

*Le proiezioni di lungo periodo
della spesa sociale nell'UE:
l'impatto demografico
e il possibile impatto della tecnologia
sulla spesa sanitaria.*

F. Pammolli e N. C. Salerno

INDICE

Introduzione

1. Le proiezioni di lungo periodo di AWG	5
<i>Le ipotesi concordate</i>	5
<i>La spesa pensionistica</i>	7
<i>La spesa sanitaria</i>	9
<i>La spesa per istruzione</i>	15
<i>La spesa per indennità di disoccupazione</i>	17
<i>La spesa sociale complessiva</i>	18
2. Metodologie di proiezione a confronto: la problematicità delle proiezioni della spesa sanitaria	20
<i>La spesa pensionistica</i>	20
<i>La spesa per istruzione e indennità di disoccupazione</i>	20
<i>La spesa sanitaria</i>	21
3. Una verifica delle ipotesi delle proiezioni sanitarie sui dati OCSE-2003	25
4. Una “correzione” semplificata delle proiezioni AWG per la spesa sanitaria dell’Italia	29
5. Conclusioni: quali implicazioni di politica economica per l’Italia?	34

Introduzione

Il processo di graduale ma continuo invecchiamento della popolazione, che tutti i Paesi industrializzati stanno sperimentando, ha reso necessario approfondire la valutazione dell'impatto che ne deriva per gli equilibri del sistema sociale e, di conseguenza, per le finanze pubbliche.

In Italia, sin dai primi anni Novanta, la Ragioneria Generale dello Stato è andata perfezionando i modelli di proiezione di lungo periodo della spesa pubblica per le pensioni e per la sanità¹.

A livello europeo, all'interno del Comitato di Politica Economica ("EPC") di ECOFIN, il Gruppo di Lavoro sull'Invecchiamento della Popolazione ("AWG") è stato costituito con il compito specifico di valutare l'impatto dell'invecchiamento sulle finanze pubbliche, sviluppando per tutti i Paesi Membri proiezioni di lungo periodo delle voci del bilancio pubblico maggiormente esposte, cioè quelle riguardanti la spesa sociale. La sostenibilità finanziaria dello stato sociale, infatti, costituisce un elemento fondamentale per garantire l'equilibrio delle finanze pubbliche dei singoli Paesi Membri e, di conseguenza, lo svolgimento positivo del mercato unico europeo basato sull'Euro.

Al di là della sostenibilità finanziaria, le proiezioni di lungo periodo sono necessarie anche per valutare la capacità dei vari istituti del sistema sociale di perseguire costantemente nel tempo i loro obiettivi, assicurando che l'economia si sviluppi in condizioni di equilibrio sociale e di tutela del benessere.

Dopo aver descritto i risultati sino a oggi ottenuti da AWG, questo lavoro approfondisce alcuni aspetti critici che sul piano metodologico differenziano le proiezioni della spesa sanitaria da quelle delle altre voci di bilancio pubblico. In particolare, la robustezza delle ipotesi adottate da AWG per le proiezioni della spesa sanitaria viene valutata tramite un confronto con i dati storici ricavabili dalla banca dati dell'OCSE-2003.

L'ipotesi, per il momento adottata da AWG, che l'evoluzione delle spesa venga principalmente determinata da fattori demografici, potrebbe condurre a sottostimare le necessità di spesa da fronteggiare in futuro, affinché i livelli delle prestazioni siano adeguati sia nella quantità che nella qualità. Su orizzonti temporali lunghi, questi errori di sottostima

¹ Cfr. Ragioneria Generale dello Stato, collana "I Quaderni della Ragioneria Generale dello Stato".

potrebbero anche arrivare a falsare sostanzialmente la descrizione degli scenari futuri. Alla luce delle argomentazioni che si pongono all'attenzione, il problema della possibile sottostima riguarderebbe soprattutto la spesa sanitaria, sia *acute* che *long term*. Se si "correggono" le proiezioni di AWG per tener conto del tasso di crescita medio che la spesa sanitaria pubblica ha fatto registrare nell'ultimo decennio, per l'Italia si ottiene un incremento della sua incidenza sul PIL nel 2050 di oltre due punti percentuali

Alla luce dei risultati complessivi delle proiezioni di AWG, per pensioni, sanità, istruzione e indennità di disoccupazione, si commentano, inoltre, le situazioni relative dei Paesi Membri UE, con particolare attenzione per l'Italia che oggi si trova alla vigilia di scelte importanti riguardanti i nuovi assetti sia del sistema pensionistico che di quello sanitario.

Le proiezioni di AWG disegnano per l'Italia un sistema sociale che, pur non presentando tendenze finanziarie squilibranti ma rimanendo sostanzialmente sotto controllo anche nel lungo periodo, necessita comunque di interventi riformatori: da un lato, per fare fronte agli incrementi di incidenza sul PIL che comunque si configurano anche negli scenari piuttosto "conservativi" costruiti da AWG (soprattutto per la sanità, l'istruzione e le indennità di disoccupazione); dall'altro, per prepararsi a rispondere adeguatamente alle nuove spese che deriveranno in futuro dalla necessità di migliorare lo *status quo*, di permettere l'allargamento del benessere, di adeguarsi all'evoluzione del sistema economico-sociale verso modelli più complessi e flessibili, di sostenere l'allungamento della vita umana con le esigenze che esso farà comparire, magari non ancora sperimentate, sia fisiche che intellettuali.

Le proiezioni di AWG, raffigurando andamenti sostanzialmente sotto controllo dal punto di vista finanziario, suggeriscono che gli interventi riformatori non devono in nessun modo essere d'urgenza, semplicistici e improntati al solo raggiungimento di obiettivi di bilancio di breve periodo; esistono le condizioni generali perché si conduca un processo di riforma completo, organico e di ampio respiro, in grado di perseguire contemporaneamente gli obiettivi dell'equilibrio finanziario e della sostenibilità di lungo periodo, e quelli dell'adeguatezza, dell'efficacia e dell'equità delle prestazioni. Il processo di riforma ha modo di intervenire sia all'interno della spesa pubblica, che nella diversificazione tra finanziamento pubblico e finanziamento privato della spesa sociale; quest'ultima intesa sia come sviluppo dei pilastri pensionistici e sanitari privati, che come adozione sempre più diffusa di meccanismi di filtro e regolazione della domanda di prestazioni sociali.

1. Le proiezioni di lungo periodo di AWG

Nell'Ottobre del 2001, il Gruppo di Lavoro sull'Invecchiamento della Popolazione di EPC-ECOFIN ha ultimato il suo primo ciclo di proiezioni di lungo periodo riguardanti la spesa pensionistica e la spesa sanitaria pubblica².

Attualmente, è in corso di svolgimento il secondo ciclo di proiezioni che, tra l'altro, si estende anche alla spesa per istruzione e a quella per indennità di disoccupazione. Il secondo ciclo dovrebbe concludersi entro la metà del 2005, in tempo per essere utilizzato dalla Commissione Europea nell'*assessment* dell'aggiornamento 2005 dei Programmi di Stabilità dei Paesi Membri UE.

Allo stato attuale, le proiezioni, che arrivano sino al 2050, danno conto principalmente dell'impatto demografico sulle voci di spesa e sono sviluppate nell'ipotesi di invarianza delle politiche economiche. Le proiezioni si fondano su metodologie e ipotesi concordate tra i Paesi Membri UE, in modo tale da garantire alcune caratteristiche fondamentali per la loro utilità sul piano di politica economica: semplicità, trasparenza, prudenza (per evitare sottostime), coerenza interna (tra le proiezioni delle diverse voci di spesa), comparabilità internazionale.

Mentre la metodologia utilizzata differisce per le singole voci di spesa, tutte le proiezioni condividono le medesime ipotesi demografiche ed economiche perché sono coerentemente calate in un comune scenario evolutivo.

Le ipotesi concordate

Gli andamenti demografici sottostanti le proiezioni fanno riferimento allo scenario centrale EUROSTAT-2000³ che utilizza le seguenti ipotesi:

- i tassi di fertilità dei Paesi membri convergono gradualmente dagli attuali valori a un valore medio UE pari a 1,7 nel 2050 (la maggior parte della convergenza ha luogo entro il 2050);

² Cfr. Economic Policy Committee (October 2001).

³ Per verificare la robustezza delle proiezioni, AWG ha anche utilizzato gli altri due scenari sviluppati da EUROSTAT, quelli rispettivamente ad alta ("*high variant*") e bassa ("*low variant*") crescita della popolazione.

- nella media UE, l'aspettativa di vita alla nascita aumenta gradualmente, entro il 2050, di 5 anni per gli uomini e di 4 anni per le donne;
- lungo tutto l'orizzonte di proiezione, l'UE sperimenta flussi immigratori annui pari allo 0,2 per cento della popolazione residente (i flussi si ripartiscono in maniera differenziata tra Paesi Membri).

Sino al 2010, i tassi di partecipazione al mercato del lavoro mutuano dalle proiezioni ILO-1997. Dal 2010 in poi, i tassi di partecipazione degli uomini rimangono costanti, mentre quelli delle donne riducono il divario rispetto a quelli degli uomini:

- a non più di 5 punti percentuali per i Paesi Membri dotati di istituti di sostegno per la maternità e per la famiglia;
- a non più di 10 punti percentuali per i Paesi che ne sono privi (l'Italia rientra in questo gruppo).

Dal 2005 in poi, i tassi di disoccupazione si posizionano al loro livello strutturale così come determinato dalle stime OCSE, a cui i singoli Paesi possono aggiungere una correzione al ribasso, non superiore a 1/3, per tenere conto degli effetti differiti nel tempo delle riforme del mercato del lavoro già attuate (l'Italia si è avvalsa di questa facoltà, per tenere conto degli effetti positivi attesi dalla recente riforma "Biagi").

Il quadro macroeconomico concordato si basa su quattro ipotesi:

- il tasso di crescita della produttività del lavoro converge gradualmente dal valore attuale all',75 per cento entro il 2030, per poi stabilizzarsi sino al 2050;
- il tasso di inflazione è quello *target* della banca Centrale Europea, pari al 2 per cento;
- il tasso di crescita reale del PIL è coerente con l'evoluzione demografica, con le ipotesi sui tassi di partecipazione e occupazione e con quelli sull'andamento della produttività del lavoro;
- il differenziale tra tasso di interesse nominale e tassi di crescita nominale del PIL converge al valore di 2 punti percentuali entro il 2030, per poi stabilizzarsi entro il 2050.

Nel complesso, le ipotesi prescelte configurano uno scenario di crescita equilibrata dell'economia europea e di graduale convergenza tra Paesi Membri. Tuttavia, pur essendo state selezionate per rispondere ai principi della plausibilità e della coerenza interna, esse

rimangono, soprattutto sugli orizzonti temporali lunghi delle proiezioni, soggette ad *alea*. Per questo motivo, risulta necessario verificare la robustezza delle proiezioni attraverso l'analisi di sensitività sulle principali ipotesi.

La spesa pensionistica

La componente maggiore della spesa sociale è quella pensionistica. AWG conduce le sue proiezioni utilizzando i modelli già sviluppati dai singoli Paesi Membri, in cui vengono inserite le ipotesi demografiche ed economiche sinteticamente descritte.

La scelta di ricorrere ai modelli dei singoli Paesi Membri è motivata dalla difficoltà di costruire *ex novo* degli strumenti di proiezione in grado di coprire tutti i dettagli istituzionali dei sistemi pensionistici dei *Partner UE*, risultati di evoluzioni storiche distinte e, quindi, molto diversi tra di loro⁴.

La *Tabella 1* descrive le proiezioni di lungo termine della spesa pensionistica contenute nel *Progress Report* di AWG, che rappresenta l'attuale stato di avanzamento del suo secondo ciclo di lavoro.

Tabella 1: Spesa pensionistica pubblica - % PIL

	2000	2010	2020	2030	2040	2050	incremento 2000-2050	incremento max 2000-2050
Belgio	10,0	9,9	11,4	13,3	13,7	13,3	3,3	3,7
Danimarca	10,5	12,5	13,8	14,5	14,0	13,3	2,8	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	<i>n.d.</i>	3,7	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	1,9
Lussemburgo	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	6,2
Austria	14,5	14,9	16,0	18,1	18,3	17,0	2,5	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	4,7
Svezia	9,0	9,6	10,7	11,4	11,4	10,7	1,7	2,4
Regno Unito	5,5	5,1	4,9	5,2	5,0	4,4	-1,1	-0,3
media UE	10,0	10,4	11,8	13,4	14,1	13,8	2,8	4,4

Fonte: EPC-AWG 2003

⁴ Cfr. MISSOC - Mutual Information System on Social Protection in the EU Member States and the EEA.

Il perimetro di spesa richiesto da AWG comprende tutta la spesa lorda a carico delle finanze pubbliche riconducibile al primo pilastro pensionistico. Per l'Italia è utilizzata la definizione di spesa pensionistica adoperata dalla Ragioneria Generale dello Stato⁵, comprendente le pensioni di: vecchiaia, anzianità, ai superstiti, invalidità e sociali.

Per migliorare l'accuratezza e la comparabilità delle proiezioni pensionistiche, la Commissione Europea ha recentemente suggerito un "censimento" di tutte le articolazioni dei sistemi pensionistici dei Paesi Membri, coerente con la classificazione utilizzata da EUROSTAT-ESSPROS. A tal fine, nel mese di Marzo 2004, la Commissione Europea ha distribuito un questionario sulla cui base i *Partner* dovranno descrivere i propri sistemi pensionistici secondo la comune classificazione

La *Tavola 1* mostra alcuni fatti rilevanti relativi alla posizione dell'Italia:

- l'Italia mostra il miglior controllo sugli andamenti della spesa, alla luce di un'incidenza sul PIL che, tra il 2000 ed il 2050, aumenta di soli 0,3 punti percentuali contro una media UE di 2,8;
- inoltre, il picco più alto raggiunto dall'incremento di incidenza è per l'Italia il più contenuto dopo quello del Regno Unito⁶: l'incremento massimo di 1,9 punti percentuali dell'Italia (raggiunto nel 2030) si confronta con una media UE di 4,4 punti percentuali;
- se nel 2000 l'incidenza sul PIL dell'Italia è la seconda più elevata dopo quella dell'Austria, nel 2050 essa diviene la sesta più elevata, con un valore di 14,1 per cento sostanzialmente in linea con la media UE del 13,8 per cento.

Le proiezioni mostrano, quindi, che, a politiche invariate, nel prossimo cinquantennio in Italia sarà necessario reperire risorse a finanziamento della spesa pensionistica pubblica crescenti nel tempo sino a 1,9 punti percentuali di PIL, e successivamente decrescenti sino ad annullarsi quasi completamente entro il 2050. Tuttavia, la spesa appare complessivamente sotto controllo e il suo andamento stabile nel lungo periodo. E', questo, il risultato delle riforme pensionistiche condotte durante gli anni Novanta che, sia pure con un lungo periodo di

⁵ Nelle statistiche pensionistiche esistono almeno cinque diverse definizioni di spesa: quella RGS, quella utilizzata nella Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese, quella ISTAT, quella utilizzata dal Nucleo di Valutazione della Spesa Previdenziale, quella EUROSTAT-ESSPROS.

⁶ Il valore molto basso, addirittura negativo, del Regno Unito si spiega con la particolare struttura del suo sistema pensionistico, già da tempo multipilastro.

transizione, hanno trasformato il sistema italiano da retributivo a contributivo a capitalizzazione nozionale.

La spesa sanitaria

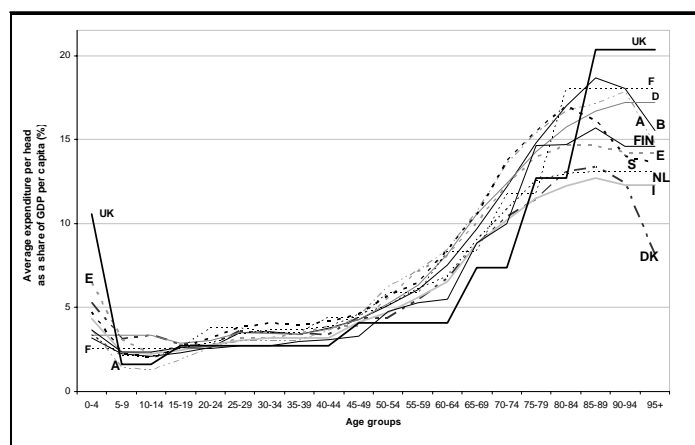
La seconda componente della spesa sociale per incidenza sul PIL è quella sanitaria. Differentemente da quanto fatto per la spesa pensionistica, per le cui proiezioni AWG si è affidato ai modelli già sviluppati a livello nazionale, per la spesa sanitaria AWG e i Paesi Membri hanno concordato tutti gli elementi delle proiezioni, compresa la metodologia e la struttura stessa dei modelli di proiezione.

Nel 2000, assunto come anno base, la popolazione è suddivisa, per sesso ed età, in gruppi contraddistinti da comuni caratteristiche di consumo sanitario; successivamente, all'individuo rappresentativo di ciascun gruppo è assegnato il consumo sanitario medio dello stesso gruppo, sia di tipo *acute* che di tipo *long term*, ricavabile dalla contabilità sanitaria nazionale (*cfr. Figura 1 e Figura 2 per un esempio dei profili di consumo per età, ottenuti nella media ponderata di maschi e femmine*).

Le proiezioni adottano l'ipotesi che il consumo medio dell'individuo rappresentativo cresca a un tasso pari al tasso di crescita del PIL *pro capite*, ovvero al tasso di crescita del PIL per lavoratore attivo. Infine, i valori proiettati della spesa si ottengono moltiplicando il consumo medio dell'individuo rappresentativo di ciascun gruppo per la numerosità dello stesso gruppo, ricavabile dalle proiezioni demografiche di EUROSTAT (lo scenario centrale).

Figura 1:

Profilo medio per età della spesa sanitaria pubblica *acute*

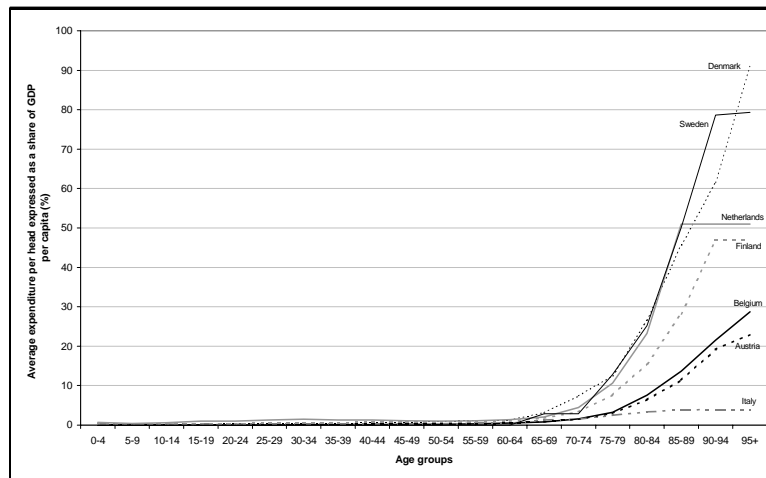


Fonte: EPC-AWG 2003

Una metodologia siffatta ha sicuramente il pregio della semplicità e, di conseguenza, favorisce la comparabilità internazionale; tuttavia, la costruzione “meccanicistica” delle proiezioni sanitarie, su cui hanno attualmente un peso prevalente i dati storici di contabilità sanitaria dell’anno base e le proiezioni demografiche, rappresenta contemporaneamente un aspetto insoddisfacente delle stesse proiezioni (*cfr. infra*).

Figura 2:

Profilo medio per età della spesa sanitaria pubblica *long term*



Fonte: EPC-AWG 2003

La definizione di spesa sanitaria pubblica adottata è quella onnicomprensiva: vi rientrano tutte le forme di finanziamento pubblico del sistema sanitario, a copertura sia della spesa corrente che di quella in conto capitale. Nell’attribuzione delle varie voci alla spesa *acute*, a quella *long term* e a quella in conto capitale, AWG ha richiesto ai Paesi Membri di rispettare quanto più possibile il piano dei conti sanitari utilizzato dall’OCSE⁷.

La *Tabella 2* e la *Tabella 3* descrivono le proiezioni della spesa sanitaria pubblica di tipo *acute*, rispettivamente nell’ipotesi che il consumo dell’individuo rappresentativo dei vari gruppi in cui è suddivisa la popolazione si evolva, a partire dall’anno base, secondo il tasso di crescita del PIL *pro capite*, ovvero secondo il tasso di crescita del PIL per lavoratore attivo.

⁷ Cfr. OECD (2003).

Tabella 2:

Spesa sanitaria pubblica *acute*
nell'ipotesi di tasso di crescita del consumo medio pari a quello del PIL *pro capite* -% PIL

	2000	2010	2020	2030	2040	2050	incremento 2000-2050	incremento max 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
Regno Unito	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: EPC-AWG 2001

Tabella 3:

Spesa sanitaria pubblica *acute*
nell'ipotesi di tasso di crescita del consumo medio pari a quello del PIL per lavoratore attivo - % PIL

	2000	2010	2020	2030	2040	2050	incremento 2000-2050	incremento max 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 ⁸	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
Regno Unito	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: EPC-AWG 2001

Nel primo caso, l'incidenza della spesa sanitaria *acute* sul PIL italiano è nel 2000 inferiore al valore medio UE di 0,2 punti percentuali, valore che verrà raggiunto solo nel 2050, con un

⁸ Per l'Irlanda i dati sono espressi in percentuale del PNL.

incremento complessivo e un incremento massimo sull'arco di tempo 2000-2050 che, per colmare il divario, sono i secondi più elevati tra i Paesi Membri.

Nel secondo caso, l'incidenza della spesa sul PIL italiano rimane costantemente al di sotto del valore medio UE: la differenza di tre decimi di punto percentuale al 2000 diventa, al 2050, di due decimi di punto percentuale, dopo aver fatto registrare valori anche più alti durante le decadi intermedie.

Tabella 4:

Spesa sanitaria pubblica *long term*
nell'ipotesi di tasso di crescita del consumo medio pari a quello del PIL *pro capite* -% PIL

	2000	2010	2020	2030	2040	2050	incremento 2000-2050	incremento max 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
Regno Unito	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: EPC-AWG 2001

Tabella 5:

Spesa sanitaria pubblica *long term*
nell'ipotesi di tasso di crescita del consumo medio pari a quello del PIL per lavoratore attivo - % PIL

	2000	2010	2020	2030	2040	2050	incremento 2000-2050	incremento max 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 ⁹	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
Regno Unito	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: EPC-AWG 2001

⁹ Per l'Irlanda i dati sono espressi in percentuale del PNL.

La *Tabella 4* e la *Tabella 5* descrivono le proiezioni della spesa sanitaria pubblica di tipo *long term*¹⁰, nelle due ipotesi sul tasso di crescita del consumo medio già utilizzate per proiettare la spesa *acute*.

In entrambi i casi, l'incidenza della spesa italiana rimane nettamente al di sotto del valore medio UE. Al 2000, l'incidenza sul PIL italiano è di circa 1 punto percentuale inferiore al valore medio UE; al 2050, tale differenza diviene di 1,9 punti percentuali nel caso di crescita del consumo medio al tasso di crescita del PIL *pro capite*, e di 1,7 nel caso di crescita al tasso del PIL per lavoratore attivo.

Tabella 6:

**Spesa sanitaria pubblica (*acute* e *long term*)
nell'ipotesi di tasso di crescita del consumo medio pari a quello del PIL *pro capite* -% PIL**

	2000	2010	2020	2030	2040	2050	incremento 2000-2050	incremento max 2000-2050
Belgio	6,1	6,6	7,0	7,6	8,0	8,1	2,0	2,0
Danimarca	8,1	8,3	9,2	10,1	10,5	10,7	2,6	2,6
Francia	6,9	7,1	7,7	8,1	8,5	8,5	1,6	1,6
ITALIA	5,5	6,0	6,4	6,9	7,3	7,4	1,9	1,9
Olanda	7,2	7,6	8,2	9,1	9,9	10,3	3,1	3,1
Austria	5,8	6,3	6,9	7,5	8,1	8,5	2,7	2,7
Finlandia	6,2	6,8	7,4	8,3	8,9	9,0	2,8	2,8
Svezia	8,8	9,1	9,7	10,6	11,3	11,8	3,0	3,0
Regno Unito	6,3	6,5	6,8	7,3	7,7	8,2	1,9	1,9
media UE	6,8	7,2	7,8	8,4	9,1	9,4	2,5	2,5

Fonte: elaborazioni CERM su dati EPC-AWG 2001

Tabella 7:

**Spesa sanitaria pubblica (*acute* e *long term*)
nell'ipotesi di tasso di crescita del consumo medio pari a quello del PIL per lavoratore attivo - % PIL**

	2000	2010	2020	2030	2040	2050	incremento 2000-2050	incremento max 2000-2050
Belgio	5,9	6,1	6,7	7,7	8,2	8,4	2,5	2,5
Danimarca	8,1	8,9	9,9	11,3	11,7	11,7	3,6	3,7
Francia	6,8	7,1	8,1	8,9	9,3	9,2	2,4	2,5
Irlanda ¹¹	6,6	7,1	7,7	8,1	8,6	9,1	2,5	2,5
ITALIA	5,5	5,8	6,1	6,9	7,5	7,6	2,1	2,1
Olanda	7,2	7,5	8,2	9,7	10,8	10,9	3,7	3,9
Austria	5,8	6,1	6,8	7,8	8,6	8,9	3,1	3,1
Finlandia	6,2	6,8	8	9,3	10	10,1	3,9	3,9
Svezia	8,8	8,7	9,5	10,9	11,6	12,1	3,3	3,3
Regno Unito	6,2	6,2	6,8	7,6	8,4	8,7	2,5	2,5
media UE	6,7	6,9	7,7	8,7	9,5	9,6	2,9	2,9

Fonte: elaborazioni CERM su dati EPC-AWG 2001

¹⁰ Il consumo sanitario di tipo *long term* ingloba solo le spese di natura corrente. La metodologia di proiezione AWG, infatti, accorpa gli investimenti sanitari alla spesa di tipo *acute*.

¹¹ Per l'Irlanda i dati sono espressi in percentuale del PNL.

La *Tabella 6* e la *Tabella 7* presentano le proiezioni complessive della spesa sanitaria, nelle sue componenti *acute* e *long term*, per i Paesi Membri per i quali entrambi i dati sono disponibili.

Le *Tabelle 2-7* evidenziano alcuni fatti rilevanti, in parte comuni a tutti i *Partner UE*, in parte specifici della posizione dell'Italia:

- differentemente da quanto avviene per la spesa pensionistica, la spesa sanitaria è attesa subire una crescita, in percentuale del PIL, lenta ma costante e senza inversioni di tendenza;
- mentre nelle decadi intermedie le maggiori pressioni sulle finanze pubbliche sono attese dalla spesa pensionistica, a partire dagli ultimi anni del periodo di proiezione le pressioni attese dalla spesa sanitaria si intensificano, sino ad assumere, in termini di PIL, ammontari equivalenti agli incrementi della spesa pensionistica;
- mentre, nella media UE, gli incrementi della spesa sanitaria misurati in termini di PIL si suddividono in maniera eguale tra la spesa di tipo *acute* e quella di tipo *long term*, è quest'ultima voce che è attesa far registrare i tassi di crescita più elevati, quasi raddoppiandosi nell'arco di 50 anni;
- all'interno dei tre fatti appena descritti e condivisi dai Paesi Membri, l'Italia si caratterizza per un'incidenza della spesa sanitaria sul PIL che, inferiore alla media UE di quasi 2 punti percentuali nel 2000 (5,5 per cento contro una media UE di 6,7-6,8 per cento), mantiene costantemente questo divario per tutto il periodo di proiezione; la maggior parte di questa differenza è attribuibile alla spesa di tipo *long term*;
- se limitato alla sola spesa di tipo *acute*, il confronto con la media UE fa emergere che, partendo nel 2000 da un livello inferiore di circa 3 decimi di punto percentuale, l'incidenza della spesa italiana riesce a riassorbire questo divario entro il 2050 nell'ipotesi di tasso di crescita pari a quello del PIL *pro capite*, mentre lo mantiene grossomodo inalterato nell'ipotesi di tasso di crescita pari a quello del PIL per lavoratore attivo.

Nel complesso, quindi, le proiezioni di *AWG* configurano una spesa sanitaria italiana rigidamente controllata dal punto di vista finanziario, con un profilo di incidenza sul PIL che si posiziona costantemente al di sotto del livello medio UE, e con incrementi della stessa incidenza che, a qualunque scadenza futura, risultano anch'essi inferiori ai corrispondenti valori medi UE. Con ogni probabilità, questo risultato risente anche del processo di

contenimento della spesa sanitaria pubblica continuato lungo tutto lo scorso decennio¹² e che le proiezioni AWG, con la loro struttura “meccanicistica” e priva di ipotesi economiche specifiche del sistema sanitario, inevitabilmente “ribaltano” nel futuro.

La spesa per istruzione

Il secondo ciclo di proiezioni di AWG, ancora *in fieri*, copre anche la spesa pubblica per l’istruzione e quella per le indennità di disoccupazione. Anche se queste due voci di spesa non risentiranno in maniera diretta del processo di invecchiamento della popolazione, AWG ha ritenuto di includerle negli esercizi di proiezione in modo tale da costruire, sulla base dello stesso gruppo di ipotesi utilizzato per le altre proiezioni, un quadro evolutivo completo delle principali voci di spesa dello stato sociale.

La *Tabella 8* riporta le proiezioni al 2050 dell’incidenza sul PIL della spesa per istruzione nei Paesi Membri. La definizione di spesa comprende tutte le forme di finanziamento pubblico, sia per spese di natura corrente che capitale, sino al livello di istruzione universitaria incluso (la laurea specialistica nell’attuale ordinamento universitario italiano)¹³.

La metodologia utilizzata da AWG per le proiezioni è simile a quella utilizzata per la spesa sanitaria: la popolazione esistente all’anno base è suddivisa in gruppi di età¹⁴; per ogni gruppo di età, sono stimati, sulla base dei dati di contabilità del sistema di istruzione nazionale, il tasso di partecipazione medio e la spesa media per istruzione attribuibili a un ipotetico individuo rappresentativo dello stesso gruppo d’età; la spesa media per l’individuo rappresentativo si evolve nel tempo al tasso di crescita del PIL per lavoratore attivo; infine, le proiezioni si ottengono moltiplicando la spesa media per l’individuo rappresentativo di ciascun gruppo di età per il tasso di partecipazione scolastica e universitaria applicato alla numerosità dello stesso gruppo, così come ricavabile dalle proiezioni demografiche di EUROSTAT (lo scenario centrale).

¹² Cfr. Pammolli e Salerno (2004a) per un’analisi su dati OCSE dell’andamento della spesa sanitaria pubblica italiana nel corso degli anni Novanta.

¹³ Cfr. EPC (2003b).

¹⁴ La più immediata suddivisione tiene conto dell’inquadramento per età all’interno del sistema scolastico e universitario.

Tabella 8: Spesa pubblica per istruzione - % PIL

	scenario base per i tassi di partecipazione			scenario con tassi di partecipazione crescenti	
	2005	2050	incremento	2050	incremento
Belgio	5,7	5,1	-0,6	5,3	-0,4
Danimarca	8,6	8,4	-0,2	7,7	-0,9
Germania	5,4	5,5	0,1	5,6	0,2
Grecia	4,0	3,2	-0,8	4,5	0,5
Spagna	5,0	3,7	-1,3	3,7	-1,3
Francia	6,4	5,5	-0,9	6,4	0,0
Irlanda ¹⁵	4,7	3,2	-1,5	4,3	-0,4
ITALIA	4,6	4,0	-0,6	4,3	-0,3
Lussemburgo	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>
Olanda ¹⁵	5,0	4,9	-0,1	5,0	0,0
Austria	6,0	5,0	-1,0	5,4	-0,6
Portogallo	5,6	5,1	-0,5	5,3	-0,3
Finlandia	6,1	5,4	-0,7	6,4	0,3
Svezia	7,8	7,0	-0,8	6,7	-1,1
Regno Unito	5,3	5,0	-0,3	5,9	0,6
media UE	5,7	5,1	-0,7	5,5	-0,3

Fonte: EPC-AWG 2003

E' rilevante notare che, diversamente da quanto avviene per la spesa sanitaria, la metodologia alla base delle proiezioni della spesa per istruzione non si limita a considerare soltanto l'elemento demografico (la numerosità delle coorti in età scolare o universitaria), ma ingloba anche un'ipotesi economica specifica, quella sull'andamento dei tassi di partecipazione scolastica e universitaria (*cfr. Tabella 8, "scenario con tassi di partecipazione crescenti"*).

Il calo demografico, che i Paesi UE sperimenteranno nei prossimi decenni, comporterà, nel quadro delle ipotesi di AWG, una diminuzione dell'incidenza sul PIL delle spese per istruzione, apprezzabile anche nel caso in cui si facciano evolvere nel tempo i tassi di partecipazione scolastica e universitaria.

La spesa per istruzione dell'Italia risulta inferiore alla media UE, di circa 1 punto percentuale nel 2005 e di oltre 1 punto percentuale nel 2050. Nel 2050, l'Italia risulta il penultimo Paese per percentuale del PIL destinata all'istruzione; nel 2050 la posizione relativa migliora, ma di poco.

¹⁵ I dati dell'Irlanda e dell'Olanda non coprono la spesa per asili nido e asili.

La spesa per indennità di disoccupazione

Anche per le indennità di disoccupazione, la metodologia adottata da AWG è simile a quella già utilizzata per le proiezioni sanitarie: la spesa media per gruppo di età, rilevabile all'anno base dai dati di contabilità nazionale, è ipotizzata crescere allo stesso tasso delle retribuzioni lorde ed è moltiplicata per la numerosità dei disoccupati in ogni gruppo di età, sino al 2050. La spesa comprende sia gli ammortizzatori a tutela dalla disoccupazione che quelli a tutela dalla riduzione dell'orario di lavoro.

Anche in questo caso è rilevante notare che, diversamente da quanto avviene per la spesa sanitaria, la metodologia alla base delle proiezioni non si limita a considerare soltanto l'elemento demografico (la numerosità delle coorti), ma ingloba anche un'ipotesi economica specifica, quella sull'andamento differenziato dei tassi di disoccupazione nei Paesi Membri.

Tabella 9: Spesa pubblica per indennità di disoccupazione - % PIL

	tassi di disoccupazione in % della forza lavoro			spesa per indennità di disoccupazione			spesa per disoccupato in % del PIL per lavoratore attivo		
	2005	2050	incr.	2005	2050	incr.	2005	2050	incr.
Belgio	10,2	6,6	-3,6	2,1	2,0	-0,1	20,59	30,30	9,7
Danimarca	5,9	5,5	-0,4	1,4	1,4	0,0	23,73	25,45	1,7
Germania	7,9	5,6	-2,3	1,1	0,7	-0,4	13,92	12,50	-1,4
Grecia	11,0	5,5	-5,5	0,4	0,2	-0,2	3,64	3,64	0,0
Spagna	14,0	6,0	-8,0	1,4	0,4	-1,0	10,00	6,67	-3,3
Francia	9,8	6,1	-3,7	1,2	0,7	-0,5	12,24	11,48	-0,8
Irlanda	5,0	5,0	0,0	0,8	1,0	0,2	16,00	20,00	4,0
ITALIA	10,6	7,0	-3,6	0,3	0,2	-0,1	2,83	2,86	0,0
Lussemburgo	2,8	1,5	-1,3	0,2	0,2	0,0	7,14	13,33	6,2
Olanda	3,2	4,0	0,8	1,3	1,4	0,1	40,63	35,00	-5,6
Austria	5,9	4,0	-1,9	0,7	0,6	-0,1	11,86	15,00	3,1
Portogallo	5,6	5,6	0,0	0,7	0,6	-0,1	12,50	10,71	-1,8
Finlandia	9,8	7,1	-2,7	1,7	1,4	-0,3	17,35	19,72	2,4
Svezia	6,0	5,1	-0,9	1,4	1,1	-0,3	23,33	21,57	-1,8
Regno Unito	5,3	5,6	0,3	0,3	0,4	0,1	5,66	7,14	1,5
media UE	7,5	5,3	-2,2	1,0	0,8	-0,2	14,8	15,7	0,9

Fonte: elaborazioni del CERM su dati EPC-AWG 2003

Il calo demografico, che i Paesi UE sperimenteranno nei prossimi decenni, comporterà, nel quadro delle ipotesi di AWG, una lieve diminuzione dell'incidenza sul PIL delle spese per indennità di disoccupazione (nella media UE, 2 decimi di punto percentuale di PIL); soltanto

le proiezioni per l'Irlanda, l'Olanda e il Regno Unito fanno registrare degli incrementi di incidenza, sia pure anch'essi molto contenuti (1 decimo di punto percentuale di PIL).

L'analisi della spesa per disoccupato in percentuale del PIL per lavoratore attivo mostra una situazione maggiormente variegata, sia per livello che per incremento tra il 2005 e il 2050.

Per quanto riguarda l'Italia, nonostante abbia registrato tassi di disoccupazione tra i più elevati dell'UE sia nel 2005 che nel 2050, la percentuale del PIL dedicata alle indennità rimane una delle più basse, circa 7 decimi di punto percentuale al di sotto della media UE. Inoltre, la spesa per disoccupato in percentuale del PIL per lavoratore attivo è in assoluto la più bassa dell'UE e rimane invariata tra il 2005 e il 2050. Queste ultime considerazioni fanno sicuramente riflettere su come la struttura "meccanicistica" delle proiezioni AWG "ribalti" nel futuro l'attuale assetto degli ammortizzatori del mercato del lavoro italiano, per molti aspetti incompleto e non sviluppato. Da questo punto di vista, l'ipotesi di politiche invariate alla base delle proiezioni AWG, pur indispensabile per dare oggettività e comparabilità ai dati, mostra il suo limite.

La spesa sociale complessiva

La *Tabella 10* riepiloga le proiezioni di lungo termine per pensioni, sanità, istruzione e indennità di disoccupazione prodotte da AWG.

Nel 2000 l'Italia mostra un'incidenza superiore alla media UE di oltre 2 punti percentuali¹⁶. Tuttavia, sull'intero arco di proiezione 2000-2050, l'Italia fa registrare il secondo minore incremento complessivo (+1,6, secondo dopo lo 0,6 del Regno Unito), e il terzo minor incremento massimo (+2,9, dopo il 2,2 del Lussemburgo e lo 0,6 del Regno Unito; *cfr.* nota 16). Questa evoluzione fa sì che nel 2050 l'incidenza della spesa sul PIL italiano sia di circa 1 punto percentuale inferiore alla media UE.

Se si considera che le quattro voci di spesa proiettate da AWG rappresentano la quasi totalità della spesa sociale in Italia¹⁷, dal complesso delle proiezioni scaturisce una valutazione

¹⁶ Tuttavia, se si fa riferimento alla media depurata dai dati relativi al Lussemburgo e al Regno Unito, il divario si riduce a meno di un punto percentuale.

¹⁷ Non è così in tutti i *Partner UE*; la diversificazione e la numerosità degli istituti del sistema sociale è una caratteristica che varia da Paese a Paese. *Cfr.* MISSOC; Pammolli e Salerno (2004a).

positiva sulla sostenibilità del sistema sociale italiano. Si tratta però, è necessario precisarlo, di una valutazione con valenza prettamente finanziaria, perché essa è espressa, non solo a politiche invariate e considerando quasi esclusivamente l'impatto demografico sui conti, ma anche senza considerazioni che riguardino, per esempio, l'adeguatezza delle prestazioni, le possibili evoluzioni della domanda di prestazioni, o la necessità di investimenti in tecnologie e infrastrutture.

Tabella 10:

Spesa pubblica per pensioni, sanità, istruzione e indennità di disoccupazione - % PIL

	2000	2005	2010	2020	2030	2040	2050	incremento 2000- 2050	incr. max 2000-2050
Belgio	23,9	22,5	22,9	24,1	27,0	27,9	27,5	3,6	4,0
Danimarca	28,5	29,1	31,0	32,7	34,3	34,7	33,9	5,4	6,2
Germania	24,0	23,7	23,4	24,9	28,4	29,9	30,2	6,2	6,2
Grecia	21,8	21,1	21,1	24,0	28,8	33,5	34,8	13,0	13,0
Spagna	21,3	19,3	19,1	20,2	23,0	26,9	28,7	7,4	7,4
Francia	26,5	26,3	26,9	29,3	30,6	30,6	30,5	4,1	4,1
Irlanda	10,1	9,6	9,7	11,2	11,9	12,2	13,2	3,1	3,1
ITALIA	24,2	24,4	24,5	25,5	26,6	27,1	25,8	1,6	2,9
Lussemburgo	7,6	7,4	7,9	8,6	9,5	9,8	9,5	1,9	2,2
Olanda	21,4	21,8	23,1	25,5	28,3	30,4	30,3	8,9	9,0
Austria	26,9	27,1	27,4	28,5	31,3	32,1	31,1	4,2	5,2
Portogallo	21,5	22,0	23,0	24,6	24,9	25,5	25,1	3,6	4,0
Finlandia	25,3	24,8	25,5	27,1	30,2	32,0	31,8	6,5	6,7
Svezia	27,0	26,8	27,2	27,8	30,0	31,0	30,6	3,6	4,0
Regno Unito	17,4	17,5	17,3	17,0	18,0	17,3	18,0	0,6	0,6
media UE	21,8	21,6	22,0	23,4	25,5	26,7	26,7	4,9	5,1
media esclusi Lussemburgo e Regno Unito	23,3	23,0	23,4	25,0	27,3	28,8	28,7	5,5	5,5

Fonte: EPC-AWG 2003

2. Metodologie di proiezione a confronto: la problematicità delle proiezioni della spesa sanitaria

Si è più volte ribadito che le elaborazioni di *AWG* non hanno la natura di vere e proprie previsioni. Su un orizzonte temporale così lungo e, soprattutto, alla luce delle diverse ipotesi demografiche ed economiche che è necessario fare per costruire gli andamenti delle spese, i risultati possono offrire un realistico ordine di misura di quanto accadrebbe nei prossimi decenni a politiche invariate. Proprio per l'intrinseca difficoltà nel quantificare variabili economico-sociali su un così ampio orizzonte temporale, la metodologia di proiezione assume una importanza fondamentale.

La spesa pensionistica

La spesa pensionistica ha come principale fattore determinante la demografia: per ottenere le proiezioni, le correnti regole di computo della rata pensionistica sono applicate agli scenari demografici futuri¹⁸. Non esiste un problema metodologico specifico nella definizione della domanda di prestazioni pensionistiche; allo stesso modo, non si presenta neppure la difficoltà metodologica di misurare l'impatto sulle proiezioni di spesa delle risorse richieste dal continuo avanzamento tecnologico e dall'adozione di infrastrutture e strumentazioni sempre più evolute.

La spesa per istruzione e indennità di disoccupazione

Nelle proiezioni delle spese per istruzione e indennità di disoccupazione si impongono, invece, alcune rilevanti scelte metodologiche.

In primo luogo, emerge l'importanza della definizione del livello delle prestazioni. Nell'impianto di *AWG* questo problema si traduce nella scelta del tasso di crescita da applicare alla prestazione *pro capite* rilevabile dalla contabilità nazionale, a partire dall'anno base e sino al 2050. Come si è visto, per la spesa per l'istruzione è adottato il tasso di crescita

¹⁸ La maggior parte dei modelli nazionali in uso si basa su modelli a matrici di transizione, con probabilità di passaggio tra uno stato e l'altro (da lavoratore a pensionato di anzianità, da lavoratore a pensionato di vecchiaia, da lavoratore parasubordinato a lavoratore dipendente) stimate sui dati storici.

del PIL per lavoratore attivo, mentre per la spesa per indennità di disoccupazione il tasso di crescita è quello delle retribuzioni lorde. E' necessario rilevare, a questo proposito, che queste assunzioni potrebbero non cogliere appieno tutte le esigenze di spesa che in futuro potrebbero scaturire dai nuovi percorsi formativi da un lato e, dall'altro, dalle caratteristiche di flessibilità e mobilità che il mercato del lavoro va sempre più assumendo.

Per quanto riguarda la spesa per istruzione, inoltre, il problema della definizione del livello delle prestazioni da finanziare si sostanzia anche nell'introduzione di un'assunzione specifica sull'andamento dei tassi di partecipazione al sistema scolastico e universitario.

Infine, sempre per la spesa per istruzione, emerge un'altra differenza sostanziale rispetto alla metodologia di proiezione della spesa pensionistica: la necessità di includere anche le spese in conto capitale, cioè in infrastrutture e strumentazioni. Questo tipo di spesa costituisce sicuramente una componente importante della programmazione del sistema di istruzione pubblica. Le proiezioni di AWG coprono già le spese in conto capitale, ma adoperano una metodologia "meccanicistica" e contabile che, assieme ai pregi della semplicità, trasparenza e comparabilità, potrebbe indurre a sottostimare le necessità future di modernizzazione e ampliamento delle infrastrutture e delle strumentazioni.

La spesa sanitaria

Le considerazioni appena esposte, riguardo alle differenze metodologiche tra le proiezioni pensionistiche e quelle per istruzione e indennità di disoccupazione, trovano applicazione, in maniera più specifica e accentuata, nelle proiezioni della spesa sanitaria.

Per le proiezioni sanitarie, AWG utilizza, come si è visto, una struttura prevalentemente demografica, senza formulare ipotesi economiche specifiche riguardo all'evoluzione della domanda, agli effetti del progresso tecnologico, agli investimenti in infrastrutture e strumentazioni sempre più evolute. Dopo aver definito i profili di spesa sanitaria (corrente e capitale) per età sulla base dei dati storici di contabilità sanitaria, AWG li proietta in avanti applicando un tasso di crescita pari, alternativamente, a quello del PIL *pro capite* o del PIL per lavoratore attivo. Anche per la spesa sanitaria, quindi, si presentano due difficoltà metodologiche: la definizione del livello delle prestazioni e, implicitamente, dell'evoluzione della domanda sanitaria da soddisfare, e la valutazione delle risorse finanziarie assorbite dal progresso tecnologico e dagli investimenti in infrastrutture e strumentazioni. I due argomenti, com'è ovvio, sono strettamente interrelati, dipendendo il livello e la varietà delle prestazioni

dallo stato delle strutture del sistema sanitario e dal progresso tecnologico inglobato nelle terapie e nei farmaci.

Per entrambi gli argomenti (il livello e la varietà delle prestazioni e il progresso tecnico e gli investimenti in infrastrutture e strumentazioni), non è definibile, a livello teorico, un effetto univoco sull'andamento prospettico della spesa sanitaria. In particolare, è possibile ravvisare sia fattori che, se inglobati nelle proiezioni, potrebbero contribuire a contenere la spesa, sia fattori che, al contrario, potrebbero causarne aumenti.

Tra i primi fattori compaiono sicuramente il progresso tecnologico e la diffusione di tecniche e strumentazioni in grado di abbattere i costi delle singole prestazioni sanitarie, anche migliorandone l'efficacia e, quindi, minimizzando i casi di ricaduta o di intervento correttivo (“*cost reducing technical change*”)¹⁹.

Vi rientrano anche le tecniche e le strumentazioni mediche che permettono di modificare l'approccio stesso alla prestazione sanitaria, consentendo la sostituzione o tra terapie (per esempio, quelle basate sul consumo vincolato e prolungato di farmaci con interventi chirurgici risolutivi), o tra istituti del sistema sociale (per esempio, la lungodegenza istituzionalizzata con l'accompagnamento o l'assistenza a casa). Allargando le possibilità di intervento, soluzioni di questo genere sicuramente permetterebbero una ottimizzazione migliore delle risorse umane e finanziarie, nonché un più elevato grado di soddisfacimento dei bisogni personali.

E vi rientra anche la modellizzazione di quello che in demografia è conosciuto come “effetto coorte”, che consiste nel proiettare i comportamenti e, più in generale, gli eventi relativi agli individui di data coorte, senza vincolarli rigidamente a quelli che le coorti precedenti hanno fatto storicamente registrare. In questa maniera, si può dare rilevanza a tutti quei fenomeni di cambiamento biologico, economico, sociale e culturale che, soprattutto su archi temporali medio-lunghi, sicuramente influenzano le scelte degli individui²⁰. Inglobando “effetti coorte”, le proiezioni della spesa sanitaria potrebbero tenere conto del fatto che l'allungamento della vita umana media, se da un lato comporta l'insorgere di nuovi ed anche mai sperimentati bisogni sanitari nei più elevati scaglioni di età di volta in volta raggiunti, si potrebbe anche

¹⁹ La letteratura di economia sanitaria è ricca di *case studies* che testimoniano di questo possibile effetto.

²⁰ Una delle modalità con cui l'“effetto coorte” può essere modellato è il *benchmarking* con Paesi in cui trasformazioni ritenute rilevanti hanno già avuto modo di esplicitarsi *in toto* o in parte.

sostanziare, per i più popolati scaglioni inframarginali, in un generale migliore stato di salute, permettendo così un contenimento della stessa spesa sanitaria.

Tuttavia, gli stessi due argomenti descritti come possibili fonti di contenimento, potrebbero funzionare esattamente al contrario, causando aumenti della spesa anche sensibilmente superiori rispetto a quanto proiettato da *AWG*.

Il progresso tecnologico e la diffusione di tecniche e strumentazioni evolute, piuttosto che abbattere i costi delle prestazioni, potrebbero innalzarli (“*cost augmenting technical change*”). Nel caso discusso in precedenza, l’accezione di progresso tecnologico verteva maggiormente sull’affinamento e sulla standardizzazione delle tecniche, in grado di permettere la ripetizione di prestazioni sanitarie, alla scienza già acquisite, in maniera più efficiente, sia dal punto di vista terapeutico che economico²¹; in questo caso si fa riferimento, invece, alla scoperta vera e propria e alla diffusione di tecnologie innovative, in grado di far avanzare la frontiera delle possibilità di intervento e di risoluzione delle varie situazioni sanitarie²². Questo tipo di avanzamento tecnologico potrebbe avere effetti di dilatazione dei costi in una duplice direzione: potrebbe introdurre prestazioni ad alto costo, causando contemporaneamente un aumento della richiesta di prestazioni, per via dei cambiamenti nella domanda sanitaria, sollecitata dalle nuove possibilità di intervento e, quindi, dai nuovi livelli di benessere raggiungibili e diffondibili.

E’ anche pensabile che le due accezioni di progresso tecnologico (con i collegati effetti sulle tecniche e sulle strumentazioni in uso) siano intrinsecamente e “fisiologicamente” connesse, nel senso che i due effetti possono essere continuamente e contemporaneamente all’opera, potendo riguardare patologie diverse e diversi gruppi di età.

Per quanto riguarda l’“effetto coorte”, infine, potrebbe anche verificarsi che l’allungamento della vita umana, piuttosto che provocare un abbattimento dei costi sanitari negli scaglioni di età inframarginali, induca a sostituire delle spese sanitarie “normali o comuni” con spese sanitarie “s sofisticate”, in grado di mantenere attive delle funzionalità fisiche e psichiche, a cui si può aspirare proprio perché le condizioni fondamentali di salute sono mediamente sempre più elevate. Anche in questo caso, è pensabile che questo effetto si svolga in maniera

²¹ Si pensi, tanto per fare un esempio, al perfezionamento delle tecniche operatorie di microchirurgia, in grado di minimizzare la probabilità di dover ricorrere ad interventi successivi di correzione e di minimizzare gli effetti collaterali.

²² Anche in questo caso, la letteratura di economia sanitaria è ricca di *case studies* che testimoniano di questo possibile effetto.

diversificata a seconda dei gruppi di età, e si possa maggiormente concentrare negli scaglioni di età al di sopra dei 50-55 anni.

All'interno di proiezioni su orizzonti temporali molto lunghi, inoltre, l'"effetto coorte" trova nella spesa sanitaria un'applicazione quanto mai pervasiva: è possibile che i profili di spesa per età costruibili sulla base dell'attuale contabilità sanitaria si dimostrino, *ex post*, inadatti a cogliere bisogni sanitari non ancora pienamente raffigurabili, perché collegati a età che non sono ancora raggiunte o sono raggiunte da un numero troppo ristretto di individui per dare significatività all'evento. Da questo punto di vista, l'inadeguatezza dei profili di spesa potrebbe manifestarsi proprio per quelle voci dalle quali sono attesi gli incrementi percentuali più consistenti, cioè la spesa di tipo *long term* rivolta agli anziani e la spesa per l'assistenza nel periodo immediatamente precedente il decesso (i cosiddetti "*death cost*")²³.

In conclusione, per le sue caratteristiche, la spesa sanitaria appare quella più difficilmente proiettabile nel lungo periodo, senza accompagnare questo esercizio con delle ipotesi specifiche di carattere economico e tecnico. Questa considerazione assolutamente non sminuisce il valore delle proiezioni di AWG. Anche se queste ultime utilizzano l'ipotesi di politiche invariate, individuano il valore *pro capite* delle prestazioni sanitarie in maniera "meccanicistica" e contabile e ipotizzano tassi di crescita della spesa sanitaria *pro capite* che *ex ante* già favoriscono il mantenimento delle compatibilità macrofinanziarie²⁴, le proiezioni AWG fissano un *benchmark* oggettivo, semplice, trasparente e comparabile a livello internazionale. A partire da questo *benchmark* è, adesso, necessario valutare i possibili impatti di ipotesi più elaborate, riguardanti sia i cambiamenti nel tempo della domanda sanitaria, che i tassi di crescita della spesa sanitaria *pro capite*. In questo modo, le proiezioni potranno diventare maggiormente indipendenti dallo *status quo* e, quindi, anche più utili nel guidare l'agenda di politica economica.

²³ Cfr. Comas-Herrera e Wittenberg (2003).

²⁴ Se il tasso di crescita della spesa sanitaria *pro capite* è posto pari a quello del PIL *pro capite* o del PIL per lavoratore attivo, l'origine delle pressioni sulle finanze pubbliche è, in un certo senso, *ex ante* già individuata principalmente nel fattore demografico, e non in altri fattori come l'andamento delle potenzialità terapeutiche, il valore aggiunto delle prestazioni sanitarie, il loro costo.

3. Una verifica delle ipotesi delle proiezioni sanitarie sui dati OCSE-2003

A completamento dei commenti sin qui svolti sulla metodologia utilizzata da AWG per le proiezioni sanitarie, si presentano dei confronti effettuati sulla base dei dati OCSE-2003 (OECD, 2003). I confronti tentano di verificare quanto i dati storici supportino le ipotesi che il tasso di crescita della spesa sanitaria *pro capite* sia approssimabile con quello del PIL *pro capite* o del PIL per lavoratore attivo.

Le seguenti *Tablelle 11-14* confrontano, rispettivamente per Italia, Francia, Germania e Spagna, il tasso di crescita del PIL *pro capite* e quello del PIL per lavoratore attivo con il tasso di crescita della spesa sanitaria pubblica *pro capite*. Per ciascuno di questi tassi è calcolata la media finanziaria, in regime di capitalizzazione composta, dei valori nominali registrati nel periodo 1990-2002.

Tabella 11:

ITALIA – Spesa sanitaria pubblica (<i>acute e long term</i>); confronto tra le ipotesi EPC-AWG e i dati OCSE												
Tasso di crescita del PIL <i>pro capite</i>												
1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
	9,0%	5,1%	2,7%	5,5%	7,9%	6,3%	4,3%	4,4%	3,2%	5,1%	4,4%	
media finanziaria 5,2%												
Tasso di crescita del PIL per lavoratore attivo												
1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
	8,2%	6,0%	8,5%	7,5%	8,8%	6,0%	4,0%	3,5%	2,0%	3,5%	2,6%	
media finanziaria 5,5%												
Tasso di crescita della spesa sanitaria pubblica <i>pro capite</i>												
1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
	13,5%	2,8%	-1,1%	-0,8%	-1,9%	7,5%	8,0%	3,8%	4,8%	11,5%	10,3%	
media finanziaria 5,2%												

Fonte: elaborazioni del CERM su dati EPC-AWG e OCSE

Coerentemente con la metodologia di AWG, la spesa sanitaria presa a riferimento è comprensiva di quella in conto capitale.

Differentemente dalla metodologia di AWG, la spesa sanitaria è quella complessiva, inglobante la *long term*; i dati relativi a quest'ultima sono però analizzati in maniera separata nelle successive tavole. Inoltre, mentre AWG costruisce le proiezioni sulla base di profili di spesa per gruppi di età, i dati OCSE non permettono l'attribuzione delle voci di spesa alle varie età (sono dati aggregati, di contabilità nazionale). V'è da sottolineare, però, che queste

due differenze non incidono sulla correttezza e sull'utilità del confronto tra i tassi di crescita calcolati sui dati storici; questo avviene perché AWG non differenzia il tasso di crescita della spesa sanitaria *pro capite* a seconda della tipologia di spesa sanitaria, se *acute* o *long term care*, né lo differenzia a seconda dei gruppi di età²⁵.

Tabella 12:

FRANCIA - Spesa sanitaria pubblica (<i>acute e long term</i>); confronto tra le ipotesi EPC-AWG e i dati OCSE												
Tasso di crescita del PIL <i>pro capite</i>												
1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
	3,5%	3,0%	1,0%	3,4%	3,0%	2,2%	2,9%	4,0%	3,4%	4,1%	2,8%	
media finanziaria												3,0%
Tasso di crescita del PIL <i>per lavoratore attivo</i>												
1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
	3,9%	4,1%	2,7%	3,6%	2,5%	2,2%	2,7%	2,7%	1,7%	2,0%	1,6%	
media finanziaria												2,7%
Tasso di crescita della spesa sanitaria pubblica <i>pro capite</i>												
1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
	5,8%	6,5%	5,4%	2,0%	5,1%	1,9%	1,4%	2,9%	3,4%	4,3%	5,3%	
media finanziaria												4,0%

Fonte: elaborazioni del CERM su dati EPC-AWG e OCSE

Tabella 13:

GERMANIA – Spesa sanitaria pubblica (<i>acute e long term</i>); confronto tra le ipotesi EPC-AWG e i dati OCSE												
Tasso di crescita del PIL <i>pro capite</i>												
1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
	-14,0%	15,4%	1,9%	4,6%	3,5%	1,5%	1,9%	3,1%	2,5%	2,5%	1,9%	
media finanziaria												2,6%
Tasso di crescita del PIL <i>per lavoratore attivo</i>												
1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
	-15,4%	16,6%	2,4%	5,1%	4,1%	1,4%	1,4%	2,2%	2,4%	2,8%	2,0%	
media finanziaria												2,6%
Tasso di crescita della spesa sanitaria pubblica <i>pro capite</i>												
1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
			1,2%	7,1%	7,7%	4,6%	-1,7%	1,6%	2,7%	2,2%	3,0%	
media finanziaria												3,1%

Fonte: elaborazioni del CERM su dati EPC-AWG e OCSE

²⁵ La variazione dell'incidenza della spesa sanitaria sul PIL deriva principalmente dalla diversa numerosità che i gruppi di età assumono nel tempo, dopo aver assegnato a ciascun gruppo una spesa sanitaria *pro capite* che, dall'anno base in poi, cresce a un tasso unico per tutti i gruppi. Anche da questo punto di vista, la metodologia di AWG è incentrata sulla demografia. Per il motivo appena ricordato, il confronto tra i tassi di crescita può avvenire a partire dalla spesa sanitaria aggregata, senza la suddivisione per gruppi di età.

Tabella 14:

SPAGNA – Spesa sanitaria pubblica (acute e long term); confronto tra le ipotesi EPC-AWG e i dati OCSE												
Tasso di crescita del PIL <i>pro capite</i>												
1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
	9,5%	7,5%	3,2%	6,2%	7,7%	5,9%	6,3%	6,6%	6,6%	7,0%	6,0%	
												media finanziaria 6,6%
Tasso di crescita del PIL per lavoratore attivo												
1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
	8,8%	9,9%	8,1%	7,1%	5,2%	3,4%	3,1%	2,9%	1,5%	2,4%	3,4%	
												media finanziaria 5,1%
Tasso di crescita della spesa sanitaria pubblica <i>pro capite</i>												
1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
	11,0%	12,7%	6,8%	3,0%	5,4%	6,3%	4,5%	6,2%	6,7%	5,7%	6,6%	
												media finanziaria 6,8%

Fonte: elaborazioni del CERM su dati EPC-AWG e OCSE

Solo nel caso dell'Italia le assunzioni di AWG non sembrano essere “sconfessate” dall'andamento storico: il tasso di crescita della spesa sanitaria pubblica cade nella forchetta definita dal tasso di crescita del PIL *pro capite* e dal tasso di crescita del PIL per lavoratore attivo. Per gli altri tre Paesi, invece, il tasso di crescita della spesa sanitaria pubblica, pur non mostrando divari eccessivi, è sempre superiore a questi ultimi due tassi. Si consideri però che, in capitalizzazione composta e su un arco temporale di 50 anni, anche una differenza di un decimo di punto percentuale nel tasso di crescita si sostanzia, a scadenza, in una differenza del 5 per cento nella grandezza assoluta; una differenza più accentuata, di mezzo punto percentuale, arriva a determinare, invece, una differenza di circa il 30 per cento nella grandezza assoluta.

La posizione particolare dell'Italia trova una immediata spiegazione nel processo di rallentamento e contenimento che la spesa sanitaria pubblica ha registrato nell'ultima decade degli anni Novanta e che ha caratterizzato il nostro Paese tra i *Partner UE*²⁶. In altri termini, l'allineamento dei tre tassi non evidenzia il fatto che la spesa sanitaria *pro capite* italiana si sia autonomamente evoluta a quel passo; piuttosto, l'allineamento è il risultato di politiche di bilancio volte al mantenimento delle compatibilità macrofinanziarie che si manifestano anche in tassi di crescita proporzionati tra la ricchezza nazionale *pro capite* e la spesa sanitaria *pro capite*. Osservazioni di questo genere sono illuminanti delle modalità con cui i dati di contabilità nazionale devono essere utilizzati nell'estrapolazione delle grandezze economiche

²⁶ Cfr. Pammolli e Salerno (2004a).

e sociali; una inversione tra causa ed effetto condurrebbe, in questo caso, a confondere tra loro l'obiettivo di contenimento della spesa con quello dell'offerta di prestazioni sanitarie adeguate nel tempo.

Le *Tablelle 15-17* replicano il confronto tra le assunzioni di *AWG* e i tassi di crescita della spesa sanitaria di tipo *long term* ricostruiti sulla base della banca dati OCSE.

Coerentemente con quanto fatto da *AWG*, la spesa di tipo *long term* ha solo natura corrente, cioè non comprende voci in conto capitale. Le voci di spesa considerate sono quelle che, nel piano dei conti OCSE, coprono tutte le necessità di assistenza continuata sia all'interno di istituzioni (ospedali, case di cura, etc.) sia presso l'abitazione.

E' possibile che le proiezioni *AWG* considerino una varietà maggiore di voci di spesa. Tuttavia, il confronto che qui si imposta mantiene la sua utilità, non solo perché i dati OCSE si riferiscono alle componenti più consistenti della spesa *long term*²⁷, ma anche perché la metodologia di *AWG* non differenzia i tassi di crescita a seconda dei gruppi di età o della tipologia di prestazioni; di conseguenza, anche le indicazioni ottenibili dall'analisi di specifiche componenti di spesa riportano informazioni interessanti ai fini della valutazione delle ipotesi.

Tabella 15:

FRANCIA - Spesa sanitaria pubblica di tipo <i>long term</i>; confronto tra le ipotesi <i>EPC-AWG</i> e i dati OCSE												
Tasso di crescita della spesa sanitaria pubblica <i>pro capite</i> di tipo <i>long term</i>												
1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
10,43%	11,12%	11,08%	9,71%	8,01%	5,85%	3,89%	5,61%	5,49%	6,35%	5,56%	media finanziaria 7,5%	

Fonte: elaborazioni del CERM su dati EPC-AWG e OCSE

Tabella 16:

GERMANIA - Spesa sanitaria pubblica di tipo <i>long term</i>; confronto tra le ipotesi <i>EPC-AWG</i> e i dati OCSE												
Tasso di crescita della spesa sanitaria pubblica <i>pro capite</i> di tipo <i>long term</i>												
1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
15,39%	13,06%	63,01%	24,52%	-1,09%	0,71%	2,47%	1,94%	1,62%	media finanziaria 12,1%			

Fonte: elaborazioni del CERM su dati EPC-AWG e OCSE

²⁷ Si tratta, infatti, dei servizi più costosi, perché implicano un'assistenza completa e continua.

Tabella 17:

SPAGNA - Spesa sanitaria pubblica di tipo <i>long term</i> ; confronto tra le ipotesi <i>EPC-AWG</i> e i dati OCSE												
Tasso di crescita della spesa sanitaria pubblica <i>pro capite</i> di tipo <i>long term</i>												
1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
			8,94%	3,03%	2,37%	1,88%	9,44%	1,41%	6,90%	4,77%	5,27%	
media finanziaria												4,9%

Fonte: elaborazioni del CERM su dati *EPC-AWG* e OCSE

La banca dati OCSE non contiene informazioni relative alle spese sanitarie *long term* dell'Italia. I dati disponibili, a ogni modo, dimostrano come questo tipo di spesa abbia fatto registrare tassi di crescita, a livello *pro capite*, non solo molto diversi tra Paesi, ma anche molto diversi rispetto ai tassi di crescita del PIL *pro capite* e del PIL per lavoratore attivo²⁸. Sarebbe necessario, ovviamente, estendere l'analisi anche agli altri *Partner UE* per i quali la banca dati OCSE riporta le spese sanitarie di tipo *long term*; in questo modo, l'evidenza empirica potrebbe essere più consistente e più chiara.

Anche l'analisi storica delle spese sanitarie di tipo *long term* conferma che le assunzioni di tipo "conservativo" sui tassi di crescita della spesa sanitaria *pro capite* possono sottostimare le effettive esigenze che compariranno in futuro ed essere quindi fuorvianti.

La poca ma significativa evidenza raccolta non impoverisce in nessun modo il pregio e l'utilità delle proiezioni sino a oggi svolte da *AWG*; suggerisce, però, di dedicare maggiori approfondimenti proprio alla spesa sanitaria che, tra quelle proiettate nel lungo periodo, è la spesa che, per i motivi commentati, può nascondere le maggiori fonti di variabilità.

4. Una "correzione" semplificata delle proiezioni *AWG* per la spesa sanitaria dell'Italia

Alla luce delle considerazioni sviluppate nei precedenti paragrafi, per le proiezioni della spesa sanitaria risulta importante un'analisi di sensitività che copra non solo le variabili

²⁸ Si rimarca come per tutti e tre i Paesi considerati (Francia, Germania, Spagna) i tassi di crescita della spesa sanitaria *pro capite* di tipo *long term* sembrano aver avuto una accelerazione nei primi 4-6 anni degli anni Novanta, per poi riposizionarsi su livelli molto vicini a quelli dei tassi di crescita del PIL *pro capite* o del PIL per lavoratore attivo. E' possibile che questo derivi da aggiustamenti dei livelli di spesa rispetto alle esigenze sanitarie emergenti che si verificano in determinati anni, decorsi i quali il tasso di crescita della spesa ritorna in linea con quello dell'economia nel suo complesso. Sarebbe, ovviamente, necessaria un'analisi più approfondita della legislazione sanitaria dei tre Paesi in questione.

demografiche e macroeconomiche, ma direttamente il tasso di crescita della spesa *pro capite* e in particolare il differenziale tra quest'ultimo e il tasso di crescita del PIL *pro capite* o del PIL per lavoratore attivo.

AWG ha fornito tale analisi di sensitività sin dal 2001, facendo variare sia lo scenario demografico (passando da quello EUROSTAT centrale a quelli a più elevata e a più bassa crescita della popolazione), che lo scenario macroeconomico (passando da quello centrale, a cui si è fatto riferimento nella descrizione, a scenari di maggiore/minore occupazione e crescita economica), e il tasso di crescita della spesa sanitaria *pro capite*.

In generale, i risultati dell'analisi di sensitività condotta da AWG si traducono in un possibile maggiore incremento dell'incidenza della spesa sanitaria sul PIL di al massimo 1 punto percentuale nel 2050. Tuttavia, l'analisi di sensitività di AWG si rivela "conservativa" proprio sul parametro probabilmente più critico per le proiezioni sanitarie: il tasso di crescita della spesa *pro capite*, che AWG si limita a maggiorare, rispetto al tasso di crescita del PIL *pro capite* o del PIL per lavoratore attivo, di 0,25 punti percentuali.

In particolare, per l'Italia il maggior incremento di incidenza della spesa di tipo *acute* nel 2050 ammonterebbe a 0,8 punti percentuali nel caso di tasso di crescita pari a quello del PIL *pro capite* maggiorato di 0,25 punti percentuali; sotto la stessa ipotesi, il maggior incremento della spesa di tipo *long term* ammonterebbe a 0,1 punti percentuali²⁹.

Poiché il tasso di crescita della spesa *pro capite* sembra essere, in base ai dati storici, una variabile critica nelle proiezioni di lungo termine della spesa sanitaria, si costruisce una variante semplificata dell'analisi di sensitività, senza rimuovere o cambiare alcuna delle ipotesi costituenti gli scenari demografici e macroeconomici di AWG. In questa variante semplificata, il tasso di crescita della spesa sanitaria complessiva è maggiorato di 0,5 punti percentuali rispetto al tasso implicito nelle proiezioni di AWG³⁰.

²⁹ Cfr. *EPC-AWG* (2001).

³⁰ In termini analitici, è maggiorato di 0,5 punti percentuali il tasso di crescita del rapporto tra spesa sanitaria complessiva e PIL. Poiché il tasso di crescita di un rapporto è approssimato dalla differenza tra il tasso di crescita del numeratore e il tasso di crescita del denominatore, la maggiorazione del tasso di crescita del rapporto tra spesa sanitaria e PIL può esser intesa direttamente come maggiorazione del tasso di crescita della spesa sanitaria.

La semplificazione consiste nel fatto che la maggiorazione è applicata non al tasso di crescita della spesa *pro capite* per gruppo di età, ma al tasso di crescita implicito della spesa sanitaria complessiva. L'incremento di 0,5 è il valore medio del divario, misurato sui dati OCSE-2003, tra il tasso di crescita della spesa sanitaria *pro capite* calcolata su tutta la popolazione e il tasso di crescita del PIL *pro capite*, o del PIL per lavoratore attivo, per i tre *Partner UE* presi in esame precedentemente assieme all'Italia (Francia, Germania, Spagna).

Se, nel caso in cui il tasso di crescita della spesa *pro capite* è supposto pari a quello del PIL *pro capite*, si calcola il tasso medio annuo che, in capitalizzazione composta e su un arco di tempo di 50 anni, permette un incremento da 5,5 a 7,4 punti percentuali dell'incidenza della spesa sanitaria sul PIL italiano (cfr. *Tabella 6*), si ottiene un valore pari a circa lo 0,6 per cento. Se, senza abbandonare la capitalizzazione composta, si incrementa questo tasso di 0,5 punti percentuali, nel 2050 la nuova incidenza sul PIL risulta pari a circa 9,5 punti percentuali, con un aumento di 4 punti percentuali rispetto al 2000, più del doppio dell'aumento risultante ad *AWG* (cfr. *Tabella 18*).

Tabella 18:

**Incidenza della spesa sanitaria sul PIL;
maggiorazione di 0,5 del tasso di crescita della spesa
sanitaria pubblica implicito nei risultati di *EPC-AWG***

ITALIA	2000	2050	2050
		nell'ipotesi di tasso di crescita della spesa sanitaria <i>pro capite</i> pari a quello del PIL <i>pro capite</i>	nell'ipotesi di tasso di crescita della spesa sanitaria <i>pro capite</i> pari a quello del PIL per lavoratore attivo
incidenza sul PIL (%)	5,5	9,5 (7,4)	9,7 (7,6)

Tra parentesi i valori originari di EPC-AWG

Fonte: elaborazioni del CERM su dati EPC-AWG ed OCSE

Ripetendo lo stesso esercizio finanziario nel caso in cui il tasso di crescita della spesa *pro capite* sia supposto pari a quello del PIL per lavoratore attivo, il tasso medio annuo che, nell'arco di 50 anni, permette un incremento da 5,5 a 7,6 punti percentuali dell'incidenza sul PIL (cfr. *Tabella 7*) risulta pari a circa allo 0,65 per cento. Applicando a questo tasso lo stesso

incremento di 0,5 punti percentuali, come nel caso precedente, nel 2050 la nuova incidenza sul PIL risulta pari a circa 9,7 punti percentuali, con un aumento di oltre 4 punti percentuali rispetto al 2000, anche in questo caso più del doppio dell'aumento risultante ad AWG (*cfr. Tabella 18*).

Rispetto all'analisi di sensitività già svolta da AWG, se a una maggiorazione di 0,25 corrispondeva per l'Italia, nei calcoli di AWG, un incremento di incidenza sul PIL nel 2050 di 0,9 punti percentuali (0,8 della spesa *acute*, 0,1 della spesa *long term*), con la maggiorazione di 0,5 la variante semplificata di analisi di sensitività conduce a un incremento di incidenza sul PIL nel 2050 di circa 2 punti percentuali, cioè più del doppio rispetto alle proiezioni di AWG.

Nel caso di tasso di crescita pari a quello del PIL *pro capite*, la variante semplificata di analisi di sensitività può arrivare a costituire una sufficiente approssimazione degli ordini di grandezza delle proiezioni vere e proprie. Sotto questa ipotesi, infatti, il tasso di crescita dell'incidenza della spesa sanitaria complessiva sul PIL, a partire dal valore iniziale della spesa nell'anno base, descrive unicamente l'impatto atteso dall'evoluzione demografica dei vari gruppi di età alla base delle proiezioni. Tale impatto si sostanzia in un fattore di scala proporzionale che, per data ipotesi sul livello iniziale della spesa *pro capite* per gruppo di età, funziona indipendentemente dall'ipotesi sul tasso di crescita del PIL *pro capite* e, quindi, della stessa spesa sanitaria *pro capite* per gruppo di età. Per questo motivo, l'analisi di sensitività sul tasso di crescita della spesa sanitaria complessiva potrebbe sufficientemente approssimare quella sul tasso di crescita della spesa *pro capite* per gruppo di età.

Per esemplificare, si consideri una società con due soli gruppi di età a dimensione variabile nel tempo, ciascuno caratterizzato da una spesa sanitaria *pro capite* crescente nel tempo allo stesso tasso di crescita del PIL *pro capite*. Sia:

- "1" il primo gruppo,
- "2" il secondo,
- " y " il tasso di crescita del PIL *pro capite* (supposto costante),
- "N" la numerosità dei due gruppi,
- "S" la spesa sanitaria complessiva,
- "s" la spesa sanitaria *pro capite*,

- “n” il tasso di crescita della popolazione complessiva,
- “P” il tasso di crescita dell’incidenza della spesa sanitaria sul PIL attribuibile unicamente all’evoluzione demografica,
- Δ il differenziale tra tasso di crescita della spesa sanitaria *pro capite* e il tasso di crescita del PIL *pro capite*.

Al tempo “t”, l’incidenza della spesa sanitaria complessiva sul PIL è data da:

$$\frac{S_t}{PIL_t} = \frac{N_t^1 s_t^1 + N_t^2 s_t^2}{PIL_t}. \text{ Il tasso di crescita dell’incidenza sul PIL tra “t” e “t+1” è quindi dato}$$

$$\text{da: } \frac{N_{t+1}^1 s_{t+1}^1 (1 + \overset{\circ}{y}) + N_{t+1}^2 s_{t+1}^2 (1 + \overset{\circ}{y})}{PIL_t (1 + \overset{\circ}{y})(1 + n)} \cdot \frac{PIL_t}{N_t^1 s_t^1 + N_t^2 s_t^2} = \frac{N_{t+1}^1 s_{t+1}^1 + N_{t+1}^2 s_{t+1}^2}{(N_t^1 s_t^1 + N_t^2 s_t^2)(1 + n)}. \text{ A parità di spesa}$$

sanitaria *pro capite* (“s¹” e “s²”), quest’ultima espressione è influenzata unicamente dalla demografia. In particolare, il tasso di crescita della popolazione complessiva (“n”) funziona da freno agli aumenti del rapporto spesa/PIL poiché, per data evoluzione del PIL *pro capite*, ne aumenta il denominatore. La ripartizione della crescita della popolazione tra il primo e il secondo gruppo determina, invece, a seconda di quale sia il gruppo con spesa *pro capite* iniziale più elevata, l’andamento della spesa sanitaria complessiva.

In altri termini, l’ultima espressione è indipendente dal tasso di crescita della spesa sanitaria *pro capite* e coglie unicamente l’effetto che la crescita demografica differenziata per gruppo di età ha sull’incidenza della spesa sanitaria sul PIL, a partire dal livello iniziale della spesa *pro capite* per gruppo di età (“s¹” e “s²”).

Se il tasso di crescita della spesa *pro capite* è maggiorato di Δ punti percentuali rispetto al tasso di crescita del PIL *pro capite*, l’ultima espressione diviene:

$$\frac{N_{t+1}^1 s_{t+1}^1 (1 + \overset{\circ}{y} + \Delta) + N_{t+1}^2 s_{t+1}^2 (1 + \overset{\circ}{y} + \Delta)}{PIL_t (1 + \overset{\circ}{y})(1 + n)} \cdot \frac{PIL_t}{N_t^1 s_t^1 + N_t^2 s_t^2} \approx (1 + \Delta) \frac{N_{t+1}^1 s_{t+1}^1 + N_{t+1}^2 s_{t+1}^2}{(N_t^1 s_t^1 + N_t^2 s_t^2)(1 + n)} =$$

$$= (1 + \Delta)(1 + P) \approx (1 + \Delta + P).$$

Il tasso di crescita dell’incidenza della spesa sanitaria sul PIL diviene, quando il tasso di crescita della spesa sanitaria *pro capite* è maggiorato di Δ punti percentuali rispetto al tasso di crescita del PIL *pro capite*, approssimativamente pari alla somma del suo tasso di crescita prima della maggiorazione più la maggiorazione.

La variante di analisi di sensitività appena presentata è, ovviamente, una semplificazione estrema, senza alcuna pretesa di rigore e scientificità. Essa è utile, però, perché evidenzia la criticità della scelta del differenziale tra tasso di crescita della spesa sanitaria *pro capite* e del PIL *pro capite*: se tale valore è per l'Italia posto pari a quello che mediamente Francia, Germania e Spagna hanno fatto registrare nel corso dell'ultima decade del Novecento, nel 2050 l'incidenza della spesa sanitaria sul PIL può arrivare a essere di 2 punti percentuali superiore rispetto alle proiezioni AWG. Se si considera, infine, che gli elementi per la scelta del tasso di crescita della spesa sanitaria *pro capite* includono anche il confronto tra lo *status quo* delle prestazioni del servizio sanitario e i livelli obiettivo, eventualmente ottenibili anche tramite *best practice* internazionali, che le stesse dovrebbero auspicabilmente raggiungere, la criticità della scelta di questo parametro e la sua contestualizzazione Paese per Paese assume ancora maggiore importanza.

5. Conclusioni: quali implicazioni di politica economica per l'Italia?

Le proiezioni di AWG disegnano per l'Italia un sistema sociale con un sostanziale controllo di lungo termine sull'andamento delle spese. L'incidenza del complesso della spesa sociale sul PIL si evolve in linea con il valore medio UE. Nel 2050 l'incidenza risulta inferiore a quella della maggior parte dei *Partner UE*; l'incremento di incidenza tra il 2000 e il 2050 e l'incremento massimo registrabile sullo stesso arco temporale sono i più contenuti tra i *Partner UE*, dopo il Regno Unito e il Lussemburgo.

Il sostanziale controllo di lungo periodo è un risultato che va opportunamente contrapposto ai *deficit* di finanziamento che anno per anno il sistema pensionistico e quello sanitario mostrano, come differenza tra il totale delle spese sostenute e la raccolta contributiva. In realtà, l'indicatore autentico di sostenibilità sistemica è dato dall'incidenza della spesa sul PIL, in grado di misurare anno per anno l'entità delle risorse prodotte dal Paese e dedicate al finanziamento del sistema pensionistico e di quello sanitario³¹.

³¹ Il finanziamento della spesa sociale con ricorso alle contribuzioni specifiche o in alternativa alla fiscalità generale rientra, infatti, nelle scelte di politica fiscale che ogni Paese opera e che sono anche il risultato dell'evoluzione storica istituzionale.

Nonostante le valutazioni finanziarie positive che le proiezioni di *AWG* suggerirebbero sulla posizione dell'Italia, nei prossimi anni il sistema sociale del nostro Paese dovrà comunque affrontare la necessità di finanziare un aumento dell'incidenza della spesa sociale sul PIL pari a 1,6 punti percentuali tra il 2000 ed il 2050, con un incremento massimo, collocabile attorno al 2040, di 2,9 punti percentuali.

Stando alle proiezioni di *AWG*, anche al 2050 quasi il 60 per cento della spesa sociale italiana rimarrà, a politiche invariate, spesa di natura pensionistica quando, di fronte alla crescente complessità dei sistemi economico-sociali, sicuramente emergeranno necessità di finanziare reti più articolate di istituti sociali o, più in generale, di riforme strutturali rivolte a tutte le età della vita umana. Si tratta di una transizione che la società italiana sta già vivendo impegnandovi però, come anche i dati e le proiezioni *AWG* sulla spesa per l'istruzione e per le indennità di disoccupazione testimoniano, meno risorse finanziarie dei *Partner UE*.

Le stesse proiezioni di *AWG* mostrano, tuttavia, come nel lungo periodo (dal 2040 in poi), gli incrementi di pressione più consistenti arriveranno non dalla spesa pensionistica, ma da quella sanitaria che, diversamente dalla prima, crescerà gradualmente ma costantemente, cioè senza alcuna inversione di tendenza realisticamente configurabile sulla base delle politiche ad oggi messe in atto.

Si deve considerare, inoltre, che le proiezioni di *AWG* sono condotte sotto l'ipotesi di politiche economiche invariate, con una metodologia che definisce il livello *pro capite* iniziale delle voci di spesa per sanità, istruzione e indennità di disoccupazione sulla base di dati storici di contabilità nazionale, e vi applica poi tassi di crescita che *ex ante* già inglobano la necessità di preservare il più possibile le compatibilità macrofinanziarie (il tasso di crescita del PIL *pro capite*, del PIL per lavoratore attivo, delle retribuzioni lorde). Per questi motivi, le proiezioni potrebbero sottostimare le necessità di spesa da fronteggiare in futuro affinché i livelli delle prestazioni siano adeguati sia nella quantità che nella qualità. Su orizzonti temporali lunghi, questi errori di sottostima potrebbero anche arrivare a falsare sostanzialmente la descrizione degli scenari futuri. Alla luce delle argomentazioni proposte

nel testo, il problema della possibile sottostima riguarderebbe soprattutto la spesa sanitaria, sia *acute* che *long term*³².

Se sui dati di *AWG* si confronta, per fare un esempio, il profilo di spesa sanitaria *long term* dell'Italia con quello degli altri Paesi Membri (*cf. Figura 2*), è evidente come il primo sia nettamente inferiore agli altri a partire dalle età di pensionamento (60-65 anni)³³. E' possibile che una differenza così marcata trovi spiegazione, oltre che in motivazioni più generali connesse alla diffusione del benessere e all'adeguatezza delle prestazioni, nel fatto che, sino a oggi, il vecchio e generoso sistema pensionistico retributivo italiano (precedente alla riforma "Dini" del 1995) ha in parte implicitamente assommato in sé anche la funzione di assistenza sanitaria per il periodo di quiescenza. Se quest'ultimo effetto è ritenuto rilevante, cambiate le regole del sistema pensionistico, le proiezioni della spesa sanitaria *long term* dovrebbero inglobare dei tassi di crescita più elevati per tenere conto del nuovo contesto istituzionale e delle nuove (più efficienti) modalità di finanziamento della spesa.

In conclusione, quindi, le proiezioni di *AWG* disegnano per l'Italia un sistema sociale che, pur non presentando tendenze finanziarie squilibranti ma rimanendo sostanzialmente sotto controllo anche nel lungo periodo, necessita comunque di interventi riformatori: da un lato, per fare fronte agli incrementi di incidenza sul PIL che comunque si configurano anche negli scenari piuttosto "conservativi" costruiti da *AWG* (per la sanità, l'istruzione e le indennità di disoccupazione); dall'altro, per prepararsi a rispondere adeguatamente alle nuove spese che deriveranno in futuro dalla necessità di migliorare lo *status quo*, di permettere l'allargamento del benessere, di adeguarsi all'evoluzione del sistema economico-sociale verso modelli più complessi e flessibili, di sostenere l'allungamento della vita umana con le esigenze che esso farà comparire, magari non ancora sperimentate, sia fisiche che intellettuali.

Le proiezioni di *AWG*, raffigurando andamenti sostanzialmente sotto controllo dal punto di vista finanziario, suggeriscono che gli interventi riformatori non devono in nessun modo essere d'urgenza, semplicistici e improntati al solo raggiungimento di obiettivi di bilancio di breve periodo; esistono le condizioni generali perché si conduca un processo di riforma completo, organico e di ampio respiro, in grado di perseguire contemporaneamente gli

³² Se si considera il risultato della semplificata analisi di sensitività condotta dal CERM, l'incremento di incidenza della spesa sociale complessiva sul PIL italiano potrebbe ammontare a circa 3,5 punti percentuali di PIL tra il 2000 ed il 2050, con un massimo di circa 4 punti percentuali di PIL attorno al 2040.

³³ Questa marcata differenza non si presenta, invece, nel confronto tra i profili di spesa sanitaria di tipo *acute*.

obiettivi dell'equilibrio finanziario e della sostenibilità di lungo periodo, e quelli dell'adeguatezza, dell'efficacia e dell'equità delle prestazioni. Il processo di riforma ha modo di intervenire sia all'interno della spesa pubblica, che nella diversificazione tra finanziamento pubblico e finanziamento privato della spesa sociale; quest'ultima intesa sia come sviluppo dei pilastri pensionistici e sanitari privati, che come adozione sempre più diffusa di meccanismi di filtro e regolazione della domanda di prestazioni sociali³⁴.

31 Marzo 2004

³⁴ Cfr. Nicita, Pammolli e Salerno (2004), Pammolli e Salerno (2004), collana delle Note CERM; Pammolli e Salerno (2004a); Ogliandolo e Pammolli (2004).

INDICE DELLE TABELLE

- Tabella 1:** Spesa pensionistica pubblica - % PIL
- Tabella 2:** Spesa sanitaria pubblica *acute* nell'ipotesi di tasso di crescita del consumo medio pari a quello del PIL *pro capite* - % PIL
- Tabella 3:** Spesa sanitaria pubblica *acute* nell'ipotesi di tasso di crescita del consumo medio pari a quello del PIL per lavoratore attivo - % PIL
- Tabella 4:** Spesa sanitaria pubblica *long term* nell'ipotesi di tasso di crescita del consumo medio pari a quello del PIL *pro capite* - % PIL
- Tabella 5:** Spesa sanitaria pubblica *long term* nell'ipotesi di tasso di crescita del consumo medio pari a quello del PIL per lavoratore attivo - % PIL
- Tabella 6:** Spesa sanitaria pubblica (*acute* e *long term*) nell'ipotesi di tasso di crescita del consumo medio pari a quello del PIL *pro capite* - % PIL
- Tabella 7:** Spesa sanitaria pubblica (*acute* e *long term*) nell'ipotesi di tasso di crescita del consumo medio pari a quello del PIL per lavoratore attivo - % PIL
- Tabella 8:** Spesa pubblica per istruzione - % PIL
- Tabella 9:** Spesa pubblica per indennità di disoccupazione - % PIL
- Tabella 10:** Spesa pubblica per pensioni, sanità, istruzione e indennità di disoccupazione - % PIL
- Tabella 11:** Spesa sanitaria pubblica (*acute* e *long term*); confronto tra le ipotesi EPC – AWG e i dati OCSE
- Tabella 12:** Francia - Spesa sanitaria pubblica (*acute* e *long term*); confronto tra le ipotesi EPC – AWG e i dati OCSE

Tabella 13: Germania - Spesa sanitaria pubblica (*acute e long term*); confronto tra le ipotesi EPC – AWG e i dati OCSE

Tabella 14: Spagna - Spesa sanitaria pubblica (*acute e long term*); confronto tra le ipotesi EPC – AWG e i dati OCSE

Tabella 15: Francia – Spesa sanitaria pubblica di tipo *long term*; confronto tra le ipotesi EPC – AWG e i dati OCSE

Tabella 16: Germania - Spesa sanitaria pubblica di tipo *long term*; confronto tra le ipotesi EPC – AWG e i dati OCSE

Tabella 17: Spagna - Spesa sanitaria pubblica di tipo *long term*; confronto tra le ipotesi EPC – AWG e i dati OCSE

Tabella 18: Incidenza della spesa sanitaria sul PIL; maggiorazione di 0,5 del tasso di crescita della spesa sanitaria pubblica implicito nei risultati di EPC – AWG

INDICE DELLE FIGURE

Figura 1: Profilo medio per età della spesa sanitaria pubblica *acute*

Figura 2: Profilo medio per età della spesa sanitaria pubblica *long term*

Riferimenti

Comas-Herrera Adelina and R. Wittenberg (edited by, 2003), *European Study of Long-Term Care Expenditure*, PSSRU Discussion Paper 1840, London School of Economics, London, February 2003

Commission of the European Communities (2003), *Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. The future of health care for the elderly: guaranteeing accessibility, quality and financial viability*, Bruxelles, December 2001

Commission of the European Communities (2001), *Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. Proposal for a Joint Report: Health care and care for the elderly: supporting national strategies for ensuring a high level of social protection*, Bruxelles, January 2001

Council of the European Union (2003), *Joint Report by the Commission and the Council on supporting national strategies for ensuring a high level of social protection*, Bruxelles, March 2003

Council of the European Union (2003), *Joint Report by the Commission and the Council on supporting national strategies for ensuring a high level of social protection*, Bruxelles, February 2003

Economic Policy Committee - AWG (2003a), *The impact of ageing populations on public finances: overview of analysis carried out at EU level and proposals for future work programme*, Bruxelles, October 2003

(http://europa.eu.int/comm/economy_finance/epc/epc_ageing_en.htm)

Economic Policy Committee –AWG (2003b), *Budgetary challenges posed by ageing population: the impact on public spending on education*, Bruxelles, October 2003

Economic Policy Committee - AWG (2001), *“Budgetary challenges posed by ageing population: the impact on public spending of pensions, health and long-term care for the elderly, and possible indicators of long-term sustainability of public finances”*, Bruxelles, October 2001

European Commission – ECFIN (2004), *“Controlling health care expenditures: some recent experiences with reform (note for the attention of the Economic Policy Committee)”*, Bruxelles, March 2004

MISSOC – Mutual Information System on Social Protection in the EU Member States and the EEA (2003), *“Social protection of people with disabilities”*, Bruxelles, January 2003
http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc/missoc_info_en.htm

MISSOC – Mutual Information System on Social Protection in the EU Member States and the EEA (2002), *“Health care in Europe”*, Bruxelles, March 2002

MISSOC – Mutual Information System on Social Protection in the EU Member States and the EEA (2002), *“Evolution of the social protection in the EU and EFTA member States”*, Bruxelles, February 2002

MISSOC – Mutual Information System on Social Protection in the EU Member States and the EEA (2001), *“Evolution of social protection in the European Member States and the European Economic Area”*, Bruxelles, February 2001

MISSOC – Mutual Information System on Social Protection in the EU Member States and the EEA (2000), *“Financing of Social Security”*, Bruxelles, February 2000

MISSOC – Mutual Information System on Social Protection in the EU Member States and the EEA (2000), *“Evolution of social protection in the EU Member States and the European Economic Area (01.01.1999 - 31.12.1999)”*, Bruxelles, January 2000

Nicita A., Pammolli F. e N.C. Salerno (2004), *“Privatizzazioni, spesa sociale e sostenibilità delle finanze pubbliche”*, Nota 2/04, collana delle Note CERM, Roma, Febbraio 2004

OECD (2003), “*OECD Health Data 2003*” (www.oecd.org)

Oglialoro C. e F. Pammolli (2004), “*Non solo controllo della spesa: teoria, evidenza empirica e confronti internazionali per un assetto integrato di regolamentazione del mercato farmaceutico*”, collana dei Quaderni CERM (Quaderno 3/04), Roma, Aprile 2004 (www.fondazionecerm.it)

Pammolli F. e N. C. Salerno (2004a), “*Gli andamenti della spesa sanitaria: l’Italia in una sintetica comparazione internazionale su dati OCSE*”, Quaderno 1/04, collana dei Quaderni CERM, Roma, Aprile 2004

Pammolli F. e N. C. Salerno (2004), “*Fondi pensione e fondi sanitari: prove tecniche di convergenza*”, Nota 1/04, collana delle Note CERM, Roma, Gennaio 2004

Pammolli F. e N. C. Salerno (2004), “*Riforma pensionistica e scelte individuali*”, Nota 3/04, collana delle Note CERM, Roma, Marzo 2004

Pammolli F. e N. C. Salerno (2004), “*Le diverse agende della riforma pensionistica*”, Nota 4/04, collana delle Note CERM, Roma, Aprile 2004

Pammolli F. e N. C. Salerno (2004), “*Incentivazione della previdenza privata e contenimento della tax expenditure*”, Nota 5/04, collana delle Note CERM, Roma, Aprile 2004

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, Roma, Marzo 2003

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, Roma, Marzo 2002

Ragioneria Generale dello Stato (2000), *“Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico italiano. Le previsioni elaborate con li modello della RGS aggiornato al 2000”*, Temi di Finanza Pubblica e Protezione Sociale, Quaderno n. 2, Roma, Novembre 2000

Social Protection Committee (2002). *“Questionnaire on Health and Long-Term Care for the Elderly”*, Bruxelles, 2002

(http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/healthcare/healthcare_en.htm)

Social Protection Committee (2002). *“Joint EPC/SPC draft for a Council Report in the field of health care and car for the elderly”*, Bruxelles, 2002

Note

Quaderni

Monografie settoriali

Rapporti



CERM - Via Poli n.29
00187 ROMA - Italy
tel. 06 69.19.09.42
fax. 06 69.78.87.75
info@fondazionecerm.it
www.fondazionecerm.it