



IX Rapporto Sanità

*Crisi economica e Sanità:
come cambiare le politiche pubbliche*

*a cura di:
Federico Spandonaro*



Università degli Studi
di Roma "Tor Vergata"

3 - Spesa socio-sanitaria: le reali possibilità di razionalizzazione e risparmio finanziario

Polistena B.¹ Spandonaro F.²

3.1. Spesa socio-sanitaria: definizioni e quadro di sintesi

Da sempre ci si pone la domanda di quanto possa costare oltre che la Sanità anche il sistema di protezione sociale che, su alcuni fronti, tende ad integrarsi con l'ambito sanitario.

Partendo da questa premessa, scopo di quest'anno del presente Rapporto è quello di fornire un quadro di sintesi non solo del settore propriamente sanitario ma anche di quello sociale che spesso si interfaccia con il primo. Definirne i confini è peraltro complesso, in quanto non tutto il Sociale risulta essere strettamente collegato alla Sanità.

Il punto (convenzionale) di discriminare che proponiamo è legato al concetto di non-autosufficienza: quindi il presente capitolo tende ad indagare oltre che la spesa sanitaria anche quella per i servizi sociali per i non-autosufficienti, rimarcando tuttavia che spesso le fonti dei dati impiegate non ci hanno consentito di effettuare una distinzione tra il settore sociale integrato con quello sanitario e il settore sociale collegato sì a situazioni di fragilità, ma non connesso con la Sanità; di conseguenza, in alcuni casi non ci è stato permesso, nell'analisi dei dati, di rispettare il nostro "convenzionale punto di discriminare". Il settore socio-sanitario rappresenta il 39,0% della spesa delle Amministrazioni pubbliche, con un lieve incremento rispetto al 2000 e al 2005 (rispettivamente 35,4% e 37,4%). Le Regioni in cui è maggiore la quota di spesa delle Amministrazioni pubbliche per il settore socio-sanitario sono Lombardia, Liguria, Piemonte e Veneto, dove l'incidenza supera il 41%. Viceversa, l'incidenza inferiore si ha nelle Regioni più ricche (Trentino Alto Adige e Valle d'Aosta) nonché nelle Regioni con spesa sanitaria inferiore (Calabria, Sicilia, Molise e Basilicata), dove si rimane al di sotto del 36%.

¹ CREA Sanità, Università di Roma "Tor Vergata" e 4 Health Innovation.

² Università di Roma "Tor Vergata"

**Tabella 3.1 - Spesa delle Amministrazioni pubbliche per il socio-sanitario – Quota sul totale della spesa
Valori %, anni 2000-2010**

Regioni	2000	2005	2010
Italia	35,42	37,36	39,03
Nord	38,02	38,73	40,53
Nord-Ovest	38,42	39,25	41,37
Nord-Est	37,48	38,05	39,42
Centro	36,10	38,89	39,89
Sud e Isole	32,08	34,93	36,73
Piemonte	38,45	39,19	41,23
Valle d'Aosta	28,45	28,88	29,93
Lombardia	38,69	39,19	41,69
P. A. Bolzano	32,27	36,51	34,34
P. A. Trento	31,78	33,27	32,43
Veneto	38,91	38,98	40,95
Friuli V. G.	35,36	35,86	38,96
Liguria	38,35	41,04	41,65
Emilia Romagna	38,56	38,88	40,08
Toscana	36,18	37,00	39,46
Umbria	34,23	34,77	36,28
Marche	37,28	37,08	39,65
Lazio	36,04	41,16	40,79
Abruzzo	33,41	36,66	39,21
Molise	30,30	36,12	35,27
Campania	33,67	36,83	37,39
Puglia	35,88	37,24	40,72
Basilicata	30,33	33,04	35,72
Calabria	30,30	30,91	32,81
Sicilia	28,62	32,84	34,43
Sardegna	32,03	34,54	37,08

Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Istat

Nel 2010, l'88,1% della spesa delle Amministrazioni pubbliche veniva assorbita dalla spesa sanitaria ed il restante 11,9% da quella sociale.

La quota di spesa per il Sociale, tuttavia, è estremamente variabile tra le Regioni: superiore al 20% in Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Bolzano e Trento, è inferiore all'8% in Calabria e Campania.

Tabella 3.2 - Spesa delle Amministrazioni pubbliche per il socio-sanitario
Composizione
Valori %, anno 2010

Regioni	Sanitario	Sociale
Italia	88,05	11,95
Nord	86,45	13,55
Nord-Ovest	87,39	12,61
Nord-Est	85,16	14,84
Centro	88,44	11,56
Sud e Isole	89,99	10,01
Sud	91,42	8,58
Isole	87,11	12,89
Piemonte	87,39	12,61
Valle d'Aosta	76,41	23,59
Lombardia	87,43	12,57
Pr. Aut. di Bolzano	79,67	20,33
Pr. Aut. di Trento	79,41	20,59
Veneto	85,31	14,69
Friuli Venezia Giulia	85,00	15,00
Liguria	88,28	11,72
Emilia Romagna	86,73	13,27
Toscana	88,25	11,75
Umbria	89,11	10,89
Marche	88,22	11,78
Lazio	88,53	11,47
Abruzzo	84,16	15,84
Molise	91,83	8,17
Campania	92,97	7,03
Puglia	90,98	9,02
Basilicata	91,80	8,20
Calabria	92,95	7,05
Sicilia	87,52	12,48
Sardegna	86,00	14,00

Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Istat

In termini pro-capite, la spesa per la Sanità sostenuta dalle Amministrazioni pubbliche è pari nel 2010 a € 1.864,2, valore in crescita del 2,6% medio annuo nell'ultimo quinquennio; la spesa per l'assistenza sociale è pari a € 252,9 con un incremento medio annuo del 4,2%.

Se l'incremento della spesa sanitaria è stato più rapido di quello per la spesa sociale nel primo quinquennio analizzato, nel secondo l'incremento della spesa sanitaria è crollato mentre quello della spesa sociale è rimasto pressoché stabile.

**Tabella 3.3 - Spesa pro-capite delle Amministrazioni pubbliche per il socio-sanitario
Valori assoluti (€), anno 2010**

Regioni	Spesa sanitaria	Spesa per il Sociale
Italia	1.864,21	252,90
Nord	1.832,38	287,17
Nord-Ovest	1.846,81	266,48
Nord-Est	1.812,39	315,81
Centro	1.938,54	253,28
Sud e Isole	1.864,00	207,41
Piemonte	1.918,03	276,64
Valle d'Aosta	2.330,56	719,50
Lombardia	1.770,07	254,42
P. A. Bolzano	2.226,71	568,10
P. A. Trento	1.962,56	508,74
Veneto	1.735,19	298,83
Friuli V. G.	1.988,53	350,87
Liguria	2.079,23	275,99
Emilia Romagna	1.783,84	273,00
Toscana	1.862,13	247,98
Umbria	1.826,17	223,14
Marche	1.847,98	246,87
Lazio	2.031,37	263,29
Abruzzo	1.817,91	342,07
Molise	2.070,39	184,24
Campania	1.835,64	138,89
Puglia	1.876,82	186,09
Basilicata	1.920,60	171,51
Calabria	1.889,19	143,33
Sicilia	1.821,74	259,77
Sardegna	2.006,09	326,48

Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Istat

Analizzando nel dettaglio la componente sociale della spesa, si osserva come sia estremamente variabile tra le Regioni, con valori che vanno da un massimo di € 719,5 in Valle d'Aosta a un minimo di € 138,9 in Campania (con un differenziale di oltre 5 volte).

Tabella 3.4 - Spesa pro-capite delle Amministrazioni pubbliche per il socio-sanitario - Variazione quinquennale media annua Valori %, anni 2000-2010

Regioni	Sanità		Sociale	
	2005/2000	2010/2005	2005/2000	2010/2005
Italia	6,55	2,55	4,29	4,17
Nord	5,58	2,85	3,93	4,05
Nord-Ovest	5,65	3,10	3,92	3,69
Nord-Est	5,50	2,50	3,93	4,46
Centro	7,38	1,71	3,90	3,36
Sud e Isole	7,29	2,67	5,04	4,78
Piemonte	5,98	2,98	5,31	4,16
Valle d'Aosta	5,08	3,63	3,21	2,57
Lombardia	5,29	3,43	3,83	4,09
P. A. Bolzano	7,39	0,88	3,43	0,36
P. A. Trento	6,03	3,25	10,71	-2,63
Veneto	4,99	2,31	3,94	10,34
Friuli V. G.	5,41	4,43	5,36	3,40
Liguria	6,74	1,86	1,76	0,82
Emilia Romagna	5,75	2,28	2,11	1,95
Toscana	6,00	3,07	4,27	2,49
Umbria	5,21	2,61	4,39	2,65
Marche	4,33	3,57	3,72	4,46
Lazio	9,30	0,33	3,64	3,71
Abruzzo	7,52	1,54	4,17	17,20
Molise	10,58	1,82	5,63	0,94
Campania	7,55	1,49	5,30	1,49
Puglia	5,66	3,86	5,70	5,71
Basilicata	6,98	4,13	4,45	2,44
Calabria	5,00	4,71	5,57	3,18
Sicilia	9,27	2,13	4,64	4,16
Sardegna	6,63	3,77	4,94	4,62

Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Istat

La spesa socio-sanitaria delle Amministrazioni pubbliche rappresenta complessivamente, nel 2010, l'8,2% del PIL, di cui l'1,0% per il Sociale.

Le Regioni in cui la spesa socio-sanitaria incide maggiormente sul PIL, sono quelle meridionali: Calabria (12,3% di cui 0,9% per protezione sociale), Sicilia (12,3% di cui 1,5% per protezione sociale) e Puglia (12,0% di cui 1,0% per protezione sociale). Viceversa, incide meno in quelle del Nord: Lombardia (6,1% di cui 0,8% per protezione sociale), Emilia Romagna (6,6% di cui 0,9% per protezione sociale) e Veneto (6,9% di cui 1,0% per protezione sociale).

**Tabella 3.5 - Spesa delle Amministrazioni pubbliche per il socio-sanitario – Quota sul PIL
Valori %, anni 2000-2010**

Regioni	Sanità e Sociale			Sociale		
	2000	2005	2010	2000	2005	2010
Italia	6,48	7,53	8,23	0,79	0,84	0,98
Nord	5,44	6,18	6,86	0,75	0,80	0,93
Nord-Ovest	5,39	6,09	6,77	0,71	0,75	0,85
Nord-Est	5,52	6,29	7,00	0,81	0,86	1,04
Centro	6,18	7,27	7,79	0,77	0,78	0,90
Sud e Isole	9,16	10,89	11,87	0,92	0,99	1,19
Piemonte	5,96	6,87	7,88	0,74	0,82	0,99
Valle d'Aosta	7,60	7,87	8,78	1,99	1,93	2,07
Lombardia	4,84	5,43	6,06	0,63	0,66	0,76
P. A. Bolzano	6,78	8,19	7,69	1,63	1,70	1,56
P. A. Trento	6,11	7,77	8,05	1,34	2,00	1,66
Veneto	5,41	6,00	6,91	0,60	0,63	1,02
Friuli V. G.	6,06	6,84	8,09	0,95	1,07	1,21
Liguria	7,40	8,42	8,70	1,11	1,03	1,02
Emilia Romagna	5,27	6,06	6,59	0,82	0,82	0,87
Toscana	6,01	6,88	7,56	0,78	0,83	0,89
Umbria	6,76	7,70	8,59	0,76	0,84	0,94
Marche	6,66	7,02	8,04	0,78	0,80	0,95
Lazio	6,08	7,52	7,77	0,76	0,74	0,89
Abruzzo	7,15	9,10	10,03	0,70	0,77	1,59
Molise	7,92	10,96	11,23	0,83	0,93	0,92
Campania	9,70	11,60	11,90	0,75	0,82	0,84
Puglia	9,08	10,36	11,95	0,75	0,86	1,08
Basilicata	8,61	10,42	11,92	0,85	0,92	0,98
Calabria	9,96	10,47	12,28	0,73	0,79	0,87
Sicilia	9,14	11,47	12,26	1,26	1,31	1,53
Sardegna	9,18	10,47	11,82	1,33	1,41	1,65

Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Istat

Analizzando nello specifico i servizi sociali legati alla Sanità³, nel 2010 in Italia sono stati spesi dai Comuni (singoli o associati) circa € 917 mln., ovvero € 15,20 pro-capite, valore in crescita del 4,7% medio annuo nell'ultimo quinquennio considerato.

³ Questa voce comprende i seguenti servizi: l'assistenza domiciliare socio-assistenziale, l'assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari e i voucher, assegni di cura e buoni socio-sanitari, i servizi di prossimità, i servizi di telesoccorso e teleassistenza, la distribuzione pasti e lavanderia a domicilio.

**Tabella 3.6 - Spesa pro-capite dei Comuni singoli o associati per le prestazioni di assistenza sociale
Valori assoluti (€), anni 2005-2010**

Regioni	2005	2010
Italia	12,08	15,20
Nord	14,82	16,89
Nord-Ovest	12,55	16,20
Nord-Est	18,01	17,84
Centro	12,96	14,84
Sud e Isole	8,10	13,16
Piemonte	11,07	15,54
Valle d'Aosta	76,10	71,93
Lombardia	12,69	15,53
Pr. Aut. di Bolzano	29,49	29,70
Pr. Aut. di Trento	49,34	53,88
Veneto	16,19	15,68
Friuli Venezia Giulia	18,92	27,35
Liguria	10,80	17,74
Emilia Romagna	14,72	11,92
Toscana	10,23	14,25
Umbria	9,60	9,90
Marche	6,75	8,25
Lazio	17,17	17,82
Abruzzo	12,58	15,73
Molise	9,67	9,66
Campania	6,45	8,39
Puglia	4,10	8,34
Basilicata	7,02	14,06
Calabria	2,82	4,76
Sicilia	10,66	13,29
Sardegna	19,00	49,51

Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Istat

Le Regioni in cui la spesa per le prestazioni di assistenza sociale pro-capite dei Comuni è maggiore sono la Valle d'Aosta e la Pr. Aut di Trento (rispettivamente € 71,90 e € 53,90), viceversa quelle con valori minimi sono la Calabria, la Campania, la Puglia e il Molise con una spesa pro-capite inferiore a € 9,00.

Si conferma che le Regioni del Sud registrano una spesa pro-capite per prestazioni sociali bassa, nonostante nell'ultimo quinquennio la crescita (10,2%) sia stata mediamente superiore a quella delle altre ripartizioni: Nord (2,6%) e Centro (2,7%).

Tabella 3.7 - Spesa pro-capite dei Comuni singoli o associati per prestazioni di assistenza sociale - Variazione quinquennale media annua Valori %, anni 2005-2010

Regioni	2010/2005
Italia	4,70
Nord	2,65
Nord-Ovest	5,25
Nord-Est	-0,18
Centro	2,74
Sud e Isole	10,18
Piemonte	7,01
Valle d'Aosta	-1,12
Lombardia	4,12
Pr. Aut. di Bolzano	0,14
Pr. Aut. di Trento	1,77
Veneto	-0,64
Friuli Venezia Giulia	7,64
Liguria	10,44
Emilia Romagna	-4,13
Toscana	6,86
Umbria	0,63
Marche	4,10
Lazio	0,74
Abruzzo	4,58
Molise	-0,02
Campania	5,42
Puglia	15,28
Basilicata	14,91
Calabria	11,01
Sicilia	4,50
Sardegna	21,11

Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Istat

L'incidenza sul PIL della spesa sociale dei Comuni nel 2010 in Italia è pari allo 0,1%: l'incidenza maggiore si registra in Sardegna (0,3%) e Valle d'Aosta (0,2%), mentre quella minima, prossima allo 0, in Calabria e nelle Marche.

Dei € 917 mln. spesi per il Sociale, il 60,9% è stato impiegato per l'assistenza socio-assistenziale, il 19,1% per benefici in moneta, il 10,3% per l'assistenza domiciliare integrata ed il 4,0% per la distribuzione dei pasti e/o lavanderia a domicilio; le rimanenti prestazioni (servizi di prossimità, telesoccorso e teleassistenza) hanno assorbito quote marginali.

Analizzando il dato regionale è evidente come in tutte le Regioni le quote più alte di spesa si registrano nell'ambito dell'assistenza domiciliare socio-assistenziale: in Basilicata la prestazione in oggetto assorbe il 92,5% della spesa complessiva, l'87,1% in Calabria e l'87,0% in Molise. Valori minori si registrano in Piemonte ed in Veneto (rispettivamente 35,8% e 37,7%).

Tabella 3.8 - Spesa dei Comuni singoli e associati per le prestazioni di assistenza sociale – Quota sul PIL
Valori %, anni 2005-2010

Regioni	2005	2010
Italia	0,05	0,06
Nord	0,05	0,05
Nord-Ovest	0,04	0,05
Nord-Est	0,06	0,06
Centro	0,05	0,05
Sud e Isole	0,05	0,08
Piemonte	0,04	0,06
Valle d'Aosta	0,23	0,21
Lombardia	0,04	0,05
Pr. Aut. di Bolzano	0,09	0,08
Pr. Aut. di Trento	0,17	0,18
Veneto	0,06	0,05
Friuli Venezia Giulia	0,07	0,09
Liguria	0,04	0,07
Emilia Romagna	0,05	0,04
Toscana	0,04	0,05
Umbria	0,04	0,04
Marche	0,03	0,03
Lazio	0,06	0,06
Abruzzo	0,06	0,07
Molise	0,05	0,05
Campania	0,04	0,05
Puglia	0,03	0,05
Basilicata	0,04	0,08
Calabria	0,02	0,03
Sicilia	0,07	0,08
Sardegna	0,10	0,25

Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Istat

Le Regioni che destinano una quota maggiore di risorse all'assistenza domiciliare integrata sono l'Umbria (28,6%), la Campania (25,3%) e la Toscana (24,3%); viceversa la Provincia Autonoma di Bolzano e la Basilicata destinano a questo tipo di assistenza rispettivamente lo 0,0% e lo 0,6%.

Passando all'analisi dei trasferimenti monetari, le Regioni che hanno destinato una quota maggiore dei loro *budget* a favore di questo tipo di provvidenza sono il Piemonte (49,3%), la Liguria (48,5%) e il Veneto (33,2%). La Provincia Autonoma di Bolzano, invece, non ha utilizzato questa forma assistenziale.

Alla distribuzione dei pasti e/o lavanderia a domicilio, il Friuli Venezia Giulia e le Province Autonome di Trento e Bolzano dedicano rispettivamente il 13,6%, il 13,3% e il 10,2% della spesa socio-sanitaria totale; viceversa la Sicilia e l'Abruzzo meno dello 0,5%.

Al telesoccorso e alla teleassistenza il Lazio e la Campania destinano circa il 4,0% della spesa, mentre la Sardegna e la Provincia Autonoma di Bolzano meno dello 0,3%.

**Tabella 3.9 - Spesa dei Comuni singoli o associati per tipo di prestazione di assistenza sociale - Composizione
Valori %, anno 2010**

Regioni	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari	Servizi di prossimità (buonvicinato)	Telesoccorso e teleassistenza	Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	Altro
Italia	60,86	10,26	0,82	1,33	19,15	4,00	3,58
Nord	53,15	8,97	1,44	0,74	28,16	6,38	1,15
Nord-Ovest	54,52	3,76	2,48	0,91	32,49	5,41	0,44
Nord-Est	51,43	15,52	0,13	0,53	22,72	7,62	2,04
Centro	72,25	15,18	0,41	2,81	5,10	1,86	2,38
Sud e Isole	66,64	9,29	0,02	1,39	12,86	1,34	8,46
Piemonte	35,80	8,84	0,19	1,00	49,34	3,45	1,39
Valle d'Aosta	61,24	11,61	2,88	0,77	19,57	3,81	0,12
Lombardia	64,27	1,42	3,68	0,94	22,63	7,00	0,05
Pr. Aut. di Bolzano	86,43	0,00	0,00	0,27	0,00	13,31	0,00
Pr. Aut. di Trento	67,82	4,86	0,00	0,31	16,39	10,21	0,42
Veneto	37,71	22,64	0,03	0,42	33,16	4,98	1,07
Friuli Venezia Giulia	49,15	8,70	0,30	0,64	26,88	13,55	0,78
Liguria	45,58	1,41	1,49	0,56	48,47	2,15	0,33
Emilia Romagna	54,26	19,64	0,29	0,84	14,61	4,64	5,73
Toscana	55,69	24,29	1,22	1,08	11,74	3,15	2,83
Umbria	58,69	28,60	0,01	2,51	2,92	1,61	5,66
Marche	71,64	7,35	0,19	0,64	16,08	1,01	3,08
Lazio	82,22	10,21	0,04	4,03	0,41	1,31	1,77
Abruzzo	77,55	12,59	0,10	2,88	3,16	0,44	3,29
Molise	86,99	5,88	0,00	0,47	4,19	2,46	0,01
Campania	63,40	25,30	0,00	3,91	5,24	0,52	1,63
Puglia	63,14	15,33	0,02	1,79	12,78	5,10	1,84
Basilicata	92,50	0,62	0,04	0,36	1,24	4,09	1,14
Calabria	87,07	6,20	0,24	1,86	1,57	2,67	0,40
Sicilia	62,06	2,20	0,00	0,45	31,45	0,30	3,55
Sardegna	65,22	3,59	0,01	0,20	7,61	0,87	22,50

Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Istat

In termini di utenza dei servizi di assistenza sociale forniti dai Comuni, prevalgono gli anziani e i disabili, a cui, nel 2010, è stato destinato rispettivamente il 65,6% e il 25,2% del totale delle risorse.

**Tabella 3.10 - Spesa dei Comuni singoli o associati per area di utenza
Valori %, anno 2010**

Regioni	Disabili	Anziani
Italia	25,23	65,60
Nord	13,05	76,42
Nord-Ovest	15,53	70,76
Nord-Est	9,92	83,54
Centro	33,38	56,13
Sud e Isole	40,66	53,32
Piemonte	18,92	74,32
Valle d'Aosta	0,32	99,59
Lombardia	14,11	66,16
Pr. Aut. di Bolzano	0,00	100,00
Pr. Aut. di Trento	6,59	79,73
Veneto	12,40	81,23
Friuli Venezia Giulia	6,15	85,13
Liguria	19,83	77,46
Emilia Romagna	13,34	83,26
Toscana	15,69	76,16
Umbria	29,15	45,41
Marche	22,73	70,63
Lazio	44,39	44,71
Abruzzo	37,95	55,84
Molise	34,77	61,26
Campania	29,36	65,48
Puglia	20,24	68,43
Basilicata	34,56	36,66
Calabria	24,45	68,15
Sicilia	41,66	52,84
Sardegna	58,32	39,32

Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Istat

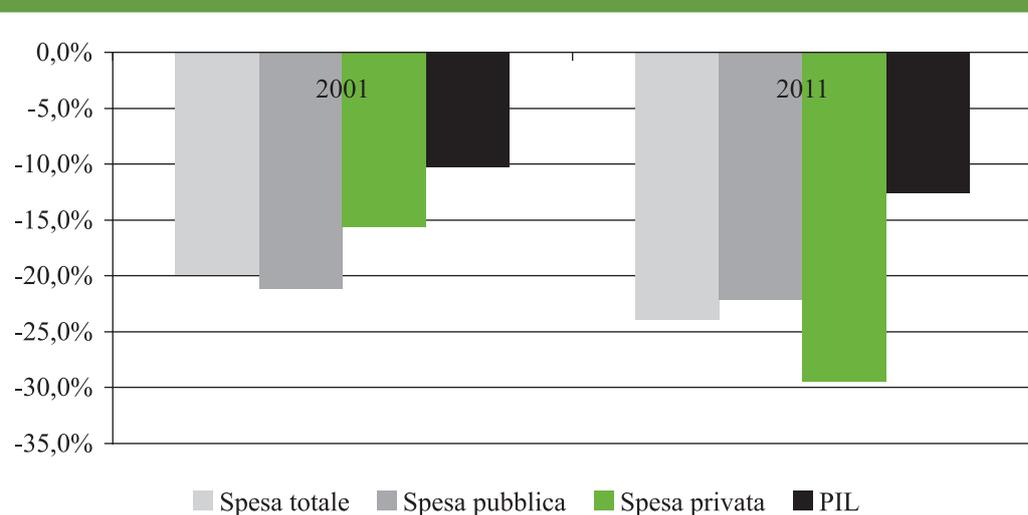
Sardegna (58,3%), Lazio (44,4%) e Sicilia (41,7%) sono le Regioni che destinano maggiori risorse all'area disabili; la Provincia Autonoma di Bolzano, invece, al servizio di assistenza domiciliare a favore dei disabili non assegna alcun fondo, destinando l'intero ammontare ai soli anziani. Le Regioni che dedicano maggiori risorse all'assistenza a favore degli anziani sono: Valle d'Aosta (99,6%) e Friuli Venezia Giulia (95,1%); di contro la Basilicata e la Sardegna hanno destinato all'assistenza agli anziani meno del 40,0% del totale delle risorse.

3.2. Spesa sanitaria: confronti internazionali

Concentrandosi sulla spesa sanitaria, è possibile avere un dato 2011 consolidato, come anche integrare il ragionamento con le evidenze in termini di spesa privata delle famiglie. Osserviamo subito che nel 2011 la spesa sanitaria pro-capite in Italia è stata inferiore di circa il 23,9% rispetto ai Paesi appartenenti all'EU 14⁴.

Tale *gap* si è, in particolare, generato sin dal 1992: nel 2001 era pari al 19,9%, e in parallelo con il prolungato ristagno dell'economia italiana, si è ulteriormente allargato.

**Figura 3.1 - Spesa sanitaria totale, pubblica, privata pro-capite e PIL (€)
Gap Italia vs. EU 14
Valori %, anni 2001 e 2011⁵**

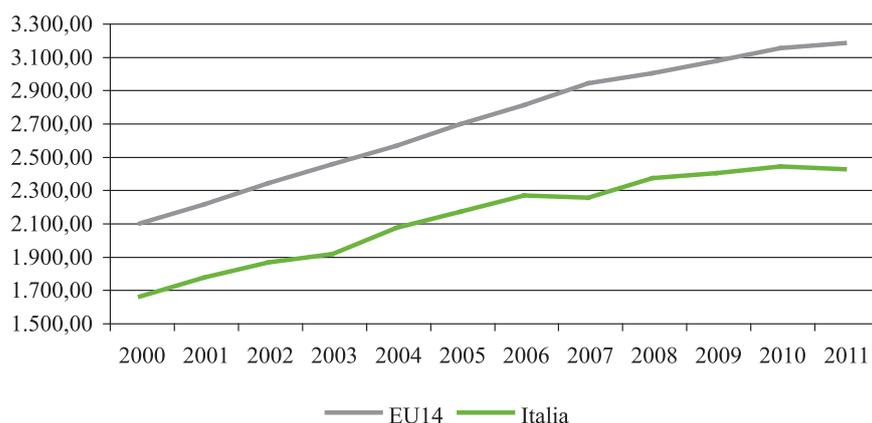


Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati OECD 2013

⁴ Si tratta della media EU 15 escludendo l'Italia.

⁵ Per l'anno 2011 il dato di spesa totale del Lussemburgo e dell'Olanda è stato stimato supponendo lo stesso incremento rispetto all'anno precedente. Il dato di spesa pubblica dell'Olanda è stato stimato supponendo la stessa ripartizione pubblico/privato del 2002 (ultimo anno disponibile).

Figura 3.2 - Spesa sanitaria totale pro-capite - Italia e EU 14
Valori assoluti (€), anni 2000-2011⁶



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati OECD 2013

In particolare la spesa sanitaria pubblica italiana pro-capite, per effetto degli interventi di contenimento attuati negli ultimi anni, è oggi del 22,2% inferiore a quella EU 14; mentre quella privata del 29,4%. Se tra il 2000 e il 2008 la distanza tra spesa pubblica italiana e dei Paesi EU 14 era andata riducendosi, per poi incrementarsi nuovamente successivamente, la spesa privata ha avuto un andamento opposto, con il *gap* che si è incrementato sino al 2008, per poi ridursi.

3.3. Spesa sanitaria: la situazione italiana

3.3.1. Quadro nazionale e analisi regionali

Nel 2011, la spesa pubblica in Italia secondo i dati del Ministero della Salute è risultata pari al 7,1% del PIL, in riduzione dello 0,1% rispetto al 2010.

Il Decreto legislativo n. 118/2011 ha previsto di includere nella valutazione del bilancio di esercizio 2011 la quota degli ammortamenti non sterilizzati dei beni ad utilità ripetuta entrati in produzione negli anni 2010 e 2011 e, su richiesta regionale, anche degli altri ammortamenti non sterilizzati relativi a beni entrati in produzione prima del 2010. Tuttavia, nella nostra analisi, per motivi di continuità con gli anni precedenti, e per consentire il confronto temporale delle voci di spesa, abbiamo adottato il medesimo criterio prescelto dalla Corte di Conti, ovvero non abbiamo incluso nell'analisi né gli ammortamenti

⁶ Per l'anno 2010 il dato del Lussemburgo è stato stimato supponendo lo stesso incremento rispetto all'anno precedente.

menti né i costi capitalizzati. Si tratta di ammortamenti per € 1.494,5 mln. cui corrispondono costi capitalizzati per € 1.067 mln.

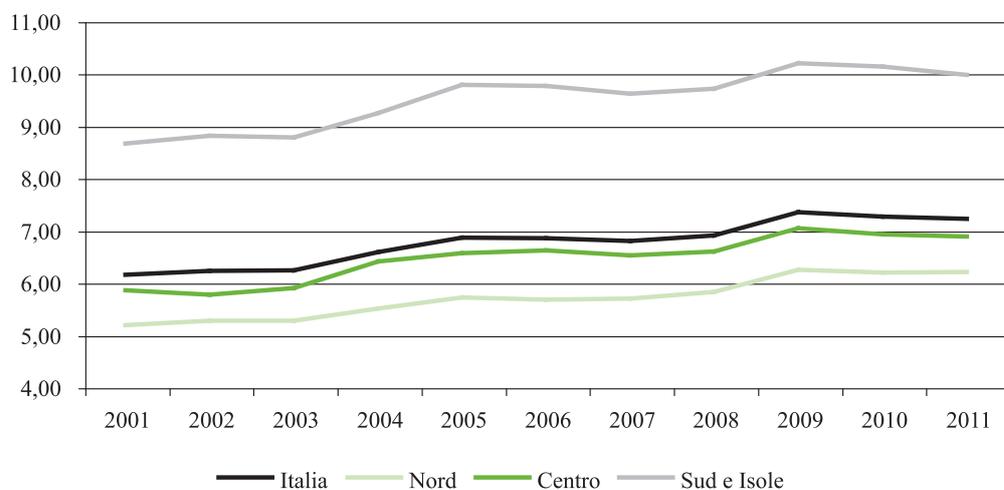
Considerando la voce ammortamenti, la quota di spesa sanitaria sul PIL nel 2011 salirebbe al 7,2%.

Secondo il Rapporto 2013 sul Coordinamento della finanza pubblica, la gestione della spesa sanitaria nel 2012 ha presentato risultati più che positivi: in termini di contabilità nazionale le uscite complessive sarebbero pari a € 110,8 mld.; valore inferiore a quello previsto dal Documento di Economia e Finanza (DEF) di aprile 2012 (€ 114,5 mld.). Come dettagliato di seguito, tale dato era già stato rivisto con il D.L. 95/2012.

Quindi, per il secondo anno di seguito, la spesa pubblica registra una riduzione in termini nominali del -0,7% contro il -0,8% dello scorso anno.

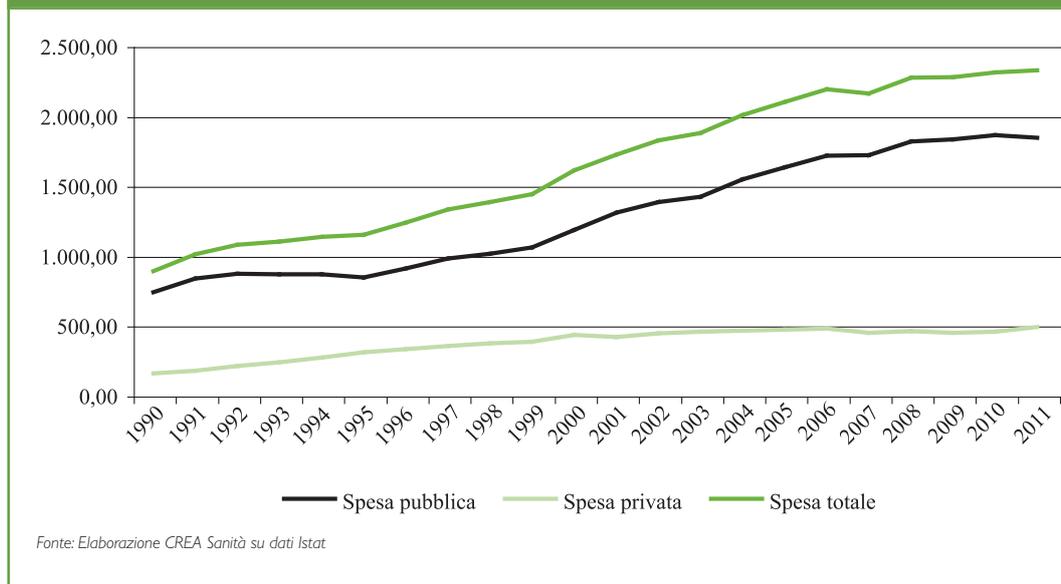
Tale risultato ha inoltre permesso di rivedere, nel DEF 2013-2017, le previsioni della spesa sanitaria per il prossimo quinquennio: dal 7,1% del PIL nel 2012 al 6,7% nel 2017.

**Figura 3.3 - Spesa sanitaria pubblica – Quota su PIL
Valori %, anni 2001-2011**



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute e ISTAT

**Figura 3.4 - Spesa sanitaria pubblica, privata e totale pro-capite
Valori assoluti (€), anni 1990-2011**



Come anticipato, la spesa privata è cresciuta ancora meno di quella pubblica, a conferma della scarsa *willingness to pay* delle famiglie italiane, oberate dalla crisi.

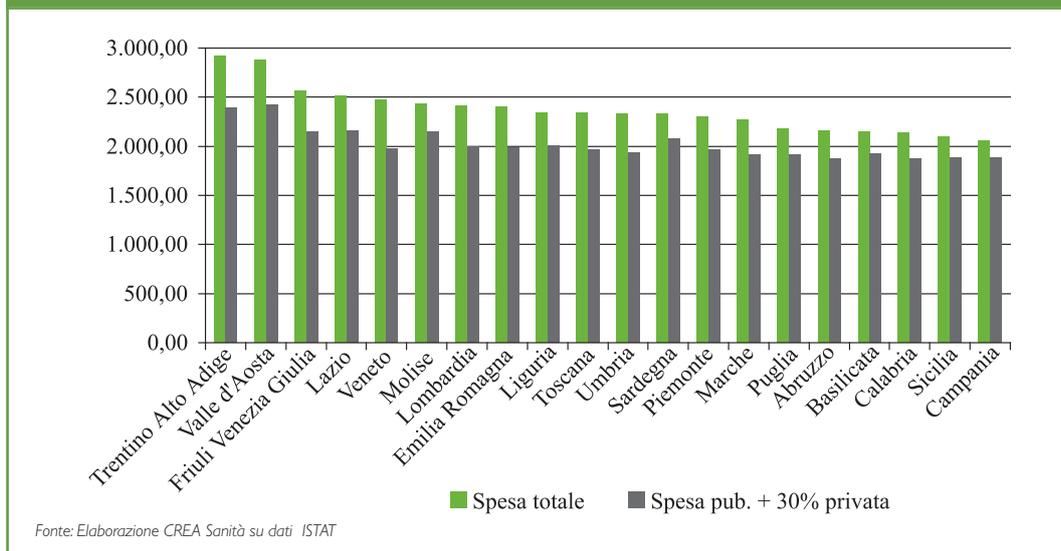
In ogni caso la spesa sanitaria è per un quarto sostenuta direttamente dalle famiglie, che integrano i servizi forniti più o meno gratuitamente dal SSN pubblico.

Se si guarda alla variabilità della spesa regionale, sempre secondo l'ultimo Rapporto Sanità del Ministero della Salute, emerge come nel 2011 le Regioni con spesa inferiore (totale) siano prevalentemente Regioni del Sud, pur pesando la spesa per tenere conto delle differenze demografiche: Campania, Sicilia, Calabria e Basilicata (si noti che sono tutte escluse, tranne l'ultima, dalla scelta del *benchmark* previsto dalla norma sui costi *standard*, solo perché non in pareggio), sono le Regioni in cui si spende meno, presumibilmente configurando non una maggiore efficienza, quanto il rischio di una significativa carenza di servizi.

Data la complementarità della spesa privata rispetto a quella pubblica, come anche in ossequio al fatto che essa contiene le compartecipazioni (prevedibilmente nel futuro ancora in crescita) che pur sempre afferiscono all'erogazione di servizi pubblici, non sembra quindi ragionevole tralasciare la componente di spesa privata nella determinazione del *benchmark* per i costi *standard*.

Prendendo in considerazione la spesa privata per compartecipazioni o per acquisto privato di beni e servizi compresi nei LEA, che in mancanza di un dato complessivo abbiamo in prima istanza provato a immaginare sia pari al 30% della spesa privata, la situazione non si modifica in maniera considerevole: le Regioni che risultano avere una spesa minore sono Calabria, Abruzzo, Campania e Sicilia.

**Figura 3.5 - Spesa sanitaria totale pro-capite per popolazione pesata
Valori assoluti (€), anno 2011**



Tornando al contenimento della spesa pubblica, esso è legato principalmente al contenimento della spesa cosiddetta accreditata/convenzionata, che si riduce in tutte le ripartizioni e in particolar modo nelle Regioni del Sud gravate dai piani di rientro e da una maggiore quota di strutture accreditate.

La spesa diretta, ovvero delle strutture pubbliche, invece, è cresciuta al Nord, è rimasta pressoché stabile al Sud, mentre si è ridotta al Centro.

**Tabella 3.11 - Spesa sanitaria diretta e convenzionata - Variazioni
quinquennali medie annue
Valori %, anni 2001-2011**

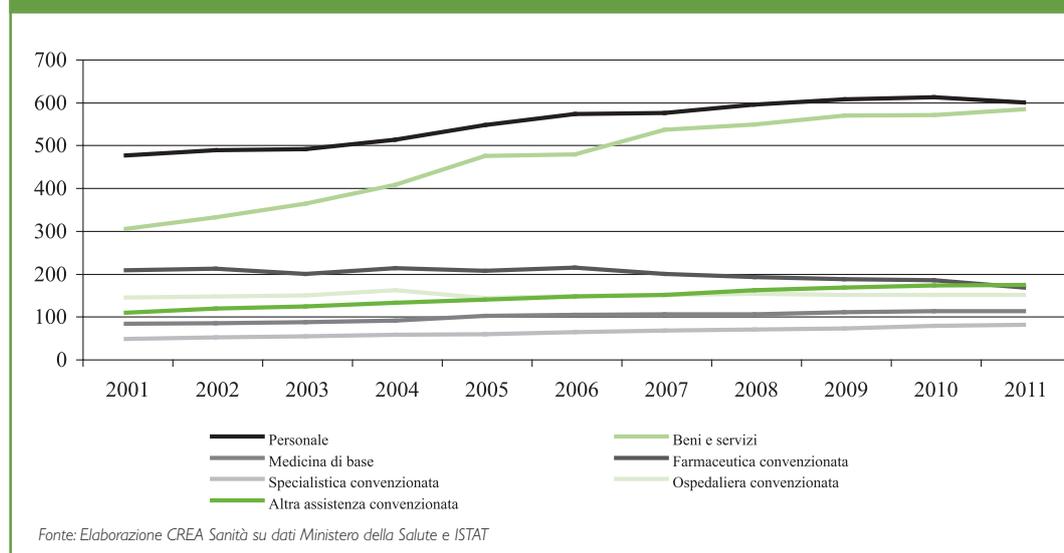
	2006/2001	2011/2006
Diretta		
Italia	6,85%	3,07%
Nord	5,97%	3,42%
Centro	8,21%	2,78%
Sud	7,29%	2,75%
Convenzionata		
Italia	3,47%	0,84%
Nord	4,01%	2,13%
Centro	3,87%	-0,50%
Sud	2,60%	-0,08%

Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute

La spesa per beni e servizi è andata crescendo costantemente, anche se rallentando negli ultimi anni, e certamente anche per effetto di un assorbimento di costi derivanti dal prolungato blocco del *turn-over*; non a caso la spesa per il personale ha fatto osservare anni di crescita (legati ai rinnovi contrattuali) seguiti da periodi di stasi e, negli ultimi anni, una riduzione a causa del blocco delle assunzioni.

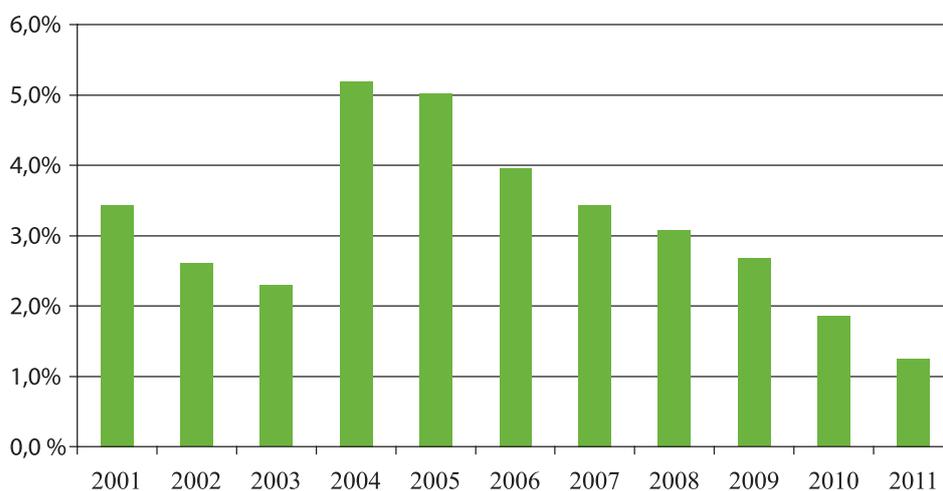
L'unica voce, di contro, significativamente contratta risulta quella della spesa farmaceutica convenzionata, che si è ridotta progressivamente a partire dal 2006 per effetto delle reiterate manovre di "taglio" dei prezzi e della progressiva genericazione delle molecole.

Figura 3.6 - Spesa sanitaria pubblica pro-capite per funzioni
Valori assoluti (€), anni 2001-2011



Le manovre di risanamento della finanza pubblica hanno certamente dato buoni risultati. Il disavanzo, che un decennio fa rappresentava il 3,4% della spesa sanitaria, si è più che dimezzato, riducendosi all'1,3%; il vero problema appare essere quello della concentrazione del disavanzo: già nel 2001 circa il 64% era concentrato in 5 Regioni (Lazio, Campania, Sicilia, Veneto e Provincia Autonoma di Bolzano), arrivando nel 2011 all'87% del deficit nazionale nelle Regioni Liguria, Lazio, Campania, Calabria e Sardegna.

**Figura 3.7 - Disavanzo nazionale – Quota su spesa sanitaria pubblica
Valori %, anni 2001-2011**



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute e Istat

Anche la spesa sanitaria privata presenta una forte, anzi maggiore, variabilità regionale. Il valore medio pro-capite in Italia nel 2011 è stato pari a € 485,0, ma sale nel Nord a € 599,0, nel Centro a € 520,7 e nel Sud è solo di € 313,4.

Le Regioni con una spesa privata pro-capite maggiore sono il Trentino Alto Adige (€ 738,5) e il Veneto (€ 702,4), mentre quelle con spesa privata per abitante minore sono la Campania (€ 238,1) e la Sicilia (€ 287,8), con una stretta correlazione al reddito pro-capite e un differenziale tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima di circa 3 volte.

**Tabella 3.12 - Spesa sanitaria privata pro-capite
Valori assoluti (€), anni 2001-2011**

Regioni	2001	2005	2010	2011
Italia	414,74	466,71	451,61	485,05
Nord	493,15	550,38	507,06	599,00
Nord-Ovest	490,09	550,31	475,58	556,10
Nord-Est	497,47	550,47	550,63	658,40
Centro	438,92	494,04	502,09	520,71
Sud e Isole	304,56	345,15	349,64	313,38
Sud	316,97	356,50	354,37	317,99
Isole	278,40	321,17	339,67	303,67
Piemonte	492,25	554,02	488,95	492,44
Valle d'Aosta	469,51	512,75	649,12	653,52
Lombardia	497,33	555,73	459,29	588,99
P. A. Bolzano	446,86	500,71	452,22	738,55
P. A. Trento	446,86	500,71	452,22	738,55
Veneto	458,24	495,75	481,23	702,43
Friuli V. G.	537,57	617,57	736,58	622,84
Liguria	444,59	511,21	524,14	522,16
Emilia Romagna	542,07	604,62	599,01	600,51
Toscana	428,63	490,51	473,71	547,40
Umbria	344,58	384,20	399,65	571,82
Marche	418,70	456,29	430,25	514,34
Lazio	466,93	525,24	556,68	496,89
Abruzzo	332,99	355,58	391,37	411,99
Molise	342,18	406,89	449,68	404,02
Campania	307,63	348,59	314,18	238,14
Puglia	324,64	362,82	374,63	365,19
Basilicata	250,25	278,27	315,85	326,50
Calabria	333,87	382,23	401,13	374,68
Sicilia	271,59	312,78	342,26	287,83
Sardegna	299,12	346,66	331,86	351,45

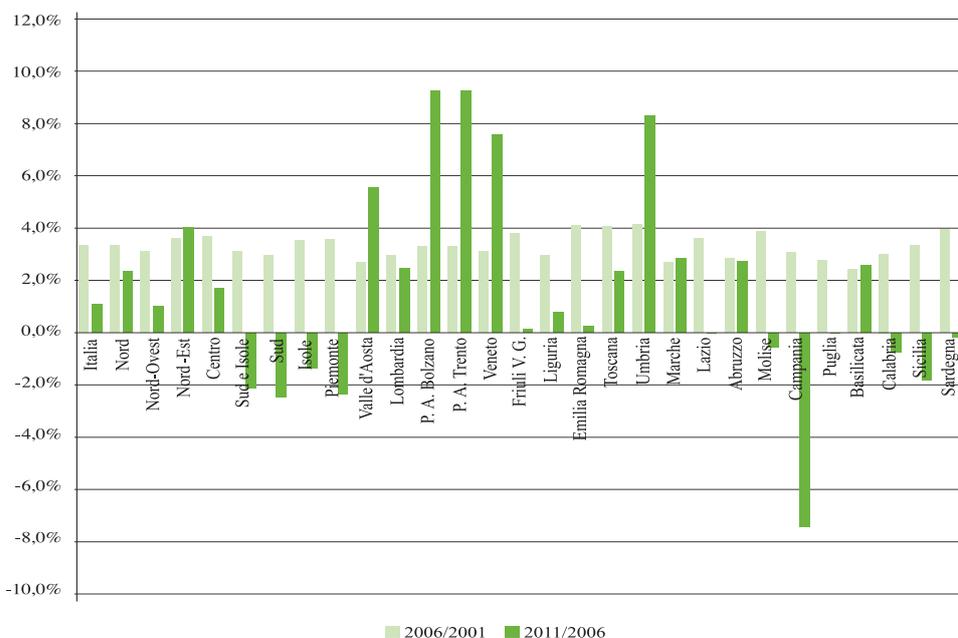
I valori indicati per la PA di Trento e per la PA. di Bolzano rappresentano il valore medio del Trentino Alto Adige, in quanto non è disponibile il dettaglio delle singole Province Autonome

Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati ISTAT

La spesa sanitaria privata, nel quinquennio 2006-2011, si è incrementata in media dell'1,1% annuo, ma l'incremento maggiore si osserva nelle Regioni del Nord (2,3%) e del Centro (1,7%), mentre al Sud la spesa si è addirittura ridotta (-2,1%), allargando ulteriormente la "forbice".

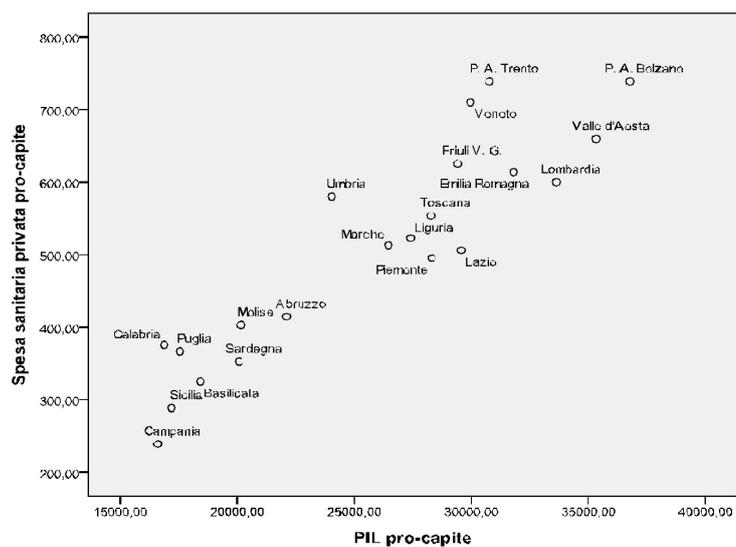
Le Regioni in cui la spesa privata è cresciuta maggiormente tra il 2006 e il 2011 sono il Trentino Alto Adige (9,3%) e l'Umbria (8,3%); viceversa quelle che hanno registrato una maggiore riduzione di spesa sono la Campania (-7,4%) e il Piemonte -2,4%).

Figura 3.8 - Spesa sanitaria privata - Variazioni quinquennali medie annue
Valori %, anni 2001-2011



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Istat

Figura 3.9 - Correlazione tra spesa sanitaria delle famiglie e PIL pro-capite
Valori assoluti (€), anno 2011



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Istat

La figura 3.9 conferma la forte correlazione positiva fra reddito e spesa privata; in particolare le Regioni che si allontanano di più dalla retta di regressione con segno positivo, e che quindi registrano un carico sulle famiglie maggiore dell'atteso, sono la Calabria, la Puglia, l'Umbria, ma anche il Veneto e la Provincia Autonoma di Trento; in queste ultime due Regioni la spesa privata appare elevata malgrado i livelli di ricchezza raggiunti.

Le Regioni, viceversa, che si discostano maggiormente con segno negativo dalla retta di regressione sono la Valle d'Aosta, la Lombardia, il Lazio e il Piemonte, dove la spesa privata appare più bassa di quanto ci si aspetterebbe in base alla relazione statisticamente stimata.

Nell'analisi dei dati precedentemente esposti, si consideri che il dato di spesa privata Istat è presumibilmente sottostimato: infatti, secondo l'ANIA (Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici), il valore del "ramo" è pari a circa € 2,0 mld. e dall'analisi dei consumi delle famiglie la spesa per le "Assicurazioni di Malattia" che emerge è pari a € 1,5 mld., facendo così presagire che sfuggono le polizze collettive (fondi sanitari integrativi e simili), che pur essendo di importo unitario certamente inferiore, sono numericamente molto più numerose: dalle stime circolanti (Censis, 2012) circa del 300%.

Secondo i dati OECD la spesa per assicurazioni in Italia nel 2010 è pari a € 23,0 pro-capite, inferiore al valore medio EU14 del -92,0%⁷.

3.3.2. Spending review: quali effetti

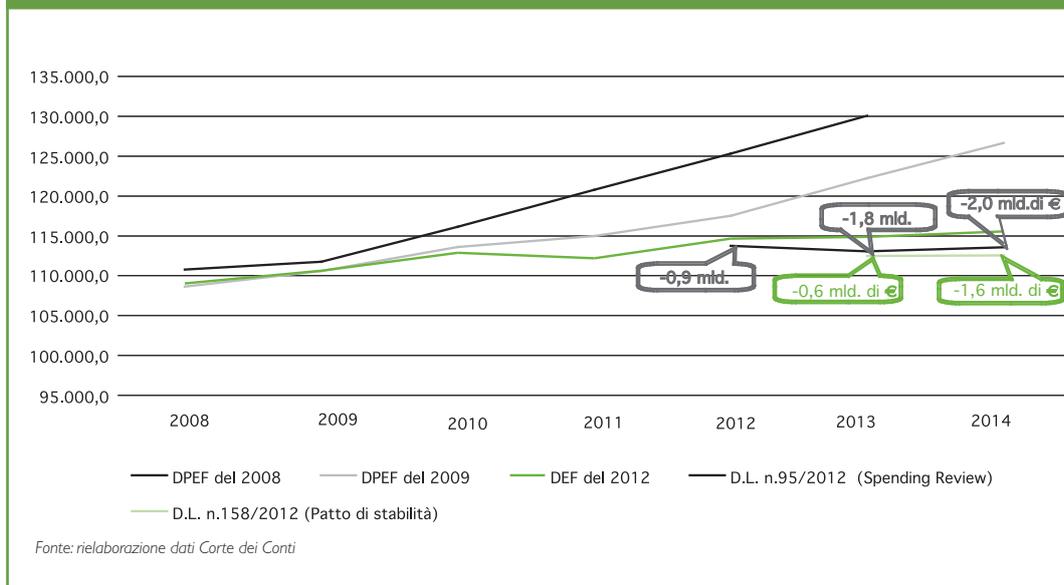
Malgrado la spesa sanitaria pubblica italiana sia inferiore ai livelli EU, sia cresciuta meno e sia, in particolare negli ultimi anni, stata controllata, le esigenze di finanza pubblica hanno imposto una nuova manovra; il DEF del 2012 e successivamente il D.L. n. 95/2012 (c.d. *Spending Review*) e il D.L. n. 158/2012 (Patto di stabilità) hanno programmato a partire dal 2012 e fino al 2014 tagli progressivi alle spese sanitarie. In particolare, i tagli riguardano la voce 'beni e servizi', con una riduzione del 5% (circa € 1,5 mld. in meno rispetto al 2011) degli oneri dei contratti di fornitura (ad esclusione dei farmaci), una riduzione di acquisto di prestazioni di ricovero ed ambulatoriali dai privati accreditati del -0,5%, -1,0% e -2,0%, rispettivamente nel 2012, 2013 e 2014.

Ancora tagli sulla spesa per farmaci e dispositivi medici: è prevista un'ulteriore riduzione dei tetti di spesa per la farmaceutica, ospedaliera e territoriale, nonostante il nostro Paese abbia un valore di spesa farmaceutica pro-capite inferiore del 20% rispetto alla media dei Paesi OECD, e del 17% rispetto a quella media europea; anche per i dispositivi medici, per i quali, con la manovra finanziaria del 2011, era stato introdotto per la prima volta un tetto di spesa (pari al 5,0% del FSR), è stata prevista un'ulteriore riduzione con un abbassamento della soglia al 4,9% nel 2013 e al 4,8% nel 2014.

Alla luce delle misure previste dagli ultimi provvedimenti legislativi, nel 2013, si dovrebbe quindi determinare un fabbisogno di € 17 mld. in meno (-13%), rispetto a quanto previsto nel DPEF del 2008.

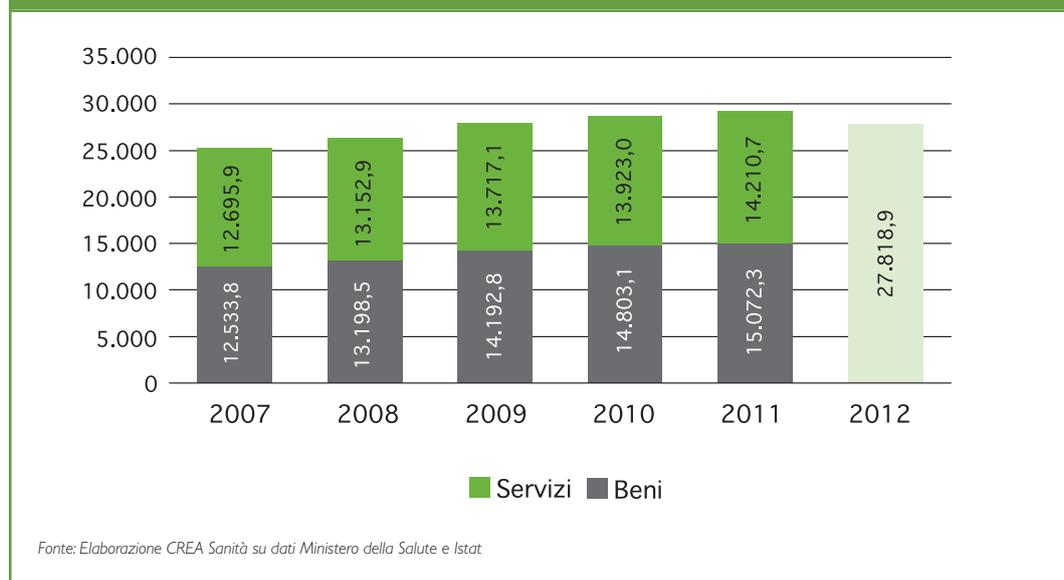
⁷ Il dato di Olanda, Lussemburgo e Belgio è stato stimato assumendo l'incremento di spesa dell'ultimo anno disponibile.

Figura 3.10 - I tagli alle risorse per la Sanità in Italia nel triennio 2012-2014



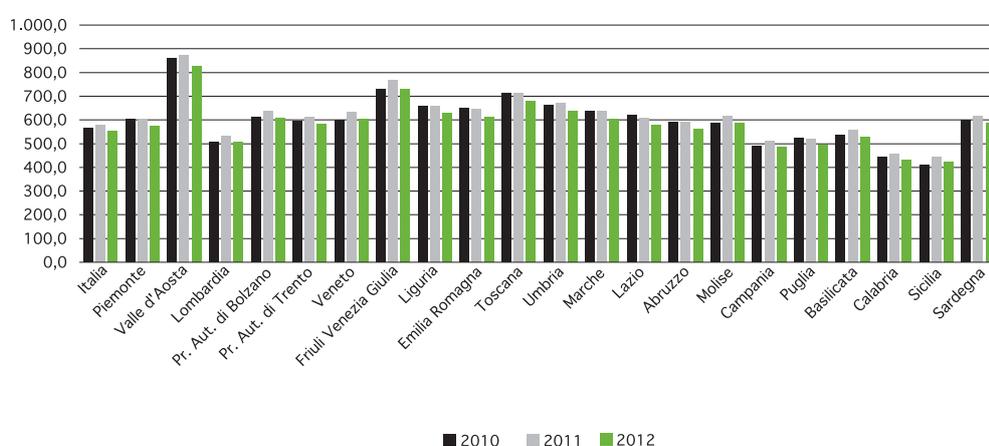
La tabella che segue riassume i principali elementi dei DD.LL. n. 95 e n.158/2012. Come anticipato, si prevede una riduzione dell'importo dei contratti di fornitura per beni e servizi (esclusi farmaci) pari al 5% nel 2012: con l'attuazione di tale provvedimento, la spesa per beni e servizi si dovrebbe ridurre di € 1.464,2 mln. rispetto al 2011.

Figura 3.11 - Spesa sanitaria per beni e servizi
Valori assoluti (€ mln.), anni 2007-2012



La norma prefigura un taglio in egual misura in tutte le Regioni: ma la spesa per beni e servizi regionale è estremamente eterogenea, passando da valori massimi in Valle d'Aosta e Friuli Venezia Giulia a valori minimi in Sicilia e Calabria.

Figura 3.12 - Spesa sanitaria per beni e servizi pro-capite
Valori assoluti (€ mln.), anni 2010-2012



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute e Istat

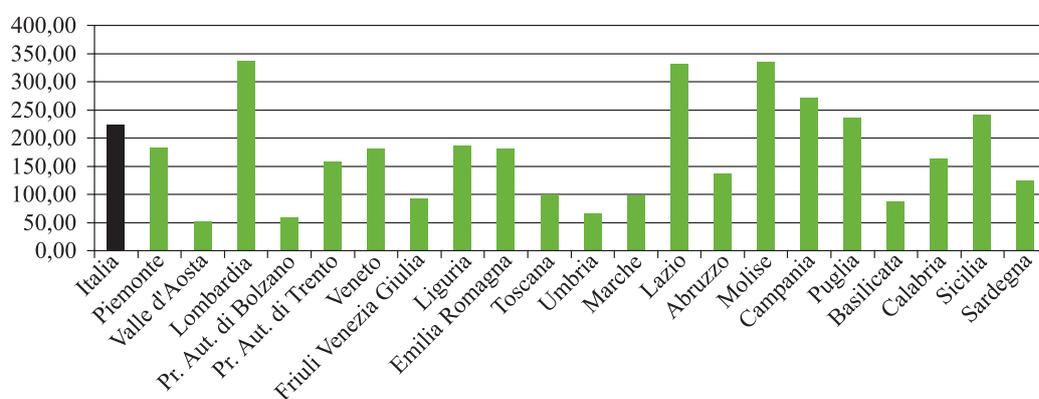
Le Regioni stanno adottando strategie piuttosto omogenee per mettere in pratica la *Spending review*, cercando di non ridurre i servizi; in particolare ricercando un taglio proporzionale sul valore dei contratti, richiedendo sconti e rinegoziando con i fornitori; appare però evidente come sia il valore in assoluto dei tagli, sia il loro impatto sui servizi appaia funzione dei valori di partenza, che sono profondamente difformi (con una differenza pari a 2 volte nel 2011 tra la Regione con spesa massima quindi la Valle d'Aosta e quella con spesa minima quindi la Sicilia). Appare paradigmatico il caso della Basilicata, che ha contemporaneamente una spesa pro-capite per beni e servizi contenuta e scarso ricorso agli accreditamenti: un ulteriore taglio prefigura necessariamente un taglio anche dei servizi.

Si consideri, poi, che la spesa diretta è complementare a quella per i servizi sanitari acquistati dai privati.

Come anticipato il Decreto prevede, infatti, anche la riduzione della spesa per prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale da privati accreditati nella misura del -0,5% nel 2012, -1,0% nel 2013 e -2,0% nel 2014.

Anche in questo caso il taglio incide in maniera differente, in funzione del peso del convenzionato nella Regione. Tale taglio inciderà ad esempio in misura marginale in Regioni come la Basilicata e la Valle d'Aosta e molto in Regioni come il Lazio, la Lombardia e il Molise.

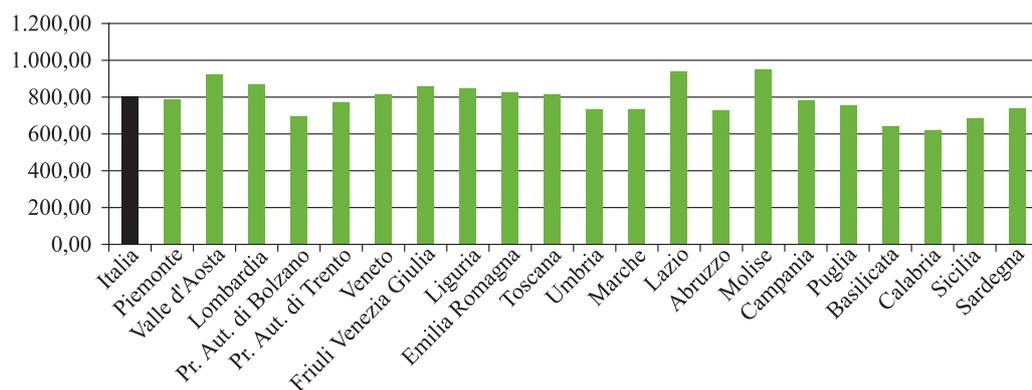
**Figura 3.13 - Spesa per ospedaliera e specialistica ambulatoriale accreditata pro-capite
Valori assoluti (€), anno 2011**



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute e Istat

Per una migliore comprensione degli impatti va analizzata la spesa complessiva (diretta e convenzionata); come si può vedere, le differenze tra le Regioni tendono a ridursi in quanto il dato viene depurato dalla differente gestione delle attività delle Regioni.

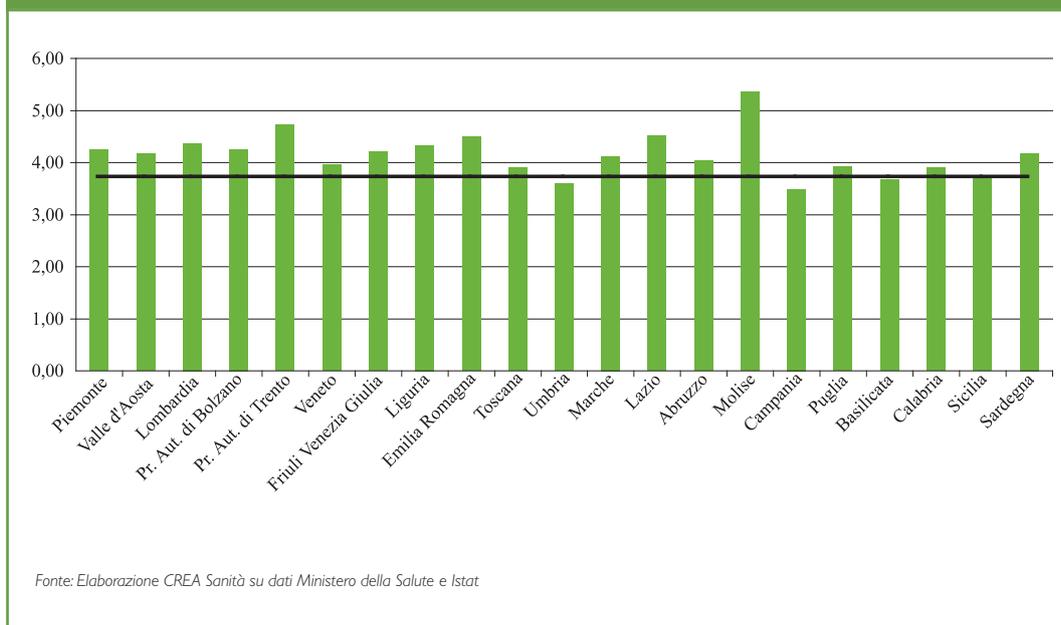
**Figura 3.14 - Spesa sanitaria diretta e convenzionata (beni e servizi + ospedaliera convenzionata + specialistica convenzionata) pro-capite
Valori assoluti (€), anno 2011**



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute e Istat

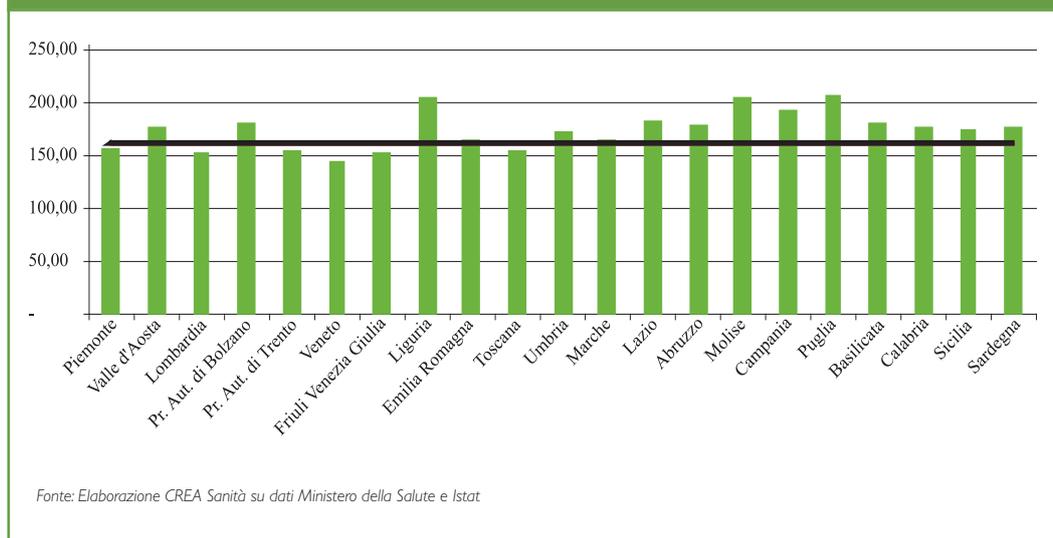
Altro punto è la riduzione *standard* di posti letto ospedalieri accreditati ad un livello non superiore a 3,7 posti letto/1.000 abitanti (di cui 0,7 per lungodegenza e riabilitazione).

Figura 3.15 - Posti letto ospedalieri accreditati – Per 1.000 abitanti
Valori assoluti, anno 2010



Le Regioni ancora lontane dall'obiettivo sono il Molise, la Provincia Autonoma di Trento e il Lazio, mentre quelle che lo hanno già raggiunto sono Campania, Umbria e Basilicata. Anche per quel che concerne il tasso di ospedalizzazione, questo dovrà raggiungere un valore pari a 160/1.000 ab. di cui il 25% in regime di *day hospital* (DH), e anche qui le distanze sono notevoli soprattutto in Liguria, Molise e Puglia. Piemonte, Lombardia, Provincia Autonoma di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia e Toscana hanno invece già raggiunto tale traguardo.

**Figura 3.16 - Tasso di ospedalizzazione – Per 1.000 abitanti
Valori assoluti, anno 2010**



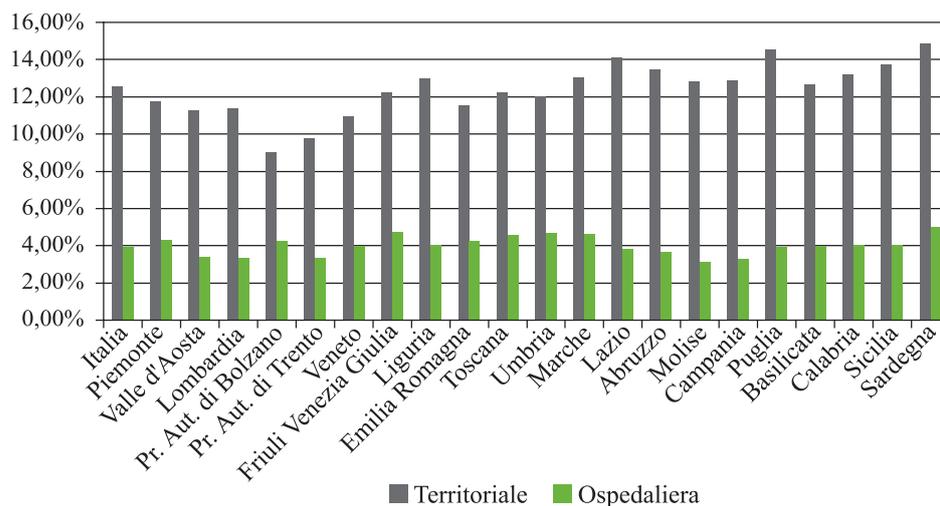
Ma in termini di spesa ciò che più conta è che una riduzione dei posti letto non seguita da una riallocazione del personale, appare sostanzialmente fallace nel suo obiettivo.

Infine viene aggiornato, al ribasso, il tetto per la farmaceutica territoriale, che viene fissato al 13,1% nel 2012 e all'11,3% nel 2013, e complessivamente rimane insufficiente quello della farmaceutica ospedaliera posto al 3,5% nel 2013.

Le Regioni che dovranno faticare maggiormente per raggiungere tale obiettivo relativamente alla spesa farmaceutica territoriale sono Puglia, Lazio e Sicilia.

Per quel che concerne invece la farmaceutica ospedaliera, tutte le Regioni ad esclusione di Valle d'Aosta, Lombardia, P. A. di Trento, Molise e Campania sono lontane dall'obiettivo proposto.

**Figura 3.17 - Spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale - Quota sul FSR
Valori %, Gennaio-Settembre 2011**

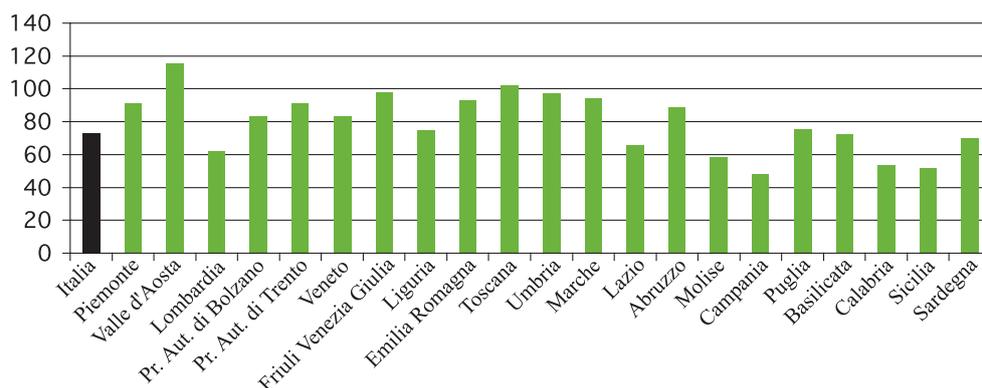


Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute e Istat

Per quanto concerne il tetto sulla spesa per dispositivi medici (DM), anch'esso ridotto al 4,9% per il 2013 e al 4,8% per il 2014 (5,0% nel 2012), il tema fondamentale rimane la scarsa applicabilità della norma: non esiste, infatti, un dato credibile sulla spesa per DM, tenuto conto della sottostima delle quote di ammortamento degli elettromedicali e la mancata inclusione dei *software*; inoltre manca un meccanismo di *payback* che renda cogente la norma come nel comparto farmaceutico.

In ogni caso, emerge come la spesa per DM sembra essere maggiore nelle Regioni del Nord, ponendo dubbi sugli incentivi impliciti della norma.

**Figura 3.18 - Spesa per Dispositivi Medici pro-capite
Valori assoluti (€), anno 2008**



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute e Istat.

3.4. Conclusioni

La spesa sanitaria italiana pro-capite è inferiore, nel 2011, alla media dell'Europa dei 14 (EU14) del 23,9%; anche la spesa sanitaria pubblica è inferiore del 22,2%: dal 2008, in particolare, il *gap* della spesa pubblica è andato incrementandosi mentre quello della spesa privata riducendosi rispetto agli anni precedenti.

Tale *gap* è certamente connesso a quello del PIL aggravato dall'evasione e dalle esigenze di rientro dal debito, ovvero dagli interessi passivi.

Anche se sinora il sistema sembra "abbia tenuto", grazie alle razionalizzazioni e all'amministrazione dei prezzi, è evidente come specie la seconda strada non sia percorribile all'infinito.

Malgrado la spesa sanitaria pubblica italiana sia inferiore ai livelli EU, sia cresciuta meno e sia, in particolare negli ultimi anni, stata controllata, le esigenze di finanza pubblica hanno comunque imposto una nuova manovra; il Documento di Economia e Finanza (DEF) del 2012 e successivamente il D.L. n. 95/2012 (c.d. *Spending review*) e il D.L. n. 158/2012 (Patto di stabilità) hanno programmato a partire dal 2012 e fino al 2014 tagli progressivi alle spese sanitarie. Indipendentemente dai meriti di tale manovra, difficilmente valutabili, i dati preliminari 2012 suggeriscono che per il secondo anno si registrerà una riduzione in termini reali della spesa sanitaria.

A questo punto non si può non considerare che i continui tagli potrebbero divenire un *boomerang*, non solo in termini di peggioramento dello stato di salute e quindi di pro-

duttività, ma anche in termini di sviluppo industriale, indubabilmente necessario per il rilancio dell'economia del Paese.

In ogni caso è dimostrato che la spesa sanitaria (e a maggior ragione quella sociale) sia complessivamente bassa; questo dato unito ai buoni livelli di salute della popolazione, confermano la valutazione OECD che vede il sistema sanitario italiano fra i più efficienti in assoluto.

Ciò non di meno rimangono evidenti sacche di inefficienza allocativa: quindi è certamente possibile una ulteriore razionalizzazione del settore, tale da rendere il sistema più efficace a parità di risorse.

È di contro discutibile che si possano ottenere ulteriori risparmi finanziari, senza mettere a rischio la tenuta complessiva del settore, anche in considerazione della contrazione dell'apporto privato delle famiglie (che comunque con l'attuale normativa sulle partecipazioni avrebbe profili equitativi discutibili) conseguente alla perdurante crisi del Paese.

Riferimenti bibliografici

- CEIS Sanità (vari anni), Università degli Studi di Roma Tor Vergata, *Rapporto Sanità*, anni 2008 e 2009, 2011.
- CENSIS (2012), *Il ruolo della Sanità integrativa nel Servizio Sanitario Nazionale*.
- ISTAT (vari anni), *tavole statistiche varie*, www.istat.it.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze (vari anni), *Relazione sulla situazione economica del Paese*.
- Ministero della Salute (vari anni), *Rapporto Sanità, anni 2001-2011*, www.salute.gov.it.
- OECD (2013), *Health Data Statistics*.