, il quale prodotto non eserciti l'azione principale, nel o sul corpo umano, cui è destinato, con mezzi farmacologici o immunologici né mediante processo metabolico ma la cui funzione possa essere coadiuvata da tali mezzi (D.Lgs. 46/1997). Contiene il costo riferito sia ai dispositivi medici dotati di numero di iscrizione nel sistema Banca dati/Repertorio, ai sensi del D.M. 21/12/2009, sia ai dispositivi medici non dotati di numero di iscrizione nel sistema Banca dati/Repertorio.

attivi³² e dispositivi medici diagnostici in vitro³³. L'ammontare totale di questa voce è pari a circa 5,5 miliardi di euro e corrisponde al 35% del valore totale dei beni sanitari acquistati dagli enti del Servizio sanitario nazionale (SSN) per l'erogazione diretta delle prestazioni.

La Corte dei Conti, commentando questi dati di spesa rispetto al tetto, osserva come solamente cinque regioni – Lombardia, Campania, Basilicata, Calabria e Sicilia – non abbiano superato il limite di spesa del 4,8% sul FSN. Osservando i dati riportati nella tabella 6, possiamo notare che la spesa di queste cinque regioni è sempre inferiore al 4,8%, anche se in misura differente (rispettivamente 4,4%; 3,6%; 4,7%, 3,5%, 4,1%). Tutte le altre regioni hanno superato il limite, in alcuni casi anche ampiamente. Solo un quarto delle regioni italiane, quindi, è in grado di sostenere un simile vincolo.

Quando si guarda a questi dati è necessario considerare che esistono due fonti ufficiali per i dati di spesa sanitaria pubblica in dispositivi medici. In primo luogo, la base di dati alimentata dalle informazioni rilevate dalle aziende sanitarie attraverso il modello CE e trasmesse da queste ultime alle regioni e, successivamente, dalle regioni al Ministero della Salute tramite il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). In secondo luogo, i dati del "Flusso informativo per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal Servizio sanitario nazionale" (cosiddetto *flusso consumi*), istituito dal decreto del Ministero della Salute dell'11 giugno 2010.

Dal 2012, per quanto riguarda i dispositivi medici, le voci dei dati di conto economico (CE) sono state allineate alle analoghe voci del *flusso consumi*, mantenendo tuttavia alcune differenze. Le prime si riferiscono agli acquisti, mentre le seconde si riferiscono ai consumi e, quindi, tengono conto delle variazioni delle rimanenze. Per questo motivo, queste ultime sono maggiormente idonee alla misurazione delle *performance* e del fabbisogno³⁴. In particolare, per quanto riguarda il *flusso consumi*,

- 32.** Qualsiasi dispositivo medico attivo destinato a essere impiantato interamente o parzialmente mediante intervento chirurgico o medico nel corpo umano o mediante intervento medico in un orifizio naturale e destinato a restarvi dopo l'intervento (D.Lgs. 507/92). Contiene il costo riferito sia ai dispositivi medici dotati di numero di iscrizione nel sistema Banca dati/Repertorio, ai sensi del D.M. 21/12/2009, sia ai dispositivi medici non dotati di numero di iscrizione nel sistema Banca dati/Repertorio.
- 33.** Contiene il costo riferito ai dispositivi medico-diagnostici in vitro ricadenti nell'ambito di applicazione del D.Lgs. n. 332/2000. Qualsiasi dispositivo medico composto da un reagente, da un prodotto reattivo, da un calibratore, da un materiale di controllo, da un kit, da uno strumento, da un apparecchio, un'attrezzatura o un sistema, utilizzato da solo o in combinazione, destinato dal fabbricante ad essere impiegato in vitro per l'esame di campioni provenienti dal corpo umano, inclusi sangue e tessuti donati, unicamente o principalmente allo scopo di fornire informazioni su uno stato fisiologico o patologico, o su una anomalia congenita, o informazioni che consentono la determinazione della sicurezza e della compatibilità con potenziali soggetti riceventi, o che consentono il controllo delle misure terapeutiche. I contenitori di campioni sono considerati dispositivi medico-diagnostici in vitro. Si intendono per contenitori di campioni i dispositivi, del tipo sottovuoto o no, specificamente destinati dai fabbricanti a ricevere direttamente il campione proveniente dal corpo umano e a conservarlo ai fini di un esame diagnostico in vitro. I prodotti destinati a usi generici di laboratorio non sono dispositivi medico-diagnostici in vitro a meno che, date le loro caratteristiche, siano specificamente destinati dal fabbricante ad esami diagnostici in vitro.
- 34.** Nel "Rapporto sulla spesa rilevata dalle strutture sanitarie pubbliche del Servizio sanitario nazionale (SSN) per l'acquisto di dispositivi medici" pubblicato nel mese di dicembre 2013, che riporta l'analisi dei dati rilevati attraverso il flusso consumi, si fa riferimento a meccanismi di *budget* interni e a percorsi di autovalutazione.

l'impostazione metodologica appare senz'altro appropriata, ma guardando i dati al 2013 si può notare come alcune regioni – tra cui Calabria, Lazio e Sardegna – abbiano trasmesso i dati in modo parziale o nullo e, in generale, alcune informazioni riportate risultino incomplete. Infatti, i consumi di dispositivi medici nel 2013, consultando questa fonte, risultano pari a 2,5 miliardi di euro circa, ossia meno della metà di quanto riportato nei dati dei conti economici. Nonostante le attuali carenze di questa seconda fonte, sembra ragionevole che nei prossimi anni si possa arrivare a un sostanziale miglioramento sia in termini di accuratezza sia in termini di completezza. Peraltro, accanto al gruppo di lavoro inter-istituzionale, che si riunisce periodicamente per il monitoraggio del flusso – al quale prendono parte il Ministero della Salute, le regioni e l'Agenas – alcune regioni, tra cui Toscana e Veneto, si sono dotate di propri gruppi di lavoro proprio per migliorare questa gestione di dati.

In sintesi, possiamo affermare che la fonte più affidabile per i dati di spesa pubblica in dispositivi medici, ad oggi disponibile, è costituita dalle informazioni contenute nei conti economici (CE). Ciò detto, è importante sottolineare che l'interpretazione dei dati in questione richiede comunque una particolare attenzione. Infatti, come abbiamo specificato, essi si riferiscono ai soli acquisti di dispositivi medici da parte delle aziende sanitarie pubbliche ed escludono con riferimento alle attrezzature sanitarie: gli investimenti (il cui costo viene registrato tra gli ammortamenti), i canoni per *leasing* e noleggi, la manutenzione.

Infine, è importante sottolineare la confusione generata dalla pubblicazione di documenti ufficiali sull'andamento della spesa pubblica in dispositivi medici negli anni più recenti. In particolare, negli ultimi due rapporti della Corte dei Conti sul coordinamento della finanza pubblica, sono stati confrontati i dati sulla spesa in dispositivi medici di diversi anni, senza tenere in debita considerazione l'importante cambiamento che è avvenuto nel modello di conto economico (CE) delle aziende del SSN³⁵ a partire dal 2012. Fino al 2011, infatti, le voci del conto economico (CE) erano riportate senza una chiara ripartizione utile a identificare in modo puntuale la spesa per l'acquisto di dispositivi medici. Ad esempio, alcune voci comprendevano sia dispositivi medici, sia altri prodotti come quelli chimici. A partire dal 2012, le informazioni riportate nei conti economici sono suddivise secondo categorie che coincidono con le famiglie di dispositivi medici previste dalle direttive europee (dispositivi medici, dispositivi medici impiantabili attivi, dispositivi medico diagnostici in vitro). Nonostante tale cambiamento nell'aggregare i dati comporti l'impossibilità di effettuare comparazioni temporali con anni precedenti al 2012, nei documenti ufficiali pubblicati dalla Corte dei Conti sono state riportate le variazioni annue a partire dal 2011, e ciò senza neppure citare l'avvenuto cambiamento in questione che ha interessato il modello contabile a cavallo di questi due anni.

35. Il modello di conto economico (CE) per gli enti a gestione diretta del Servizio sanitario nazionale (SSN) è stato modificato con il D.M. del 15 giugno 2012 e rettificato, per quanto riguarda le voci relative ai dispositivi medici, con il Comunicato del 30 settembre 2013 del Ministero della Salute.

4 OSSERVAZIONI CONCLUSIVE

In questa prima parte del lavoro abbiamo visto che a partire dal 2009, la spesa pubblica è stata decisamente sotto controllo. In particolare la spesa sanitaria, che risulta regolamentata da quasi un quindicennio, nel 2013 ha fatto registrare per il terzo anno consecutivo una riduzione in valore assoluto e risulta assolutamente in linea con i dati medi degli altri paesi europei.

Alla luce di quanto esposto, è importante sottolineare due punti in particolare. In primo luogo, il raggiungimento di questo risultato sembra essere avvenuto in un quadro povero di strategia per il Servizio sanitario nazionale, nel quale hanno preso il sopravvento indirizzi approssimativi e di corto respiro, non fondati su solide valutazioni del quadro di insieme e di lungo periodo. Riguardo al tetto sulla spesa in dispositivi medici, i dati a consuntivo relativi al 2013 confermano i dubbi e le perplessità espressi in precedenza³⁶. Il tetto alla spesa pubblica in dispositivi medici fissato al 4,8% del finanziamento, è stato complessivamente superato da una spesa effettiva che, secondo i dati ufficiali, avrebbe raggiunto il 5,1% a livello nazionale, arrivando a picchi del 7,7% a livello regionale. Riguardo alla spesa sanitaria privata, è importante sottolineare come anch'essa sia diminuita negli ultimi due anni senza che sia dato sapere in che misura questa diminuzione (insieme alla minor spesa pubblica) sottenda un recupero di efficienza del sistema nel suo complesso piuttosto che un minor accesso alle cure.

In secondo luogo, le politiche di contenimento sulla spesa si sono dimostrate tanto efficaci su quest'ultima, quanto inefficaci sul vero problema rappresentato dal debito pubblico che, negli ultimi cinque anni, ha continuato ad aumentare insieme alla spesa per interessi. In merito a questo, riteniamo che una svolta possa venire unicamente da un piano strategico per la crescita economica che interessi tutti i settori, compreso quello sanitario, in virtù dei contributi che ciascuno di essi ha da offrire.

36. Cfr. Cincotti et al., *Primo aggiornamento dell'analisi sull'impatto della manovra 2012-2014 sul settore dei dispositivi medici*. Testo aggiornato dopo l'approvazione della Legge di Stabilità 2013. Centro Studi Assobiomedica (CSA), Analisi N.18, Aprile 2013.

IL QUADRO ECONOMICO E FINANZIARIO 2014–2018

Lo scopo di questa seconda parte del lavoro è presentare i dati e gli elementi utili a delineare lo scenario economico e finanziario per i prossimi cinque anni, dal 2014 al 2018, per il settore pubblico, per il Servizio sanitario nazionale (SSN) e per il settore dei dispositivi medici. Nel primo paragrafo si riportano le previsioni tendenziali ufficiali in merito all'andamento delle entrate, delle uscite e del debito pubblico nel periodo preso in esame, con particolare riferimento agli obiettivi definiti a livello europeo e alle relative politiche del nostro paese. Nel secondo paragrafo si discutono le prospettive economiche e finanziarie per il Servizio sanitario nazionale (SSN) nei prossimi cinque anni, descrivendo le misure contenute nel piano di revisione della spesa pubblica che sono di interesse per il settore sanitario. Infine, nel terzo paragrafo, si presentano elementi utili a definire il quadro di riferimento per la spesa pubblica in dispositivi medici per i prossimi cinque anni.

1 I CONTI PUBBLICI

Le preoccupazioni per il protrarsi della recessione in cui versa l'economia italiana hanno spinto il Governo ad annunciare, nella "Nota di Aggiornamento al Documento di Economia e Finanza 2014" (MEF, 2014b), una radicale revisione della politica di bilancio prefigurata solo sei mesi fa. Preso atto del mancato avvio della ripresa, il Governo ha rivisto decisamente al ribasso le prospettive di sviluppo dell'economia. Nel nuovo quadro tendenziale, il PIL è atteso ridursi dello 0,3% nel corrente anno (la terza flessione consecutiva), aumentare dello 0,5% nel 2015 e dell'1% nella media del triennio 2016–2018³⁷. In modo analogo, anche a causa di un tasso d'inflazione molto al di sotto dell'obiettivo del 2% fissato dall'autorità monetaria, il prodotto nominale, sulla cui base sono definiti gli obiettivi europei di finanza pubblica, è stimato aumentare appena dello 0,5% nel 2014 e dell'1% nel 2015, inferiore di circa un punto e mezzo delle precedenti stime.

Per evitare di deprimere ulteriormente l'economia, il Governo ha deciso di posticipare al 2017 la preannunciata correzione dei conti pubblici, che sarebbe dovuta partire già dal prossimo anno³⁸. Nell'immediato intende invece far ricorso a misure di sostegno della domanda aggregata, anche mediante una manovra di segno espansivo, cioè in disavanzo, per il 2015. Nel contempo, si impegna a realizzare un ampio ventaglio di riforme strutturali, dalle quali si attende nel medio-lungo periodo un innalzamento del potenziale produttivo.

La realizzazione di tale programma è affidata alla Legge di Stabilità per il 2015, la cui versione iniziale è stata messa a punto dal Governo nelle due ultime settimane di ottobre. Nel complesso il D.D.L. Stabilità del 2015 estende al 2015–2017 il cosiddetto "bonus Irpef" introdotto quest'anno, accompagnandolo con un'ulteriore riduzione delle imposte che gravano sul lavoro e sulle imprese. Dal lato delle coperture è prevista un'ulteriore compressione della spesa corrente e un'ulteriore clausola di salvaguardia (che si aggiunge a quella prevista nella precedente legge di stabilità legata alla

37. Gli obiettivi programmatici del DEF 2014 erano iscritti all'interno di un percorso di crescita dell'economia dello 0,8% nell'anno in corso, dell'1,3% nel 2015 e dell'1,8% nella media del periodo 2016–2018.

38. Il precedente programma, delineato nel DEF 2014, prevedeva l'adozione di una manovra correttiva dello 0,3% sul PIL nel 2015 e dello 0,6% annuo nel triennio seguente.

riduzione delle cosiddette *tax expenditure*) per il 2016-2017, volta a incrementare le aliquote IVA e le accise, per un ammontare rispettivamente di 12,1 e 18,5 miliardi di euro, a meno che si reperiscono le stesse risorse attraverso il conseguimento di maggiori entrate o di risparmi di spesa mediante interventi di razionalizzazione e di revisione della spesa pubblica. L'espansione di bilancio prevista per il 2015 originariamente stabilita nella misura di 0,7 punti percentuali di PIL, circa 10,4 miliardi di euro, è stata fissata allo 0,4% del PIL, circa 6 miliardi di euro³⁹. La politica di bilancio si mantiene neutrale nel 2016, mentre ridiventa restrittiva nel 2017, con una correzione di circa 7 miliardi di euro, lo 0,4 % del PIL.

Nella tabella 7 abbiamo ricostruito il quadro programmatico relativo ai principali saldi di finanza pubblica. L'indebitamento netto nominale, previsto al 3% per quest'anno, si riduce al 2,6% nel 2015, all'1,8% nel 2016 e allo 0,8% nel 2017. L'indebitamento netto strutturale – ossia al netto degli effetti del ciclo e delle misure *una tantum* – si riduce di 0,3 punti percentuali nel 2015 e diventa nullo nel 2017, con un nuovo slittamento di un anno rispetto al termine stabilito in aprile. Il debito pubblico sale al 131,6% del PIL nel 2014 e al 133,1% nel 2015, violando in tal modo i criteri europei di riduzione del debito pubblico⁴⁰. Spetterà alla Commissione europea valutare, tenuto conto anche di altri fattori rilevanti che fanno riferimento in generale alle prospettive di medio periodo dell'economia, dei conti pubblici e del debito pubblico, se far nuovamente scattare o meno la procedura per squilibri eccessivi⁴¹. Solo a partire dal 2016 il debito inizierebbe a ridursi fino a toccare nel 2017 il 128,3% del PIL.

- 39.** Nel corso della consultazione preliminare all'esame del Documento programmatico di bilancio, il Governo ha accolto l'invito della Commissione europea ad assicurare nel 2015, in ottemperanza alle regole comunitarie, un rafforzamento della correzione del saldo strutturale. Cfr. MEF (2014c), *Relazione di variazione alla Nota di aggiornamento del Documento di Economia e Finanza 2014*.
- 40.** Secondo la disciplina vigente, per l'Italia la prima valutazione del rispetto della regola sul debito pubblico avrà luogo con riferimento al livello raggiunto nel 2015. La valutazione ha luogo sulla base di 3 differenti criteri: secondo il primo, la quota del rapporto debito pubblico/PIL in eccesso rispetto al 60% nel 2015 deve ridursi di 1/20 all'anno rispetto alla media dei tre precedenti esercizi (versione *backward-looking* della regola sul debito); la regola è considerata soddisfatta anche se, tenendo conto degli effetti del ciclo economico, il debito pubblico nel 2015 risulta essere inferiore al *benchmark backward looking* (secondo criterio) o se la riduzione del differenziale di debito rispetto al 60% si verificherà sulla base delle previsioni a politiche invariate entro il 2017 (terzo criterio: *benchmark forward-looking*). Secondo le recenti stime del Governo per garantire il rispetto della regola del debito, secondo il criterio *forward-looking*, sarebbe stata necessaria una correzione aggiuntiva pari al 2,2% del PIL, cfr. MEF (2014b), p. 44.
- 41.** Cfr. MEF (2014b), pp. 45-47. Oltre alla severità del ciclo economico e al calo dell'inflazione, il governo fa affidamento sul fatto che il debito pubblico presenti una struttura per scadenze tra le più lunghe in Europa (la terza dietro Gran Bretagna e Austria) e una delle frazioni più piccole di detentori stranieri (circa il 30%) e sulla bassa incidenza sul PIL di quello delle famiglie e delle imprese (il primo, sebbene sia in crescita, è ancora pari al 45% nel 2012, ovvero circa 20 punti percentuali in meno della media dell'Area Euro e il secondo poco superiore all'80% inferiore a quello delle principali economie europee, ad eccezione della Germania).

Tabella 7 – Quadro programmatico di finanza pubblica secondo i principali indicatori (valori in % su PIL). Anni 2013–2017

	2013	2014	2015	2016	2017
Indebitamento netto	-2,8	-3,0	-2,6	-1,8	-0,8
Indebitamento strutturale	-0,7	-0,9	-0,6	-0,4	0,0
Debito pubblico	127,9	131,6	133,1	131,6	128,3

Fonte: Elaborazione Centro Europa Ricerche e Centro Studi Assobiomedica (CSA) su dati MEF 2014b e Allegato 3 D.D.L. stabilità 2015.

In questo contesto, anche nell'ipotesi in cui da Bruxelles venisse concesso un allentamento del rigore, la sostenibilità delle finanze pubbliche rimarrebbe lungamente subordinata a un rigido controllo e alla necessità di mantenere avanzi primari elevati. Di conseguenza, allungando lo sguardo dal breve al lungo periodo, risulta evidente che la Sanità sarà campo di scelte di fondo.

2 LA SPESA E IL FINANZIAMENTO DEL SSN

Rispetto al quadro delineato nella prima parte del lavoro, per il prossimo quinquennio si prevede un'inversione di tendenza in merito all'andamento della spesa sanitaria pubblica e del finanziamento del Servizio sanitario nazionale (SSN): a partire dal 2014, infatti, sia la spesa sia il finanziamento torneranno a crescere. Nella tabella 8 sono riportati i dati riferiti all'andamento della spesa sanitaria pubblica dal 2013 al 2017, sulla base della programmazione definita nel DEF 2014⁴², e la sua incidenza sul prodotto e sulla spesa pubblica, tenendo conto anche degli effetti del D.D.L. Stabilità 2015.

Come si osserva dai dati riportati nella tabella 8, a partire dal 2014 la spesa sanitaria pubblica torna ad aumentare, passando da 109.254 milioni di euro nel 2013 a 111.474 milioni di euro nell'anno in corso; in termini di variazione percentuale annua l'incremento previsto è del 2% nel biennio 2014–2015 e del 2,2% nel biennio 2015–2016⁴³.

42. La necessità di considerare la spesa programmata nel DEF 2014 discende dal fatto che nell'aggiornare il documento programmatico il Governo – anche a causa della richiamata indisponibilità delle stime di spesa sanitaria della pubblica amministrazione (PA) coerenti con la complessiva revisione della contabilità nazionale – non ne presenta uno nuovo. Tale ipotesi di invarianza è d'altra parte in accordo con il fatto che nel D.D.L. Stabilità 2015 non sono previsti nuovi tagli alla spesa e al finanziamento del settore.

43. Questa dinamica risulta ancora più vivace rispetto a quella contenuta nel DEF 2013, che già includeva l'effetto dell'abolizione dell'ipotesi di introduzione di maggiori ticket per 2 miliardi.

Tabella 8 – Spesa sanitaria pubblica programmata in termini nominali (milioni di euro) e percentuali (%). Anni 2013–2017

	2013	2014	2015	2016	2017
Valore nominale (milioni di euro)	109.254	111.474	113.703	116.149	118.680
Variazione (%)	-0,3	2,0	2,0	2,2	2,2
% su PIL	6,7	6,9	6,9	6,9	6,8
% su spesa primaria	14,6	14,7	14,9	14,9	15,1
% su spesa primaria corrente	15,8	16,0	16,1	16,3	16,4

Fonte: elaborazione Centro Europa Ricerche e Centro Studi Assobiomedica (CSA) su dati MEF 2014a, 2014b e Allegato 3 del D.D.L. Stabilità 2015.

Analizzando in maggior dettaglio l'andamento della spesa sanitaria pubblica in termini di incidenza percentuale sulla spesa primaria, notiamo come anche in questo caso si verifica un'inversione di tendenza e si passa dal 14,6% del 2013 al 15,1% del 2017; la tendenza è analoga se consideriamo l'incidenza della spesa sanitaria pubblica sulla spesa primaria corrente, che passa dal 15,8% nel 2013 al 16,4% nel 2017⁴⁴. Guardando, infine, l'andamento della spesa sanitaria pubblica rispetto al PIL, notiamo che essa sale al 6,9% nel triennio 2014–2016, per poi scendere al 6,8% nel 2017, confermando la dinamica decrescente degli ultimi anni (tabella 2)⁴⁵.

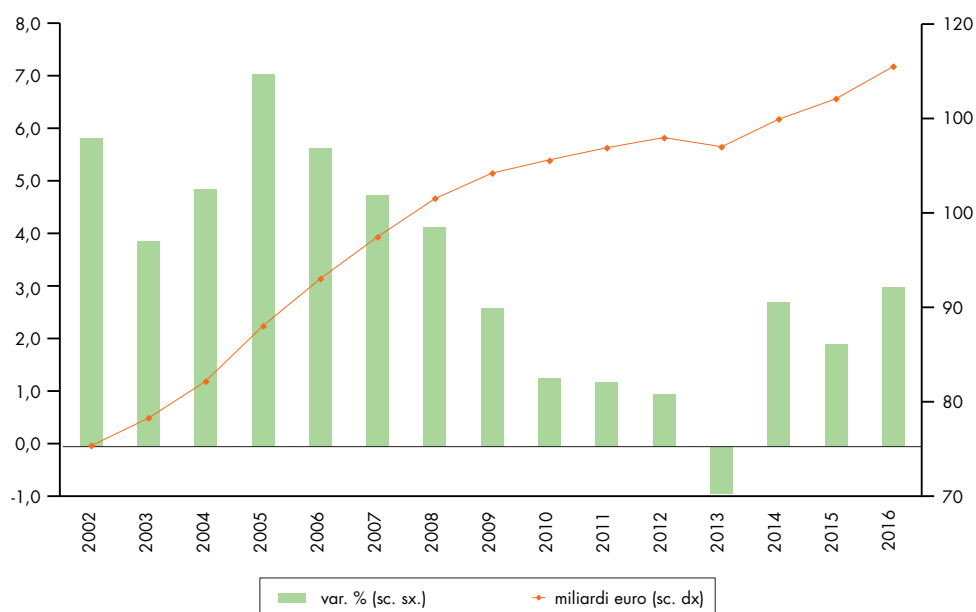
Passando dai dati relativi alle previsioni di spesa a quelli riguardanti il finanziamento, possiamo notare che anche in questo caso si verifica un'inversione di tendenza rispetto al periodo precedente. Nella figura 2 è rappresentato il valore del finanziamento statale annuo del Servizio sanitario nazionale (SSN) espresso in milioni di euro⁴⁶ e la relativa variazione percentuale annua, dal 2002 al 2016. Come si può osservare, già dal 2010 i tassi di crescita del finanziamento sono più contenuti rispetto al periodo precedente, mentre nel 2013 si nota una riduzione in termini nominali; a partire dall'anno in corso, tuttavia, la crescita torna positiva.

44. Secondo le stime di lungo periodo, la spesa sanitaria, a partire dal 2025, subirebbe un'accelerazione aumentando di 0,9 punti percentuali di PIL nel 2050, per rimanere sostanzialmente stabile (0,1 punti percentuali in più) nel decennio seguente. Al contrario, secondo le stesse stime diminuisce la spesa per pensioni e per istruzione, la cui incidenza sul PIL si ridurrebbe rispetto a quella del 2015 rispettivamente di 1,8 e 0,3 punti percentuali; nello stesso periodo aumenterebbe, invece, la spesa socio-assistenziale (0,6 punti percentuali). Cfr. MEF (2014a).

45. Per un confronto della spesa sanitaria pubblica italiana con altri paesi si rimanda all'Appendice II.

46. Per il periodo 2002–2006 i dati riportati nella figura comprendono anche le integrazioni *ex post* al finanziamento e per il periodo 2007–2009 le risorse del fondo straordinario e transitorio riservato alle regioni impegnate nei Piani di rientro.

Figura 2 – Finanziamento del SSN (miliardi di euro) e variazioni percentuali (linea spezzata). Anni 2002–2016



Fonte: Elaborazione Centro Europa Ricerche e Centro Studi Assobiomedica (CSA) su dati tratti dai documenti ufficiali.

Più in particolare, secondo il recente accordo raggiunto con il Patto per la Salute, il finanziamento statale, sale a 109,9 miliardi di euro per il 2014; a 112,1 miliardi di euro per il 2015; a 115,4 miliardi per il 2016⁴⁷.

Sulla definizione del livello di finanziamento per l'anno in corso, ha influito la decisione di rinunciare all'introduzione di nuovi ticket che, secondo la normativa, sarebbero dovuti entrare in vigore nel 2014 e di attribuire allo Stato la responsabilità di coprire il mancato gettito pari a 2 miliardi di euro annui⁴⁸; questa decisione ha di fatto compensato il taglio al finanziamento stabilito per gli anni 2015 e 2016 dall'ultima Legge di Stabilità, pari rispettivamente a 535 e a 605 milioni di euro⁴⁹.

47. Alle regioni si richiede di avviare una riqualificazione dei rispettivi servizi sanitari, in particolare attraverso il riordino dell'assistenza territoriale e ospedaliera.

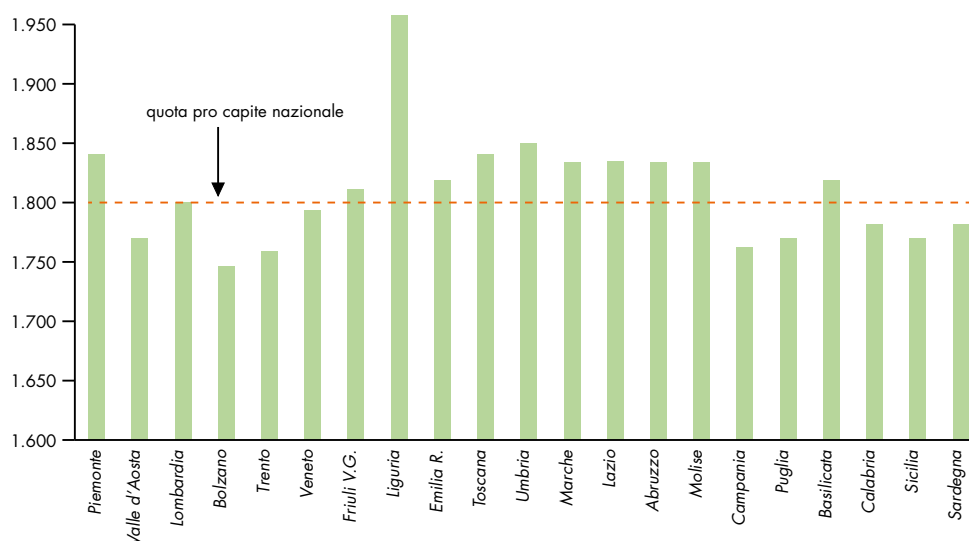
48. L. 148/2013, Bilancio di previsione dello Stato per l'anno 2014 e bilancio pluriennale per il triennio 2014–2016.

49. Più precisamente, da una parte si aumenta il finanziamento di 5 milioni di euro annui per consentire alle strutture pubbliche di effettuare in via sperimentale lo screening neonatale per la diagnosi precoce di patologie metaboliche ereditarie (L. 147/2013, art. 1, c. 229). Dall'altra, lo si riduce di 540 milioni di euro per il 2015 e di 610 milioni dal 2016 (L. 147/2013, art. 1, c. 481), per via delle nuove misure di contenimento della spesa per il personale dipendente e convenzionato (blocco dell'indennità di vacanza contrattuale e limitazione delle risorse per il trattamento accessorio del personale. Cfr. L. 147/2013, art. 1, c. 452–455, 456 e 477).

Per quanto riguarda il 2014, il 5 agosto scorso le regioni hanno approvato all'unanimità il riparto di una parte consistente del finanziamento statale ordinario per l'anno in corso. A differenza del passato, dunque, le regioni hanno dato il via libera al riparto senza attendere iniziative o sollecitazioni dal Governo⁵⁰.

Dei 109,9 miliardi di euro stabiliti dal Patto per la Salute, il riparto ha interessato il fabbisogno indistinto e le risorse premiali, per un ammontare complessivo di 107,2 miliardi di euro, incrementati di un importo di 79,5 milioni di euro reperiti nell'ambito delle risorse vincolate⁵¹. Non sono, tuttavia, ancora disponibili informazioni precise sui criteri adottati per il riparto regionale, né sull'ammontare delle altre risorse, sia quelle vincolate destinate alle regioni che quelle riservate agli altri enti del SSN⁵². I risultati del riparto sono riportati nella figura 3 per ogni regione, in termini pro capite, per le sole risorse destinate al fabbisogno indistinto e alle quote premiali e di riequilibrio.

Figura 3 – Finanziamento pro capite (in euro) per regione e quota pro capite media nazionale. Anno 2014



Fonte: elaborazione Centro Europa Ricerche e Centro Studi Assobiomedica (CSA) su Accordo Conferenza Regioni, 5 agosto 2014.

Come si può osservare dai dati riportati nella figura 3, la quota pro capite si mantiene al di sopra di quella media nazionale nelle regioni del centro nord, con le eccezioni, già viste per il riparto 2013, della Lombardia, del Veneto e delle due Province autonome, a cui si aggiunge la Valle d'Aosta. Nel sud, invece, la quota pro capite si mantiene inferiore alla media, a eccezione non solo di Abruzzo e Molise, come nel

50. In questa direzione vanno le recenti dichiarazioni del 5 agosto 2014 del Presidente della Conferenza delle Regioni e Province Autonome, Sergio Chiamparino.

51. Il comma 23 dell'articolo 15 del D.L. 95/2012 prevede che, a decorrere dal 2013, la quota premiale sia pari a 0,25% delle risorse ordinarie destinate al finanziamento.

52. Oltre al criterio della popolazione pesata e a quelli utilizzati per ripartire la quota premiale e di riequilibrio, sembra che sia stato anche utilizzato l'aumento dei costi su beni calcolati su base Istat.

2013, ma anche della Basilicata. A beneficiare in misura maggiore del nuovo riparto sono la Provincia autonoma di Bolzano, il Veneto, il Lazio, la Campania, la Puglia la Basilicata e la Sicilia, il cui incremento percentuale di risorse rispetto a quelle ricevute per il 2013 è superiore a quello medio nazionale (2,1%).

Alla luce di quanto esposto, osserviamo che, secondo le previsioni ufficiali, il 2014 segna l'anno di svolta nel quale si inverte l'andamento negativo della spesa sanitaria pubblica e del finanziamento statale del Servizio sanitario nazionale (SSN): entrambi, infatti, tornano a crescere, seppure in misura contenuta. Tuttavia, rimane pur vero che la situazione dei conti pubblici italiani desta alcune preoccupazioni e, di conseguenza, il rischio che anche la Sanità sia coinvolta in futuri aggiustamenti dei conti pubblici è purtroppo elevato. Da questo punto di vista, anche il Patto per la Salute è chiaro: prevede la possibilità di introdurre correzioni al finanziamento statale se queste si rendessero necessarie per il conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica. In termini di eventuali riduzioni della spesa sanitaria, è possibile individuare alcune linee di intervento, analizzando i contenuti del programma presentato lo scorso marzo dal Commissario straordinario per la *spending review* Carlo Cottarelli⁵³.

Osserviamo, in modo particolare, che due degli obiettivi indicati nel documento interessano, direttamente o indirettamente, il settore sanitario⁵⁴:

- **risparmi di spesa sanitaria** per almeno 300 milioni di euro nel 2014, 800 milioni nel 2015 e 2 miliardi nel 2016, a fronte dell'introduzione di misure la cui individuazione è rimandata al nuovo Patto per la Salute e all'applicazione dei cosiddetti costi *standard*;
- **risparmi di spesa per l'acquisto di beni e servizi** da parte di tutta la pubblica amministrazione (PA) per 800 milioni di euro nel 2014, 2,3 miliardi nel 2015 e 7,2 miliardi nel 2016.

⁵³. Occorre però considerare che il Piano è solo un elenco di possibili tagli, la cui effettiva attuazione spetterà al governo sulla base di una scelta politica legata agli obiettivi di bilancio e riduzione della tassazione. Inoltre, va tenuto conto che i risparmi conseguibili dalla *spending review* stimati nel DEF 2014 sono inferiori a quelli previsti nel Piano (7 miliardi di euro per quest'anno, 18,1 miliardi per il 2015 e 33,9 miliardi per il 2016).

⁵⁴. Nel testo del piano si precisa che i risparmi non sono tali da comportare stravolgimenti nel nostro *welfare state*.

Tabella 9 – Risparmi indicati dal Commissario per la revisione della spesa (in milioni di euro e in percentuale). Anni 2014-2016

	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Risparmi	milioni di euro			%		
da efficientamento	2.200	5.200	12.100	31	29	36
- di cui per iniziative su beni e servizi	800	2.300	7.200	11	13	21
- di cui per iniziative su beni e servizi sanitari	nd	nd	nd	nd	nd	nd
da riorganizzazioni	200	2.800	5.900	3	15	17
da tagli dei costi della politica	400	700	900	6	4	3
da riduzioni di trasferimenti a imprese/cittadini	2.000	4.400	7.100	29	24	21
da tagli delle spese settoriali	2.200	5.000	7.900	31	28	23
- di cui per misure sulla Sanità	300	800	2.000	4	4	6
Risparmi totali	7.000	18.100	33.900	100	100	100

Fonte: elaborazione Centro Europa Ricerche e Centro Studi Assobiomedica (CSA) su documenti ufficiali.

Come possiamo osservare dai dati riportati nella tabella 9, i risparmi totali previsti sono pari a circa 7 miliardi di euro nel 2014, 18 miliardi di euro nel 2015 e 34 miliardi di euro nel 2016. Per l'anno in corso, si prevede che i maggiori risparmi derivino, da un lato, dal cosiddetto "efficientamento" degli acquisti di beni e servizi da parte della pubblica amministrazione (PA) e, dall'altro lato, dalle spese settoriali, tra le quali è compresa anche la spesa sanitaria. Se analizziamo con maggior dettaglio i risparmi previsti dal piano in termini di spesa sanitaria, osserviamo che per il 2014 si prevede un risparmio pari a 300 milioni di euro (4% dei risparmi totali annui), mentre per il 2015 il risparmio previsto è di 800 milioni di euro (4% dei risparmi totali annui), e per il 2016, infine, 2 miliardi di euro (6% dei risparmi totali annui). Comparando questi valori con il totale della spesa sanitaria pubblica, notiamo che i risparmi previsti dal piano ammontano allo 0,3% della spesa nell'anno in corso e rispettivamente allo 0,7% e all'1,8% nei due anni successivi.

Questi importi risultano particolarmente alti, soprattutto se confrontati con il dato di spesa sanitaria italiana che si mostra già nettamente al di sotto della media dei principali paesi, sia in Europa sia in ambito OCSE⁵⁵. Alla luce di questo, risulta di fondamentale importanza che i risparmi vengano reinvestiti nel settore sanitario, come previsto dal Patto per la Salute.

Passando invece ai risparmi previsti in relazione all'efficientamento delle attività di acquisto di beni e servizi da parte della pubblica amministrazione (PA), l'obiettivo di 800 milioni di euro per il 2014 rappresenta circa lo 0,6% dell'intera spesa del settore pubblico per i consumi intermedi, che ammonta a 128.421 milioni di euro come riportato nella tabella 10; per i due anni successivi, invece, i risparmi previsti – pari rispettivamente a 2,3 miliardi di euro e a 7,2 miliardi di euro – corrispondono all'1,8%

55. Per maggiori informazioni in merito ai confronti internazionali sulla spesa sanitaria si rimanda all'Appendice I, tuttavia ci limitiamo a notare come il "benchmark" di spesa sanitaria del 5,25% del PIL, indicato nel piano di *spending review*, sia ben al di sotto del livello corrente (quest'ultimo, infatti, nel 2013 risultava pari al 7% del PIL). Suddetto presunto *benchmark*, di cui non sono specificate le modalità di calcolo, è stato recentemente criticato anche dall'OCSE che dopo aver ricordato come la spesa sanitaria italiana sia nettamente al di sotto della media europea, conclude ritenendolo non compatibile con il livello del nostro Servizio sanitario nazionale (cfr. OCSE 2014).

e al 5,5% del totale. Questi valori appaiono verosimili se confrontati con l'ammontare aggredibile. Risulta tuttavia essenziale che il conseguimento di questo tipo risparmi non sia tradotto in tagli lineari. Sempre in riferimento ai risparmi previsti nel piano di revisione della spesa per l'acquisto di beni e servizi, al momento non è possibile prevedere in che misura gli interventi riguarderanno i beni e i servizi acquistati dalle strutture sanitarie né, in modo particolare, i servizi e i beni sanitari, tra i quali rientrano i dispositivi medici.

Tabella 10 – Consumi intermedi delle amministrazioni pubbliche (milioni di euro). Anni 2012–2018

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Consumi intermedi PA	130.328	130.626	128.421	128.075	130.272	133.112	139.025
- di cui Spesa sanitaria in beni e servizi	29.182	29.270	30.378				

Fonte: MEF (2014a, 2014b).

Per quanto riguarda, infine, i risparmi da riorganizzazioni, i tagli dei costi della politica e le riduzioni dei trasferimenti, se da un lato è apprezzabile la loro natura strutturale, dall'altro osserviamo che in taluni casi – in particolare quelli legati a interventi di riorganizzazione – essi sottendono investimenti immediati. Detto tutto ciò, in prospettiva di medio e lungo periodo, è certamente un bene che l'attività di revisione della spesa pubblica copra l'intero aggregato e che possa contare su una struttura stabile⁵⁶.

3 LA SPESA IN DISPOSITIVI MEDICI

Come abbiamo visto, nonostante le perplessità riguardo alla misura del tetto sulla spesa pubblica in dispositivi medici, per il 2014 resta in vigore la prevista soglia del 4,4%. Affinché la spesa relativa a dispositivi medici acquistati direttamente dalle strutture sanitarie pubbliche non superi il tetto nel 2014⁵⁷ essa dovrebbe diminuire di circa il 12% rispetto al dato di consuntivo 2013 (tabella 6). Questo si reputa poco verosimile soprattutto per via del fatto che tale tetto, come precedentemente argomentato, non appare congruo.

Abbiamo visto, inoltre, come il flusso sui consumi in dispositivi medici, attualmente, non rilevi le informazioni in modo completo e omogeneo sul territorio nazionale; ad oggi questo strumento non risulta quindi funzionale ai fini del monitoraggio della spesa. Ci si aspetta tuttavia che nei prossimi anni le informazioni contenute in questa banca dati saranno sempre più accurate e in grado di descrivere in maggiore dettaglio i consumi delle strutture sanitarie pubbliche con riferimento ai dispositivi medici.

Per quanto riguarda il piano di *spending review*, infine, abbiamo visto che esso non contiene dettagli utili a chiarire in modo puntuale l'effetto delle misure previste sul settore sanitario né su quello dei dispositivi medici; si osserva tuttavia che un ruolo importante è rivestito dall'attività di acquisto di beni e servizi.

56. Secondo quanto previsto dall'art. 49-bis del D.L. n.69 del 2013, infatti, l'istituto del Commissario interministeriale per la revisione della spesa è stato rafforzato.

57. Si osservi come il fatto di aver cancellato l'introduzione di nuovi ticket per 2 miliardi di euro abbia comportato l'innalzamento del FSN e come, di fatto, questo si traduca in un proporzionato innalzamento del livello massimo di spesa in dispositivi medici.

4 OSSERVAZIONI CONCLUSIVE

In questa seconda parte, sono stati presentati e discussi i dati e le informazioni disponibili, contenute in documenti e fonti ufficiali per definire il quadro economico e finanziario per i prossimi cinque anni per il settore pubblico nel suo complesso, per il Servizio sanitario nazionale e per il settore dei dispositivi medici.

L'analisi fin qua condotta prospetta la necessità, per quanto riguarda i conti pubblici, di compiere ulteriori sforzi per il contenimento della spesa, considerando la permanenza di un alto debito pubblico e di una crescita insufficiente del prodotto interno lordo. Questi due aspetti critici ostacolano il raggiungimento degli obiettivi definiti a livello europeo di raggiungimento del pareggio strutturale e di riduzione dell'incidenza del debito sul PIL. Per questi motivi anche per il prossimo futuro si ritiene probabile il ricorso da parte del Governo a manovre finanziarie e misure di contenimento della spesa pubblica.

Per quanto riguarda la spesa e il finanziamento del Servizio sanitario nazionale (SSN), dopo la contrazione in termini nominali degli ultimi anni, dal 2014 tornano a crescere. Tuttavia, molte incertezze permangono e il recente Accordo tra Stato e Regioni – che prevede che i risparmi del settore sanitario siano reinvestiti nello stesso – rischia di essere rimesso in discussione in tempi brevi, con inevitabili conseguenze per il funzionamento del sistema.

Relativamente al tetto di spesa in dispositivi medici, abbiamo visto come le informazioni ad oggi disponibili confermino i dubbi già espressi in merito ai criteri per la definizione di tale tetto, pari al 4,4% per l'anno in corso, tetto che sottende una diminuzione del 12% (rispetto al 2013) della spesa per acquisti di dispositivi medici effettuata direttamente dalle strutture pubbliche.

Infine, il piano per la revisione alla spesa pubblica del Commissario Cottarelli prevede risparmi da efficientamento generale degli acquisti di beni e servizi (senza indicare obiettivi puntuali riferiti ai beni e servizi sanitari né ai consumi intermedi del Servizio sanitario nazionale (SSN) e risparmi da tagli delle spese settoriali di cui per misure sulla Sanità pari a 300, 800, 2.000 milioni di euro (senza tuttavia chiarire se il tetto alla spesa in dispositivi medici sia da considerarsi tra queste misure piuttosto che tra gli interventi pensati idonei a conseguire una parte dei risparmi da efficientamento di cui sopra).

APPENDICE I

LA SPESA SANITARIA: COMPARAZIONI INTERNAZIONALI

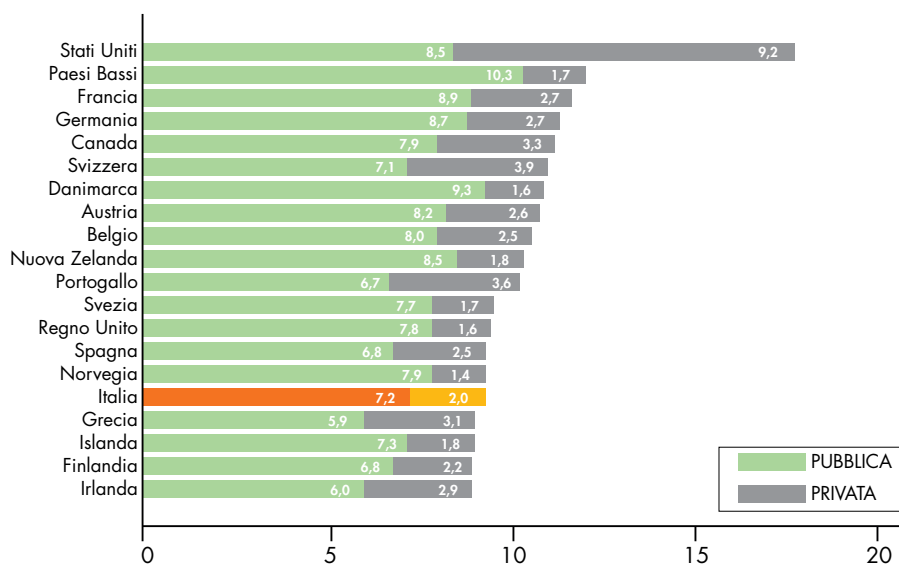
L'OCSE mette a confronto i paesi membri utilizzando diversi indicatori, tra i quali la spesa sanitaria, e definisce la spesa sanitaria pubblica come l'insieme delle operazioni effettuate dalle amministrazioni pubbliche operanti nel settore, utilizzando le proprie strutture produttive, o quelle in regime di convenzione (strutture private accreditate), acquistando beni e servizi da erogare ai cittadini. I confronti tra i paesi OCSE sono effettuati anche in dollari pro capite in parità di potere d'acquisto, misura che tiene conto del diverso livello dei prezzi nei diversi paesi.

Abbiamo selezionato un piccolo gruppo di indicatori quantitativi sintetici utili a rendere immediatamente visibili le differenze tra i livelli aggregati di spesa sanitaria dei diversi paesi posti a confronto:

- l'incidenza della spesa sanitaria sul PIL (figura 4);
- la spesa sanitaria pro capite (figura 5);
- la loro scomposizione in quota di spesa pubblica e privata e il tasso di crescita reale (al netto dell'inflazione) della spesa sanitaria totale nell'arco del decennio 2000–2011 (figura 6).

Per il confronto internazionale abbiamo selezionato un sottoinsieme di 20 paesi OCSE, escludendo quei paesi che per motivi di sviluppo della loro stessa economia o del loro sistema sanitario ci appaiono meno direttamente confrontabili con i 20 paesi da noi prescelti.

Figura 4 – Spesa sanitaria totale (% su PIL) in 20 paesi OCSE (2011), con la ripartizione della quota di spesa pubblica e privata



Fonte: elaborazione Centro Studi Assobiomedica (CSA) su dati tratti da *OECD Health Data 2013*.

Si sottolinea come i dati riportati siano i più recenti disponibili con riferimento a tale fonte: essi si riferiscono al 2011 e per quanto riguarda l'Italia coincidono con le stime di spesa sanitaria indicate nel DEF 2013, che successivamente si sono rivelate essere più elevate dei dati a consuntivo di cui al DEF 2014 (cfr. Appendice II).

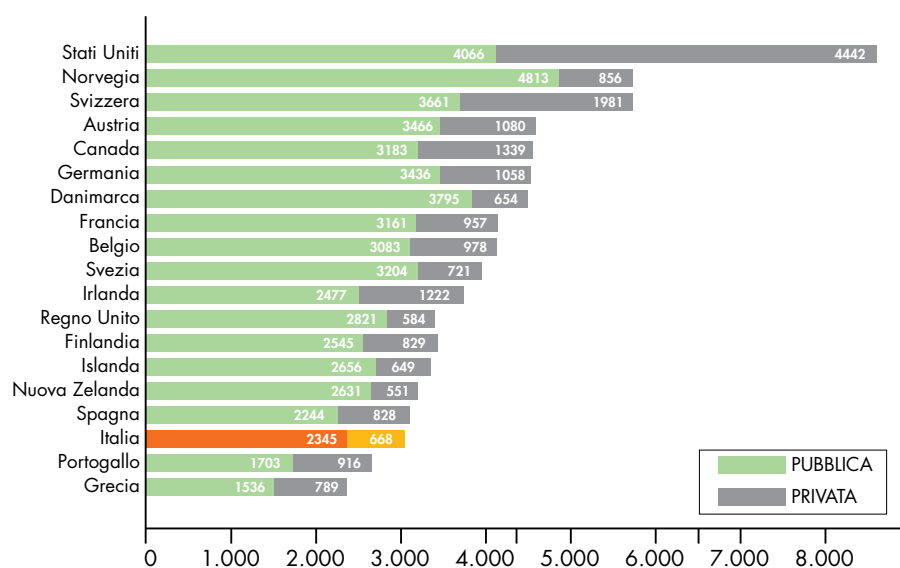
Quando si effettua questo tipo di confronti internazionali è necessario tenere in debita considerazione le differenze dei sistemi di *welfare* dei diversi paesi perché tali differenze potrebbero incidere in modo significativo sui dati di spesa più delle differenze di *performance* riconducibili al concetto di efficienza. Infatti, nella maggior parte dei paesi in cui vige un sistema sanitario basato su assicurazioni sociali obbligatorie (come, ad esempio, Francia e Germania) o su assicurazioni private volontarie (come gli Stati Uniti) la tendenza è quella di destinare alla Sanità una quota elevata del proprio PIL. Viceversa, nei paesi in cui vigono sistemi fondati sul modello "Servizio sanitario nazionale", la quota del PIL destinata alla spesa sanitaria pubblica è generalmente più bassa (come, ad esempio, in Norvegia, Italia, Finlandia e Islanda).

Come si può notare nella figura 4, il dato italiano della spesa sanitaria totale in percentuale sul Pil (9,2%) risulta inferiore alla media dei paesi considerati (10,5%) e superiore solo a quello di Grecia, Islanda, Finlandia e Irlanda. In tutti i paesi presi in esame, ad eccezione degli Stati Uniti, la spesa sanitaria pubblica supera quella privata, seppur in modo più o meno significativo. L'incidenza della sola spesa sanitaria pubblica sul Pil in Italia (7,2%) è decisamente più contenuta rispetto da alcuni paesi di riferimento – come Francia (8,9%) e Germania (8,7%) – e superiore solo a Svizzera, Spagna, Finlandia, Portogallo, Irlanda e Grecia. L'Italia, anche per questo dato, si pone al di sotto della media dei paesi considerati, pari a 7,8%. In questo confronto internazionale, gli Stati Uniti rappresentano una lampante eccezione: la spesa privata risulta nettamente superiore a quella di tutti i paesi analizzati, anche se quella pubblica conserva un ruolo tutt'altro che marginale. Infatti, il sistema sanitario statunitense si è retto principalmente sul settore privato, sia per quanto riguarda il finanziamento, sia per quanto riguarda l'offerta e l'erogazione dei servizi. Negli Stati Uniti, infatti, non solo si registra la spesa privata più alta in percentuale sul Pil (9,2%), ma anche la spesa sanitaria totale più alta (17,7%).

Dal confronto della spesa sanitaria pro capite – calcolata in dollari statunitensi a parità di potere d'acquisto – pubblica e privata (figura 5), emerge che gli Stati Uniti mantengono il primo posto con una spesa pro capite totale pari a 8.508 dollari. Le differenze tra i 20 paesi analizzati risultano piuttosto marcate e, nel complesso, l'Italia con una spesa pro capite totale pari a 3.013 dollari si pone al di sotto della media dei paesi analizzati (4.033 dollari) e registra uno tra i valori più bassi nel confronto internazionale, superiore solo a Portogallo e Grecia.

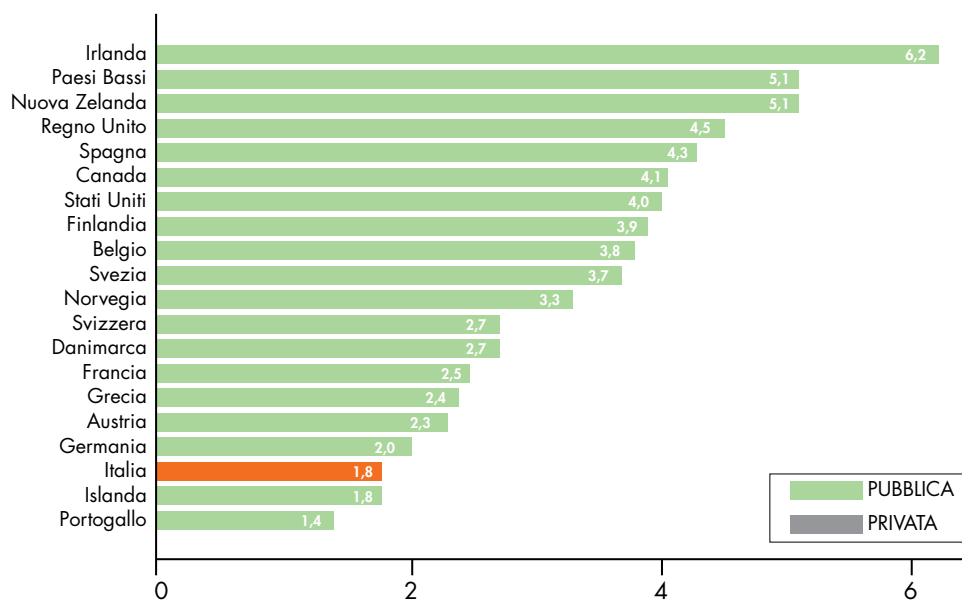
La figura 6, infine, mostra il tasso di crescita reale della spesa sanitaria totale considerando la media annua nell'arco di un decennio, nel periodo 2000-2011. Anche in questo caso, esiste una disomogeneità tra i paesi analizzati, in particolare, l'Italia presenta un tasso di crescita pari a 1,8%, inferiore alla media degli altri paesi e superiore solo a quello del Portogallo. La lettura di questi dati indica che il tasso di crescita reale dell'Italia è uno dei più contenuti rispetto ai paesi presi in esame nell'arco del decennio considerato.

Figura 5 – Spesa sanitaria pro capite (dollari statunitensi a parità di potere d'acquisto) in venti paesi OCSE (2011), con la ripartizione della quota di spesa pubblica e privata



Fonte: elaborazione Centro Studi Assobiomedica (CSA) su dati tratti da *OECD Health Data 2013*.

Figura 6 – Tasso di crescita reale della spesa sanitaria totale (var % media annua). Anni 2000–2011



Fonte: elaborazione Centro Studi Assobiomedica (CSA) su dati tratti da *OECD Health Data 2013*.

APPENDICE II

LA SPESA SANITARIA: DOCUMENTI UFFICIALI DI PROGRAMMAZIONE

In questa parte riportiamo la sequenza della spesa sanitaria stimata nei Documenti di programmazione ufficiali, a partire dal 2008 (DPEF 2009-2013) fino al DEF 2014, in modo da dare evidenza alle ripetute revisioni al ribasso della spesa sanitaria prevista in conseguenza, oltre che di aggiornamenti delle stime, delle diverse manovre adottate (tabella 11). In particolare, le celle non colorate indicano gli importi che al momento dell'elaborazione dei relativi documenti in questione erano valori di consuntivo.

Tabella 11 – Programmazione della spesa sanitaria nei conti pubblici (valori assoluti in milioni di euro). Anni 2009-2018

		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
DPEF 2009	Spesa sanitaria tendenziale	111.592	116.007	120.656	125.156	129.916					
	Quota su Pil	6,8	6,9	6,9	7,0	7,0					
	Quota sulla spesa primaria	15,5	15,7	15,9	16,1	16,3					
	Tasso di var. (in %) della SS	0,9	4,0	4,0	3,7	3,8					
DPEF 2010	Spesa sanitaria tendenziale	112.929	114.719	118.364	122.769	127.677					
	Quota su Pil	7,4	7,4	7,4	7,4	7,4					
	Quota sulla spesa primaria	15,5	15,8	16,1	16,3	16,6					
	Tasso di var. (in %) della SS	3,8	1,6	3,2	3,7	4,0					
RUEF 2010	Spesa sanitaria tendenziale	110.588	114.707	117.134	120.786						
	Quota su Pil	7,3	7,4	7,3	7,2						
	Quota sulla spesa primaria	15,2	15,6	15,8	16,0						
	Tasso di var. (in %) della SS	1,9	3,7	2,1	3,1						
DEF 2011	Spesa sanitaria tendenziale	110.435	113.457	114.836	117.391	122.102	126.512				
	Quota su Pil	7,3	7,3	7,2	7,1	7,2	7,2				
	Quota sulla spesa primaria	15,2	15,7	15,8	16,1	16,4	16,6				
	Tasso di var. (in %) della SS	1,8	2,7	1,2	2,2	4,0	3,6				
DEF 2012	Spesa sanitaria tendenziale	110.474	112.742	112.039	114.497	114.727	115.421	118.497			
	Quota su Pil	7,3	7,3	7,1	7,2	7,1	6,9	6,9			
	Quota sulla spesa primaria	15,2	15,6	15,5	15,8	15,8	15,7	15,8			
	Tasso di var. (in %) della SS	1,5	2,1	-0,6	2,2	0,2	0,6	2,7			
DEF 2013	Spesa sanitaria tendenziale		112.526	111.593	110.842	111.108	113.029	115.424	117.616	119.789	
	Quota su Pil		7,3	7,1	7,1	7,1	7,0	6,9	6,8	6,7	
	Quota sulla spesa primaria		15,6	15,5	15,5	15,3	15,6	15,6	15,7	15,7	
	Tasso di var. (in %) della SS		1,9	-0,8	-0,7	0,2	1,7	2,1	1,9	1,8	
DEF 2014	Spesa sanitaria tendenziale	110.474	112.526	111.094	109.611	109.254	111.474	113.703	116.149	118.680	121.316
	Quota su Pil	7,3	7,3	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0	6,9	6,9	6,8
	Quota sulla spesa primaria	15,2	15,6	15,5	15,3	15,2	15,3	15,5	15,6	15,8	15,8
	Tasso di var. (in %) della SS	1,5	1,9	-1,3	-1,3	-0,3	2,0	2,0	2,2	2,2	2,2

Fonte: elaborazione Centro Europa Ricerche e Centro Studi Assobiomedica (CSA) su documenti di programmazione ufficiali.

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
-
- N. 18 Primo aggiornamento dell'analisi sull'impatto della manovra sanitaria 2012-2014 sul settore dei dispositivi medici. Testo aggiornato dopo l'approvazione della Legge di Stabilità 2013 - Aprile 2013
-

- N.19 Analisi della normativa sull'accesso ai dispositivi per persone con diabete. Quantitativi, prescrizione e distribuzione di dispositivi medici per l'autocontrollo e l'iniezione di insulina - Novembre 2013
- N. 20 Le patologie valvolari. Analisi della mobilità, complessità e appropriatezza - Marzo 2014
- N. 21 La renumerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera. Analisi della normativa nazionale e regionale - Marzo 2014
- N. 22 La renumerazione delle prestazioni di assistenza Specialistica ambulatoriale. Analisi della normativa nazionale e regionale - Luglio 2014
- N. 23 Il quadro economico e finanziario 2009-2018. Dal Servizio sanitario nazionale alla spesa pubblica in dispositivi medici - Dicembre 2014

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 punge 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
- N. 25 I tempi medi di pagamento delle strutture sanitarie pubbliche. Dati 2012 e anni precedenti - Marzo 2013
- N. 26 Le politiche pubbliche d'acquisto di dispositivi medici - Dicembre 2013
- N. 27 Turchia - studio realizzato dall'ufficio di Istanbul dell'ICE-agenzia, su incarico e con la collaborazione di Assobiomedica - Marzo 2014
- N. 28 I tempi medi di pagamento delle strutture sanitarie pubbliche e private. Dati 2013 e anni precedenti - Aprile 2014
- N. 29 Malattia allergica e immunoterapia specifica con allergeni (AIT) - Ottobre 2014

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
- N. 14 Il governo dell'innovazione nel settore dei dispositivi medici - Marzo 2014
- N. 15 Modelli organizzativi di trasferimento tecnologico - Aprile 2014

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

Cincotti F., Glorioso V., Guennouna Z. e Tamborini V. (2014), Il quadro economico e finanziario 2009–2018. Dal Servizio sanitario nazionale alla spesa pubblica in dispositivi medici. Centro Studi Assobiomedica, Analisi n.23, Dicembre 2014.

ASSOBIO MEDICA CENTRO STUDI

Via Marostica, 1 - 20146 Milano - Tel. 02.34531165 - Fax 02.34592072

E-mail: centrostudi@assobiomedica.it
