

**SPESA SANITARIA,
DEMOGRAFIA,
GOVERNANCE ISTITUZIONALE**

tra *trend* storici e proiezioni a lungo termine

F. PAMMOLLI e N. C. SALERNO

Il presente lavoro è stato presentato all'interno di un ciclo di seminari che l'AREL – Agenzia di Ricerche e Legislazione ha organizzato durante il 2005.
[cfr. <http://www.arel.it/seminari.php?anno=2005>]

INDICE

Una Premessa (al 30 Marzo 2006)	5
L'impatto demografico e extra-demografico nel lungo periodo: una identificazione complessa	10
La demografia come base di partenza per le proiezioni di spesa	14
Gli andamenti dal 1990 ad oggi: la spesa sanitaria e l'evoluzione della popolazione	15
<i>Sommario</i>	19
Tra i <i>trend</i> storici e le proiezioni a lungo termine: le dinamiche in corso	21
<i>Sommario</i>	27
Le proiezioni dell'impatto demografico di lungo termine prodotte da ECOFIN	28
<i>Sommario</i>	34
Le proiezioni dell'impatto demografico di lungo termine prodotte da RGS	36
<i>Sommario</i>	40
"Oltre la demografia": un più ampio esercizio di sensibilità	41
<i>Sommario</i>	45
Conclusioni e suggerimenti di <i>policy</i>	47
Riferimenti	

©© CERM

SOMMARIO

Nel corso dell'ultimo quindicennio, la spesa sanitaria pubblica ha subito una compressione e una successiva stabilizzazione in termini di PIL ai livelli all'incirca pari a quelli del 1990. Questo processo è stato parte della più ampia risistemazione della finanza pubblica, per favorire la partecipazione alla fase finale dell'introduzione della moneta unica europea.

A questo restringimento del canale di finanziamento pubblico si è contrapposto il processo di invecchiamento più incisivo tra i *Partner* UE, che si è tradotto in un crescente peso del finanziamento privato. Il trasferimento di responsabilità tra pubblico e privato è avvenuto, e ancor tutt'ora avviene, sottoforma di maggiori pagamenti dei cittadini a valere sui loro redditi disponibili, in presenza di uno sviluppo ancora embrionale di forme organizzate e gestite professionalmente di copertura sanitaria (fondi e assicurazioni), e senza il supporto di schemi articolati e organici di agevolazione fiscale e di regolazione della domanda.

Se si focalizza l'analisi sugli anni più recenti (2000-2004), emerge chiaramente il riaffiorare di tendenze di crescita delle spesa sanitaria pubblica, riconducibili non a scelte chiare e programmate delle risorse da dedicare al settore, ma ad una vera e propria "deriva" che si sta producendo nel contesto normativo e istituzionale federalista iniziato e ancora gravemente incompleto.

Le tendenze degli ultimi anni appaiono tanto più significative, se poste a confronto con l'impatto di lungo periodo esplicitamente atteso dal processo di invecchiamento, come raffigurato nelle proiezioni del Gruppo di Lavoro sull'Invecchiamento della Popolazione ("AWG" del Comitato di Politica Economica di ECOFIN) e della Ragioneria Generale dello Stato.

Sia l'incremento di incidenza sul PIL riconducibile all'impatto demografico, sia le maggiori pressioni che potranno derivare da fattori di tipo *non-ageing* (evoluzioni della domanda; progresso tecnologico; rafforzamento infrastrutturale particolarmente importante per l'avvio di un assetto federalista sostenibile; rischi di "degenerazioni" lungo il cammino federalista; etc.) rendono urgente l'inserimento in agenda di riforme strutturali: il disegno di una *governance* federalista completa e moderna; lo sviluppo dei pilastri privati di complemento a quello pubblico; l'adozione di schemi di regolazione della domanda efficienti ed efficaci. Per mantenere il pieno controllo delle scelte (anche quelle di maggior spesa) ed essere sempre in grado di bilanciare, sulla base di programmi, l'obiettivo della sostenibilità finanziaria con quelli dell'adeguatezza tecnologica delle prestazioni e dell'equità distributiva.

La "Premessa" al presente Quaderno è stata aggiunta dopo la sua conclusione, per dar conto dell'aggiornamento delle proiezioni di lungo termine della spesa sanitaria, rese disponibili sia da AWG che dalla Ragioneria Generale dello Stato. Le argomentazioni esposte rimangono valide, ricevendo anzi ulteriore conferma.

UNA PREMESSA

(al 30 marzo 2006)

Successivamente alla chiusura di questo Quaderno, il Gruppo di Lavoro sull'Invecchiamento della Popolazione ("AWG" del Comitato di Politica Economica di ECOFIN) e la Ragioneria Generale dello Stato hanno reso noto l'aggiornamento delle proiezioni di lungo periodo per la spesa sanitaria pubblica (e altre voci di spesa sociale)¹.

Le nuove proiezioni si basano su una evoluzione della metodologia sinora utilizzata: (a) si fa ricorso alla metodologia dei "death related cost" o, in alternativa, alla sua versione empirica dei profili di spesa per età-sesso di tipo dinamico²; la spesa di tipo *long-term* è analizzata in maggior dettaglio, come risultante dalla somma di "expenditure on disability related benefits", "expenditure on formal care at home" e "expenditure on institutional care"³; (c) si produce ampia analisi di sensitività considerando, in particolare, una elasticità della domanda *pro-capite* al PIL *pro-capite* (per lavoratore attivo) superiore all'unità.

Per la spesa di tipo *acute*, il profilo dell'incidenza sul PIL si riduce rispetto alle precedenti proiezioni, anche nello scenario con elasticità della domanda superiore all'unità. Anche per la spesa di tipo *long-term* il profilo di incidenza si abbassa, tranne che nello scenario in cui si ipotizza un aumento della quota di assistenza formale (sia a domicilio che nelle strutture sanitarie); in quest'ultimo caso, le proiezioni al 2050 aumentano significativamente⁴, soprattutto per l'Italia che parte da un livello di formalizzazione delle prestazioni e dell'assistenza tra i più bassi dei *Partner*. Nelle proiezioni di AWG, l'analisi di sensitività sul livello di formalizzazione sostituisce, per la spesa *long-term*, quella sulla elasticità della domanda, anche se le due prospettive non sono perfettamente equivalenti e, anzi, potrebbero sommarsi.

Le argomentazioni esposte nel presente Quaderno rimangono valide, ricevendo anzi ulteriore conferma dalle ultime più evolute proiezioni di spesa; per i seguenti motivi:

- la metodologia dei "death related cost" ha già trovato applicazione nelle precedenti proiezioni curate dalla Ragioneria Generale dello Stato, che vengono qui espressamente considerate ;
- la metodologia dei "death related cost" e quella dei profili dinamici permettono delle migliori proiezioni rimanendo però nel novero degli effetti demografici: da quello "meccanicisticamente" ottenuto applicando il profilo di spesa individuale dell'anno base (aggiornato per il tasso di crescita) alle proiezioni demografiche, a quello basato su una ricercata coerenza, anno per anno, tra dinamica demografica e dinamica del

¹ Cfr. rispettivamente http://europa.eu.int/comm/economy_finance/epc/epc_publications_en.htm (EPC-ECOFIN) e <http://www.rgs.mef.gov.it/VERSIONE-I/Norme-e-do/Spesa-soci/ATTIVITA--/index.asp> (RGS).

² Per tener conto della evoluzione nel tempo delle probabilità delle patologie o delle evenienze disabilitanti.

³ Diviene, quindi, un aggregato più ampio di quello attribuibile al bilancio sanitario in senso stretto.

⁴ Cfr. pagina 90 e seguenti degli allegati al citato Rapporto di AWG.

- profilo di spesa individuale⁵;
- proprio per quest'ultimo motivo, l'esercizio di sensitività sull'elasticità della domanda al PIL continua a rimanere estremamente importante e in parte eluso; AWG⁶, infatti, non solo svolge la sensitività soltanto sulla parte *acute* della spesa sanitaria, ma aumenta il tasso di crescita della spesa *pro-capite* in linea con il divario che questa ha fatto storicamente registrare rispetto alla dinamica del PIL *pro-capite* soltanto nel primo anno di proiezione, per poi ridurre in maniera lineare quel divario sino ad azzerarlo nell'ultimo anno di proiezione (al 2050)⁷;
 - rimane utile, quindi, verificare uno scenario in cui la maggiore elasticità della domanda si espliciti costantemente lungo tutto l'orizzonte temporale di proiezione e coinvolga sia la spesa *acute* che quella *long-term*; è ovvio che così facendo si adottano assunzioni più forti e di arbitrarietà crescente, ma questo è necessario per "guardare oltre" l'impatto demografico, agli effetti possibili di altre determinanti della spesa sanitaria (*cfr. infra* nel Quaderno)⁸;
 - indipendentemente dagli aspetti tecnici delle proiezioni, la revisione al ribasso dell'impatto demografico enfatizza ancor di più la logica delle argomentazioni proposte nel Quaderno e le sue conclusioni, perché rende ancor più macroscopiche le differenze tra gli aumenti di incidenza attesi a lungo termine (a 45-50 anni) e quelli prodottisi nel corso degli ultimi 5-6 anni per motivi non solo demografici ma riconducibili alle modalità complessive di *governance* (*i.e.* scelta e controllo) del sistema sanitario;
 - paradossalmente, quindi, impatti demografici di lungo termine che si assestano al ribasso grazie a raffinamenti delle proiezioni danno ancor più risalto all'accelerazione della spesa che negli ultimi anni si è prodotta in una condizione di confusione normativa ed istituzionale in cui il confine tra efficienza ed inefficienza e tra efficacia ed inefficacia è diventata una zona d'ombra sempre più ampia.

Quest'ultima osservazione riporta al tema principale del Quaderno, che non risiede nella formulazione di nuove proiezioni o nella proposta di varianti metodologiche, ma nella ricomposizione su un unico *continuum* di analisi delle dinamiche di spesa passate, presenti e prospettiche. Dal loro diverso ordine di grandezza e dall'analisi delle motivazioni che risiedono dietro di loro, emerge chiaramente quanto urgenti siano le riforme strutturali di settore, per addivenire ad una nuova moderna *governance* della sanità.

Un confronto sintetico tra i dati riportati negli ultimi due Programmi di Stabilità (quello di Dicembre 2005 pubblicato anch'esso successivamente alla chiusura del Quaderno) consente di esplicitare ancor meglio.

⁵ Per il tramite delle ipotesi sulla morbilità e sulla mortalità. In altri termini, le innovazioni metodologiche non cambiano la caratteristica demografica delle proiezioni, ma la approfondiscono rendendola più coerente al suo interno (*cfr. infra*).

⁶ RGS non presenta analisi di sensitività specifica di questo parametro. Si limita ad affiancare allo scenario in cui il tasso di crescita è allineato a quello del PIL *pro-capite* uno in cui il riferimento va al PIL per lavoratore attivo. *Cfr. infra* per commenti su queste due ipotesi.

⁷ Tra l'altro, l'adozione di una elasticità pari ad 1,1 equivale a considerare un *mark-up* del tasso di crescita della spesa *pro-capite* rispetto al PIL *pro-capite* di 0,1 punti percentuali, che corrisponde al valore utilizzato nell'esercizio di sensitività presentato nel Quaderno.

⁸ *In primis* il progresso tecnologico.

Il PdS del Novembre 2004 raffigurava un quadro macroeconomico in cui:

- il tasso di crescita del PIL aumentava dall'1,9 per cento del 2004 al 2,6 del 2007;
- l'avanzo primario di bilancio cresceva dal 2,4 per cento del 2004 al 4,7 per cento del 2008;
- corrispondentemente, l'indebitamento netto diminuiva dal 2,9 allo 0,9 per cento.

Sulla base dello scenario macroeconomico di lungo periodo e della metodologia concordati in ambito UE (*i.e.* in seno ad EPC-ECOFIN):

- la spesa pensionistica veniva proiettata in crescita, in percentuale del PIL, dal 14,1 del 2005 al 14,4 del 2050, con un incremento di 0,3 punti percentuali;
- la spesa per istruzione in diminuzione dal 4,7 al 4,2 per cento;
- la spesa per indennità di disoccupazione anch'essa in diminuzione dallo 0,4 allo 0,3 per cento;
- la spesa sanitaria in crescita dal 6,3 all'8,1 per cento, con un incremento di 1,8 punti percentuali.

Nel PdS-2004, pertanto, la spesa sanitaria si configurava come la voce più dinamica. Rispetto alla spesa pensionistica era evidente una differenza sostanziale: mentre quest'ultima, grazie alle riforme introdotte lungo tutti gli anni Novanta, dopo aver raggiunto un picco tra il 2030 e il 2035 assumeva andamento convergente, la spesa sanitaria presentava invece un andamento di crescita continua e senza inversioni.

Il recente PdS del Dicembre 2005 evidenzia alcune variazioni di rilievo rispetto all'anno precedente:

- un peggioramento complessivo del quadro macroeconomico, con un tasso di crescita del PIL in aumento dall'1,2 del 2004 (rivisto in ribasso) al 2,3 del 2008 (con il dato del 2007 anch'esso rivisto in ribasso al 2,3);
- un avanzo primario di bilancio che cresce dallo 0,6 del 2005 (era il 2,4 nel PdS precedente) al 3,2 del 2009;
- un indebitamento netto che diminuisce dal 4,3 del 2005 (era pari al 2,7 nel PdS 2004) all'1,5 del 2009 (nel 2008 è pari al 2,1 contro lo 0,9 segnalato nel precedente PdS).

A fronte di questo peggioramento e sempre sulla base di uno scenario macroeconomico di lungo periodo coerente con le ipotesi concordate in ambito UE:

- l'incremento di incidenza di lungo termine della spesa pensionistica rimane pari a 0,3 punti percentuali;
- la diminuzione di incidenza della spesa per indennità di disoccupazione e per istruzione rimane identica (i valori al 2005 e al 2050 della spesa per istruzione aumentano entrambi di un decimo di punti percentuali);
- la spesa sanitaria vede diminuire l'incremento di incidenza a lungo termine (da 1,8 a 1,4 punti percentuali), ma vede contemporaneamente aumentare l'incidenza del 2005 (quella disponibile come anno base dai dati di contabilità) di 0,2 punti percentuali, da 6,3 a 6,5.

L'incremento dell'incidenza della spesa sanitaria nel 2005, pari a 0,2 punti percentuali, costituisce circa il 13 per cento dell'aumento dell'indebitamento netto del 2005 rispetto alle previsioni del 2004 (1,6 punti percentuali). Esso, inoltre, costituisce, circa il 18 per cento dell'aumento dell'indebitamento netto tra il 2004 e il 2005 come rilevabile dal PdS 2005 (pari a 1,1 punti percentuali). Esso, infine, incide per oltre il 14 per cento dell'incremento di

incidenza sul PIL che ci si attende al 2050 (che dovrebbe maturare in 50 anni), per effetto dell'impatto demografico⁹.

Indipendentemente dal fatto che la spesa sanitaria venga o meno finanziata in disavanzo¹⁰, questi dati sono utili a sottolineare la scala delle grandezze correnti relative al sistema sanitario.

E' proprio su questo quadro di fondo che sviluppano l'analisi del Quaderno, con il confronto tra andamenti passati, dinamiche in corso e proiezioni a lungo termine. In mancanza di riforme strutturali, l'*in-governance* del sistema sanitario rischia:

- da un lato, di vanificare gli sforzi finanziari condotti durante gli anni Novanta con la compressione del canale di finanziamento pubblico (*cf. infra*) e
- dall'altro, di rendere meri "esercizi di stile" le proiezioni a lungo termine, in quanto basate su una contabilità sanitaria dell'anno di partenza che nasconde tassi di crescita della spesa ben più elevati di quelli impliciti nelle proiezioni.

⁹ Le proiezioni contenute nel Programma di Stabilità mutuano la metodologia di AWG e, quindi, colgono l'impatto demografico, con l'applicazione della tecnica dei "*death related cost*" e dei profili di spesa dinamici.

¹⁰ Dal punto di vista contabile formale, dopo il Decreto Legislativo n. 56/00 la voce disavanzo sanitario non esiste più, poiché ogni anno dovrebbe essere fissato il tetto massimo di partecipazione del bilancio dello Stato al finanziamento della sanità e la differenza rispetto ai costi dovrebbe trovare collocazione nei bilanci delle Regioni, in "confusione" con tutte le altre voci di bilancio. La condizione di transizione federalista "non normata" in cui l'Italia si sta muovendo ormai da anni ha reso inefficace il Decreto 56/00, mantenendo rilevanza economico-finanziaria al disavanzo sanitario, misurato come differenza tra finanziamento a programma e costo complessivo a consuntivo (*cf. infra* nel Quaderno).

<< Un peuple peut se laisser intoxiquer par l'idée de la vieillesse. C'est une suggestion morbide (...). La vieillesse pour une peuple è d'abord un état d'âme (...), c'est-à-dire quelque chose qui reste justiciable de l'esprit e de la volonté >>

Jules Romains*, 1939, "Cela dépend de nous"

La spesa sanitaria rappresenta la seconda più importante voce di spesa sociale dopo quella pensionistica. Al pari di quest'ultima, essa è direttamente e significativamente influenzata dal processo di continuo allungamento della vita e invecchiamento della popolazione, che negli ultimi anni ha reso necessario in tutti i Paesi industrializzati l'avvio di processi di riforma, per garantire contemporaneamente la sostenibilità finanziaria e l'adeguatezza delle prestazioni del *welfare system*.

Il presente lavoro sviluppa alcune considerazioni sul rapporto tra spesa sanitaria ed invecchiamento, focalizzando l'attenzione sull'Italia.

In primo luogo, si passano sinteticamente in rassegna le determinanti della spesa sanitaria e il ruolo che la teoria economica assegna a ciascuna.

Successivamente, si segue l'andamento reciproco di spesa e invecchiamento passando dall'analisi dei dati storici di fonte OECD, alle dinamiche attualmente in corso come raffigurate nelle Relazioni Generali sulla Situazione Economica del Paese ("RGSEP"), alle proiezioni di lungo termine elaborate sia dal Comitato di Politica Economica di ECOFIN che dalla Ragioneria Generale dello Stato ("RGS").

Infine, si sviluppa un esercizio di sensitività sulle proiezioni di lungo periodo, per definire un ordine di grandezza della possibile rilevanza dei fattori di crescita ulteriori rispetto all'invecchiamento.

Gli elementi che emergono dall'analisi concorrono tutti a suggerire per l'Italia una urgente adozione di riforme strutturali.

* Filosofo e scrittore, Jules Romains è lo pseudonimo di Louis Farigoule. Nato a Saint-Julien-Chapteuil (Haute-Loire) nel 1885 (mori a Parigi nel 1972), all'inizio del secolo formulò la dottrina dell'unanimità, secondo cui ogni aggregazione di individui possiede una specie di anima, e quindi anche di volontà, collettiva. Indipendentemente dal giudizio sul filone di pensiero, l'opera citata offre lo spunto per una riflessione generale: i modi con cui una società guarda alla "aritmetica" dell'età, o trae conclusioni sulle sue conseguenze, o giudica più o meno prescritta e inevitabile una parabola vitale, senza intravedere possibilità di trasformazione e di rinascita in nuove forme, possono esser visti, ancor prima che come oggetti di analisi della demografia, dell'economia e delle scienze sociali, come espressioni culturali condivise, maturate nel tempo e quindi modificabili. E' in questo senso che gli effetti dell'invecchiamento dipendono dalle volontà dei singoli così come ricomposte anche nelle aggregazioni sociali di cui essi son parte. Le quantificazioni che l'economia e le altre scienze sociali mettono a disposizione possono e devono essere importanti strumenti per l'esercizio positivo della volontà e delle scelte.

1. L'impatto demografico e extra-demografico nel lungo periodo: una identificazione complessa

Esiste un generale consenso nella teoria economica su quali siano le variabili influenzanti l'andamento della spesa sanitaria. E' possibile classificarle in cinque gruppi:

- demografia ed epidemiologia;
- andamento dei costi di produzione (inflazione settoriale);
- progresso scientifico e tecnologico (che si riverbera anche nell'inflazione settoriale);
- maturazione politica, crescita economica e diffusione del benessere (con ampliamento della nozione di salute e della possibilità/disponibilità di spesa);
- assetto istituzionale e regolamentare (dalla scelta delle risorse complessive da dedicare, alla struttura e al funzionamento del sistema sanitario).

Se su questi raggruppamenti, praticamente onnicomprensivi, si conviene in maniera unanime, molto più problematica e controversa è invece l'individuazione delle modalità con cui i vari effetti si esplicano e delle possibili interconnessioni endogene.

Il peso delle diverse determinanti varia in maniera cruciale a seconda dell'orizzonte temporale breve, medio e lungo della proiezione di spesa (Getzen, 1999). E' soprattutto nel medio-lungo periodo che possono trovare piena esplicazione le connessioni endogene tra spesa sanitaria e altre variabili economico sociali, di difficile modellizzazione e quantificazione ma potenzialmente con effetti di rilievo sia sul livello assoluto di spesa che sulla sua sostenibilità finanziaria: le scelte di pensionamento (McGarry, 2004); la partecipazione al mercato del lavoro (Kerkhofs *et alii*, 1999; Borsch-Supan, 2000; Barnay e Thierry, 2005; Westerhout, 2005); la produttività del lavoro, la *total factor productivity*, i tassi di interesse e la crescita economica (Muysken *et alii*, 1999; AWG, 2001 2003a, 2003b; Cole e Neumayer, 2005).

Se si prende in considerazione la dimensione istituzionale e regolamentare, la difficoltà delle proiezioni aumenta, perché nella maggior parte dei casi l'andamento della spesa risulta dipendente da variabili *country-specific* per le quali non è possibile definire un effetto *a-priori* e definitivo. E' molto significativo (soprattutto per l'Italia in fase di transizione federalista) come la letteratura non arrivi a stabilire una relazione univoca tra dinamica di spesa e organizzazione federalista del sistema sanitario. Da un lato, ad un livello teorico generale, l'avvicinamento al cittadino e al territorio dei centri decisionali e di spesa tende a migliorare la responsabilizzazione individuale e l'efficienza gestionale¹¹ (Saltman e Bankauskaite, 2004; Gabriele e Salvini, 2004); dall'altro, l'effettivo esplicarsi di questi effetti dipende dalle caratteristiche specifiche del disegno istituzionale e degli strumenti adottati per la *governance* (Greco, 2004; Giarda *et alii*; 2004; Pammolli *et alii*, 2004a, 2004b; Pammolli e Salerno, 2004e, 2004f, 2005a, 2005b; Parlato, 2005). A tal punto che il decentramento sanitario potrebbe risultare anche in un aumento della spesa (Lopez-Casasnovas e Saez, 2001; *cfr. infra* l'approfondimento sulle dinamiche italiane).

Un altro snodo critico è quello dell'elasticità della spesa rispetto al reddito (a livello micro) e al PIL (a livello macroeconomico). Nella letteratura empirica questo parametro può assumere valori nell'intervallo [0; 1,5] (*cfr.* rassegna in Bjornerud e Martins, 2005). Alcuni autori mostrano la cointegrazione delle due variabili (Gertham e Lothgren, 1999; Bac e Le Pen, 2002; Dreger e Reimers, 2005); altri la rifiutano, chiamando in causa la rilevanza di numerosi aspetti di contesto (Getzen, 2000);

¹¹ E' la *ratio* portante delle riforme federaliste, non soltanto in sanità. *Cfr.* anche Bordignon (2002) "A che serve il federalismo fiscale?" su www.lavoce.it (http://www.lavoce.info/news/view.php?id=19&cms_pk=129&from=index), e Petretto (2002) "A che cosa serve la devolution" (http://www.lavoce.info/news/view.php?id=&cms_pk=237).

altri ancora la dimostrano accettabile all'interno di periodi separati da *break* strutturali, rimarcando così la necessità di tener conto di circostanze che possono far deviare l'andamento della spesa da quello del reddito, con effetti anche persistenti nel livello (Jewell *et alii*, 2002)¹². All'interno delle cause dei *break* strutturali compaiono anche le scelte di *policy*. Negli ultimi 20 anni, in tutti i Paesi industrializzati sono state adottate misure di stabilizzazione che hanno influenzato significativamente l'andamento della spesa sanitaria rispetto al PIL (Huber, 1999). Di conseguenza, la crescita in linea con il PIL è stata in molte fasi un risultato ricercato dal *policy maker* e non frutto dell'"evoluzione naturale" delle esigenze sanitarie e della domanda (cosiddetta tesi della domanda troncata o inespressa).

E' partendo da questa variegata e complessa evidenza empirica che l'elasticità al reddito/PIL è inserita, storicamente così come nella letteratura più recente, tra i fattori di maggiore incertezza nelle proiezioni della spesa sanitaria (Newhouse, 1977; Gergtham e Jonsson, 2000; Okunade e Suraratdecha, 2000; Hitiris e Posnett, 2002). Per completezza, è utile tuttavia citare dei risultati che, all'interno della generale difficoltà di previsione, trovano frequenti conferme: la più elevata elasticità tra i redditi bassi (Di Matteo, 2003); l'elasticità crescente nel livello di aggregazione (regionale, nazionale, internazionale; *cfr.* rassegna in Bjornerud e Martins, 2005); la più elevata elasticità per gli individui non coperti da assicurazione sanitaria (pubblica e/o privata) rispetto a quelli che ne sono dotati (Getzen, 1999; Bjornerud e Martins, 2005).

Sullo scostamento del tasso di crescita della spesa sanitaria da quello del reddito/PIL un ruolo determinante e potenzialmente illimitato è svolto dall'avanzamento tecnologico, che rappresenta un altro fattore di forte incertezza nelle proiezioni. La letteratura sul tema può essere suddivisa in due grandi filoni¹³: la parte che approfondisce le proprietà *cost-saving* del progresso tecnologico, ad esempio con la risoluzione radicale di situazioni che altrimenti avrebbero avuto necessità di interventi multipli o di assistenza continuata, oppure con l'adozione di tecniche a più lievi effetti collaterali e post-operatori (*cfr.* rassegna in Pammolli *et alii*, 2005); e la parte che invece lo identifica come una possibile causa di traslazione verso l'alto dei consumi, per tutte le fasce d'età, con, come unico vincolo, quello della disponibilità di spesa (Weisbrod, 1991; Jones, 2002; Acemoglu e Linn, 2003; Westerhout, 2004; Dormont, Grignon e Huber, 2005; Pammolli *et alii*, 2005)¹⁴. Si consideri, inoltre, che la variabile tecnologica è tra quelle che maggiormente si presta a generare effetti endogeni sia interni al sistema sanitario (*cfr. infra*), sia riguardanti altre variabili economico-sociali (*cfr. supra*) con influenza diretta su altri ambiti del *welfare system* (Przywara, 2005; Westerhout e Pellikaan, 2005)¹⁵. Si tratta, come già argomentato, di effetti di difficile modellizzazione e quantificazione, soprattutto nel lungo periodo.

Persino valutare il cosiddetto effetto demografico "puro" nasconde delle insidie, perché o si traduce in un esercizio con degli evidenti limiti di quantificazione (anche per delle proiezioni di ordini di grandezza), oppure obbliga alla specificazione di ipotesi di natura economica che inevitabilmente rimandano ai problemi metodologici che si sono sinteticamente ripercorsi.

¹² A questo proposito, Dormont e Huber (2005) rilevano per alcuni Paesi europei una significativa traslazione verso l'alto del profilo del consumo sanitario per sesso ed età tra il 1990 ed il 2000, non spiegabile in base alla sola crescita del reddito. Per la Francia, per esempio, tra il 1992 e il 2000, la spesa *pro-capite* nominale è quasi raddoppiata nelle fasce di età dopo i 60 anni e in corrispondenza dei 20 anni.

¹³ I due filoni non si escludono a vicenda, potendo cogliere aspetti diversi del progresso tecnologico, sia in relazione alla vita utile della singola tecnica o del singolo strumento, sia in relazione alla casistica di applicazione. La difficoltà che emerge, all'atto delle proiezioni di spesa, si riferisce proprio alla determinazione dell'effetto prevalente a livello sistemico.

¹⁴ In particolare, Jones (2002) costruisce un modello stilizzato del sistema sanitario americano in cui il progresso tecnico *cost-increasing* riesce a spiegare molto bene l'andamento della spesa complessiva e, in particolare, di quella finanziata da *Medicare* a favore degli anziani. Jones individua come limite ultimo all'adozione di tecniche e strumentazioni innovative la presenza di vincoli alla spesa, sia che essi derivino dalle scelte riguardanti il sistema sanitario pubblico che dal funzionamento di quello privato.

¹⁵ La pervasività degli effetti endogeni è riconducibile anche al fatto che il progresso tecnologico attiva contemporaneamente ed incrocia dinamiche dal lato dell'offerta e della domanda di prestazioni sanitarie (Bjornerud e Martins, 2005).

Nella sua versione base, la proiezione dell'impatto di lungo termine della demografia sulla spesa (AWG, 2001, 2003a, 2003b; RGS, 1999, 2002, 2003, 2005; *cfr. infra*) si sostanzia nella stima, sulla base dei dati di contabilità sanitaria più recenti, del profilo dei consumi sanitari per sesso e fasce d'età; successivamente, al consumo *pro-capite* è applicato un tasso di crescita annuale nominale pari, alternativamente, a quello del PIL *pro-capite* o del PIL per lavoratore attivo; infine, il consumo *pro-capite* ottenuto per i vari anni della proiezione è moltiplicato per la numerosità del relativo gruppo sesso/età, così come ricavabile dalle più aggiornate proiezioni demografiche (EUROSTAT e ISTAT). Questo tipo di approccio, che pure riduce al minimo il ricorso ad ipotesi economiche, non può fare a meno di un'ipotesi economica che ricopre un ruolo centrale e sulla quale, come si è visto, la letteratura offre indicazione molto variegata: cioè il tasso di crescita della spesa, che viene *ex-ante* supposto allineato a quello dell'economia, così escludendo possibili dinamiche più pressanti sugli equilibri finanziari.

La versione base delle proiezioni può essere integrata secondo due modalità, che entrambe si riferiscono a spostamenti nel tempo del profilo di spesa per sesso ed età, definito nell'anno di partenza. Nel primo caso, lo spostamento è di tipo verticale, e corrisponde a prendere in considerazione tassi di crescita del consumo *pro-capite* non necessariamente allineati a quelli del PIL *pro-capite* (o per lavoratore attivo)¹⁶. Nel secondo caso, lo spostamento è di tipo orizzontale, e corrisponde a prendere in considerazione il continuo miglioramento, a tutte le età, dello stato di salute, tale da spostare in avanti l'età alla quale il profilo di spesa comincia a crescere sensibilmente, per raggiungere il suo picco in vecchiaia (Przywara, 2005)¹⁷.

Come parte di quest'ultimo filone, la recente letteratura ha approfondito la metodologia di proiezione dei cosiddetti "*death related cost*" (*cfr.* rassegne in Gabriele *et alii*, 2005; Raitano, 2005)¹⁸. Un'elevata quota della spesa sanitaria di tutta la vita si concentra nell'ultimo anno, e la contabilità sanitaria dimostra che questo rimane vero a qualsivoglia età. Per questo motivo, una separata modellizzazione dei costi sanitari connessi ai trattamenti che precedono il decesso permetterebbe di tener conto del costante aumento della probabilità di sopravvivenza a tutte le età. Per date proiezioni demografiche, la differenziazione, nell'anno di partenza, della spesa sanitaria "*death related*" si tradurrebbe, quindi, in una minore proiezione di spesa complessiva, dal momento che, per ogni fascia d'età, il consumo *pro-capite* "*death-related*", aggiornato al tasso di crescita ipotizzato, verrebbe moltiplicato per un minor numero di individui decedenti (RGS, 2005)¹⁹.

La modellizzazione dei "*death related cost*" rappresenta sicuramente un miglioramento, poiché crea maggior coerenza tra la proiezione del consumo sanitario *pro-capite* e le proiezioni demografiche di base. Nondimeno, è necessario inquadrare questo miglioramento all'interno dell'approccio esplicitamente focalizzato sulla dimensione demografica: a parità di suddivisione in fasce di età della

¹⁶ E' la maniera più immediata per inglobare il progresso tecnologico. Si consideri, inoltre, che, nella misura in cui il profilo di spesa dell'anno base rispecchia l'inadeguatezza o l'insufficienza di talune prestazioni (come nel caso di quelle rientranti nella *long-term care* per l'Italia; *cfr. infra*), la metodologia di proiezione descritta ripropone meccanicisticamente queste caratteristiche su tutto l'orizzonte temporale. Il ricorso a tassi di crescita non necessariamente allineati alla dinamica del PIL (eventualmente differenziati tra spesa *acute* e *long-term* o tra fasce d'età) potrebbe rappresentare una modalità per ovviare a questo aspetto insoddisfacente. E' evidente, tuttavia, che una evoluzione in tal senso aumenterebbe il numero delle ipotesi economiche necessarie a condurre la proiezione e quindi la sua complessità e la sua "opinabilità".

¹⁷ Il profilo di spesa ha una forma ad "J", con i livelli più elevati nelle fasce di età iniziali e finali, ed il picco sinistro più basso di quello destro (*cfr.* AWG, 2001, 2003).

¹⁸ *Cfr.* anche Rebba (2005) per un più sintetico inquadramento.

¹⁹ In altri termini, si considera che, nell'anno base, il consumo *pro-capite* per sesso-età stimato sulla base della contabilità sanitaria è fortemente influenzato della componente "*death-related*", cioè dal consumo compiuto in quell'anno da persone che l'anno dopo risultano decedute. Se la componente "*death-related*" non è estrapolata, quel consumo *pro-capite* (aggiornato per il tasso di crescita) sarà moltiplicato, negli anni successivi della proiezione, per la nuova numerosità di ciascun gruppo sesso-età, anche a fronte di probabilità di decesso decrescenti nel tempo.

popolazione e di tasso di crescita dei consumi *pro-capite* per ciascuna fascia, il ricorso ai “*death related cost*” rende più accurata la proiezione dell’impatto demografico “puro”. Esso continua, però, a trascurare tutte le altre determinanti e le possibili interazioni tra di loro, di cui si è sinteticamente descritta la complessità e la variabilità.

Per esempio, alcuni lavori (Lubitz e Riley, 1993; Hogan *et alii*, 2001) danno evidenza della stabilità nel tempo della quota di spesa sanitaria di tipo “*death-related*”; questo andamento, in corrispondenza con il generale miglioramento delle condizioni di salute e con l’abbattimento delle probabilità di morte a tutte le età, può essere indicativo di un effetto *cost-increasing* della tecnologia. Anche il fatto che rimanga indefinito in letteratura se i “*death related cost*” aumentino (Roos *et alii*, 1987; Spillman e Lubitz, 2000) ovvero diminuiscano (Levinsky *et alii*, 2001; Serup Hansen *et alii*, 2002) nell’età può derivare dal fatto che si tratta di voci di spesa intrinsecamente dipendenti dalle singole fattispecie sanitarie soggettive, e per ciò stesso aperte a vario titolo all’introduzione di innovazioni tecnologiche e non riconducibili ad un unico tasso di crescita nel tempo.

Volendo fornire altri esempi, non è implausibile che l’avanzamento delle conoscenze mediche e tecnologiche possa, soprattutto su orizzonti temporali lunghi, modificare, secondo modalità non stilizzabili in maniera univoca, il rapporto tra spesa sanitaria “*not death-related*” e “*death-related*”: allargando la casistica di intervento, permettendo di recuperare situazioni cliniche prima impossibili, rendendo disponibili trattamenti specifici per età non ancora raggiunte e per le quali le reali necessità sanitarie non sono ancora sperimentate, etc.²⁰. Queste osservazioni inevitabilmente rimandano alla letteratura sul progresso tecnico precedentemente citata e ai vincoli finanziari (cioè alla regia di *policy*) come ultimo effettivo limite alla crescita della spesa sanitaria.

²⁰ Nel lungo periodo e in presenza di progresso tecnico, persino la relazione tra consumo sanitario e stato di salute può modificarsi. Un miglioramento delle condizioni di salute in età avanzata, per esempio, potrebbe mantenere attive delle funzioni del corpo umano o della persona tali da rendere proficui dei trattamenti sanitari cui altrimenti si sarebbe rinunciato. Una prova della presenza di effetti di questo genere potrebbe esser cercata nella tendenza a curvarsi verso il basso che i profili di spesa mostrano negli ultimi anni di vita (la “J” mostra generalmente una piccola “virgoletta” discendente dopo il picco destro; *cfr.* i profili di stima su AWG, 2001).

2. La demografia come base di partenza per le proiezioni di spesa

Se rimane così complessa l'individuazione dei fattori determinanti l'andamento della spesa sanitaria, e persino la separazione dell'effetto demografico "puro" non può fare a meno di formulare delle ipotesi economiche di base, un *benchmark* di medio-lungo periodo rimane comunque indispensabile, come guida alla politica economica.

La scelta più facilmente percorribile e contemporaneamente più concreta sul piano di *policy* è quella da qualche anno adottata dal Gruppo di Lavoro sull'Invecchiamento della Popolazione del Comitato di Politica Economica di ECOFIN ("AWG")²¹, che condivide la stessa impostazione metodologica dei lavori condotti in Italia dal Ministero dell'Economia e delle Finanze per il tramite della Ragioneria Generale dello Stato ("RGS")²².

L'attività che queste due Istituzioni dedicano alle proiezioni di spesa va sicuramente elogiata, per lo sforzo profuso nella costruzione di strumenti di importanza fondamentale per le scelte di politica economica e, in particolare, per l'adeguamento per tempo della struttura del sistema sanitario al contesto economico-sociale.

Nelle proiezioni di AWG ed RGS (*cfr. infra*) si assume:

- un quadro macroeconomico di lungo periodo raffigurante scenari di stabile, continua moderata crescita;
- la costanza dell'assetto normativo e regolamentare;
- la definizione di profili di spesa (*acute, long-term* e recentemente anche *death-related*) per gruppi sesso-età nell'anno base (quello più recente per il quale siano disponibili dati di contabilità sanitaria), e la conseguente applicazione agli stessi di un tasso di crescita allineato a quello del PIL *pro-capite* o per lavoratore attivo;
- la struttura della popolazione risultante dalle più aggiornate proiezioni demografiche, definite a livello europeo (EUROSTAT) e nazionale (ISTAT).

Queste scelte metodologiche concorrono a definire uno scenario di proiezione "base" in cui la variabile maggiormente influente è la demografia, dal momento che è ridotta al minimo la necessità di far riferimento ad altre variabili, e le ipotesi economiche rilevanti sono formulate per disegnare un contesto di moderata crescita economica, con contestuale proporzionamento della crescita della spesa sanitaria. A partire dalla proiezione base è possibile, successivamente, sia sviluppare vari ordini di analisi di sensitività (il tasso di crescita della spesa *pro-capite*, il tasso di crescita del PIL, gli andamenti demografici, etc.), sia presentare proiezioni più complesse nel novero delle ipotesi e nella struttura (modalità di endogenizzazione del PIL al processo di allungamento della vita; considerazione dell'andamento differenziale storico del PIL e della spesa; tassi di crescita diversificati per prestazioni, fasce di età di minor ampiezza, etc.).

Nel prosieguo dell'analisi, si costruisce e commenta il *continuum* della spesa sanitaria italiana che, partendo dai dati storici dal 1990 ad oggi (OECD), si sofferma sulle tendenze in atto (RGSEP) e le ricollega, quindi, alle proiezioni di lungo termine (AWG e RGS). Sullo sfondo, l'evoluzione demografica.

²¹ Cfr. http://europa.eu.int/comm/economy_finance/epc/epc_ageing_en.htm.

²² Cfr. <http://www.rgs.mef.gov.it/VERSIONE-I/Norme-e-do/Spesa-soci/ATTIVITA--/index.asp>.

3. Gli andamenti dal 1990 ad oggi: la spesa sanitaria e l'evoluzione della popolazione

A confronto con Francia, Germania, Spagna, UK, USA e la media UE-15, l'Italia è il Paese che ha conosciuto dal 1990 al 2003 il più marcato processo di invecchiamento (percentuale di ultrasessantacinquenni e ultraottantenni e rapporto di dipendenza) e, nel contempo, la minor crescita dell'incidenza della spesa sanitaria sul PIL.

Spesa sanitaria totale e popolazione anziana ²³

	incidenza PIL			+ 65 su pop			+ 80 su pop			dipendenza*		
	1990	2003	var	1990	2003	var	1990	2003	var	1990	2003	var
Francia	8,6	10,1	1,5	14,0	16,3	2,3	3,7	4,3	0,6	51,8	53,7	1,9
Germania	8,5	11,1	2,6	15,0	17,7	2,7	3,8	4,1	0,3	45,4	48,5	3,1
ITALIA	7,9	8,4	0,5	14,9	19,1	4,2	3,2	4,7	1,5	45,9	50,0	4,1
Spagna	6,7	7,7	1,0	13,6	16,9	3,3	2,9	4,1	1,2	50,3	45,7	-4,6
UK	6,0	7,7	1,7	15,6	16,0	0,4	3,6	4,3	0,7	53,2	52,2	-1,0
USA	11,9	15,0	3,1	12,5	12,4	-0,1	2,8	3,5	0,7	52,0	49,8	-2,2
UE-15	7,4	9,3	1,9	14,3	15,9	1,6	3,21	3,94	0,7	50,3	49,7	-0,6

* [sino a 19 anni + oltre i 65 anni]/ [compresi tra 20 e 65 anni]

fonte: OECD (2005)

Nel 2003, l'Italia ha una incidenza della spesa complessiva sul PIL di circa 1 punto percentuale inferiore rispetto alla media UE-15, significativamente inferiore rispetto a Francia (1,7 p.p.), Germania (2,7 p.p.) e USA (5,6 p.p.), e superiore di 0,7 p.p. rispetto a Spagna ed UK.

E' utile analizzare lo spaccato della spesa nelle sue due componenti (corrente e capitale), differenziando tra pubblico e privato.

Le tre tavole seguenti riportano rispettivamente l'andamento di: spesa capitale lorda pubblica e privata, spesa corrente pubblica e spesa corrente privata.

²³ La definizione di spesa è quella onnicomprensiva: corrente e capitale, pubblica e privata. La spesa capitale è quella lorda (comprensiva degli ammortamenti); rimane esclusa la spesa in R&S. Cfr. piano dei conti sanitari dell'OECD (alla base di OECD, 2005).

Investimenti in sanità ²⁴

	pubblici - % PIL			privati - % PIL		
	1990	2003	var	1990	2003	var
Francia	0,2	0,2	0,0	-	-	-
Germania	0,3	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0
ITALIA	0,2	0,2	0,0	0,4	0,3	-0,1
Spagna	0,2	0,2	0,0	0,0	0,1	0,1
UK*	0,3	0,3	0,0	0,1	0,1	0,0
USA	0,1	0,1	0,0	0,2	0,2	0,0
UE-15	0,2	0,2	0,0	0,2	0,3	0,1

* per UK il dato più recente disponibile è il 1996

fonte: OECD (2005)

Spesa sanitaria corrente pubblica ²⁵

	incidenza PIL		
	1990	2003	var
Francia	6,3	7,5	1,2
Germania	6,2	8,4	2,2
ITALIA	6,1	6,2	0,1
Spagna	5,0	5,3	0,3
UK*	4,7	5,6	0,9
USA	4,6	6,6	2,0
UE-15	5,4	6,5	1,1

fonte: OECD (2005)

Spesa sanitaria corrente privata

	incidenza PIL		
	1990	2003	var
Francia	2,0	2,4	0,4
Germania	2,0	2,4	0,4
ITALIA	1,3	1,8	0,5
Spagna	1,4	2,2	0,8
UK*	0,9	1,1	0,2
USA	7,0	8,2	1,2
UE-15	1,7	2,5	0,8

fonte: OECD (2005)

Come si può apprezzare, a fronte di una spesa in conto capitale che rimane grossomodo stabile in percentuale del PIL in tutti i Paesi (nondimeno l'Italia fa denotare l'unica diminuzione tra lato pubblico e privato), le variazioni sono da ricondursi essenzialmente alla spesa corrente.

Sul lato pubblico, l'Italia mostra il più basso incremento di incidenza: uno 0,1 per cento che si confronta con l'1,1 dell'UE-15 e il 2 degli USA. All'interno dei *Partner*: la Francia fa registrare un incremento di 1,2 p.p., la Germania di 2,2, la Spagna di 0,3 e il Regno Unito di 1,2 (*cf.* nota). Nel 2003, soltanto la Spagna mostra una incidenza inferiore rispetto a quella italiana.

Sul lato privato, la posizione relativa dell'Italia cambia significativamente: l'incremento italiano rimane inferiore al dato medio UE-15 e a quello degli USA, ma risulta maggiore rispetto a quello di Francia, Germania e Regno Unito; inoltre, l'Italia, assieme alla sola Spagna, fa denotare un incremento dell'incidenza della spesa privata superiore a quello della spesa pubblica. Nonostante questa tendenza, l'incidenza italiana (1,8 p.p.) rimane inferiore a quella UE-15 (2,5 p.p.) e a quella USA (8,2 p.p.); tra i *Partner*, soltanto il Regno Unito ha una incidenza inferiore, giustificata dal ruolo predominante storicamente ricoperto dal *NHS*.

²⁴ La spesa capitale è contabilizzata per finanziatore finale (sono esclusi, quindi, gli stadi intermedi). Gli investimenti sono lordi ed escludono la spesa in R&S che è contabilizzata a parte nel piano dei conti. Nella definizione di investimento rientra: per il pubblico, tutte le risorse destinate alle strutture sanitarie pubbliche più i trasferimenti al privato con la medesima finalità sanitaria; per il privato, tutte le risorse destinate alle strutture sanitarie private al netto dei trasferimenti pubblici.

²⁵ Sia sul lato pubblico che privato, il dato più recente disponibile per UK è il 1996. Se si scompone la spesa totale (nettata degli investimenti lordi) secondo le proporzioni pubblico/privato del 1996, l'incidenza della spesa pubblica in UK risulta nel 2003 pari al 6,2 per cento, con un aumento di 1,5 p.p. rispetto al 1990 (+0,4 sul lato privato).

E' utile analizzare in dettaglio l'andamento di una componente importante della spesa sanitaria come quella farmaceutica territoriale, anche in questo caso differenziando tra pubblico e privato.

Spesa farmaceutica pubblica territoriale ²⁶

	incidenza PIL		
	1990	2003	var
Francia	0,9	1,4	0,5
Germania	0,9	1,2	0,3
ITALIA	1,1	0,9	-0,2
Spagna	0,9	1,2	0,3
UK*	0,5	0,7	0,2
USA	0,1	0,4	0,3
UE-15	0,7	0,9	0,2

* per UK dato più recente disponibile 1997
 fonte: OECD (2005)

Spesa farmaceutica privata territoriale

	incidenza PIL		
	1990	2003	var
Francia	0,6	0,7	0,1
Germania	0,3	0,4	0,1
ITALIA	0,6	0,9	0,3
Spagna*	0,4	0,4	0,0
UK	-	-	-
USA	1,0	1,5	0,5
UE-15	0,4	0,5	0,1

* per la Spagna dato più recente disponibile 1996
 fonte: OECD (2005)

All'interno del comparto della spesa farmaceutica territoriale, le tendenze appena evidenziate sul complesso della spesa si ritrovano amplificate.

L'Italia risulta l'unico caso in cui l'incidenza della spesa pubblica diminuisce dal 1990 al 2003: - 0,2 p.p. contro una media UE-15 di + 0,2 e un valore di + 0,3 per gli USA. I *Partner* UE considerati mostrano tutti degli incrementi di incidenza superiori alla media UE-15. Nel 2003, l'incidenza italiana è allineata a quella UE-15, ma significativamente inferiore rispetto a quella di Francia, Germania e Spagna.

Per quanto riguarda la spesa privata, invece, l'Italia mostra una posizione "inversa": dopo gli USA, compare come il Paese con la più marcata crescita dal 1990 e la più elevata incidenza nel 2003.

Nella somma di pubblico e privato, l'incidenza italiana (1,8 p.p.) è superiore a quella UE-15 (1,4) e inferiore a quella degli USA (1,9); all'interno dei *Partner*, la Francia denota una incidenza maggiore (2,1), mentre Germania e Spagna sono grossomodo allineate (1,6).

I dati OECD mostrano, in conclusione, una chiara evoluzione per l'Italia, con un impegno finanziario pubblico in sanità stabile rispetto al PIL dal 1990 e inferiore alla media UE-15 nel 2003, a dispetto di un processo di invecchiamento della popolazione più incisivo che nel resto dell'UE-15 e in USA. Per compensazione, nel corso dell'ultimo quindicennio il finanziamento privato ha aumentato il suo peso, con un incremento di incidenza sul PIL superiore a quello della componente pubblica (unico caso assieme alla Spagna), e superiore a quello di Francia, Germania e Regno Unito. Nonostante questa dinamica, l'impegno finanziario privato in sanità risulta nel 2003 inferiore a quello medio UE-15 e a quello USA e, nello specifico, inferiore rispetto a quello di Francia, Germania e Spagna.

Questa evoluzione risulta ancor più marcata nel comparto della spesa farmaceutica territoriale, dove addirittura l'impegno finanziario pubblico risulta in diminuzione come percentuale del PIL (unico caso), allineandosi alla media UE-15 nel 2003; mentre quello privato fa denotare un incremento di incidenza paragonabile a quello degli USA, raggiungendo nel 2003 una incidenza sul PIL quasi doppia rispetto alla media UE-15.

Se, dunque, i dati mostrano per l'Italia un trasferimento di responsabilità di finanziamento della spesa sanitaria dal pubblico al privato, è necessario approfondire in quali forme si stia traducendo la crescente partecipazione del privato.

²⁶ La definizione di spesa comprende *OTC* e *non durables*. Nella nomenclatura internazionale, gli *OTC* corrispondono ai farmaci senza obbligo di prescrizione; i *non durables* sono piccoli *equipment* di medicazione (bendaggi, cerotti, tutori, etc.) che in alcuni Paesi possono, in alcune circostanze, essere mutuati.

Spesa sanitaria privata – pagamenti diretti

	incidenza su spesa privata totale		
	1990	2003	var
	Francia	48,7	42,2
Germania	46,8	47,9	1,1
ITALIA	73,8	83,3	9,5
Spagna*	83,2	82,0	-1,2
UK	64,5	64,4	-0,1
USA	33,3	25,3	-8,0
UE-15	68,3	68,2	-0,1

* per Spagna dato più recente disponibile 1996
 fonte: OECD (2005)

Spesa sanitaria privata – assicurazioni e fondi

	incidenza su spesa privata totale		
	1990	2003	var
	Francia	46,9	53,5
Germania	30,4	40,2	9,8
ITALIA	3,0	3,8	0,8
Spagna*	17,4	14,9	-2,5
UK	19,9	19,2	-0,7
USA	56,6	66,0	9,4
UE-15	20,5	22,6	2,1

* per Spagna dato più recente disponibile 1996
 fonte: OECD (2005)

I dati sopra riportati offrono una indicazione chiara: la maggior parte della spesa sanitaria privata consiste in Italia in pagamenti diretti dei cittadini a valere sui loro redditi disponibili, mentre rimangono ancora in uno stadio di sviluppo embrionale forme di copertura organizzate e gestite professionalmente attraverso i mercati dei capitali, come le polizze sanitarie e i fondi sanitari.

Nel 2003, l'Italia mostra l'incidenza più elevata dei pagamenti diretti sul totale della spesa privata (83,3 per cento contro una media UE di 68,2 e il 23,3 degli USA), dopo un *trend* fortemente crescente registrato nell'ultimo quindicennio. Se si esclude la Germania (che mostra un dato di *trend* molto inferiore), l'Italia rappresenta l'unico caso in cui la quota della spesa privata costituita da pagamenti diretti è cresciuta tra il 1990 e il 2003.

La situazione si capovolge osservando i dati sulla quota parte della spesa privata coperta da assicurazioni e dei fondi sanitari²⁷. Nel 2003, l'Italia mostra il dato di gran lunga più basso (2,8 per cento, contro una media UE-15 del 22,6 e il 66 degli USA). Se si esclude la Spagna (per la quale non si dispone di dati aggiornati, e che comunque si colloca significativamente al di sopra del dato italiano), l'Italia è l'unico Paese che fa registrare un *trend* della quota dei pagamenti diretti maggiore di quello della quota relativa ad assicurazioni e fondi.

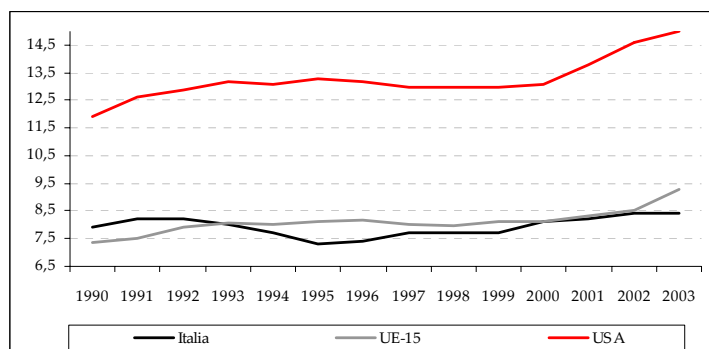
L'evidenza appena riportata ha delle importanti implicazioni di *policy*: in Italia il trasferimento della responsabilità di finanziare la sanità dal pubblico al privato è avvenuto, e sta tutt'ora avvenendo, come risultato della compressione del primo canale che chiama "forzatamente" in causa i pagamenti diretti dei cittadini, al di fuori di un completo programma di trasformazione multipilastro del sistema sanitario, e senza il supporto di organici schemi di agevolazione fiscale e di regolazione della domanda. In una situazione di questo genere, a prevalere è l'obiettivo della sostenibilità finanziaria immediata, mentre gli obiettivi della sostenibilità strutturale, dell'adeguatezza delle prestazioni e dell'equità distributiva rimangono al di fuori dell'agenda politica (Pammolli *et alii*, 2004b; Pammolli e Salerno, 2004a e 2004b).

²⁷ I due dati non sono complementari (la loro somma non equivale all'unità), poiché esistono altre voci, con importanza diversa a livello internazionale, riconducibili grossomodo al settore della mutualità e dell'associazionismo (Pammolli e Salerno, 2004c).

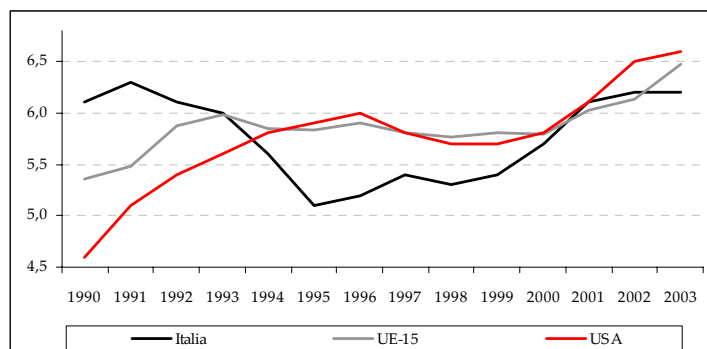
Sommario

I grafici seguenti riassumono quanto argomentato in questo paragrafo:

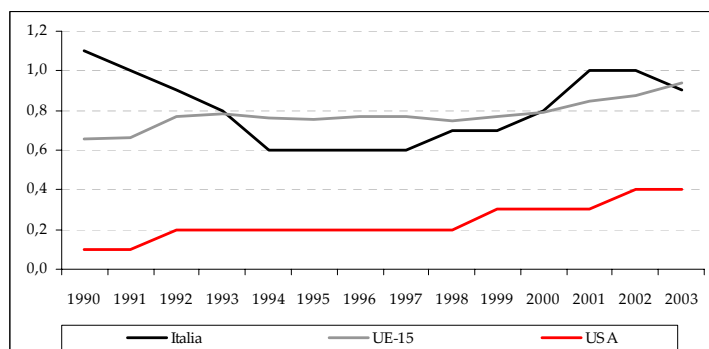
Spesa sanitaria totale - % PIL



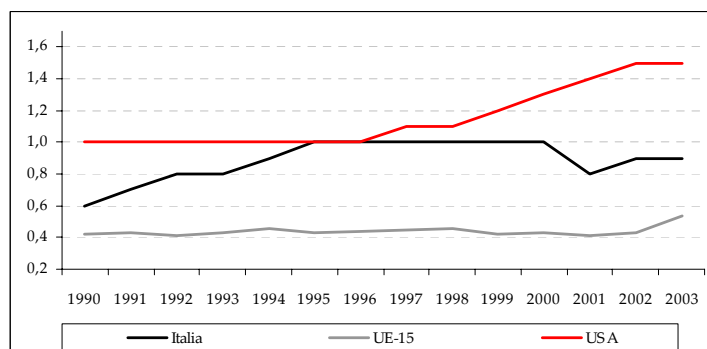
Spesa sanitaria corrente pubblica - % PIL



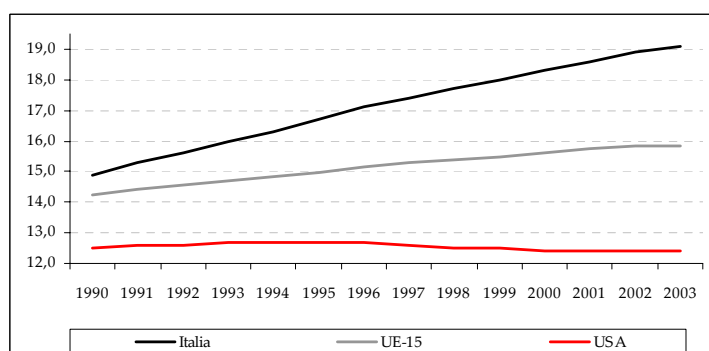
Spesa farmaceutica territoriale pubblica - % PIL



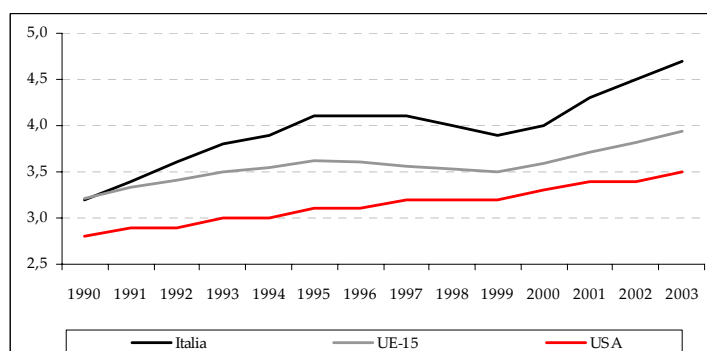
Spesa farmaceutica territoriale privata - % PIL



Ultrasessantacinquenni - % popolazione totale



Ultraottantenni - % popolazione totale



fonte: OECD (2005)

- L'Italia ha sperimentato dal 1990 al 2003 il processo più intenso di invecchiamento, a confronto con UE-15 e USA; come si può evincere dall'ultima versione delle proiezioni demografiche EUROSTAT a base 2004²⁸, tale processo di più rapido invecchiamento continuerà nel futuro (cfr. *infra*);

²⁸ Cioè con il 2004 primo anno di proiezione e 2003 ultimo anno disponibile per i dati di contabilità demografica.

- nonostante ciò, lungo lo stesso arco temporale, la spesa sanitaria complessiva italiana è cresciuta meno in proporzione del PIL rispetto all'UE e agli USA;
- la minor crescita è imputabile integralmente ad una compressione del canale pubblico²⁹ che, in assenza di un completo programma di diversificazione multipilastro, ha scaricato e continua a scaricare l'onere di finanziamento sui pagamenti diretti da parte dei cittadini;
- la visualizzazione completa dell'andamento della spesa corrente pubblica tra il 1990 e il 2003 mostra chiaramente i "segni" di tale compressione, che nel 2003 conduce ad un'incidenza dello stesso livello del 1990, dopo un periodo di significativa riduzione con un picco negativo pari al 5,1 per cento del PIL nel 1995³⁰.

Incidenza della popolazione anziana sulla popolazione totale

Dati di contabilità demografica nel 2003 e proiezioni al 2050 (scenario centrale di EUROSTAT)

	2003		2050			
	+ 65 su pop	+ 80 su pop	+ 65 su pop	incr.	+ 80 su pop	incr.
Francia	16,4%	4,4%	27,3%	10,9%	11,4%	7,0%
Germania	18,0%	4,2%	31,5%	13,5%	13,7%	9,5%
ITALIA	19,2%	4,8%	35,3%	16,1%	14,5%	9,7%
UK	16,0%	4,3%	26,7%	10,7%	10,3%	6,0%
media UE-25	16,5%	4,0%	30,0%	13,5%	11,5%	7,5%
media UE-15	17,0%	4,2%	30,1%	13,1%	12,0%	7,8%

fonte: EUROSTAT (dati disponibili on-line)

La tavola riportata qui sopra descrive le proiezioni EUROSTAT dell'incidenza degli ultrasessantacinquenni e degli ultraottantenni sulla popolazione totale (scenario centrale, proiezioni a base 2004). Come si può evincere, il processo di invecchiamento che ha caratterizzato l'Italia nell'ultimo quindicennio continuerà a rimanere più intenso, sia rispetto ai *Partner* UE-15 che, a maggior ragione, rispetto a quelli di recente acquisizione UE (che vivono una transizione demografica ritardata di alcuni anni).

Gli ultrasessantacinquenni vedranno aumentare il loro peso di oltre 16 punti percentuali, contro una media UE-15 di 13; per gli ultraottantenni l'incremento sarà di circa 10 punti contro una media UE-15 di circa 8.

²⁹ Cfr. soprattutto il grafico relativo alla spesa sanitaria corrente pubblica.

³⁰ Si tratta dell'effetto sul sistema sanitario del più ampio gruppo di politiche di riassetto della finanza pubblica, per garantire l'accesso alla fase finale dell'introduzione della moneta unica europea.

4. Tra i *trend* storici e le proiezioni a lungo termine: le dinamiche in corso

Negli ultimi quindici anni, le esigenze di finanza pubblica hanno obbligato ad una politica di finanziamento del sistema sanitario di tipo restrittivo, che si è mossa in “contrasto” con il processo di più marcato invecchiamento della popolazione italiana rispetto agli altri Paesi industrializzati.³¹ Utilizzando i dati della Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese, si adesso tenta di “riannodare” i *trend* storici con le tendenze in atto, per verificare che cosa sia eventualmente cambiato e quali risultati abbia prodotto la politica finanziaria sanitaria dell’ultimo quindicennio. L’analisi, quindi, si focalizza, sul sistema sanitario pubblico.

Di seguito, si propongono tre tavole riassuntive dei costi e dei ricavi (*i.e.* spesa e finanziamento) del sistema sanitario pubblico, con dati tratti dalle RGSEP del 2003, 2004 e 2005 ³².

Costi e ricavi del SSN - RGSEP del 2003 per il 2002

	1999	2000	2001	2002
spesa sanitaria a carico del SSN				
in milioni di Euro	63.134,00	70.173,00	76.230,00	79.017,00
<i>in % del PIL</i>	5,7	6,0	6,2	6,3
disavanzo				
a carico Stato	- 3.750,00	- 3.500,00	- 4.004,00	- 3.835,00
a carico Regioni	- 3.750,00	- 3.500,00	- 4.004,00	- 3.835,00
<i>in % del PIL</i>	0,34	0,30	0,33	0,31

Costi e ricavi del SSN - RGSEP del 2004 per il 2003

	2000	2001	2002	2003
spesa sanitaria a carico del SSN				
in milioni di Euro	70.173,00	76.230,00	79.369,00	81.385,00
<i>in % del PIL</i>	6,0	6,3	6,3	6,3
disavanzo				
a carico Stato	- 3.228,00	- 3.929,00	- 2.663,00	- 1.809,00
a carico Regioni	- 3.228,00	- 3.929,00	- 2.663,00	- 1.809,00
<i>in % del PIL</i>	0,28	0,32	0,21	0,14

³¹ Come si è osservato, politica che con ogni probabilità deve esser vista come parte del processo di riaggiustamento di finanza pubblica condotto durante tutti gli anni Novanta.

³² Le RGSEP relative rispettivamente agli anni 2002, 2003 e 2004. Ci si riferisce alle *tavole SA-1*.

Spesa e finanziamento del SSN - RGSEP del 2005 per il 2004
(il titolo della tavola SA.1 è stato variato)

	2001	2002	2003	2004
spesa sanitaria a carico del SSN				
in milioni di Euro	75.999,00	79.549,00	81.832,00	87.958,00
<i>in % del PIL</i>	6,2	6,3	6,3	6,5
disavanzo				
a carico Stato	- 4.122,00	- 2.891,00	- 1.897,00	- 3.360,00
a carico Regioni				
<i>in % del PIL</i>	0,34	0,23	0,15	0,25

Per cogliere la dinamica corrente, si fa riferimento ai dati RGSEP, andando direttamente alla fonte ed evitando le fasi di adeguamento delle statistiche OECD, che recepiscono quelle di contabilità nazionale (così si spiegano alcune differenze sia nei valori assoluti che nell'incidenza).

I dati riportati si riferiscono alla spesa pubblica totale (corrente e capitale) e alle risorse individuate per il suo finanziamento³³. Dalla loro analisi emergono due fatti principali:

- l'aumentare della spesa sanitaria pubblica sia in valore nominale che in percentuale del PIL (dal 5,7 del 1999 al 6,5 del 2004);
- l'assestarsi al rialzo della spesa sanitaria pubblica di ogni anno nelle ricontabilizzazioni degli anni successivi (evidente in valore nominale, mentre in percentuale del PIL interessa centesimi di punto che non sono riportati);
- la costante presenza di disavanzi di gestione, la cui attribuzione tra Stato e Regioni rimane irrisolta negli anni e soggetta a modifiche (*i.e.* a sanatorie).

I dati selezionati si aprono proprio con una sanatoria Stato-Regioni: quella relativa al disavanzo del 1999 (3.750,00 milioni di Euro), che ha trovato soluzione all'interno della sanatoria per gli anni 1995-1999, decisa con due successive Leggi, la n. 129 del 2001 e la n. 112 del 2002³⁴.

Si provi, a titolo d'esempio, a "seguire" nel tempo i dati sanitari del 2001. Nella RGSEP del 2003, la spesa sanitaria pubblica è contabilizzata pari a 76.230,00 milioni di Euro, con un disavanzo pari a 4.004,00 milioni di Euro interamente attribuito alle Regioni. Nella successiva RGSEP, il disavanzo delle Regioni si è moderatamente ridotto, con contestuale presa in carico da parte del bilancio dello Stato. Nella RGSEP del 2005, la spesa sanitaria complessiva è contabilizzata al ribasso (preservando la stessa incidenza sul PIL rilevata nella RGSEP del 2003), mentre il disavanzo (già ritoccato l'anno prima) è rivisto al rialzo ed oggetto di una nuova sanatoria pluriennale. Infatti, la Legge Finanziaria per il 2005 ha varato una sanatoria per il complesso dei disavanzi cumulati dal 2001 al 2003: 1.450,00 milioni di Euro sono stati ripianati dallo Stato, gli altri rimasti in carico alle Regioni.

³³ I finanziamenti inclusi nella tavola SA.1 sono quelli che hanno sostituito il vecchio fondo sanitario sia di parte corrente che di parte capitale, e cioè: (a) IRAP e addizionale IRPEF, (b) IVA e accise, (c) ulteriori trasferimenti da pubblico e privato, (d) ricavi e entrate proprie, (e) interventi integrativi da parte dello Stato. Come disposto dal Decreto Legislativo n. 502/1992, tali risorse sono destinate sia al finanziamento dei costi variabili che "delle strutture, degli impianti e delle dotazioni strumentali". Per precisione, si ricorda che il finanziamento delle spese in conto capitale ricadeva nei compiti della parte corrente del fondo, dal momento che la parte capitale (nell'ultimo anno di esistenza pari a circa lo 0,26 per cento del totale; Dirindin e Pagano, 2001, pag. 15) era destinata a scopi perequativi interregionali (funzione poi diversamente raccolta dal Decreto Legislativo n. 56/00).

³⁴ Il disavanzo cumulato degli anni 1995-1999 è stato attribuito per 10.350,00 milioni di Euro allo Stato e per 6.198,00 milioni di Euro alle Regioni (con successivo, affatto agevole, riparto tra le Regioni).

Se si analizzano i dati del 2002, le considerazioni appena svolte restano confermate, con la tendenziale revisione al rialzo della spesa sanitaria complessiva e, soprattutto, la ridiscussione dell'attribuzione del disavanzo tra Stato e Regioni: la sanatoria introdotta dalla Legge Finanziaria per il 2005 ha riguardato, infatti, anche il disavanzo di gestione del 2002.

Non è questa la sede in cui approfondire le problematiche connesse alla transizione federalista del sistema sanitario italiano che, dopo la formale (ma non sostanziale) abolizione del vecchio fondo sanitario nazionale gestito centralmente, non si è ancora definitivamente dotato di una nuova completa e moderna *governance* (Pammolli e Salerno, 2004d, 20043, 2005a, 2005b). E' importante rimarcare, tuttavia, come questo "vuoto" normativo e istituzionale si associ, con una cadenza temporale perfetta, al risorgere di dinamiche crescenti della spesa; per questo motivo, queste ultime non possono essere riconducibili ad effettive scelte di *policy* circa le risorse da destinare alla sanità, ma costituiscono piuttosto la conseguenza della cattiva programmazione e dalla insufficiente attribuzione di responsabilità ai vari livelli di governo³⁵.

Questa preoccupazione trova ulteriore fondamento se si verifica come stanziamento nel bilancio dello Stato e spesa sanitaria pubblica complessiva si siano "inseguiti" nel corso degli ultimi anni, replicando "sotto altre vesti" proprio quella prassi di copertura a piè di lista che l'abolizione del vecchio fondo sanitario nazionale mirava a contrastare e rimuovere.

Spesa sanitaria e stanziamento complessivo a carico dello Stato - RGSEP del 2003 per il 2002

milioni di Euro	1999	2000	2001	2002
spesa	63.134,00	70.173,00	76.230,00	79.017,00
stanziamento	59.385,00	66.673,00	72.226,00	75.182,00

Spesa sanitaria e stanziamento complessivo a carico dello Stato - RGSEP del 2004 per il 2003

milioni di Euro	2000	2001	2002	2003
spesa	70.173,00	76.230,00	79.369,00	81.385,00
stanziamento	66.945,00	72.301,00	76.705,00	79.576,00

Spesa sanitaria e stanziamento complessivo a carico dello Stato - RGSEP del 2005 per il 2004

milioni di Euro	2001	2002	2003	2004
spesa	75.999,00	79.549,00	81.832,00	87.958,00
stanziamento	71.878,00	76.658,00	79.935,00	84.598,00

Una ulteriore conferma viene dal raffronto tra i dati di spesa a carico dello Stato appena descritti (RGSEP del 2005 per il 2004) e quelli che erano contenuti nell'accordo di programma tra Stato e Regioni, siglato l'8 Agosto 2001 e mirante a stabilizzare l'apporto del bilancio statale al 6 per cento del PIL (*cfr. tavole infra*).

³⁵ Dimostrazione ne sia che l'Accordo dell'8 Agosto 2001 tra Stato e Regioni esprimeva volontà congiunte completamente diverse sul dimensionamento della spesa sanitaria pubblica rispetto al PIL negli anni avvenire.

Accordo Stato-Regioni dell'8 Agosto 2001

	2002	2003	2004
spesa sanitaria del SSN a carico dello Stato			
in milioni di Euro	75.596,90	78.564,46	81.275,34
in % del PIL	6,0%	6,0%	6,0%

Legge Finanziaria per il 2005

	2005	2006	2007
spesa sanitaria del SSN a carico dello Stato			
in milioni di Euro	88.195,00	89.960,00	91.759,00

con l'aggiunta di sanatoria 2001-2003 (*cfr.* testo)

Legge Finanziaria per il 2006

	2006
spesa sanitaria del SSN a carico dello Stato	
in milioni di Euro	91.173,00

con l'aggiunta di sanatoria 2002-2004 (*cfr.* testo)

La dinamica crescente ha continuato a svolgersi anche per il tramite delle ultime due leggi finanziarie. Quella per il 2005 ha stabilito in 88.195,00 milioni di Euro l'apporto a carico dello Stato, con un incremento superiore all'8,5 per cento rispetto al 2004; a tale importo è necessario sommare, poi, i 1.450 milioni di Euro stanziati a ripiano dei disavanzi di gestione 2001-2003 (circa lo 0,1 per cento del PIL del 2003).

La Legge Finanziaria per il 2006 ha, a distanza di un anno, modificato quanto programmato dalla precedente, innalzando di circa l'1,3 per cento lo stanziamento a carico dello Stato per il 2006 (già previsto in crescita rispetto al 2005 nella Legge Finanziaria per il 2005). Al nuovo importo, inoltre, devono essere sommati 2.000,00 milioni di Euro a ripiano dei disavanzi per il periodo 2002-2004, nonché 213,00 milioni per l'adeguamento della contrattazione retributiva del comparto sanitario (nel complesso, circa lo 0,16 per cento del PIL del 2004).

Se si considera, in aggiunta, che le Regioni, nella fase di discussione della Legge Finanziaria per il 2006, avevano avanzato richieste per uno stanziamento di 95.000,00 milioni di Euro (*cfr.* resoconti della Conferenza Stato-Regioni su www.regioni.it), si potrebbero già intravedere le basi per un proseguimento della "rincorsa" degli stanziamenti rivisti in sanatoria alla maggior spesa a consuntivo.

Come diretta conseguenza di questa "deriva" di spesa, scaturisce la completa incapacità degli attuali vincoli del Patto di Stabilità Interno a fungere da strumenti di *governance* federalista (Pammolli e Salerno, 2005a, 2005b).

Costi del SSN- RGSEP del 2003 per il 2002

	1999	2000	2001	2002
spesa farmaceutica pubblica territoriale				
in milioni di Euro	7.621,00	8.748,00	11.663,00	11.869,00
<i>in % della spesa SSN</i>	12,2	12,6	15,4	15,1
<i>in % del finanz. dello Stato</i>	12,8	13,1	16,1	15,8

Costi del SSN – RGSEP del 2004 per il 2003

	2000	2001	2002	2003
spesa farmaceutica pubblica territoriale				
in milioni di Euro	8.748,00	11.663,00	11.888,00	11.148,00
<i>in % della spesa SSN</i>	12,6	15,4	15,1	13,8
<i>in % del finanz. dello Stato</i>	13,1	16,1	15,5	14,0

Costi del SSN – RGSEP del 2005 per il 2004

	2001	2002	2003	2004
spesa farmaceutica pubblica territoriale				
in milioni di Euro	11.662,00	11.829,00	11.175,00	12.085,00
<i>in % della spesa SSN</i>	15,4	14,9	13,7	13,8
<i>in % del finanz. dello Stato</i>	16,2	15,4	14,0	14,3

Infatti, come dimostrano le tavole riportate qui sopra (relative alla spesa farmaceutica pubblica territoriale), di fronte al levitare nel tempo della spesa sanitaria pubblica complessiva (rispetto ai programmi prestabili) e, soprattutto, di fronte al susseguirsi di interventi di presa a carico dello Stato di disavanzi sanitari precedentemente attribuiti alle Regioni, qualunque *target* di *policy* espresso come rapporto in termini di spesa complessiva o di ammontare dell'intervento finanziatore dello Stato è destinato a perdere di significato e di autorevolezza (Pammolli e Salerno, 2005a, 2005b; Parlato, 2005). E' utile, in conclusione, raffigurare congiuntamente i più recenti dati OECD (OECD, 2005) e quelli più recenti della contabilità nazionale (RGSEP del 2005 per il 2004), sia per la spesa sanitaria pubblica complessiva che per quella farmaceutica pubblica territoriale.

Spesa sanitaria pubblica – OECD e RGSEP a confronto

spesa SSN - % PIL	2001					2002				
		OECD-2005	RGSEP-2005*			Accordo 2001	OECD-2005	RGSEP-2005*		
			totale	1° san				totale	1° san	2° san
ITALIA		6,1	6,2	5,9		6,0	6,2	6,3	6,11	6,16
<i>Francia</i>		7,0					7,1			
<i>Germania</i>		8,1					8,3			
<i>Spagna</i>		5,2					5,2			
<i>UK</i>										
<i>USA</i>		6,1					6,5			
media UE-15		6,03					6,13			

spesa SSN - % PIL	2003					2004		
	Accordo 2001	OECD-2005	RGSEP-2005*			Accordo 2001	RGSEP-2005*	
			totale	1° san	2° san		totale	2° san
ITALIA	6,0	6,2	6,3	6,19	6,24	6,0	6,50	6,30
<i>Francia</i>		7,5						
<i>Germania</i>		8,4						
<i>Spagna</i>		5,3						
<i>UK</i>								
<i>USA</i>		6,6						
media UE-15		6,47						

* I dati RGSEP riportano in ordine: l'incidenza sul PIL della spesa complessiva; l'incidenza a carico dello Stato dopo la Legge Finanziaria per il 2005 (1° san); e l'incidenza a carico dello Stato dopo la Legge Finanziaria per il 2006 (2° san).

I dati della RGSEP sono aggiornati per tener conto della revisione contabile secondo i parametri di EUROSTAT, avvenuta nella seconda metà del 2005.

Le due sanatorie pluriennali sono considerate attribuendone l'importo in parti eguali agli anni cui esse si riferiscono.

I dati OECD sono quelli riportati nell'ultima versione di "Health Data" (2005).

Spesa farmaceutica pubblica territoriale – OECD e RGSEP a confronto ³⁶

	2001		2002		2003		2004	
	OECD-2005*	RGSEP-2005	OECD-2005*	RGSEP-2005	OECD-2005*	RGSEP-2005	OECD-2005*	RGSEP-2005
in % del PIL	1,00	0,95	1,00	0,94	0,90	0,86		0,89
in % della spesa SSN		15,40		14,90		13,70		13,80
in % del finanz. dello Stato		16,20		15,40		14,00		14,30

Un tale confronto potrebbe apparire, in linea di principio, una *reperita*, dal momento che i dati OECD derivano comunque dalla contabilità nazionale dei singoli Paesi³⁷. In realtà, esso permette di constatare il ritardo con cui i conti sanitari si assestano.

Dalla tavola riguardante la spesa sanitaria complessiva emergono due fatti di rilievo:

- la sottostima dell'incidenza sul PIL all'interno del *database* OECD, riconducibile anche alla difficoltà con cui la contabilità sanitaria viene chiusa nel rapporto Stato-Regioni;
- la ripresa della tendenza alla crescita dell'incidenza sul PIL, dopo la stabilizzazione perseguita nel decennio/quindicennio precedente e di cui si è dato conto nel precedente paragrafo.

Tra il 2001 e il 2004, l'incidenza spesa/PIL è aumentata di 0,3 punti percentuali, contro un incremento dello 0,1 per cento che i dati OECD descrivono sia tra il 1990 e il 2003 che tra il 2001 e il 2003. Inoltre, i dati RGSEP mostrano una dinamica di spesa italiana approssimativamente allineata a quella media UE-15, laddove i dati storici OECD la riportano più moderata della media (quasi stabile)

La tavola riguardante la spesa farmaceutica territoriale fa rilevare una tendenza diversa. Oltre al già rimarcato "fallimento" del vincolo di proporzionamento rispetto allo stanziamento a carico dello Stato per il SSN (Pammolli e Salerno, 2005a, 2005b), in questo caso si deve notare una dinamica reciproca diversa dell'incidenza di spesa nei dati OECD e in quelli RGSEP, rispetto a quanto avviene per la spesa sanitaria complessiva. In questo caso, quindi, sembra che lo "scollamento" tra dati trasmessi a livello internazionale (non ancora assestati) e dati più recenti di contabilità nazionale (assestati) non permetta di cogliere una tendenza al ribasso, che con ogni probabilità deriva dai provvedimenti di taglio dei prezzi dei farmaci (attuati sia *ex-ante* che *ex-post*), che hanno contraddistinto gli ultimi anni (Pammolli e Salerno, 2004d, 2005c) come *extrema ratio* di governo del sistema sanitario-farmaceutico.

Sommario

La conclusione principale di questo paragrafo (prima di passare alle proiezioni di lungo periodo) è, quindi, la seguente: dopo la significativa opera di compressione/stabilizzazione (a dispetto del marcato invecchiamento), le recenti tendenze mostrano un riattivarsi della dinamica della spesa sanitaria, imputabile alla disorganizzazione con cui sta avvenendo la transizione federalista, e non a scelte consapevoli, programmate ed efficientemente implementate delle risorse che la comunità intende dedicare al sistema sanitario. Questo andamento, se protratto, non solo renderà inutile il "sovracontrollo" del canale di finanziamento pubblico avvenuto durante l'ultimo quindicennio, ma si presenterà presto come un fattore critico per la stabilità del sistema sanitario italiano (Pammolli e Salerno, 2004a, 2004b, 2004c, 2004d, 2004e, 2004f, 2005a, 2005b, 2005c), minandone intrinsecamente la capacità di governo, dapprima negli aspetti finanziari e come diretta conseguenza in quelli reali.

³⁶ I dati OECD comprendono anche in *non durables*; per questo motivo devono ritenersi sovrastimati (rispetto al dato equivalente in RGSEP). Per quanto riguarda le incidenze di spesa, in base alla Legge n. 405 del 16 Novembre 2001, il rapporto tra spesa farmaceutica territoriale e spesa sanitaria a carico dello Stato non deve superare, a livello nazionale ed in ogni singola Regione, il tetto del 13 per cento.

³⁷ Per l'Italia, Ministero della Salute – SIS.

5. Le proiezioni dell'impatto demografico di lungo termine prodotte da ECOFIN

Le proiezioni della spesa sanitaria, già particolarmente complesse per le questioni teoriche ed empiriche descritte in apertura, lo diventano ancor di più quando, come per l'Italia: (a) la definizione dei profili di spesa per sesso-età dell'anno base risente della politica di stabilizzazione finanziaria condotta nei periodi precedenti; (b) la fase di aperta trasformazione sistemica rende ancor più insoddisfacente l'ipotesi di costanza del quadro normativo ed istituzionale³⁸.

Nonostante ciò, un punto di riferimento rimane importante per l'indirizzo della *policy* e dell'attività stessa di riforma del quadro normativo-istituzionale. Esattamente con questi obiettivi, nel 2001 il Gruppo di Lavoro sull'Invecchiamento della Popolazione del Comitato di Politica Economica di ECOFIN ha terminato il suo primo *round* di proiezioni sanitarie; il loro aggiornamento è in corso e dovrebbe essere reso noto a breve³⁹.

Le proiezioni di AWG, che si collocano nell'ambito di un più ampio esercizio di proiezione delle principali voci di spesa sociale (AWG, 2001, 2003a, 2003b), adottano quello che in precedenza si è definito approccio "demografico": sullo sfondo di uno scenario macroeconomico di continua moderata crescita e ipotizzando un tasso di crescita di tutte le voci della spesa sanitaria *pro-capite* allineato a quello dell'economia, esso pone in risalto l'effetto dell'invecchiamento della popolazione.

Le principali ipotesi adottate AWG riguardano:

- le proiezioni demografiche, quelle EUROSTAT a base 1999 nei tre scenari centrale, *low variant* e *high variant*;
- il tasso di crescita della produttività del lavoro, che converge al valore di 1,75 per cento nel 2030, per poi stabilizzarsi sino al 2050;
- il tasso di inflazione, quello *target* della BCE pari al 2 per cento;
- il tasso di partecipazione al mercato del lavoro, che mutua le proiezioni ILO-1997 sino al 2010, per poi mantenere costante il dato degli uomini e farvi convergere quello delle donne;
- il tasso di disoccupazione, posto pari al livello strutturale stimato dall'OECD, con possibilità di una correzione al ribasso di non oltre 1/3 per tener conto delle riforme già attuate sul mercato del lavoro e in fase di maturazione dei loro effetti;
- il tasso di crescita reale del PIL, coerente con tutte le altre ipotesi; per l'Italia, esso si colloca, nella media di tutti gli anni sino al 2050, ad un livello pari all'1,4 per cento.

Un passaggio importante della metodologia di AWG è rappresentato dalla stima dei profili di spesa sanitaria per sesso-età nell'anno base, per poi proiettarli lungo tutto l'orizzonte temporale considerato. In seno ad AWG si è convenuto di mantenersi fedeli il più possibile al piano dei conti sanitari dell'OECD⁴⁰, individuando prima le voci di spesa di tipo *long-term* e, successivamente, per differenza rispetto al totale, quelle di spesa di tipo *acute*. Ai fini della stima, gli investimenti lordi in sanità sono accorpati alla spesa *acute* e imputati in maniera omogenea a tutti i cittadini residenti (indipendentemente dal sesso e dalla fascia d'età). Coerentemente con le indicazioni del "Gruppo

³⁸ Tanto più quando il quadro corrente è, come per l'Italia, particolarmente incerto e fonte diretta di problemi di *governance*.

³⁹ Cfr. http://europa.eu.int/comm/economy_finance/epc/epc_ageing_en.htm.

⁴⁰ Il piano suddivide la spesa in due gruppi: la totale (*acute* e *long-term*) e la *long-term*. Quest'ultima è composta dalle seguenti voci: *care for dependent old persons; home care; institutional care other than hospitalization; homes and services for disabled*. Per differenza rispetto al totale è quindi definita la spesa sanitaria *acute* che consta delle seguenti voci: *services of curative care; services of rehabilitative care; services of long term nursing care; medical goods dispensed to outpatients; prevention and public health services; health administration and health insurance; investments in medical facilities*.

Frascati”, le spese in R&S sono scorporate da quelle in conto capitale e, quindi, non contemplate nelle proiezioni⁴¹. Nel caso dell'Italia, la spesa in conto capitale presa in considerazione corrisponde alla quota parte dei ricavi (finanziamenti) riportati nella tavola SA.1 della RGSEP destinati ad investimento⁴², come confermato dal confronto tra l'incidenza della spesa totale sul PIL del 2000 riportata rispettivamente in AWG, OECD e RGSEP (con gli scarti marginali dovuti al diverso grado di aggiornamento). Questo aspetto deve essere tenuto presente nell'analisi delle proiezioni, dal momento che sottintende che lungo tutto l'arco temporale gli investimenti sanitari *pro-capite* rimangano fissati, a meno del tasso di crescita comune a tutte le prestazioni sanitarie *pro-capite* (cfr. *infra*), al livello dell'anno base. Questa ipotesi è coerente con la finalità di concentrare le proiezioni sul solo impatto demografico, astraendo il più possibile da fattori di natura economico-istituzionale; nondimeno, può rappresentare una possibile fonte di sottostima, di dimensioni più o meno ampie a seconda del Paese di riferimento, delle necessità di spesa capitale nelle prossime decadi⁴³.

I profili di spesa sanitaria per gruppi sesso-età risultano seguire per tutti i *Partner* UE gli andamenti che la letteratura economica ha ampiamente caratterizzato: il profilo *acute* con un forma grossomodo a “J” con il picco sinistro (prime fasce d'età) inferiore al picco destro (età avanzate); e il profilo *long-term* seguente grossomodo la forma di un ramo di parabola continuamente crescente nell'età. A proposito della spesa *long-term*, è necessario sottolineare un altro punto rilevante per l'analisi delle proiezioni: il profilo costruito per l'Italia risente della attuale scarsità di prestazioni istituzionalizzate per i lungodegenti e per gli anziani bisognosi di assistenza continuata; la metodologia adottata meccanicisticamente “trascina” nel tempo questo aspetto strutturale del sistema sanitario che, però, dovrà necessariamente trovare degli sviluppi e delle soluzioni in futuro⁴⁴.

Ai profili di spesa stimati è, infine, applicato un tasso di crescita omogeneo per tipologia di prestazione, sesso ed età, e pari alternativamente al tasso di crescita del PIL *pro-capite* e a quello del PIL per lavoratore attivo. Quindi, la spesa *pro-capite* per gruppo sesso-età in ciascun anno è moltiplicata per la numerosità dei gruppi in quello stesso anno (come rilevabili dalle proiezioni demografiche EUROSTAT). Nel seguito si descrivono sinteticamente i principali risultati emergenti dalle proiezioni condotte da AWG, basate sullo scenario demografico centrale di EUROSTAT.

Spesa sanitaria pubblica di tipo *acute*
tasso di crescita della spesa *pro-capite* pari a quello del PIL *pro-capite*

% PIL	2000	2010	2020	2030	2040	2050	incremento	picco
							2000-2050	2000-2050
Belgio	5,3	5,7	6,0	6,4	6,6	6,6	1,3	1,3
Danimarca	5,1	5,2	5,5	5,7	5,7	5,7	0,6	0,6
Germania	5,7	6,0	6,4	6,7	7,0	7,1	1,4	1,4
Grecia	4,8	5,1	5,5	5,9	6,3	6,6	1,8	1,8
Spagna	5,5	5,8	6,1	6,5	7,0	7,2	1,7	1,7
Francia	6,2	6,4	6,8	7,1	7,4	7,4	1,2	1,2
ITALIA	4,9	5,3	5,6	6,0	6,3	6,5	1,6	1,6
Olanda	4,7	4,9	5,2	5,5	5,6	5,6	0,9	0,9
Austria	5,1	5,5	5,9	6,3	6,7	6,8	1,7	1,7
Portogallo	5,4	5,3	5,5	5,8	6,0	6,1	0,7	0,7
Finlandia	4,6	4,9	5,2	5,6	5,7	5,7	1,1	1,1
Svezia	6,0	6,2	6,5	6,7	6,9	7,0	1,0	1,0
UK	4,6	4,7	4,9	5,2	5,4	5,6	1,0	1,0
media UE	5,2	5,5	5,8	6,1	6,4	6,5	1,2	1,2

fonte AWG (2001, 2003a, 2003b)

⁴¹ Cfr. OECD, “A system of health accounts”, www.oecd.org.

⁴² Cfr. Decreto Legislativo n. 502 del 30 Dicembre 1992. Cfr. anche precedente nota 23. L'investimento è quello lordo.

⁴³ Si tratta di un aspetto particolare della modellizzazione del progresso tecnologico o dell'elasticità della spesa al reddito/PIL.

⁴⁴ Il profilo *long-term* italiano è il più basso tra tutti i *Partner* (praticamente quasi appiattito rispetto all'età).

Spesa sanitaria pubblica di tipo *acute*tasso di crescita della spesa *pro-capite* pari a quello del PIL per lavoratore attivo

% PIL							incremento	picco
	2000	2010	2020	2030	2040	2050	2000-2050	2000-2050
Belgio	5,3	5,3	5,7	6,5	6,8	6,8	1,6	1,6
Danimarca	5,1	5,6	5,9	6,3	6,4	6,2	1,1	1,2
Germania	5,7	5,8	6,4	7,2	7,7	7,7	2,0	2,0
Grecia	4,8	4,1	5,1	5,6	6,1	6,3	1,6	1,6
Spagna	5,0	4,7	4,9	5,4	6,2	6,6	1,6	1,6
Francia	6,1	6,4	7,2	7,8	8,1	8,0	1,9	2,0
Irlanda	5,9	6,5	7,0	7,4	7,8	8,2	2,3	2,3
ITALIA	4,9	5,1	5,4	6,0	6,5	6,6	1,7	1,7
Olanda	4,7	4,8	5,2	5,8	6,1	5,9	1,2	1,4
Austria	5,1	5,3	5,9	6,6	7,1	7,1	2,0	2,0
Portogallo	5,4	5,5	5,7	6,0	6,5	6,6	1,2	1,2
Finlandia	4,6	4,9	5,6	6,3	6,4	6,4	1,8	1,8
Svezia	6,0	5,9	6,4	6,9	7,1	7,2	1,2	1,2
UK	4,5	4,5	4,9	5,4	5,9	6,0	1,5	1,5
media UE	5,2	5,3	5,8	6,4	6,8	6,8	1,6	1,6

fonte AWG (2001, 2003a, 2003b)

I dati qui sopra riportati riguardano la spesa *acute*. Sotto entrambe le ipotesi di tasso di crescita, nel 2050 l'Italia fa rilevare una incidenza sul PIL non superiore a quella media UE, ma dopo una dinamica di crescita più intensa. Infatti, nel primo caso essa è seconda soltanto alla Grecia per incremento di incidenza sul PIL tra il 2000 e il 2050; nel secondo, pur comparando Paesi con incrementi più marcati, essa rimane comunque al di sopra della media.

Considerazioni diverse si devono fare a proposito della spesa *long-term*. In questo caso l'Italia, sotto entrambe le ipotesi sul tasso di crescita, è il Paese che fa rilevare, contemporaneamente, una delle più basse incidenze sia nel 2000 che nel 2050, e una delle più basse dinamiche di crescita.

Nel primo caso, l'incidenza e la dinamica italiane sono le più basse in assoluto; nel secondo, sono le più basse dopo quelle irlandesi (l'Irlanda non ha sviluppato lo scenario con tasso di crescita pari a quello del PIL *pro-capite*).

Spesa sanitaria pubblica di tipo *long-term*tasso di crescita della spesa *pro-capite* pari a quello del PIL *pro-capite*

% PIL							incremento	picco
	2000	2010	2020	2030	2040	2050	2000-2050	2000-2050
Belgio	0,8	0,9	1,0	1,2	1,4	1,5	0,7	0,7
Danimarca	3,0	3,1	3,7	4,4	4,8	5,0	2,0	2,0
Francia	0,7	0,7	0,9	1,0	1,1	1,1	0,4	0,4
ITALIA	0,6	0,7	0,8	0,9	1,0	1,0	0,4	0,4
Olanda	2,5	2,7	3,0	3,6	4,3	4,7	2,2	2,2
Austria	0,7	0,8	1,0	1,2	1,4	1,7	1,0	1,0
Finlandia	1,6	1,9	2,2	2,7	3,2	3,3	1,7	1,7
Svezia	2,8	2,9	3,2	3,9	4,4	4,8	2,0	2,0
UK	1,7	1,8	1,9	2,1	2,3	2,6	0,9	0,9
media UE	1,6	1,7	2,0	2,3	2,7	2,9	1,3	1,3

fonte AWG (2001, 2003a, 2003b)

Spesa sanitaria pubblica di tipo *long-term*tasso di crescita della spesa *pro-capite* pari a quello del PIL per lavoratore attivo

% PIL							incremento	picco
	2000	2010	2020	2030	2040	2050	2000-2050	2000-2050
Belgio	0,7	0,8	1,0	1,2	1,4	1,6	0,9	0,9
Danimarca	3,0	3,3	4,0	5,0	5,3	5,5	2,5	2,5
Francia	0,7	0,7	0,9	1,1	1,2	1,2	0,5	0,5
Irlanda	0,7	0,6	0,7	0,7	0,8	0,9	0,2	0,2
ITALIA	0,6	0,7	0,7	0,9	1,0	1,1	0,5	0,5
Olanda	2,5	2,7	3,0	3,9	4,7	5,0	2,5	2,5
Austria	0,7	0,8	0,9	1,2	1,5	1,8	1,1	1,1
Finlandia	1,6	1,9	2,4	3,0	3,6	3,7	2,1	2,1
Svezia	2,8	2,8	3,1	4,0	4,5	4,9	2,1	2,1
UK	1,7	1,7	1,9	2,2	2,5	2,7	1,0	1,0
media UE	1,5	1,6	1,9	2,3	2,7	2,8	1,3	1,3

fonte AWG (2001, 2003a, 2003b)

L'andamento della spesa *long-term* italiana è spiegabile con la considerazione, già esplicitata, circa la scarsità di prestazioni istituzionalizzate per lungodegenti e bisognosi di assistenza continuata, che, riflessa nel profilo di spesa dell'anno base, inevitabilmente si ripercuote su tutto l'orizzonte di proiezione.

Si può completare la descrizione della situazione italiana con due ulteriori osservazioni.

In primo luogo, l'Italia condivide con tutti i *Partner* (tranne due eccezioni⁴⁵) l'andamento continuamente crescente dell'incidenza sul PIL (l'incremento 2000-2050 e il picco di incremento coincidono): anche in un approccio che si concentra sulla dimensione demografica, l'andamento di lungo periodo della quota di PIL dedicata alla sanità mostra una tendenza lenta ma costante alla crescita, senza inversione.

In secondo luogo, come si è già fatto rilevare, è utile ai fini della valutazione comparare il dato di incidenza complessiva (*acute* e *long-term*) nel 2000 riportato da AWG (2001), il 5,5 per cento, con quello riportato nella versione più aggiornata dei dati sanitari OECD (2005) per la spesa sanitaria totale dello stesso anno, il 5,9 per cento, e con quello riportato nella RGSEP del 2003 sempre per la spesa sanitaria totale del 2000, il 6 per cento. Questo confronto aiuta ad apprezzare la anormale levitazione dei dati in corso di assestamento che, se ignorata, rende velocemente vetusti gli esercizi di proiezione⁴⁶.

Il lavoro di AWG contiene anche degli esercizi di sensitività. Si riportano quelli riguardanti il tasso di crescita della spesa *pro-capite*, interessanti sia per verificare la variabilità delle proiezioni, sia per una lettura combinata con l'esercizio di sensitività svolto dal CERM (*cfr. infra*).

Si prende in considerazione il solo scenario in cui la spesa *pro-capite* è supposta crescere allo stesso tasso del PIL *pro-capite*. Se, in alternativa, si suppone che il tasso di crescita della spesa mostri un divario in aumento o in diminuzione, rispetto a quello del PIL *pro-capite*, di 0,25 punti percentuali, le nuove proiezioni divengono le seguenti⁴⁷. Com'è ovvio, in tutti i *Partner* l'incidenza proiettata aumenta/diminuisce se si considerano dinamiche della spesa superiori/inferiori a quella del PIL.

⁴⁵ La spesa *acute* di Francia e Olanda, quando il tasso di crescita è quello del PIL per lavoratore attivo.

⁴⁶ Né questo appare un aspetto che si possa giustificare con la finalità di cogliere il solo impatto demografico.

⁴⁷ Non per tutti i Paesi è disponibile l'analisi di sensitività.

Spesa sanitaria pubblica di tipo *acute*tasso di crescita della spesa *pro-capite* pari a quello del PIL *pro-capite* (sensività)

% PIL	2000	+ 0,25 p.p.		ipotesi centrale		- 0,25 p.p.	
		2050	incr.	2050	incr.	2050	incr.
Belgio	5,3	7,5	2,2	6,6	1,3	5,9	0,6
Grecia	5,5	8,2	2,7	7,2	1,7	6,4	0,9
Irlanda	5,9	9,2	3,3	8,2	2,3	7,3	1,4
ITALIA	4,9	7,3	2,4	6,5	1,6	5,7	0,8
Olanda	4,7	6,4	1,7	5,6	0,9	5,0	0,3
Portogallo	5,4	7,0	1,6	6,1	0,7	5,4	0,0
Finlandia	4,6	6,5	1,9	5,7	1,1	5,1	0,5
Svezia	6,0	7,9	1,9	7,0	1,0	6,1	0,1
UK	4,6	6,4	1,8	5,6	1,0	4,9	0,3

fonte AWG (2001, 2003a, 2003b)

Spesa sanitaria pubblica di tipo *long-term*tasso di crescita della spesa *pro-capite* pari a quello del PIL *pro-capite* (sensività)

% PIL	2000	+ 0,25 p.p.		ipotesi centrale		- 0,25 p.p.	
		2050	incr.	2050	incr.	2050	incr.
Belgio	0,8	1,7	0,9	1,5	0,7	1,3	0,5
Irlanda	0,7	1,0	0,3	0,9	0,2	0,8	0,1
ITALIA	0,6	1,2	0,6	1,0	0,4	0,9	0,3
Olanda	2,5	5,4	2,9	4,7	2,2	4,2	1,7
Finlandia	1,6	3,7	2,1	3,3	1,7	2,9	1,3
Svezia	2,8	5,4	2,6	4,8	2,0	4,2	1,4
UK	1,7	2,9	1,2	2,6	0,9	2,3	0,6

fonte AWG (2001, 2003a, 2003b)

Indicazioni di rilievo emergono, infine, se si contestualizzano gli andamenti della spesa sanitaria all'interno di quelli della spesa sociale e, in particolare della spesa pensionistica. Per far questo si deve tenere presente che:

- le proiezioni della spesa pensionistica adottate da AWG sono quelle ottenute attraverso i singoli modelli di proiezione nazionale, con l'inserimento di tutte le ipotesi macro e microeconomiche concordante in seno ad AWG⁴⁸;
- le proiezioni della spesa per istruzione (sino alla laurea di secondo livello) e per indennità di disoccupazione sono condotte seguendo una metodologia simile a quella per la spesa sanitaria; viene identificato un valore di spesa *pro-capite* nell'anno base, questo è proiettato nel tempo al tasso di crescita del PIL per lavoratore attivo, quindi moltiplicato per la numerosità dei beneficiari della spesa negli anni avvenire (ottenuti applicando le ipotesi riguardanti la scolarità e il mercato del lavoro alle proiezioni demografiche).

La comune metodologia di proiezione delle spese per sanità, istruzione e indennità di disoccupazione permette di dire che tutte e tre si concentrano sull'impatto demografico⁴⁹.

⁴⁸ Il perimetro di spesa comprende tutte le pensioni pubbliche per vecchiaia, anzianità, invalidità e superstiti, più le pensioni e gli assegni sociali (AWG, 2001, 2003a, 2003b).

⁴⁹ Per le pensioni questo aspetto è di minor rilevanza, poiché non è necessaria l'adozione di ipotesi specifiche sul tasso di crescita delle prestazioni e sul suo rapporto rispetto all'evoluzione del PIL. La dinamica della spesa deriva direttamente dall'applicazione delle regole pensionistiche alla platea degli aventi diritto (*i.e.* non sono necessarie ipotesi aggiuntive rispetto a quelle riguardanti lo scenario economico). Inoltre, nei limiti in cui le prestazioni pensionistiche hanno natura prettamente monetaria, l'impatto della tecnologia, che riguarda le prestazioni *in-kind* di beni o di servizi (come nella sanità e nell'istruzione), assume una dimensione trascurabile.

Spesa pubblica per sanità (*acute e long-term*), pensioni, istruzione e indennità di disoccupazione

% PIL							incremento	di cui per sanità	picco
	2000	2010	2020	2030	2040	2050	2000-2050	00-50	2000-2050
Belgio	23,9	22,9	24,1	27,0	27,9	27,5	3,6	56%	4,0
Danimarca	28,5	31,0	32,7	34,3	34,7	33,9	5,4	48%	6,2
Germania	24,0	23,4	24,9	28,4	29,9	30,2	6,2		6,2
Grecia	21,8	21,1	24,0	28,8	33,5	34,8	13,0		13,0
Spagna	21,3	19,1	20,2	23,0	26,9	28,7	7,4		7,4
Francia	26,5	26,9	29,3	30,6	30,6	30,5	4,1	39%	4,1
Irlanda	10,1	9,7	11,2	11,9	12,2	13,2	3,1		3,1
ITALIA	24,2	24,5	25,5	26,6	27,1	25,8	1,6	125%	2,9
Olanda	21,4	23,1	25,5	28,3	30,4	30,3	8,9	35%	9,0
Austria	26,9	27,4	28,5	31,3	32,1	31,1	4,2	64%	5,2
Portogallo	21,5	23,0	24,6	24,9	25,5	25,1	3,6		4,0
Finlandia	25,3	25,5	27,1	30,2	32,0	31,8	6,5	42%	6,7
Svezia	27,0	27,2	27,8	30,0	31,0	30,6	3,6	83%	4,0
UK	17,4	17,3	17,0	18,0	17,3	18,0	0,6	317%	0,6
media UE	22,8	23,0	24,5	26,7	27,9	28,0	5,1	49%	5,5

fonte AWG (2001, 2003a, 2003b)

Spesa pubblica per pensioni

% PIL							incremento	a cfr. con incr.	picco
	2000	2010	2020	2030	2040	2050	2000-2050	sanità 00-50	2000-2050
Belgio	10,0	9,9	11,4	13,3	13,7	13,3	3,3	2,0	3,7
Danimarca	10,5	12,5	13,8	14,5	14,0	13,3	2,8	2,6	4,0
Germania	11,8	11,2	12,6	15,5	16,6	16,9	5,1		5,1
Grecia	12,6	12,6	15,4	19,6	23,8	24,8	12,2		12,2
Spagna	9,4	8,9	9,9	12,6	16,0	17,3	7,9		7,9
Francia	12,1	13,1	15,0	16,0	15,8	-	3,7	1,8	3,9
Irlanda	4,6	5,0	6,7	7,6	8,3	9,0	4,4		4,4
ITALIA	13,8	13,9	14,8	15,7	15,7	14,1	0,3	2,0	1,9
Lussemb.	7,4	7,5	8,2	9,2	9,5	9,3	1,9		1,9
Olanda	7,9	9,1	11,1	13,1	14,1	13,6	5,7	3,1	6,2
Austria	14,5	14,9	16,0	18,1	18,3	17,0	2,5	2,7	3,8
Portogallo	9,8	11,8	13,1	13,6	13,8	13,2	3,4		4,0
Finlandia	11,3	11,6	12,9	14,9	16,0	15,9	4,6	2,8	4,7
Svezia	9,0	9,6	10,7	11,4	11,4	10,7	1,7	3,0	2,4
UK	5,5	5,1	4,9	5,2	5,0	4,4	-1,1	1,9	-0,3
media UE	10,0	10,4	11,8	13,4	14,1	13,8	2,8	2,5	4,4

fonte AWG (2001, 2003a, 2003b)

Nelle tavole precedenti, la spesa sanitaria considerata è quella dello scenario in cui la spesa *pro-capite* cresce come il PIL *pro-capite*.

Nel lungo periodo, l'Italia mostra una completa stabilizzazione del complesso delle quattro voci di spesa sociale. Dopo aver raggiunto un picco di incidenza nel 2040 (27,1 per cento), l'andamento rispetto al PIL appare curvato, e al 2050 l'incidenza risulta di oltre 2 punti percentuali inferiore alla media UE. Inoltre, l'Italia fa registrare, dopo il Regno Unito, il più basso picco di incidenza e il più basso incremento complessivo di incidenza (1,6 per cento).

In questo quadro in cui l'Italia riesce a superare la fase di transizione demografica dovuta all'invecchiamento della popolazione, spicca il dato relativo alla spesa sanitaria: il 125 per cento dell'incremento di incidenza sul PIL tra il 2000 e il 2050 è riconducibile alla sanità; il valore più elevato

tra i *Partner*, se si esclude quello del Regno Unito, quest'ultimo però dovuto alla dimensione nettamente inferiore del complesso delle quattro voci di spesa sociale e del relativo incremento⁵⁰.

A confronto con la prima grande voce di spesa sociale (le pensioni), l'argomento appena descritto trova un significativo approfondimento. L'Italia è il Paese che mostra la migliore stabilizzazione della spesa pubblica per pensioni (praticamente nel 2050 ricondotta alla stessa percentuale del PIL del 2000), se si esclude il Regno Unito dove, tuttavia, questa voce di spesa sociale si colloca significativamente al di sotto della media UE. Anche il picco di incidenza sul PIL della voce pensioni è per l'Italia il più basso tra i *Partner* ad esclusione del Regno Unito (1,9 punti percentuali contro i 4,4 della media UE). Questi dati, che scaturiscono dall'intenso processo di riforme pensionistiche condotto in Italia durante tutti gli anni Novanta⁵¹, "contrastano" con quelli relativi alla spesa sanitaria pubblica. Infatti, escludendo il Regno Unito per gli stessi motivi già citati, l'Italia è l'unico Paese in cui l'incremento di incidenza della spesa sanitaria tra il 2000 e il 2050 (2 punti percentuali) supera sia il corrispondente incremento della spesa pensionistica (0,3) che lo stesso picco di incidenza fatto registrare dalla spesa pensionistica (1,9).

Sommario

In una lettura conclusiva, le proiezioni di AWG mostrano che l'impatto demografico sulla spesa sociale italiana si svolgerà soprattutto per il tramite del sistema sanitario⁵².

Per questa voce di spesa le proiezioni indicano un *trend* di crescita, ascrivibile espressamente all'invecchiamento, continuo e senza inversione, che al 2050 conduce ad un aumento di incidenza sul PIL di 2-2,2 punti percentuali (a seconda dell'ipotesi sul tasso di crescita del PIL *pro-capite*).

La stabilizzazione della spesa sociale italiana appare fondata essenzialmente sulle riforme del sistema pensionistico attuate negli anni Novanta (e ancora in corso⁵³); è la dinamica di questa voce di spesa che caratterizza e distingue l'Italia rispetto agli altri *Partner*.

Per converso, l'incremento di incidenza della spesa sanitaria, pur inferiore alla media UE⁵⁴, dovrebbe esser attentamente soppesato, se si considera anche che, oltre ai motivi di insoddisfazione dell'approccio demografico e di incertezza delle proiezioni, sintetizzati in apertura di questo lavoro e comuni a tutti i *Partner*:

- nella parte *long-term* l'Italia è attualmente povera di prestazioni istituzionalizzate e questo si traduce in minori proiezioni di spesa, pur non costituendo un aspetto virtuoso (tutt'altro);
- l'assenza di una considerazione specifica per la spesa in conto capitale può costituire un'altra fonte di reale sottostima, soprattutto alla vigilia delle trasformazioni federaliste del sistema

⁵⁰ L'incidenza sul PIL delle quattro voci è di 10 punti percentuali inferiore alla media UE, ed il suo incremento 2000-2050 di circa 4,5 punti percentuali inferiore. La minor spesa sociale pubblica del Regno Unito è ascrivibile alla voce pensioni (l'incidenza più bassa nell'UE, 4,5 punti percentuali al di sotto della media nel 2000, 6,4 nel 2050) e riconducibile alla struttura multipilastro ormai da tempo affermatasi.

⁵¹ Processo che, per i lavoratori *new enter* dal 1995, ha trasformato il sistema pensionistico da retributivo a ripartizione a contributivo a ripartizione.

⁵² Se si analizzassero in dettaglio le altre due voci di spesa (istruzione e indennità di disoccupazione), emergerebbe come nelle proiezioni AWG esse contribuiscano a ridurre l'incidenza sul PIL, poiché diminuiscono con continuità tra il 2000 e il 2050. Si tratta di una conseguenza dell'approccio demografico che, in corrispondenza dell'assottigliamento delle fasce in età scolare e dell'ipotesi di riassorbimento della disoccupazione, riduce la numerosità delle platee di beneficiari delle due voci di spesa.

⁵³ Cfr. riforma pensionistica del 2004 (requisiti di pensionamento) e riforma del 2005 riguardante la previdenza complementare (vari contributi su www.cermlab.it).

⁵⁴ Sotto entrambe le ipotesi di crescita della spesa *pro-capite*.

sanitario, di fronte alle quali la disomogenea situazione infrastrutturale regionale rappresenta uno snodo di importanza cruciale⁵⁵;

- nell'anno base per la costruzione dei profili di spesa individuali, per l'Italia il 1999, la spesa sanitaria totale pubblica giungeva da un periodo decennale di compressione e stabilizzazione che la aveva resa tra le più basse UE in termini di PIL (5,5 per cento contro una media UE di 7,1, sugli stessi dati AWG⁵⁶);
- l'anno base in cui sono costruiti i profili di spesa per l'Italia, il 1999, corrisponde proprio all'ultimo prima del varo della riorganizzazione in senso federalista del sistema di finanziamento della sanità (il Decreto Legislativo n. 56/00); questa riforma, incompleta e non sufficientemente armonizzata con i processi di evoluzione istituzionale, ha concorso alla riattivazione della dinamica di spesa, che nei soli ultimi tre anni, dal 2001 al 2004, è aumentata in termini di PIL del triplo di quanto fosse avvenuto tra il 1990 e il 2003 (0,3 punti percentuali contro 0,1; *cfr. supra* anche per riferimenti alla letteratura)⁵⁷;
- infine, proprio le riforme pensionistiche attuate negli anni Novanta, che si tradurranno in avvenire in un sensibile ridimensionamento del tasso di sostituzione reddito/pensione, potrebbero richiedere un rafforzamento dell'assistenza sanitaria pubblica per continuare a garantire durante la quiescenza l'universale accesso ai LEA (i livelli essenziali che devono trovare implementazione in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale)⁵⁸.

⁵⁵ E' uno dei motivi di insoddisfazione del Decreto Legislativo n. 56/00 che ha ridisegnato (almeno formalmente) le modalità di finanziamento del sistema sanitario nazionale, per adattarlo ad un contesto federalista (vari contributi su www.cermlab.it). Il decreto non prevede una trattazione specifica delle spese in conto capitale, neppure nella fase di transizione. Eppure, una idonea dotazione infrastrutturale regionale costituisce un requisito fondante per la sostenibilità dell'assetto federalista in sanità (Pammolli e Salerno, 2004a). Appare quindi come irrinunciabile la definizione di un meccanismo di finanziamento efficace ed efficiente, strumento di una nuova *governance* federalista e sostituito sia delle funzioni di investimento delegate al vecchio fondo sanitario nazionale, sia dei "programmi straordinari" e dei "programmi pluriennali" ancora in corso (*cfr.* Legge n. 67 del 1988). Sinora il Decreto Legislativo n. 56/00 è rimasto sostanzialmente inapplicato e, nella situazione di strana *vacatio* normativa che si sta vivendo, il finanziamento del sistema sanitario sta proseguendo replicando, "sotto altre vesti", il funzionamento del vecchio fondo sanitario nazionale.

⁵⁶ Soltanto la Grecia mostra un'incidenza inferiore nel 2000.

⁵⁷ Come si è argomentato nei paragrafi precedenti, a destare preoccupazione non è tanto la dinamica di crescita recente della spesa (pur degna di considerazione da parte del *policy maker*), ma la modalità con cui si è prodotta: una transizione federalista in cui è ancora lontana la definizione di una nuova *governance* del sistema sanitario e in cui, invece, si sta vivendo una pericolosa dicotomia tra Stato finanziatore "di ultima istanza" e Regioni erogatrici dei servizi sanitari (*cfr. supra*).

⁵⁸ Nell'insieme degli equilibri economico-sociali, infatti, la stabilità finanziaria di lungo termine ottenuta con le positive riforme del sistema pensionistico pubblico dell'ultimo decennio deve trovare armonizzazione con le riforme modernizzatrici degli altri istituti del *welfare system*. La possibilità che possano derivarne pressioni sul sistema sanitario è, infatti, tanto più elevata quanto più manchevoli sono le riforme multipilastro sia in previdenza che in sanità, la definizione di una *governance* efficace ed efficiente per il sistema sanitario, l'adozione di schemi di regolazione per la responsabilizzazione individuale nel consumo (Pammolli e Salerno, 2004a, 2005a, 2005b); cioè di quelle riforme che permettono di preparare le risorse (pubbliche e private) da dedicare ai bisogni sanitari e di impegnarle in maniera efficace ed efficiente. Per i vantaggi micro e macroeconomici dei sistemi multipilastro, *cfr.* Pammolli e Salerno (2005d).

6. Le proiezioni dell'impatto demografico di lungo termine prodotte da RGS

Mentre a livello UE le proiezioni di lungo termine più recenti sono quelle effettuate nel 2001⁵⁹, a livello nazionale esiste un riferimento aggiornato al 2004: quello prodotto dalla Ragioneria Generale dello Stato all'interno della sua attività di monitoraggio e proiezione delle voci di spesa sociale (RGS, 1999-2005, vari contributi)⁶⁰.

L'approccio utilizzato dalla RGS è il medesimo di AWG⁶¹: la proiezione mira a cogliere l'effetto demografico "puro", all'interno di un contesto macroeconomico di continua e moderata crescita economica e di naturale proporzionamento del tasso di crescita della spesa *pro-capite* a quello del PIL *pro-capite* o per lavoratore attivo. Se la metodologia generale è condivisa (costanza dell'assetto normativo e istituzionale; stima dei profili di spesa nell'anno base; applicazione di un tasso di crescita omogeneo; etc.), alcuni aspetti tecnici sono maggiormente approfonditi e diverse rimangono le principali ipotesi:

- le proiezioni demografiche sono quelle ISTAT a base 2001;
- i profili di spesa sono costruiti in base alla contabilità sanitaria del 2002/2003⁶², fanno riferimento ai singoli LEA sanitari in cui sono raggruppate le prestazioni sanitarie e quindi, sia pure indirettamente, alle tariffe applicate ai DRG ("*diagnostic related group*"⁶³) sottesi ad ogni LEA (RGS, 2005, pagg. 77-91)⁶⁴;
- sono sviluppati anche i profili di spesa per sesso-età relativi ai "*death related cost*";
- il tasso di crescita della spesa *pro-capite* è ipotizzato pari, alternativamente, a quello del PIL *pro-capite* o del PIL per lavoratore attivo (come in AWG ma alla luce delle nuove ipotesi economiche; *cfr. infra*);
- anche se i profili di spesa per sesso-età sono più numerosi e più dettagliati di quelli di AWG, alla fine essi sono assommati nelle due categorie generali della *acute* e della *long-term*;
- il tasso di attività diminuisce costantemente dal 32,3 per cento del 2005 al 38,9 per cento del 2050;

⁵⁹ E' attualmente in corso un nuovo *round* di proiezioni.

⁶⁰ Cfr. <http://www.rgs.mef.gov.it/VERSIONE-I/Norme-e-do/Spesa-soci/index.asp> e <http://www.rgs.mef.gov.it/VERSIONE-I/Norme-e-do/Spesa-soci/ATTIVITA--/index.asp>.

⁶¹ Il Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato e il Dipartimento del Tesoro (entrambi del Ministero dell'Economia e delle Finanze) rappresentano l'Italia nel consesso di AWG.

⁶² I dati sull'attività di ricovero ospedaliero (circa la metà della spesa sanitaria totale) si riferiscono al 2002.

⁶³ Cfr. Decreto Ministeriale del 15 Aprile 1994, "*Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera*".

⁶⁴ I profili di spesa sono maggiormente microfondati rispetto ad AWG. Si fa ricorso all'ipotesi di generale convergenza delle Regioni nell'applicazione del *ticket* farmaceutico (RGS, 2005, pag. 79). Per quanto riguarda gli altri LEA sanitari, la metodologia di costruzione dei profili, partendo dai costi contabilizzati a carico del SSN, considera indifferentemente sia le prestazioni totalmente finanziate dal sistema pubblico che quelle per le quali una parte del costo rimane a carico del privato (in quest'ultimo caso, ovviamente, il profilo di costo tiene conto solo della quota parte a carico del sistema pubblico). Infatti, il DPCM del 29 Novembre 2001 ("*Definizione dei livelli essenziali di assistenza*"), che ha recepito l'Accordo Stato-Regioni del 22 Novembre dello stesso anno (G.U. dell'8 Febbraio 2002, n. 33), rimanda alle Regioni la possibilità di attivare forme di compartecipazione alle tariffe dei vari DRG (punto terzo dell'Accordo del 22 Novembre), così come avviene per i farmaci. Per i LEA diversi dall'assistenza farmaceutica sarebbe, però, prematuro ipotizzare qualunque tipo di comportamento da parte delle Regioni (sia esso convergente o meno), dal momento che il quadro normativo ed istituzionale federalista è ancora in fase di costruzione e non può offrire idonei punti di riferimento. A proposito di quadro normativo, inoltre, si consideri che le proiezioni non coprono i cosiddetti LEA socio-sanitari, cioè quegli insiemi di prestazioni comprendenti nel contempo assistenza sanitaria e sociale (in senso lato), che sono attualmente a carico in alcuni casi (o in parte) del SSN e in altri (nella rimanente parte) della Regione e/o degli Enti Locali (la terza lista di LEA riportata nel citato DPCM del 2001); anche in questo caso, lo stato normativo ed organizzativo ancora in evoluzione non permetterebbe di affrontare una proiezione di spesa su basi metodologiche solide.

- il tasso di disoccupazione diminuisce costantemente dall'8 per cento del 2005 al 4,2 per cento del 2050;
- il tasso di crescita della produttività del lavoro si attesta su un livello medio annuo, sull'arco 2005-2050, dell'1,7-1,8 per cento, con un andamento crescente sino al 2025 e poi costante sino al 2050;
- il tasso di inflazione è quello *target* della BCE, pari al 2 per cento;
- il tasso di crescita reale del PIL è coerente con tutte le altre ipotesi e, sull'arco 2005-2050, assume un valor medio pari all'1,5 per cento⁶⁵.

Di seguito si riportano le proiezioni di lungo periodo di RGS nello scenario in cui la spesa *pro-capite* cresce allo stesso tasso del PIL *pro-capite* e la dinamica demografica è quella dello scenario centrale dell'ISTAT (a base 2001).

Spesa sanitaria pubblica di tipo *acute*

tasso di crescita della spesa *pro-capite* pari a quello del PIL *pro-capite*

% PIL	2005	2010	2020	2030	2040	2050	incremento 2005-2050
fasce età							
0-64	3,4	3,3	3,3	3,2	2,9	2,8	-0,6
65-79	1,8	1,8	1,9	2,2	2,7	2,5	0,7
80+	0,7	0,8	1,0	1,2	1,4	1,8	1,1
totale	5,8	5,9	6,2	6,7	7,0	7,2	1,4

fonte: RGS (2005)

Spesa sanitaria pubblica di tipo *long-term*

tasso di crescita della spesa *pro-capite* pari a quello del PIL *pro-capite*

% PIL	2005	2010	2020	2030	2040	2050	incremento 2005-2050
fasce d'età							
0-64	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,0
65-79	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1
80+	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,8	0,6
totale	0,8	0,8	0,9	0,9	1,1	1,2	0,4

fonte: RGS (2005)

Spesa sanitaria pubblica complessiva (*acute* e *long-term*)⁶⁶

tasso di crescita della spesa *pro-capite* pari a quello del PIL *pro-capite*

% PIL	2005	2010	2020	2030	2040	2050	incremento 2005-2050
fasce età							
0-64	3,7	3,6	3,6	3,5	3,2	3,1	-0,6
65-79	1,9	1,9	2,1	2,4	2,9	2,7	0,8
80+	0,9	1,1	1,4	1,7	2,0	2,6	1,7
totale	6,5	6,7	7,1	7,6	8,1	8,4	1,9

fonte: RGS (2005)

⁶⁵ Si riportano le proiezioni ottenute all'interno dello scenario macroeconomico cosiddetto "nazionale base". La RGS le sviluppa anche all'interno di un scenario di tipo "programmatico".

⁶⁶ Possibili differenze con la somma delle due componenti (*acute* e *long-term*) sono da attribuire agli arrotondamenti decimali.

Dal momento che entrambe sono focalizzate sulla dimensione demografica, è possibile confrontare le proiezioni AWG (2001) con quelle RGS (2005). Emergono alcuni fatti degni di rilievo:

- nel primo anno del periodo di proiezione, rispettivamente il 2000 e il 2005, l'incidenza sul PIL aumenta di 1 punto percentuale da AWG ad RGS, a dimostrazione di quanto significativa sia stata la dinamica della spesa nel corso degli ultimi anni (*cf. supra*);
- gli incrementi di incidenza al 2050 rimangono grossomodo dello stesso ordine, e cioè 1,4 punti percentuali (contro 1,6 di AWG) per la *acute*, e 0,4 punti percentuali (identico in AWG) per la *long-term*; in combinazione con quanto affermato al precedente punto, questo dovrebbe far riflettere sul fatto che la parte più consistente dell'aggiornamento è consistita nella presa d'atto dei nuovi dati di consumo sanitario nell'anno base, piuttosto che nei risultati della proiezione in sé (cioè nell'individuazione del *trend* di lungo periodo);
- in RGS come in AWG gli incrementi di incidenza derivano da una crescita graduale ma continua della spesa in rapporto al PIL su tutto l'orizzonte considerato, senza inversione;
- al pari di quanto argomentato per AWG, la spesa in esame corrisponde a quella totale, corrente e capitale; infatti, l'incidenza nel 2005 equivale a quella che la RGSEP indica per il 2004 (*tavola SA-1 "Spesa e finanziamento del SSN"*), che riporta i dati onnicomprensivi di spesa;
- rimangono valide le osservazioni già formulate in merito alla proiezione delle spese in conto capitale; l'ipotesi che l'investimento lordo *pro-capite* in sanità compiuto nell'anno base sia costante nel tempo, a meno del tasso di crescita annuale comune a tutte le altre voci di spesa sanitaria *pro-capite*, potrebbe sottostimare le necessità di spesa delle prossime decadi⁶⁷.

L'incremento di incidenza sul PIL risulta maggiore se si adotta l'ipotesi che la spesa *pro-capite* cresca come il PIL per lavoratore attivo (mantenendo lo scenario demografico centrale dell'ISTAT). Addirittura, in questo caso l'incremento proiettato da RGS è superiore rispetto a quello di AWG.

Spesa sanitaria pubblica complessiva (*acute* e *long-term*)

tasso di crescita della spesa *pro-capite* pari a quello del PIL per lavoratore attivo

% PIL	2005	2010	2020	2030	2040	2050	incremento 2005-2050
<i>acute</i>	5,8	5,8	6,2	6,8	7,4	7,6	1,8
<i>long-term</i>	0,7	0,8	0,8	1,0	1,2	1,3	0,6
totale	6,5	6,6	7,0	7,8	8,6	8,9	2,4

fonte: RGS (2005)

⁶⁷ La modalità di trattazione delle spese in conto capitale è coerente con la finalità di focalizzare la valutazione sull'impatto demografico (come in AWG). Ciò non solleva dalla riflessione che tale scelta potrebbe sottostimare la necessità di formazione dello *stock* di capitale fisico in Italia. Infatti, sia il periodo di compressione/stabilizzazione della spesa dell'ultimo quindicennio che lo stallo normativo ed istituzionale prodottosi nel 2000 hanno concorso a creare una situazione sfavorevole alla programmazione degli investimenti e all'adeguamento infrastrutturale. Per converso, il rafforzamento delle infrastrutture e una loro maggiore omogeneizzazione interregionale appaiono oggi due prerequisiti indispensabili per il definitivo avvio di un sistema federalista sostenibile (Pammolli e Salerno, 2004a).

Dal punto di vista tecnico, la più o meno adeguata considerazione degli investimenti lordi futuri nasconde un problema complesso, che cade al di fuori degli scopi del presente lavoro: se il profilo di spesa è costruito a partire dai consumi sanitari e dalle connesse tariffe, l'inclusione o meno della spesa in conto capitale dipende da come sono calibrate queste ultime. In base al Decreto Ministeriale del 15 Aprile 1994, esse dovrebbero essere onnicomprensive dei costi *standard* di produzione, sia quelli variabili sia quelli fissi *pro-quota*; di conseguenza, le tariffe dovrebbero essere idonee alla ricostituzione dello *stock* di capitale in uso ogni anno, nell'ipotesi di costanza quantitativa e qualitativa (coprendo solo manutenzione e ammortamento, articolo 3, comma 2 del decreto). E' vero che lo stesso decreto prevede l'adeguamento triennale delle tariffe per tener conto dell'avanzamento tecnologico, ma il processo rimane sempre di tipo *backward*, cioè di riconoscimento del maggior costo delle infrastrutture e delle strumentazioni in uso nell'anno corrente (l'anno di costruzione dei profili di spesa, se si vuole) cui poi, nella logica delle proiezioni, è applicato un tasso di crescita comune a tutte le prestazioni sanitarie e allineato a quello dell'economia.

Infine, le proiezioni di RGS (2005) contengono una prima applicazione della metodologia dei “*death related cost*” che, come si è descritto in apertura del lavoro, consente di migliorare notevolmente l’accuratezza delle valutazioni dell’impatto demografico (*i.e.* proiezione migliore, ma rimanendo sempre all’interno dell’approccio focalizzato sulla demografia⁶⁸).

Spesa sanitaria pubblica complessiva (acute e *long-term*)

tasso di crescita della spesa *pro-capite* pari a quello del PIL *pro-capite*; modellizzazione dei “*death related cost*”

% PIL	2005	2010	2020	2030	2040	2050	incremento 2005-2050
<i>acute</i>	5,8	5,9	6,1	6,5	6,8	6,9	1,1
<i>long-term</i>	0,7	0,7	0,8	0,7	0,9	1,0	0,3
totale	6,5	6,6	6,9	7,2	7,7	7,9	1,4

fonte: RGS (2005)

Spesa sanitaria pubblica complessiva (acute e *long-term*)

tasso di crescita della spesa *pro-capite* pari a quello del PIL per lavoratore attivo; modellizzazione dei “*death related cost*”

% PIL	2005	2010	2020	2030	2040	2050	incremento 2005-2050
<i>acute</i>	5,8	5,8	6,1	6,6	7,2	7,3	1,5
<i>long-term</i>	0,7	0,8	0,7	0,7	0,9	1,0	0,3
totale	6,5	6,6	6,8	7,3	8,1	8,3	1,8

fonte: RGS (2005)

Una volta dotate dei profili di spesa “*death-related*”, le proiezioni mostrano incrementi di incidenza nel 2050 inferiori: nel primo caso (PIL *pro-capite*) pari a 1,4 punti percentuali (con una riduzione di 0,5); nel secondo caso (PIL per lavoratore attivo) pari a 1,8 punti percentuali (con una riduzione di 0,6).

Dopo aver preso atto delle nuove proiezioni di lungo termine elaborate da RGS (2005) per l’altra grande voce di spesa sociale pubblica, le pensioni, si hanno a disposizione gli stessi elementi già considerati a proposito del lavoro di AWG, e si può procedere ad una valutazione complessiva e conclusiva.

Spesa pensionistica pubblica ⁶⁹

% PIL	2005	2010	2020	2030	2040	2050	incremento 2005-2050
pensioni	14,2	14,1	14,6	15,3	15,4	13,9	-0,3

fonte: RGS (2005)

⁶⁸ Come si è già argomentato, in un certo senso, tanto più accurato è l’approccio demografico, tanto più esso diventa demografico “puro”.

⁶⁹ La definizione di spesa è la stessa contemplata in AWG. La proiezioni considera gli effetti della riforma pensionistica del 2004.

Sommario

Le proiezioni di RGS (2005) confermano quanto già suggerito dalle proiezioni AWG: l'impatto della transizione demografica sulla spesa sociale pubblica si svolgerà, in Italia, soprattutto per il tramite del sistema sanitario.

Anche concentrandosi sui soli effetti demografici *tout court* (approccio esplicitamente demografico), resi più accurati dal ricorso ai profili di spesa "death-related", l'incremento di incidenza della spesa sanitaria risulta pari a 1,4 o 1,8 punti percentuali di PIL, a seconda dell'ipotesi sul tasso di crescita della spesa *pro-capite*. Tale incremento si confronta con la completa stabilizzazione di lungo periodo emergente dalle proiezioni della spesa pensionistica (addirittura una riduzione di incidenza di 3 decimi di punto percentuale).

Se, dunque, il ricorso ai profili di spesa "death-related" allieva la pressione della demografia sui conti sanitari rispetto a quanto proiettato da AWG, permangono tutti i fattori di criticità già segnalati nel paragrafo precedente (pagg. 25-26), che dovrebbero indurre a soppesare adeguatamente tali incrementi, perché essi potrebbero rappresentare delle nette sottostime di fronte alle quali la politica economica dovrebbe prontamente reagire con un completo programma riformista:

- il profilo di spesa *long-term*, significativamente inferiore rispetto a quello dei *Partner UE*;
- il possibile impatto dei fattori diversi da quello demografico, *in primis* il progresso tecnologico e le variazioni di elasticità della spesa sanitaria al PIL/reddito;
- la mancanza di una considerazione specifica delle spese in conto capitale, in grado di cogliere le necessità di adeguamento infrastrutturale regionale insite nella trasformazione federalista (un aspetto particolare dell'impatto del progresso tecnologico, se si vuole);
- la dinamica di spesa degli ultimi anni (dal 2000 ad oggi), che rispecchia il disordine normativo ed istituzionale in cui si sta muovendo la sanità e che, se protratta, potrà rendere qualsiasi esercizio di proiezione puramente "stilistico".

A proposito di quest'ultimo punto, si rimarca ancora come l'aumento di incidenza che il confronto delle proiezioni di AWG e di RGS fa emergere per l'anno base (il primo dell'arco di proiezione), rispettivamente il 2000 e il 2005, ammonta a 1 punto percentuale di PIL. Considerato che le fonti statistiche e la metodologia di trattazione dei dati sono le medesime, un incremento di questa portata relega in secondo piano l'impatto demografico di lungo periodo configurabile in un contesto di stabilità economica (1,4-1,8 punti percentuali in meno di 50 anni), e pone, invece, come problemi urgenti quelli connessi alla definizione di una *governance* organica e completa del sistema sanitario federalista (senza la quale quello stesso contesto di stabilità economica non si dà; Pammolli e Salerno, 2005a, 2005b). E' questa la priorità di *policy*, in mancanza della quale non si è neanche in grado di distinguere tra aumenti di incidenza sul PIL derivanti da consapevoli scelte di dedicare maggiori risorse economiche alla sanità (come preferenza individuale e sociale), e aumenti frutto della "deriva" del sistema e che, carichi di inefficienze e sprechi, non si traducono in maggior benessere dei cittadini⁷⁰.

⁷⁰ Le proiezioni, come si è visto, costruiscono i profili di spesa a partire dai LEA e dalle tariffe dei DRG sottesi ai LEA (pag. 79, nota 73 di RGS, 2005). Nel caso in cui le Regioni abbiano adottato un tariffario proprio, diverso da quello nazionale, per remunerare l'attività delle proprie ASL (e a valle delle relative strutture sanitarie), le proiezioni ne tengono conto, applicando un fattore di correzione. Questa metodologia, che presuppone che la tariffazione sia ben calibrata e che le Regioni riescano a mantenersi "fedeli" al costo *standard* (la tariffa, per appunto) delle varie prestazioni, è indispensabile quando l'orizzonte temporale è lungo (quale ipotesi alternativa fare?) e quando la finalità è quella di evidenziare l'impatto demografico. In questo contesto, la crescita della spesa *pro-capite* è attribuibile, in maniera indistinta, sia all'aumento del consumo sanitario, sia all'aumento dei costi di produzione delle prestazioni sanitarie che dovrebbe riflettersi in aggiustamenti progressivi delle tariffe. Si può dire, in altri termini, che questa ipotesi integri lo scenario di stabilità macroeconomica che costituisce lo sfondo delle proiezioni (crescita moderata ma continua del PIL, tasso di disoccupazione in diminuzione; spesa sanitaria *pro-capite* allineata a quella del PIL *pro-capite* o per lavoratore attivo, etc.). Tuttavia, questa stessa metodologia impedisce di tener conto delle tendenze di crescita della spesa rilevabili nel corso degli ultimi anni; nel breve periodo, infatti, il sistema dei DRG tariffati ha

7. “Oltre la demografia”: un più ampio esercizio di sensitività

Sia le proiezioni AWG che quelle RGS si concentrano sulla dimensione demografica. E' una scelta che tiene conto, come si è detto, della difficoltà di ipotizzare, soprattutto su orizzonti lunghi, dei *pattern* per la domanda e per l'offerta di prestazioni sanitarie. L'“*ermeneutica della finitudine*”⁷¹ di concentrarsi sull'impatto demografico è estremamente utile: è grazie a questa metodologia che si può disporre di ordini di grandezza degli incrementi di incidenza sul PIL, trasparenti, lineari e non derivanti da scenari “sovraccarichi” di ipotesi, a partire dai quali possono poi essere sviluppate analisi di sensitività di ampio raggio.

Una di queste riguarda sicuramente il tasso di crescita della spesa *pro-capite*, che inevitabilmente rimanda a tutto il complesso dei fattori (dal progresso tecnologico, all'elasticità al PIL/reddito, alle evoluzioni della domanda sanitaria ad età ancora non sperimentate, etc.) in grado di influire sugli andamenti futuri, al di là dell'impatto demografico *tout court*.

A tale scopo, si propone un esercizio di sensitività che:

- parte dal raffronto del differenziale storico del tasso di crescita della spesa *pro-capite* rispetto a quello del PIL *pro-capite* e del PIL per lavoratore attivo (dati OECD, 2005);
- maggiora il tasso di crescita della spesa *pro-capite* implicito nelle proiezioni di AWG, alla luce del differenziale mediamente emerso nelle ultime decadi;
- integra l'esercizio di sensitività che AWG ha già condotto, ipotizzando una maggiorazione del tasso di crescita della spesa *pro-capite* di mezzo punto percentuale e di un punto percentuale (AWG, 2001, 2003).

Si sceglie di sviluppare l'esercizio di sensitività a partire dalle proiezioni di AWG, e non di RGS, per tre ordini di motivazioni:

- AWG riporta già un esercizio di sensitività, i cui valori permettono di giudicare sull'accuratezza della nuova sensitività che adesso si svolge;
- è possibile estendere l'esercizio ai *Partner UE* (non coperti da RGS);
- anche se l'anno base delle proiezioni di AWG è il 2000 (mentre per RGS il 2005), quello che interessa rilevare attraverso la sensitività è la variazione dell'incremento di incidenza tra l'anno base e il 2050.

Se si utilizza il *database* OECD (OECD, 2005) per calcolare i tassi di crescita nominali annuali di spesa sanitaria pubblica *pro-capite*, PIL *pro-capite* e PIL per lavoratore attivo, emerge quando descritto nella seguente tavola. Si tenga presente, ai fini della successiva analisi, che:

- la trasposizione in termini annuali dei tassi di crescita avviene in capitalizzazione composta;
- la spesa sanitaria considerata è quella totale, corrente più in conto capitale⁷²;

una preminente funzione di programmazione e di responsabilizzazione nella gestione, che non esclude che esso si dimostri insufficiente a garantire la chiusura in pareggio dei bilanci sanitari regionali, con successiva apertura delle contrattazioni Stato-Regioni per la copertura dei disavanzi. Lo snodo cruciale risiede proprio qui: in mancanza di un disegno completo e organico di *governance* federalista della sanità, non si può escludere che le tendenze crescenti mostrate dalla spesa negli ultimi anni, che hanno praticamente annullato l'effetto della programmazione basata sui DRG, possano continuare in futuro, creando pressioni finanziarie superiori a quelle messe in luce dalle proiezioni focalizzate sulla sola dimensione demografica.

⁷¹ Ossia “un'interpretazione dell'esperienza volta a stabilire nei vari settori esperienziali le colonne d'Ercole e, quindi, il carattere finito o condizionato delle possibilità esistenziali che non sono mai tali da garantire l'onniscienza e l'onnipotenza dell'individuo” (N. Abbagnano sulla teoria kantiana della conoscenza).

⁷² Cfr. piano dei conti sanitari dell'OECD.

- ricalcolati sulla sola spesa corrente, i tassi di crescita rimangono dello stesso ordine di grandezza e in alcuni casi risultano addirittura superiori;
- ricalcolati sul complesso di spesa pubblica e spesa privata (corrente e in conto capitale), i tassi di crescita risultano generalmente più elevati (così per l'Italia), dando atto di quel trasferimento di responsabilità di finanziamento tra pubblico e privato, che ha caratterizzato l'ultimo decennio della maggior parte dei *Partner*, e che l'Italia sta affrontando con i limiti strutturali di cui si è detto nel precedente paragrafo 3..

Tassi di crescita annui della spesa sanitaria pubblica *pro-capite*

a confronto con gli equivalenti tassi di crescita del PIL *pro-capite* e del PIL per lavoratore attivo

	70-'03		89-'03	
	diff. vs. PIL <i>pro-capite</i>	diff. vs. PIL per attivo	diff. vs. PIL <i>pro-capite</i>	diff. vs. PIL per attivo
Austria	7,80%	1,44%	3,74%	-0,30%
Belgio	n.d.		2,38%	-1,42%
Danimarca	7,75%	0,22%	0,39%	4,33%
Finlandia	10,00%	0,98%	0,93%	3,30%
Francia	n.a.		4,11%	0,89%
Germania	6,62%	1,88%	1,87%	2,87%
Grecia	n.d.		13,40%	1,83%
Irlanda	13,48%	0,96%	1,74%	11,50%
ITALIA	n.d.		6,08%	0,63%
Lussemburgo	8,28%	0,54%	2,01%	6,11%
Olanda	6,79%	0,94%	3,35%	4,62%
Portogallo	16,78%	1,21%	1,86%	14,34%
Spagna	14,66%	2,99%	3,05%	7,44%
Svezia	8,97%	0,96%	0,94%	4,71%
UK	11,36%	1,71%	1,98%	7,46%
media UE	10,22%	0,85%	1,30%	6,43%

fonte: Pammolli e Salerno (2004c)

Come si può evincere dalla tavola, nella media UE storicamente la spesa *pro-capite* ha mostrato un divario nel tasso di crescita di circa 0,8-0,9 punti percentuali a confronto con il PIL *pro-capite*, e di circa 1,3-1,4 punti percentuali a confronto con il PIL per lavoratore attivo.

Per l'Italia, il divario risulta inferiore, rispettivamente 0,63 e 0,64 punti percentuali, ma permane, nonostante il processo di compressione e successiva stabilizzazione dell'incidenza sul PIL, che ha caratterizzato la politica economica settoriale nel decennio 1990-2000 (*cf. supra* paragrafo 3.).

Nel suo esercizio di sensitività, AWG considera variazioni del tasso di crescita della spesa *pro-capite* di +/- 0,25 punti percentuali, quindi con un *upper bound* più che dimezzato rispetto ai dati storici dell'Italia, e ancor meno rappresentativo dei dati storici della media UE (*cf. supra* paragrafo 5.).

Si reitera, quindi, l'analisi di sensitività, ipotizzando un tasso di crescita della spesa *pro-capite* con un divario rispettivamente di: + 0,25, + 0,5 e + 1,0 punti percentuali. Per sinteticità, si considera soltanto lo scenario in cui AWG ipotizza un tasso di crescita pari a quello del PIL *pro-capite*.

Nell'ipotesi che il tasso di crescita della spesa *pro-capite* sia quello del PIL *pro-capite*, la variazione del tasso di crescita del rapporto tra spesa e PIL, in risposta ad un aumento di *delta* del tasso di crescita della spesa *pro-capite*, può essere approssimata aggiungendo *delta* al tasso di crescita precedente. Questa semplificazione è possibile alla luce delle ipotesi su cui si fondano le proiezioni di lungo periodo di AWG e, in particolare⁷³:

- l'invarianza del tasso di crescita della spesa *pro-capite* per sesso e fascia d'età;
- l'invarianza dello stesso tasso di crescita per tipologia di prestazione sanitaria⁷⁴.

⁷³ Per il dettaglio si rimanda a Pammolli e Salerno, 2004c.

⁷⁴ Un esercizio di questo genere, ma più articolato dal punto di vista analitico, è svolto da Bjornerud e Martins (2005) che, elaborando proiezioni al 2050 per Francia, Germania e Regno Unito, riportano di un effetto *non-ageing* superiore a quello *ageing*. Bjornerud e Martins utilizzano dati storici sui tassi di crescita, per imputare al progresso tecnologico la differenza nell'incremento di incidenza non spiegabile né dall'effetto *ageing* "puro" (addirittura calcolato in costanza di spesa *pro-capite* dell'anno base, cioè senza applicazione di tasso di crescita) né dall'effetto reddituale (calcolato ipotizzando, come in AWG ed RGS, una elasticità unitaria della spesa *pro-capite* al PIL *pro-capite*).

Spesa sanitaria pubblica di tipo <i>acute</i> – sensitività al tasso di crescita della spesa <i>pro-capite</i>											
%PIL	AWG 2000	AWG 2050	incr.	sensitività AWG*		ricostruito AWG**		AWG + 0,5% ***		AWG + 1% ****	
				2050	incr. vs. AWG *****	2050	incr. vs. AWG	2050	incr. vs. AWG	2050	incr. vs. AWG
Belgio	5,3	6,6	1,3	7,5	0,9	7,5	0,87	8,5	1,9	10,8	4,2
Grecia	5,5	7,2	1,7	8,2	1,0	8,2	0,95	9,2	2,0	11,8	4,6
Irlanda	5,9	8,2	2,3	9,2	1,0	9,3	1,08	10,5	2,3	13,4	5,2
ITALIA	4,9	6,5	1,6	7,3	0,8	7,4	0,86	8,3	1,8	10,7	4,2
Olanda	4,7	5,6	0,9	6,4	0,8	6,3	0,74	7,2	1,6	9,2	3,6
Portogallo	5,4	6,1	0,7	7,0	0,9	6,9	0,81	7,8	1,7	10,0	3,9
Finlandia	4,6	5,7	1,1	6,5	0,8	6,5	0,75	7,3	1,6	9,4	3,7
Svezia	6,0	7,0	1,0	7,9	0,9	7,9	0,93	9,0	2,0	11,5	4,5
UK	4,6	5,6	1,0	6,4	0,8	6,3	0,74	7,2	1,6	9,2	3,6

fonte: Pammolli e Salerno (2004c)

Spesa sanitaria pubblica di tipo <i>long-term</i> – sensitività al tasso di crescita della spesa <i>pro-capite</i>											
%PIL	AWG 2000	AWG 2050	incr.	sensitività AWG*		ricostruito AWG**		AWG + 0,5% ***		AWG + 1% ****	
				2050	incr. vs. AWG *****	2050	incr. vs. AWG	2050	incr. vs. AWG	2050	incr. vs. AWG
Belgio	0,8	1,5	0,7	1,7	0,2	1,7	0,20	1,9	0,4	2,5	1,0
Irlanda	0,7	0,9	0,2	1,0	0,1	1,0	0,12	1,2	0,3	1,5	0,6
ITALIA	0,6	1,0	0,4	1,2	0,2	1,1	0,13	1,3	0,3	1,6	0,6
Olanda	2,5	4,7	2,2	5,4	0,7	5,3	0,6	6,0	1,3	7,7	3,0
Finlandia	1,6	3,3	1,7	3,7	0,4	3,7	0,43	4,2	0,9	5,4	2,1
Svezia	2,8	4,8	2,0	5,4	0,6	5,4	0,63	6,1	1,3	7,9	3,1
UK	1,7	2,6	0,9	2,9	0,3	2,9	0,34	3,3	0,7	4,3	1,7

fonte: Pammolli e Salerno (2004c)

* scenario di sensitività prodotto direttamente da AWG, con tasso di crescita della spesa *pro-capite* maggiorato di 0,25 p.p.

** ricostruzione della sensitività elaborata da AWG attraverso il metodo semplificato (*cfr.* testo)

*** nuovo scenario di sensitività, in cui il tasso di crescita del rapporto spesa/PIL implicito nelle proiezioni AWG è maggiorato di 0,5 p.p.

**** nuovo scenario di sensitività, in cui il tasso di crescita del rapporto spesa/PIL implicito nelle proiezioni AWG è maggiorato di 1,0 p.p.

***** maggior incidenza nel 2050 rispetto ad AWG

Le tavole alla pagina precedente illustrano i risultati della nuova analisi di sensitività. I quattro gruppi di colonne riportano in ordine (da sinistra a destra):

- lo scenario base di AWG, quello discusso al paragrafo 5.;
- l'analisi di sensitività condotta direttamente da AWG;
- la ricostruzione dell'analisi di sensitività di AWG attraverso il metodo semplificato descritto in precedenza;
- il primo scenario della nuova analisi di sensitività (+ 0,5 p.p.);
- il secondo scenario della nuova analisi di sensitività (+ 1,0 p.p.).

In primo luogo, si può osservare come, sia per la spesa *acute* che per la *long-term*, il metodo semplificato di analisi di sensitività riproduca bene i dati sull'incidenza della spesa nel 2050, che AWG ottiene quando il tasso di crescita della spesa *pro-capite* è pari a quello del PIL *pro-capite* maggiorato di 0,25 punti percentuali. Si verificano soltanto alcuni casi con scarti di centesimi di punto percentuale che, su un orizzonte di 50 anni, possono essere ritenuti accettabili.

Quando l'analisi di sensitività si allarga, l'impatto sul PIL aumenta in maniera significativa. Se il tasso di crescita della spesa *pro-capite* di tipo *acute* è maggiorato di 0,5 punti percentuali, nel 2050 i *Partner* sperimentano una maggior incidenza (rispetto allo scenario base AWG) superiore a 1,5 punti percentuali di PIL (con un picco di 2,3 per l'Irlanda). Se il tasso è, invece, maggiorato di 1 punto percentuale, la maggior incidenza supera i 3,5 punti percentuali di PIL (con un picco di 5,2 per l'Irlanda). Con riferimento alla spesa di tipo *long-term*, nel primo caso la maggior incidenza supera gli 0,3 punti percentuali di PIL (con un picco di 1,3 per l'Olanda e la Svezia); mentre nel secondo supera gli 0,6 punti percentuali (con un picco di 3,1 per la Svezia).

Se ci si concentra sull'Italia, l'analisi offre i medesimi spunti. Con una maggiorazione di 0,5 punti percentuali, la spesa di tipo *acute* fa registrare una maggior incidenza al 2050 pari a 1,8 punti percentuali di PIL; con una maggiorazione di 1 punto percentuale, invece, la maggior incidenza al 2050 diviene pari a 4,2 punti percentuali di PIL. Con riferimento alla spesa di tipo *long-term*, nel primo caso la maggior incidenza è pari a 0,3 punti percentuali di PIL, mentre nel secondo caso a 0,6 punti percentuali di PIL.

Sommario

La presentazione di questo esercizio di sensitività può essere conclusa rimarcando come, se si adottano tassi di crescita della spesa *pro-capite* allineati a quelli medi storicamente fatti registrare, l'impatto demografico tende a passare in secondo piano, perché gli aumenti di incidenza della spesa sul PIL diventano doppi e in alcuni casi più che doppi rispetto a quelli proiettabili quando ci si focalizzi soltanto sulla demografia.

Nel caso dell'Italia, questa evidenza dovrebbe essere tanto più attentamente valutata, se si considera che: (a) i tassi di crescita storici sono maturati (1989-2003; *cfr.* tavole) in un periodo in cui, per esigenze di politica economica, la spesa sanitaria pubblica è stata compressa in termini di PIL, a dispetto dell'incisivo processo di invecchiamento della popolazione (il più marcato tra i *Partner*); (b) i tassi di crescita storici incorporano la scarsa dotazione di prestazioni istituzionalizzate di tipo *long-term*, che ha sempre caratterizzato l'Italia e che

ancora la colloca nettamente al di sotto rispetto a tutti i *Partner* UE (*cfr. supra*, i profili di spesa nell'anno base ottenuti da AWG).

Di fronte a questa evidenza, appare ancor più urgente definire un modello di *governance* del sistema sanitario in grado non solo di rispondere adeguatamente alle sfide dell'invecchiamento (dalle quali pure ci si attende le pressioni finanziarie descritte), ma più in generale di compiere sempre e tempestivamente delle scelte chiare e responsabili sulla combinazione di risorse, pubbliche e private, da dedicare alle prestazioni sanitarie, bilanciando la stabilità finanziaria del sistema economico con la necessità di rendere disponibili prestazioni adeguate e rispecchianti il più possibile la frontiera delle possibilità scientifico-tecnologiche.

Si potrebbe obiettare che le tendenze storiche non rappresentano necessariamente l'evoluzione futura e che, quindi, esse non possono essere "ribaltate" *tout court* in avanti. Questa osservazione di metodo è pienamente condivisibile, ma non elimina o ridimensiona la necessità di "guardare al di là" della demografia. Infatti, il maggior supporto alle decisioni di *policy* arriva proprio integrando le proiezioni focalizzate sulla componente demografica con quelle che, nei limiti della disponibilità di dati e della praticabilità delle ipotesi, tentano un approccio più ampio. E' così, per addurre una ulteriore motivazione positiva, che si valorizza appieno il contributo fornito dalla letteratura economica che, come si è descritto nella sintetica *survey* del primo paragrafo, dimostra l'estrema incertezza delle proiezioni di spesa e la loro dipendenza da una pluralità di parametri *country specific* e anche variabili nel tempo (sul lato della domanda e dell'offerta, così come sul piano normativo-istituzionale).

Da questo punto di vista, il caso dell'Italia è emblematico, perché una descrizione approfondita degli andamenti della sua spesa sanitaria non può prescindere dalla considerazione di come la dinamica demografica si è incrociata e si incrocia tutt'ora con le scelte di *policy*, lo stato del quadro normativo-istituzionale e il modificarsi delle preferenze individuali e sociali. E' quello che, infatti, è stato fatto a proposito dell'analisi dei *trend* storici (paragrafo 3.), lungo i quali la più efficace stabilizzazione della spesa all'interno dei *Partner* non può non essere giustapposta al più marcato processo di invecchiamento dell'area UE (il significato in termini di equilibri economico-sociali muta radicalmente). E' quello che è stato fatto dedicando specifica attenzione alla dinamica di spesa degli ultimi anni (paragrafo 4.), nei quali l'assenza di un quadro normativo ed istituzionale federalista completo e organico ha creato una "deriva" di spesa che si aggiunge all'effetto dell'invecchiamento e contrasta con l'adozione di scelte di spesa (anche eventualmente di maggior spesa) consapevoli e programmate. E' quello, infine, che è stato fatto "leggendo" le proiezioni di lungo periodo dell'impatto demografico (paragrafi 5., 6. 7.) alla luce sia dei *trend* di spesa emersi negli ultimi anni (2000-2003) sia dell'andamento ultradecennale della spesa *pro-capite*⁷⁵.

⁷⁵ Per dare un esempio concreto di come i dati si integrino e si valorizzino a vicenda, si pensi alle valutazioni che emergono dal confronto tra: (a) gli incrementi di incidenza a 50 anni mostrati dalle proiezioni di AWG e RGS incentrate sulla dinamica demografica; (b) l'incremento di incidenza fatto registrare dalla spesa tra il 2000 e il 2004 (in 5 anni più del 50 per cento di quello proiettato a 50 anni); (c) l'incremento di incidenza emergente dall'analisi di sensitività, che arriva a porre in secondo piano l'impatto demografico (risultato condiviso da Bjornerud e Martins, 2005, per Francia, Germania e Regno Unito). I valori fungono da unità di misura l'uno dell'altro.

8. Conclusioni e suggerimenti di *policy*

Il lavoro condotto ha mirato a costruire un *continuum* di analisi dell'andamento della spesa sanitaria pubblica, dai *trend* storici, alle dinamiche in corso, alle proiezioni di lungo periodo. L'elemento unificante delle varie parti è consistito nel riferimento alla sottostante dinamica demografica, sia quando questa è stata utilizzata per indicare il suo impatto diretto in termini di spesa, sia quando è stata utilizzata per dare maggior risalto alle scelte di politica economica, sia quando è servita per "dimensionare" i risultati dell'analisi di sensitività per dar conto dell'impatto sulla spesa dei fattori diversi dall'invecchiamento.

Il riferimento alla dinamica demografica è importante anche per un altro motivo. La letteratura economica mostra come proiettare nel tempo la spesa sanitaria (soprattutto su orizzonti lunghi) sia un esercizio estremamente complesso, soggetto a molteplici fonti di incertezza operanti sul lato della domanda e dell'offerta e sul piano normativo-istituzionale. Per questa ragione, le proiezioni di lungo termine attualmente disponibili per l'Italia e per i *Partner UE*, quelle della Ragioneria Generale dello Stato e del Comitato di Politica Economica di ECOFIN, si concentrano sull'impatto demografico, riducendo al minimo l'ingerenza di altre ipotesi economiche. Anche se la stessa valutazione dell'impatto demografico ha necessità di essere costantemente aggiornata per tener conto delle revisioni delle proiezioni demografiche, questo approccio permette di costruire un *benchmark* di riferimento lineare e trasparente, a partire dal quale svolgere variegate analisi di sensitività, o da utilizzare all'interno di un più ampio insieme di elementi informativi (anche relativi ad orizzonti temporali più corti).

Se si analizzano gli andamenti della spesa sanitaria italiana nel contesto internazionale dal 1990 ad oggi (dati OECD), emergono alcuni fatti stilizzati di rilievo. A dispetto di un processo di invecchiamento della popolazione più incisivo che negli altri *Partner UE*, l'impegno finanziario pubblico in sanità mostra per l'Italia i segni di una politica di compressione che, dopo averlo mantenuto a lungo al di sotto della media UE in termini di PIL, lo ha condotto nel 2003 ad un'incidenza di soli 0,5 punti percentuali superiore a quella del 1990 e di circa 1 punto percentuale inferiore alla media UE⁷⁶.

Per compensazione, nel corso dell'ultimo quindicennio, il finanziamento privato ha visto aumentare il suo peso, con un incremento di incidenza sul PIL superiore a quello della componente pubblica (unico caso assieme alla Spagna), e superiore a quello di Francia, Germania e Regno Unito. All'interno di una tendenza crescente del peso del finanziamento privato in sanità che ha accomunato la maggior parte dei Paesi industrializzati, la "singolarità" dell'Italia risiede nel fatto che questa trasformazione si sta "scaricando" direttamente sui redditi disponibili dei cittadini (i pagamenti diretti), in assenza sia di forme di copertura organizzate e gestite professionalmente sui mercati finanziari, sia di schemi moderni di agevolazione fiscale e regolazione della domanda necessari ad armonizzare l'obiettivo della sostenibilità finanziaria con quello dell'adeguatezza e dell'equità distributiva (Pammolli *et alii*, 2004b; Pammolli e Salerno, 2004^o, 2004b).

⁷⁶ I confronti diretti con i singoli *Partner* e con gli USA sono ancora più significativi. La politica di compressione della spesa sanitaria pubblica è stata tutt'uno con il processo di risanamento delle finanze pubbliche avvenuto nel corso degli anni Novanta.

Nonostante la dinamica crescente, l'impegno finanziario privato in sanità rimane al 2003 inferiore a quello medio UE, a quello USA e, nello specifico, a quello di Francia, Germania e Spagna. Esistono, quindi, i presupposti perché il trasferimento di responsabilità dal pubblico al privato possa ancora continuare, nel contesto inadeguato e incompleto di cui si è detto.

Se dall'analisi dello storico si passa a considerare in maniera più approfondita l'evoluzione recente (dati RGSEP), emerge un ulteriore elemento di rilievo, di cui è indispensabile la considerazione, per "saldare" le tendenze passate alle proiezioni di spesa a lungo termine.

Dopo la significativa opera di compressione/stabilizzazione dell'ultimo quindicennio, le recenti tendenze mostrano un riattivarsi della dinamica della spesa sanitaria pubblica, imputabile alla disorganizzazione con cui sta avvenendo la transizione federalista, e non a scelte consapevoli e programmate dell'ammontare di risorse che la comunità intende dedicare al sistema sanitario (Gabriele e Salvini, 2004; Greco, 2004; Pammolli e Salerno, 2005⁷⁷, 2005b; Parlato, 2005). Questo andamento, se protratto, non solo renderà inutile l'opera di stretto controllo del canale di finanziamento pubblico durata lungo tutti gli anni Novanta, ma si presenterà presto come un fattore critico per la stabilità del sistema sanitario, al di là delle sfide portate dalla demografia e dall'invecchiamento.

Per dimensionare la pericolosa "deriva" in corso, si confronti l'incremento di incidenza della spesa sanitaria pubblica tra il 2000 e il 2004, 0,5 punti percentuali di PIL in 4 anni (dati RGSEP)⁷⁷, con le proiezioni di lungo termine di AWG-EPC e RGS che si focalizzano sull'impatto demografico.

Le proiezioni di AWG, con anno base il 2000, mostrano come l'impatto demografico sulla spesa sociale pubblica italiana si svolgerà soprattutto per il tramite del sistema sanitario. Per questa voce di spesa, le proiezioni indicano un *trend* di crescita, ascrivibile espressamente all'invecchiamento⁷⁸, continuo e senza inversione, che tra il 2000 e il 2050 conduce ad un aumento di incidenza sul PIL di 2-2,2 punti percentuali (a seconda dell'ipotesi sul tasso di crescita della spesa *pro-capite*⁷⁹).

Seppure inferiore alla media UE, questo incremento dovrebbe essere adeguatamente soppesato per una serie di motivazioni riguardanti in maniera specifica l'Italia (*cfr.* pag. 25-26). Tra queste, appunto, l'attuale situazione di "in-governance" del sistema sanitario che, in mancanza di interventi di ridisegno strutturale, finisce per relegare in secondo piano l'impatto demografico di lungo periodo, anche se quest'ultimo sarebbe da solo sufficiente ad attivare per tempo idonei interventi di politica settoriale.

Identiche indicazioni emergono dalle proiezioni di lungo periodo di RGS. E' utile, innanzitutto, rimarcare la differente incidenza sul PIL della spesa sanitaria nel primo anno delle due proiezioni, che per quella di RGS è il 2005: all'atto di svolgere una proiezione più aggiornata, è stato necessario rivedere in aumento l'incidenza sul PIL del primo anno della misura rilevabile dalla contabilità sanitaria nazionale, e posizionandola al 6,5 per cento del PIL (contro il 5,5 di AWG per il 2000, + 1 punto percentuale in 5 anni).

Inoltre, anche in questo caso l'impatto dell'invecchiamento sulla spesa sanitaria pubblica (più accuratamente calcolato grazie alla stima di profili di spesa per singolo LEA e all'applicazione della metodologia dei "death-related cost") si rivela significativo per la definizione programmi

⁷⁷ Se si aggiunge anche il 1999, l'incremento di incidenza diviene pari a 0,7 punti percentuali.

⁷⁸ Proiezioni demografiche EUROSTAT a base 1999.

⁷⁹ Alternativamente pari a quella del PIL *pro-capite* o del PIL per lavoratore attivo.

di *policy* (+ 1,4-1,8 punti percentuali di PIL in 45 anni), ma ancora una volta di second'ordine di fronte alle tendenze di crescita mostrate dalla spesa negli ultimi anni.

Si deve a questo punto precisare, per permettere una corretta definizione dell'attuale quadro, che le tendenze in atto si sono manifestate per adesso in un contesto in cui l'incidenza della spesa sanitaria pubblica (così come di quella complessiva) sul PIL è rimasta inferiore alla media UE (nel 2003, 6,2 contro 6,5, sui dati OECD). Se, tuttavia, le stesse tendenze dovessero persistere, la pressione sul PIL inevitabilmente crescerà nei prossimi anni, al sopra di quanto farebbero presupporre le sole dinamiche demografiche.

L'ultima parte del lavoro ha riguardato un esercizio di sensitività svolto a partire dalle proiezioni di AWG. Si tenta di includere nelle proiezioni tutti quei fattori di tipo *non-ageing*, per i quali è difficile una modellizzazione specifica ma cui la letteratura attribuisce, con accenti diversi, effetti pervasivi sull'andamento del rapporto spesa/PIL.

Se si analizzano i dati storici (OECD), si può verificare come la crescita della spesa sanitaria pubblica *pro-capite* abbia avuto, negli ultimi decenni, un aggancio sulla crescita del PIL *pro-capite* variabile tra 0,5 punti percentuali e 1 punto percentuale.

Se si reiterano le proiezioni di AWG ipotizzando che la dinamica futura della spesa *pro-capite* rispecchi quella già dimostrata in passato, per l'Italia e per tutti i *Partner* UE l'incremento di incidenza sul PIL al 2050 giunge a raddoppiarsi e in alcuni casi a più che raddoppiarsi.

Nel caso dell'Italia, ad un incremento di 2 punti percentuali (2000-2050) riportato da AWG corrisponde un incremento di 4,1, quando il tasso di crescita della spesa *pro-capite* è maggiorato di 0,5 punti percentuali, e di 6,8, quando la maggiorazione è di 1 punto percentuale. Anche di fronte a questi risultati, l'impatto riconducibile alla sola demografia tenderebbe a passare in secondo piano.

Dopo aver esposto i motivi che inducono a basare le proiezioni di lungo termine su un approccio di tipo demografico, non si deve però giungere a discostarsene completamente, dando peso eccessivo a proiezioni che, nel formulare le ipotesi economiche, "ribaltano" *tout court* nel futuro gli andamenti sperimentati nel passato. Se, infatti, il limite dell'approccio demografico risiede proprio nel fatto che esso formula le ipotesi di crescita della spesa sanitaria *pro-capite* sottintendendo l'adozione di misure di politica economica in grado di proporzionare questo parametro al tasso di crescita dell'economia (e quindi della disponibilità di spesa), altrettanto può esser detto di un approccio che ipotizza che la spesa continui a crescere come storicamente ha fatto, sottintendendo l'assenza di qualunque attività riformista e di regia di politica economica.

Proprio quest'ultima osservazione permette di comprendere la necessità di integrare, come si è tentato di fare in questa esposizione, le diverse prospettive di analisi, sia in termini di orizzonte temporale che di fattori esplicativi. Se si considerano in sequenza:

- i *trend* storici della spesa sanitaria e della popolazione,
- le dinamiche della spesa attualmente in corso,
- le proiezioni di lungo periodo dell'impatto dell'invecchiamento,
- gli ordini di grandezza delle maggiori pressioni sul PIL che potrebbero derivare al di là dell'impatto demografico,

appare chiaro come i problemi che l'allungamento della vita creerà al sistema sanitario sono tutt'uno con quelli che potranno giungere dalla richiesta di allargamento della platea dei beneficiari delle prestazioni, o dalle necessità di continuo adeguamento tecnologico delle stesse. In tutti i casi, si fronteggiano necessità di maggiori spese, riguardo le quali è necessario

compiere delle scelte di ammissibilità nell'agenda politica, di sostenibilità nel finanziamento e di efficiente soddisfacimento attraverso il funzionamento reale del sistema sanitario.

Di fronte a queste sfide, è indispensabile disporre di un sistema che sappia costantemente bilanciare, sulla base della programmazione, l'obiettivo della sostenibilità finanziaria con quello dell'adeguatezza e quello dell'equità. L'Italia, in questo momento, non è all'altezza di questi compiti:

- non dispone di una completa e organica *governance* federalista della sanità,
- non ha ancora sufficientemente implementato i pilastri privati di complemento al pubblico;
- manca di schemi moderni e articolati di regolazione della domanda.

Sono questi i punti dell'agenda di politica economica da affrontare con urgenza.

31 Gennaio 2006

RIFERIMENTI

Acemoglu A., J. Linn (2003), *"Market Size in Innovation: Theory and Evidence From the Pharmaceutical Industry"* NBER Working Papers n. 10038, National Bureau of Economic Research, Inc.

AWG-Ageing Working Group (2001), *"Report by the Economic Policy Committee on budgetary challenges posed by ageing populations: the impact on public spending on pensions, health and long-term care for the elderly and possible indicators of the long-term sustainability of public finances"*, October 2001, Brussels
(http://europa.eu.int/comm/economy_finance/epc/epc_ageing_en.htm)

AWG-Ageing Working Group (2003a), *"Budgetary challenges posed by ageing population: the impact on public spending on education"*, October 2003, Brussels
(http://europa.eu.int/comm/economy_finance/epc/epc_ageing_en.htm)

AWG-Ageing Working Group (2003b), *"The impact of ageing populations on public finances: overview of analysis carried out at EU level and proposals for a future work programme"*, October 2003, Brussels
(http://europa.eu.int/comm/economy_finance/epc/epc_ageing_en.htm)

Bac C., Y. Le Pen (2002), *"An international comparison of health care expenditure determinants"*, WP

Barnay T. e D. Thierry (2005), *"Disability and the labour force participation of older workers: the importance of health"*, IRDES, preliminary draft (http://www.share-project.org/new_sites/seh/barnay.pdf)

Bjornerud S., J. O. Martins (2005), *"Disentangling demographic and non-demographic drivers of health spending: a possible methodology and data requirements"*, OECD/EC Workshop 21-22 February 2005, Brussels
(http://europa.eu.int/comm/economy_finance/events/2005/workshop0205/8en.pdf)

Bordignon M. (2002), *"A che serve il federalismo fiscale?"*, su www.lavoce.it

Borsch-Supan A. (2000), *"Incentive effects of social security on labour force participation: evidence in Germany and across Europe"*, *Journal of Public Economics*, vol. 78, pagg. 23-49

Cole M. A., E. Neumayer (2005), *"The impact of poor health on total factor productivity"*, mimeo
(<http://econwpa.wustl.edu:8089/eps/hew/papers/0312/0312001.pdf>)

Di Matteo (2003), *"The income elasticity of health care expenditure. A comparison of parametric and non parametric approaches"*, *European Journal of Health Economics*, n. 4, pagg. 20-29

Dirindin N., E. Pagano, *“Governare il federalismo. Le sfide per la sanità”*, Il Pensiero Scientifico Editore, 2001

Dormont B., H. Huber (2005), *“Ageing and changes in medical practices: reassessing the influence of demography”*, WP Thema (<http://thema.u-paris10.fr>)

Dormont B., M. Grignon, H. Huber (2005), *“Health expenditures and the demographic rhetoric: reassessing the threat of ageing”*, WP Thema (<http://thema.u-paris10.fr>)

Dreger C., H. E. Reimers (2005), *“Health care expenditure in OECD countries: a panel unit root and cointegration analysis”*, WP n. 1469, IZA, Bonn
(<http://opus.zbw-kiel.de/volltexte/2005/3228/pdf/dp1469.pdf>)

Gabriele S., R. Salvini (2004), *“Il federalismo in sanità: alla ricerca della stabilità finanziaria”*, Rapporto annuale 2004 sull’attuazione del federalismo, ISAE, Roma

Gabriele S. et alii (2005), *“Demographic factors and health expenditure profiles by age: the case of Italy”*, WP ENEPRI EHEAD

Gerdtham U. G., M. Lothgren (1999), *“On stationarity and cointegration of international health expenditure and GDP”*, Journal of Health Economics, vol. 19, n. 4, July 2000, pagg. 461-475

Gerdtham U. G., B. Jönsson (2000), *“International Comparison of Health Expenditure”* In Culyer A.J. e J.P. Newhouse, *Handbook of Health Economics*, pagg. 11-53

Getzen T. E. (1999), *“Forecasting health expenditures: short, medium and long (long) term”*, Journal of Health Care Financing, special issue “Health care financing : the next millennium”

Getzen T. E. (2000), *“Health care is an individual necessity and a national luxury; applying multilevel decision models to the analysis of health care expenditures”*, Journal of Health Economics, vol. 19, n. 2, March 2000, pagg. 259-270

Giarda P., A. Petretto, G. Pisauro, S. Lorenzini, C. Vignocchi (2005), *“Elementi per una politica di governo della spesa pubblica”*, preparato per la conferenza “Oltre il declino”, Fondazione Rodolfo De Benedetti, Febbraio 2005, Roma

Greco L. (2004), *“Il federalismo italiano: assetto istituzionale e punti critici”*, in Rapporto sul Federalismo 2004 dell’Associazione Reforme

Hitiris T., J. Posnett (2002), *“The determinants and effects of health expenditure in developed countries”*, Journal of Health Economics, vol. 11, n. 2, pagg. 173-181

Hogan C., J. Lunney, J. Gabel, J. Lynn (2001), *“Costs of care in the last year of life”*, Health Affairs, n. 20, pagg. 188-195

Huber M. (1999), *“Health care trends in OECD countries, 1970-1997”*, Health Care Financing Review, vol. 21, n. 2

Jewell T., J. Lee, M. Tieslau, M. C. Strazicich (2002), *"Stationarity of health expenditures and GDP: evidence from panel unit root tests with heterogeneous structural breaks"*, WP

Jones C. I. (2002), *"Why have health expenditures as a share of GDP risen so much?"*, WP Department of Economics, U.C. Berkeley

Kerkhofs M., M. Lindeboom, J. Theeuwes (1999), *"Retirement, financial incentives and health"*, Labour Economics, vol. 6, pagg. 203-227

Levinsky N. G. et alii (2001), *"Influence of age on Medicare expenditure and medical care in the last year of life"*, Journal of the American Medical Association, n. 286, pagg. 1349-1355

Lopez-Casasnovas G., M. Saez (2001), *"A multilevel analysis on determinants of regional health care expenditure; a note"*, Department of Economics and Business WP n. 572, Universitat Pompeu Fabra

Lubitz J. G., G. F. Riley (1993), *"Trends in Medicare payments in the last year of life"*, New England Journal of Medicine, n. 328, pagg. 1092-1096

McGarry K. (2004), *"Health and retirement: do changes in health affect retirement expectations?"* Journal of Human Resources n. 3, vol. 39, pagg. 624-648

Ministero dell'Economia e delle Finanze (1999-2005), *"Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese"*, varie edizioni, www.tesoro.it

Muysken J., I. H. Yetkiner, T. Zieseimer (1999), *"Health, labour productivity and growth"*, MERIT Working Paper n. 28

Newhouse J.P. (1977), *"Medical Care Expenditure: A Cross-National Survey"*, Journal of Human Resources, vol. 12, pagg. 115-125

OECD (2005), *"Health Data"*, ultimo aggiornamento rilasciato, www.oecd.org

Okunade A. A., C. Suraratdecha (2000), *"Health care expenditure inertia in the OECD countries: an heterogeneous analysis"*, Health Care Management Science, vol. 3, n. 1, pagg. 31-42

Pammolli F., M. Madia, N. C. Salerno (2004a), *"In attesa del federalismo compiuto: LEA, spesa sanitaria e risorse finanziarie a livello regionale"*, Quaderno CERM n. 4/04, Giugno 2004

Pammolli F., C. Ogialoro, N. C. Salerno (2004b), *"Strumenti di regolazione del mercato farmaceutico: un'analisi ragionata"*, Quaderno CERM n. 3/04, Luglio 2004

Pammolli F., N. C. Salerno (2004a), *"Fondi pensione e fondi sanitari: prove tecniche di convergenza"*, Nota CERM n. 1/04, Gennaio 2004

Pammolli F., N. C. Salerno (2004b), *"Gli andamenti della spesa sanitaria: l'Italia in una sintetica comparazione internazionale"*, Quaderno CERM n. 1/04, Gennaio 2004

Pammolli F., N. C. Salerno (2004c), *“Le proiezioni di lungo termine della spesa sociale nell’UE: l’impatto demografico e il possibile impatto della tecnologia sulla spesa sanitaria”*, Quaderno CERM n. 2/04, Marzo 2004

Pammolli F., N. C. Salerno (2004d), *“Il mercato dei farmaci in Italia: l’illusione di riformare senza riforme”*, Nota CERM n. 8/04, Luglio 2004

Pammolli F., N. C. Salerno (2004e), *“La definizione operativa dei LEA, “chiave di volta” del federalismo”*, Nota CERM n. 10/04, Settembre 2004

Pammolli F., N. C. Salerno (2004f), *“I LEA sanitari, la riforma della Costituzione e la regolazione del “mercato” sanitario”*, Nota CERM n. 11/04, Ottobre 2004

Pammolli F., N. C. Salerno (2005a), *“Reference pricing e copayment nei rapporti Stato-Regioni”*, Nota CERM n. 1/05, Aprile 2005

Pammolli F., N. C. Salerno (2005b), *“Sanità alla ricerca di regole nella “traversata” federalista: alcune osservazioni “futuriste” tra economia e politica”*, Nota CERM n. 2/05, Maggio 2005

Pammolli F., N. C. Salerno (2005c), *“Il decreto “Storace”: si continua nell’illusione”*, Nota CERM n. 3/05, Maggio 2005

Pammolli F., N. C. Salerno (2005d), *“Opting-out previdenziale, smobilizzo del TFR e basi strutturali del pilastro privato”*, Quaderno CERM n. 4/05, Novembre 2005

Pammolli F., M. Riccaboni, C. Ogialoro, L. Magazzini, G. Baio, N. C. Salerno (2005), *“Medical devices: competitiveness and impact on public health expenditure”*, Rapporto CERM per la DG Enterprise della Commissione Europea, Luglio 2005

Parlato S. (2005), *“Il patto di stabilità interno in un paese con aspirazioni federaliste”*, in Rapporto sul Federalismo 2005 dell’Associazione Reforme

Petretto A. (2002), *“A che cosa serve la devolution”*, su www.lavoce.info

Przywara B. (2005), *“Projections of expenditures on health and long-term care at EU level”*, OECD/EC Workshop 21-22 February 2005, Brussels
(http://europa.eu.int/comm/economy_finance/events/2005/workshop0205/13en.pdf)

Ragioneria Generale dello Stato (1999), *“Tendenze demografiche e spesa sanitaria: un’analisi regionale”*, [Temi di finanza pubblica e protezione sociale, Quaderno n. 1](#)

Ragioneria Generale dello Stato (2002), *“Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e sanitario. Le Previsioni elaborate con i modelli del Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati al 2001”*, [Temi di finanza pubblica e protezione sociale, Quaderno n. 3](#)

Ragioneria Generale dello Stato (2003), *[“Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e sanitario. Le previsioni del Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato aggiornate al 2002”](#)*, Temi di finanza pubblica e protezione sociale, Quaderno n. 4

Ragioneria Generale dello Stato (2004), *[“Le tendenze di medio - lungo periodo del sistema pensionistico e sanitario: previsioni elaborate con i modelli della RGS aggiornati al 2003”](#)*, Temi di finanza pubblica e protezione sociale, Rapporto n. 5

Ragioneria Generale dello Stato (2005), *[“Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e sanitario. Le previsioni della Ragioneria Generale dello Stato aggiornate al 2004”](#)*, Temi di finanza pubblica e protezione sociale, Rapporto n. 6

Raitano M. (2005), *“The impact of death related costs on health care expenditure: a survey”*, WP ENEPRI AHEAD

Rebba V. (2005), *“Invecchiamento della popolazione e spesa per il long-term care”*, Politiche Sanitarie, vol. 6, n. 3

Roos N. P., P. Montgomery, L. L. Roos (1987), *“Health care utilization in the year prior to death”*, The Milbank Quarterly, n. 65, pagg. 231-254

Saltman R. B., V. Bankauskaite (2004), *“Implementing decentralization in European health care systems: searching for policy lessons”*, prepared for European Health Policy Group session at 5th European Conference of Health Economists, London School of Economics, 8-11 September 2004

Serup Hansen N. et alii (2002), *“Future health care cost. Do health care costs during the last year of life matter?”*, Health Policy, n. 62, pagg. 161-172

Spillman B. C., J. Lubitz (2000), *“The effect of longevity on spending for acute and long-term care”*, New England Journal of Medicine, n. 342, pagg. 1409-1415

Weisbrod B. (1991), *“The health care quadrilemma: an essay on technological change, insurance, quality of care, and cost containment”*, Journal of Economic Literature, vol. 29, n. 2, pagg. 523-552

Westerhout E. (2004), *“Does ageing call for a reform of the health care sector?”*, CESifo Economic Studies

Westerhout E. (2005), *“Quantifying factors behind health and long-term care expenditure: evidence from the EU research AGIR project”*, OECD/EC Workshop 21-22 February 2005, Brussels (http://europa.eu.int/comm/economy_finance/events/2005/workshop0205/11en.pdf)

Westerhout E., F. Pellikaan (2005), *“Can we afford to live longer in better health?”*, CPB Document n. 85

CERM © 2005
versione per la trasmissione digitale

CERM - Competitività, Regolazione, Mercati

via Poli 29 - 00187 ROMA
www.cermlab.it

LE PUBBLICAZIONI CERM:

NOTE QUADERNI MONOGRAFIE RAPPORTI

