

## La critica di Lucas e le proiezioni della spesa sanitaria

*Per le proiezioni di medio-lungo periodo, attenzione a non sottovalutare i modelli calibrati rispetto a quelli econometrici*

*di Nicola C. Salerno*

---

Negli anni Settanta, l'economista [Robert Emerson Lucas](#) sviluppò il concetto che poi da lui prese il nome divenendo la "critica di Lucas". In "*Econometric policy evaluation: a critique*" (1975), Lucas mise per la prima volta in evidenza la rilevanza delle reazioni degli agenti economici ai comportamenti e alle scelte del *policy maker*. Continuare ad ignorare queste reazioni avrebbe, inevitabilmente, causato errori sistematici nelle valutazioni di impatto delle opzioni di politica economica.

L'intuizione è alla base del filone delle aspettative razionali e ultrarazionali, che hanno trovato applicazione in tanta modellistica di politica fiscale e monetaria. Questa stessa intuizione ha anche "mandato in soffitta" tutta una econometria di prima maniera che, trascurando completamente l'endogenità dei parametri di reazione alla *policy*, aveva immaginato di poterli stimare una volta per tutte, per poi applicarli a vari scenari in esercizi di statica comparata.

Ma che cosa ha a che fare la critica di Lucas con la sanità? Resta un punto di riferimento da non perdere nel dibattito, in corso, su quali siano le metodologie più corrette per proiettare gli andamenti di spesa a medio-lungo. Vediamo perché.

Dai modelli di proiezione ad oggi disponibili (nazionali ed internazionali) deriva un *range* per la variazione di incidenza sul Pil della spesa sanitaria pubblica tanto ampio da rimanere sostanzialmente indeterminato: nei prossimi cinquant'anni, alcune fonti come [Ocse](#) ed [Ecofin](#) (lo scenario "tecnologico") segnalano il raddoppio o più che raddoppio, per giunta senza inversione di tendenza, per tutti i Paesi ad economie e *welfare* sviluppati; altre fonti, come il capitolo di

sostenibilità di lungo termine del [Programma di Stabilità](#), riportano una crescita meno sostenuta ma pur sempre significativa e senza inversione di tendenza (per l'Italia +2 p.p. circa); mentre altre fonti ancora vedono per l'Italia l'incidenza arrivare, dopo una fase di forte crescita, a stabilizzarsi tra il 2030 e il 2035, per poi cominciare a ridursi (secondo un profilo a gobba che richiama, a livello qualitativo, quello dell'incidenza della spesa pensionistica trainato dagli andamenti demografici).

Come orientarsi in questo labirinto di proiezioni? Innanzi tutto è necessario chiedersi di che cosa si è alla ricerca: della dinamica potenziale della spesa, oppure di quella che già sconta interventi di contenimento e stabilizzazione? La differenza è sostanziale, perché la vera sfida che ci attende nei prossimi decenni, il *trade off* tra sostenibilità e adeguatezza delle prestazioni, la si coglie appieno solo attraverso il potenziale. È questo il *benchmark* rispetto al quale interrogarci sulle misure di *policy* da adottare per governare il *trade-off* (universalismo selettivo, [diversificazione multipilastro del finanziamento](#), prevenzione, ristrutturazione del *welfare system*, etc.). Se le proiezioni già scontano non meglio precisate azioni di *policy*, da un lato l'urgenza dell'*agenda* ne risulta falsata e, dall'altro, si dà per scontata la praticabilità di quelle stesse azioni, cosa che, invece, potrebbe essere tutta da verificare, sia sul piano tecnico che su quello politico.

In particolare, la condizione di "a parità di normativa corrente" alla base di tutte le proiezioni appare ineludibile (al più si possono includere gli effetti di riforme già approvate e in corso di attuazione); ma, all'interno di questa cornice, non si può non considerare il potenziale di spesa che potrebbe sorgere per quegli stessi ambiti di prestazione oggi coperti (in Italia, i livelli essenziali sanitari e socio-sanitari), per i quali potrebbe aumentare la platea di beneficiari e, soprattutto, potrebbero sopraggiungere nuove tecnologie/tecniche di intervento.

Esempi significativi sono:

- l'ampliarsi dei destinatari delle prestazioni di assistenza continuata per non autosufficienza, di pari passo con l'invecchiamento della popolazione e con l'evolversi di grandezze economiche come il tasso di attività e di occupazione femminile (è un livello essenziale, ancorché lungi dalla realizzazione, *cfr.* Legge n. 328 del 2000, Dpcm del 14 Febbraio 2001, Dpcm del 29 Novembre 2001);
- l'elasticità della domanda al Pil, dal Dopoguerra significativamente superiore all'unità su orizzonti temporali medio-lunghi e in tutti i Paesi ad economia e *welfare* sviluppati;

- l'ampliarsi del *basket* delle prestazioni rientranti negli ambiti di intervento oggi coperti, come conseguenza dell'avanzamento scientifico-tecnologico (si pensi alle terapie biotecnologie e personalizzate).

Nei modelli di proiezione basati sui profili di spesa per sesso-età, come quello Ocse e quello Ecofin, il potenziale di crescita è affidato al ricorso, nella scelta dei parametri con cui fare evolvere quegli stessi profili, di un tasso di crescita della spesa con un significativo *spread* rispetto al tasso di crescita del Pil, e di tassi di *formal care* per l'assistenza ai non autosufficienti coerenti con gli scenari evolutivi dell'attività e dell'occupazione femminile. A queste ipotesi si aggiunge quella che i tassi di inabilità/invalidità abbiano una duplice dinamica: in diminuzione su orizzonti di medio breve, per tener conto del continuo miglioramento della salute; ma in aumento su orizzonti di medio-lungo, per tener conto dell'emersione di domanda inespressa, di pari passo sia con le possibilità aperte dalle nuove tecniche/tecnologie, sia dell'evoluzione stessa del concetto di *activities of daily living*.

In questo senso, appare riduttivo definire meramente contabile questa famiglia di modelli, perché essi necessitano di ipotesi sulla dinamica, e la calibrazione dei loro parametri avviene con la finalità di soddisfare delle relazioni di coerenza interna macro e microeconomica. Ovviamente, il lungo orizzonte temporale cui sono applicati e la loro struttura semplice ci obbligano ad utilizzarli consapevoli che possono soltanto fornire indicazioni sull'ordine di grandezza delle pressioni che giungeranno dalla spesa sanitaria sui conti pubblici, e non certo previsioni puntuali. E a questo proposito, non si può non sottolineare come, se i più forti *driver* di spesa che Ocse ed Ecofin distribuiscono in scenari diversi, fossero compresenti e interagissero sotto un unico scenario (situazione che non è possibile escludere *a priori*), l'ordine di grandezza delle proiezioni di spesa diverrebbe di gran lunga superiore al raddoppio dell'incidenza sul Pil.

Ma torniamo alla critica di Lucas. La modellistica che più facilmente riporta la stabilizzazione di lungo periodo della spesa e, addirittura, la sua riduzione in termini di Pil dopo una fase di picco, è modellistica econometrica. Si tratta, a grandi linee, di modelli che stimano i coefficienti di impatto di *set* di variabili esplicative sull'arco degli ultimi 30-40 anni, per poi utilizzare questi coefficienti per proiettare l'impatto delle stesse variabili esplicative nel futuro remoto. È sicuramente una modellista più sofisticata e tecnicamente più evoluta rispetto alla famiglia dei modelli calibrati ma,

nello specifico delle proiezioni di lungo termine, questa maggior raffinatezza può essere un'arma a doppio taglio. La stima dei coefficienti di impatto, infatti, rimane inevitabilmente "sporcata" dalla *policy*, soprattutto nei casi di Paesi, come l'Italia, che hanno attraversato stagioni di esplicita forte compressione di spesa sanitaria per ragioni di bilancio. Anche l'inserimento di *dummy* che segnalino, anno per anno, l'adozione di interventi normativi settoriali difficilmente può essere una soluzione, perché non si riesce a tener conto del controvalore delle misure e della domanda troncata (oltretutto da considerarsi sia nella dimensione della quantità che della qualità).

Se Lucas ha messo in guardia dall'utilizzare coefficienti di impatto delle *policy* che ignorassero le reazioni degli agenti economici, per la stessa ragione è necessario prestare attenzione quando si utilizzano coefficienti di impatto di variabili esplicative della spesa sanitaria stimate sui dati storici. Questi coefficienti, infatti, danno per scontato che le azioni di *policy* condotte nel passato siano replicabili *tout court* nel lungo periodo, senza tener conto dei mutamenti nella demografia, nella società, nel mercato del lavoro, nella disponibilità di terapie e trattamenti, nella posizione relativa tra Paesi per quanto riguarda l'offerta di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, etc.. Paradossalmente, proprio questa ipotesi, che almeno a prima vista sembrerebbe di neutralità ("senza modifiche normative" o condizioni similari), realizza, invece, uno scenario di proiezione niente affatto neutrale. Ben lungi dall'essere una condizione di *ceteris paribus*, si impone così una prospettiva in cui le scelte più o meno recenti di *policy* potranno essere replicate nel lungo periodo, continuando a produrre gli effetti già riscontrati, senza scontrarsi con ostacoli e vincoli nuovi.

Su questo punto specifico, l'errore sembrerebbe risiedere nella interpretazione della condizione di "a parità di ..." sotto la quale svolgere le proiezioni. Un conto è mantenere i riferimenti correnti al perimetro delle prestazioni e alle regole di accesso alle stesse; questi riferimenti sono indispensabili per la stessa caratterizzazione del sistema sanitario di cui si vuol proiettare l'andamento. Altro conto, invece, è introdurre ipotesi che vanno ad influenzare direttamente le *performance* finanziarie (*in primis*, l'ipotesi sull'elasticità al Pil/reddito). Esempio ne sia il fatto che in Italia la forte compressione di spesa sanitaria durante la prima metà degli anni Novanta si è svolta senza nessuna modifica né del perimetro delle prestazioni Ssn né delle regole di accesso: l'offerta Ssn è rimasta formalmente onnicomprensiva e con prestazioni erogate secondo universalismo assoluto, ma nella realtà le file d'attesa sono aumentate, la qualità è caduta, le Asl e le Ao hanno cominciato ad accumulare posizioni debitorie esplicite e nascoste, etc.. Utilizzare coefficienti stimati su dati

storici appartenenti anche a stagioni in cui le scelte finanziarie hanno condizionato in maniera pesante il sistema sanitario senza che emergesse il disegno di nuovo equilibrio strutturale significa, di fatto, ipotizzare che in futuro possano essere prolungate *sine die* le tensioni, economiche e sociali, che si accumulano quando tra offerta teorica di prestazioni e risorse disponibili per realizzarle la forbice è ampia e in divaricazione.

Se davvero si vuole che le proiezioni di medio-lungo termine della spesa sanitaria (come di altri capitoli) possano passare indicazioni utili al *policy maker*, è necessario interrogarsi su come queste effettivamente riescano a cogliere l'evoluzione potenziale e a descrivere le tensioni attese per i vincoli di bilancio e per le compatibilità e le proporzioni economiche e sociali (a livello micro e macro). In questa prospettiva, la modellistica econometrica è esposta al rischio di un sistematico *backward-looking*, la cui correzione è difficile perché, soprattutto in sanità e su orizzonti pluridecennali, è difficile l'inserimento di variabili di controllo per tener conto della domanda inespressa/troncata e della qualità, o delle tensioni che possono nascere dai differenziali di assistenza sanitaria tra Regioni/Paesi, o della spesa che può nascondersi nell'accumulazione di posizioni debitorie sommerse (di cui spesso è persino difficile trovare traccia nella contabilità).

Un modello econometrico con un ottimo *fitting* della spesa storica italiana dagli inizi degli anni Novanta ad oggi potrebbe, paradossalmente, proprio per questa "qualità" essere inadatto in sede di proiezione, inadatto a dare indicazioni sulla dinamica prospettica di lungo periodo. A meno che non sia corredato da variabili di controllo che diano sufficiente garanzia di isolare i coefficienti di impatto delle variabili esplicative dalle interferenze di *policy*, un modello di questo genere implicitamente ribalterebbe nel futuro remoto le scelte di *policy* effettuate nel passato, dandone per scontato sia la praticabilità che la replicabilità degli effetti (quella critica *à la Lucas* citata all'inizio). Ma il punto è proprio questo: in che misura siamo in grado di controllare per fenomeni complessi e multidimensionali come quelli prima citati?

In conclusione, senza voler eccedere nel discutere di difetti e pregi di questa e quella modellistica alle quali si sta chiedendo, tra l'altro, qualcosa di estremamente complesso in sé (descrivere gli andamenti a cinquant'anni di voci di spesa importanti e politicamente e socialmente sensibili come quella sanitaria), l'invito è a non sottovalutare l'approccio calibrato e, soprattutto, a non nutrire sospetti nei suoi confronti per il fatto che sono i modelli calibrati a riportare gli ordini di grandezza

più macroscopici sulla dinamica della spesa sanitaria rispetto al Pil: per tutti i Paesi ad economia e *welfare* sviluppati il raddoppio o il più che raddoppio al 2050-2060 senza accenni di inversione di tendenza. Ricordiamoci che, se si guarda al panorama internazionale, negli ultimi cinquant'anni l'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul Pil è aumentata di multipli sino a sette/otto volte (*cfr.* "[Dove va la spesa sanitaria? Impatto demografico ma non solo](#)" su [www.neodemos.it](http://www.neodemos.it)).

*nicola c. salerno, su [www.crusoe.it](http://www.crusoe.it)*