



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE ECONOMICHE ED
AZIENDALI "M.FANNO"

CORSO DI LAUREA IN ECONOMIA E MANAGEMENT

PROVA FINALE

SOSTENIBILITÀ DEI SISTEMI PREVIDENZIALI E SANITARI
IN EUROPA E IN ITALIA

RELATORE:
CH.MO PROF. Vincenzo Rebba

LAUREANDA: Nicole Viola
MATRICOLA N. 1022172

ANNO ACCADEMICO 2015-2016

Indice

1	TENDENZE DEMOGRAFICHE IN EUROPA	9
2	SOSTENIBILITÀ DEL WELFARE IN EUROPA	19
2.1	PENSIONI	19
2.1.1	POLITICHE PER AUMENTARE LA SOSTENIBILITÀ DEI SISTEMI PENSIONISTICI	23
2.2	SANITÀ	28
2.2.1	STRUMENTI DI GOVERNO DELLA DOMANDA E DEL- L'OFFERTA	34
3	SOSTENIBILITÀ DEL WELFARE ITALIANO	39
3.1	PENSIONI	39
3.1.1	SISTEMA PENSIONISTICO ITALIANO TRA SOSTENI- BILITÀ FINANZIARIA E ADEGUATEZZA DELLE PRE- STAZIONI	42
3.2	SANITÀ	50
4	CONCLUSIONI	59
	Bibliografia	60

Indice

INTRODUZIONE

L'invecchiamento della popolazione, dovuto da un lato all'aumento della speranza di vita e dall'altro alla riduzione del tasso di fertilità, rappresenta una delle sfide più grandi e difficili che i paesi sviluppati dovranno affrontare nei prossimi decenni. Tale fenomeno, nonostante sia il riflesso del progresso tecnologico ed economico, poiché comporta un aumento della spesa sociale in primis spesa pensionistica e sanitaria, concretizza una seria minaccia alla tenuta dei sistemi di welfare dei paesi industrializzati. Le ricadute del processo di invecchiamento sull'economia sono aggravate anche dal perdurare di una profonda recessione economica iniziata nel 2008 che ha depresso i tassi di crescita, inciso negativamente sui saldi di finanza pubblica e spinto verso l'alto la disoccupazione. In questo lavoro, dopo aver delineato le tendenze demografiche in Europa nei prossimi decenni, servendosi delle previsioni elaborate sia in ambito europeo dal Gruppo di Lavoro sull'Invecchiamento, che in ambito nazionale dalla Ragioneria Generale dello Stato, si illustreranno le possibili tendenze della spesa age-related e i principali interventi, tesi a garantire la sostenibilità di lungo periodo dei sistemi pensionistici e sanitari in Europa (2° capitolo) e in Italia (3° capitolo).

Capitolo 1

TENDENZE DEMOGRAFICHE IN EUROPA

Prima del ventesimo secolo, l'invecchiamento della popolazione, non era mai apparso in proporzioni tali da destare le preoccupazioni degli economisti circa le ipotetiche e potenziali ricadute, che tale fenomeno potesse avere sull'economia. In secondo luogo, verso la fine del diciannovesimo secolo, l'economia classica di Ricardo e Mill, che avevano al centro della loro teoria il principio Malthusiano della popolazione, fu soppiantata dall'economia neoclassica, che dava un ruolo meno importante a quest'ultima, considerandola fissa e separabile dall'economia. L'enfasi sull'allocazione statica delle risorse con popolazione costante, spostò l'attenzione dell'economia neoclassica da questioni di natura macroeconomica, a quelle di natura microeconomica centrate sul comportamento razionale dell'individuo [Jackson et al., 1998]. I primi dibattiti, riguardanti l'invecchiamento della popolazione, risalgono al periodo tra le due guerre, quando l'alta disoccupazione e la lenta crescita demografica, deprimendo la domanda, avevano cominciato a destare preoccupazioni, temendo un inasprirsi della depressione iniziata nel 1929. È in tale periodo che vedono la luce i primi studi sulle conseguenze economiche dell'invecchiamento della popolazione. Negli anni cinquanta però, l'interesse suscitato fino ad allora da tale fenomeno, diminuisce principalmente per le condizioni demografiche, infatti il "baby boom" verificatosi nel dopoguerra tra gli anni 1940 e 1960, aveva allontanato le prospettive di un rapido invecchiamento della popolazione. A ciò, si accompagnano elevati tassi di crescita economica fino ad allora mai visti, che da un lato alleviano le preoccupazioni riguardanti una depressione permanente, e dall'altro fanno diminuire la pressione fino ad allora esercitata sui bilanci pubblici. Negli ultimi tempi, i trend demografici ed economici, hanno cambiato direzione rinnovando l'interesse e riaccendendo il dibattito intorno alla questione demografica. Senza dubbio la dinamica demografica più rilevante per i paesi sviluppati è l'invecchiamento della popolazione, che è utile distinguere in invecchiamento dall'alto

e dal basso. Con invecchiamento dall'alto ci si riferisce alla crescita del rapporto tra popolazione anziana e totale della popolazione, dovuto all'aumento della vita media, a sua volta determinata dai progressi in campo economico, sociale e sanitario [Brugiavini and Weber, 2013]. Secondo le proiezioni dell'EUROSTAT le aspettative di vita a 65 anni cresceranno di 4,8 anni per gli uomini e 4,6 anni per le donne lungo il periodo di previsione 2013-2060. Nel 2060, le aspettative di vita a 65 anni saranno di 22,4 anni per i maschi e di 25,6 per le femmine. Le aspettative di vita più alte si prevedono in Francia sia per i maschi (23 anni) che per le femmine (26,6 anni), mentre quelle più basse in Bulgaria, con 20,3 anni per gli uomini e 23,4 per le donne Figure 1.1, 1.2. Con invecchiamento dal basso, anch'esso legato

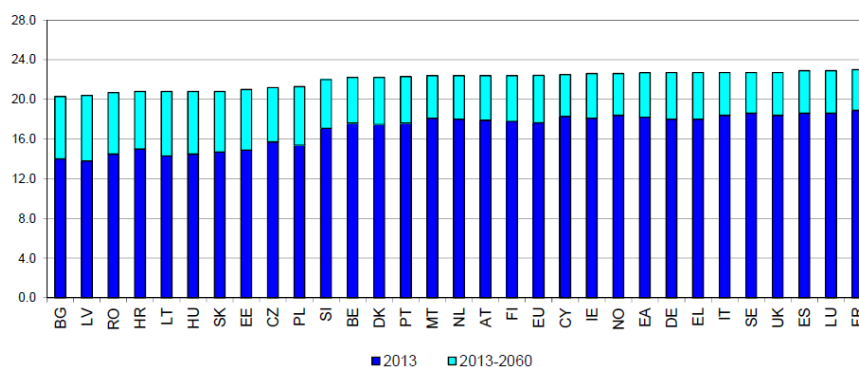


Figura 1.1: Aspettative di vita a 65 anni maschi (in anni). Fonte: Eurostat, EUROPOP2013

a processi socio-economici e culturali (principalmente scolarizzazione femminile e costo dei figli), si intende l'aumento della popolazione anziana dovuta al calo del tasso di fertilità, quindi ad un parziale o mancato rimpiazzo delle fasce più giovani della popolazione [Brugiavini and Weber, 2013]. Sotto circostanze normali, la fertilità ha una maggiore importanza rispetto alla mortalità per quanto riguarda il processo di invecchiamento della popolazione, perché determina la dimensione iniziale di ogni generazione e i suoi effetti, persistono durante tutto il ciclo di vita della generazione [Jackson et al., 1998].

I tassi di fertilità nei paesi dell'Unione Europea, dopo il picco del "baby boom" nel dopoguerra (2,5), hanno conosciuto un rapido declino, raggiungendo un valore

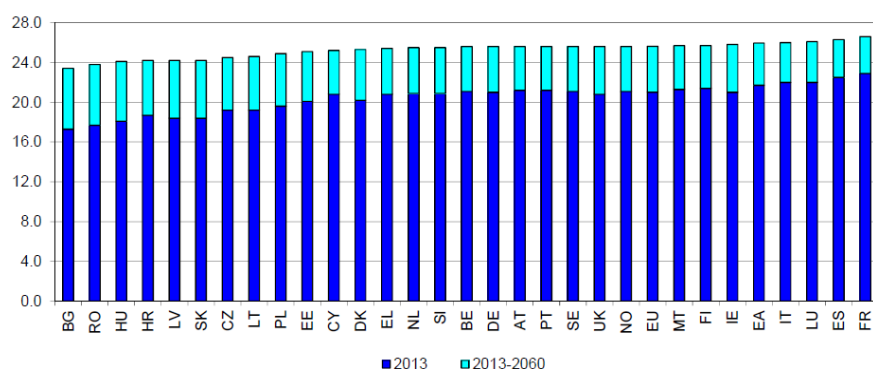


Figura 1.2: Aspettative di vita a 65 anni femmine (in anni). Fonte: Eurostat, EUROPOP2013

inferiore al tasso naturale di rimpiazzo pari a 2,1 Figura 1.3. Nonostante a livello europeo il tasso di fecondità totale, dato dalla somma dei tassi di fecondità specifici per età, abbia avuto in media un trend crescente dal 2000 e decrescente dal 2010, i tassi di fertilità hanno registrato un incremento tra il 2000 e il 2012 in quasi tutti gli stati membri, dove il TFR ha raggiunto valori superiori a 1,8 in Irlanda, Francia, Svezia e Inghilterra. Le proiezioni di EUROPOP2013 ipotizzano un processo di convergenza dei tassi di fertilità tra i paesi membri a quelli dei precursori nel lungo periodo. A livello europeo si prevede un aumento del TFR da 1,59 del 2013, a 1,68 nel 2030, fino a 1,76 nel 2060. I Tassi di fertilità sono previsti in crescita, anche se rimarranno comunque al di sotto del tasso naturale di rimpiazzo nella maggior parte dei paesi europei tranne in Francia, Svezia e Irlanda (i precursori con valori sopra l'1,9) dove ci si aspetta un calo, mentre rimarrà stabile in Inghilterra Figura 1.4. La struttura della popolazione può essere influenzata, anche se in misura minore rispetto alla mortalità e alla fertilità, dai flussi migratori. Questi possono agire come la fertilità, quando afflussi migratori aggiungono nuovi membri alla popolazione nativa, mentre come la mortalità, quando flussi migratori verso l'esterno del paese sottraggono membri alla popolazione. Gli effetti sulla distribuzione dell'età all'interno della popolazione, sono ambigui, in quanto la popolazione guadagnata attraverso i fenomeni migratori non è necessariamente giovane come quella guadagnata attraverso la fertilità, e quella persa solitamente è più giovane ri-

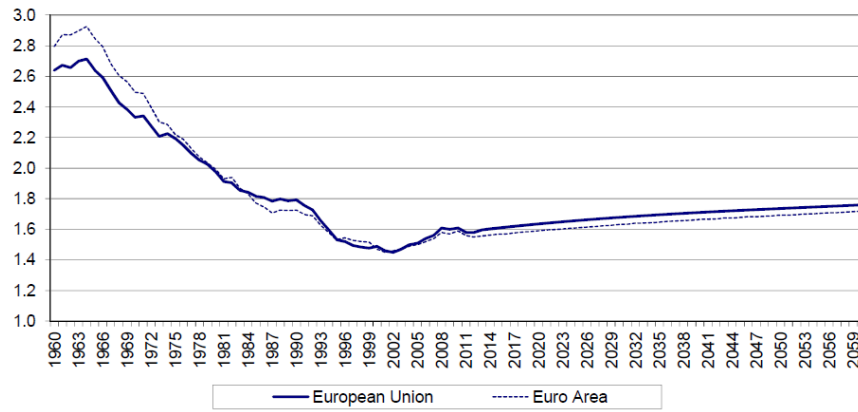


Figura 1.3: Tassi di fertilità totale. Fonte: Eurostat, EUROPOP2013

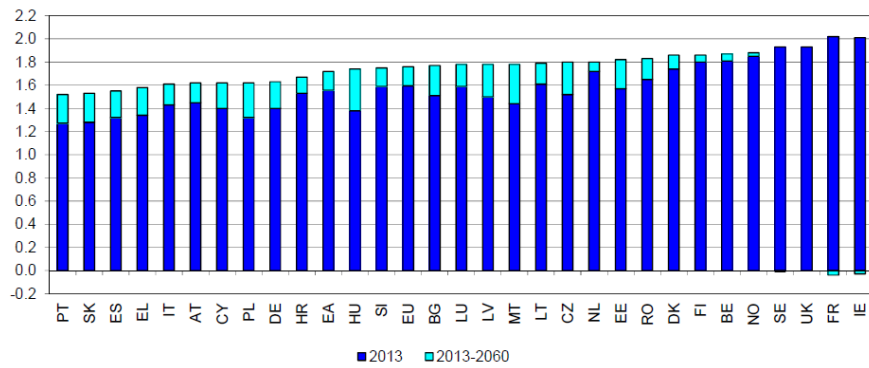


Figura 1.4: Proiezioni dei tassi di fertilità totale (numero di figli per donna). Fonte: Eurostat, EUROPOP2013

petto a quella sottratta dalla mortalità [Jackson et al., 1998]. Sin dal 1950, i paesi europei, che avevano un passato coloniale e bisogno di forza lavoro, sono diventati la meta di migranti Figura 1.5. In generale, le entrate medie annuali nette a livello

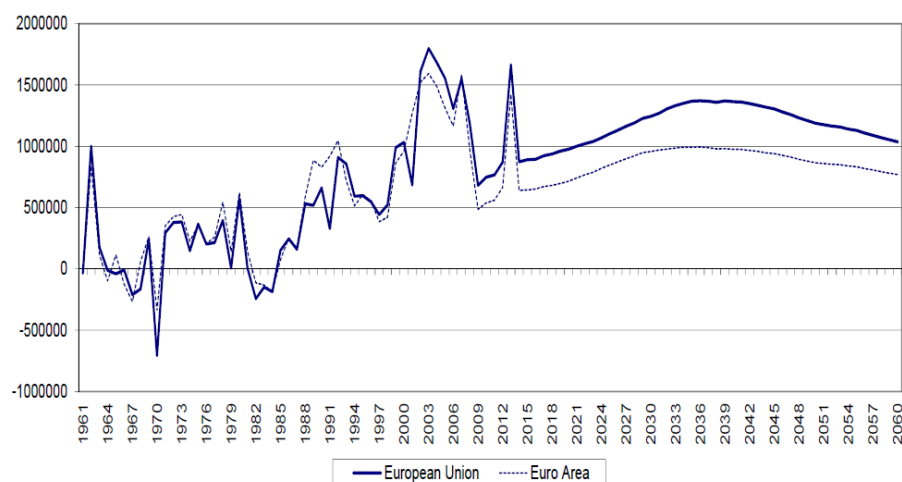


Figura 1.5: Flussi migratori netti 1961-2060. Fonte: Eurostat, EUROPOP2013

europeo più che triplicarono, da circa 198.000 persone all'anno durante gli anni '80, a circa 750.000 persone all'anno, negli anni '90, che furono inoltre caratterizzati da un grande incremento della migrazione clandestina. All'inizio degli anni 2000, i flussi migratori netti verso l'UE aumentarono notevolmente fino a raggiungere 1,8 milioni nel 2003, e rimanere stabili, a livelli vicini a 1,5 milioni, fino alla crisi finanziaria ed economica del 2007, quando scesero a 700 milioni tra il 2009 e il 2011. Negli ultimi due anni sono tornati a salire raggiungendo livelli pre-crisi. I flussi migratori presentano un'elevata variabilità tra paesi, ma storicamente Germania, Inghilterra e Francia, hanno registrato il maggior numero di immigrati all'interno dell'Unione. Negli ultimi decenni però c'è stato un incremento dei flussi migratori verso la Spagna, l'Irlanda e l'Italia, che da paesi di origine, sono diventati paesi di destinazione. Dal 2009 però la situazione è cambiata nuovamente, con significativi deflussi migratori dalla Spagna e dall'Irlanda. Le proiezioni di EUROPOP 2013 prevedono un aumento dei flussi migratori netti verso l'Europa da 874.000 nel 2014 a 1.364.000 persone entro il 2040, che scenderanno a 1.037.000 persone entro il 2060. Tali flussi migratori sono concentrati principalmente in Italia, Germania, Spagna e Regno Unito, mentre ci sarà una diminuzione, o un'inversione,

per quei paesi che correntemente stanno sperimentando un flusso migratorio in uscita Figura 1.6. In generale, le dinamiche della fertilità delle aspettative di vita

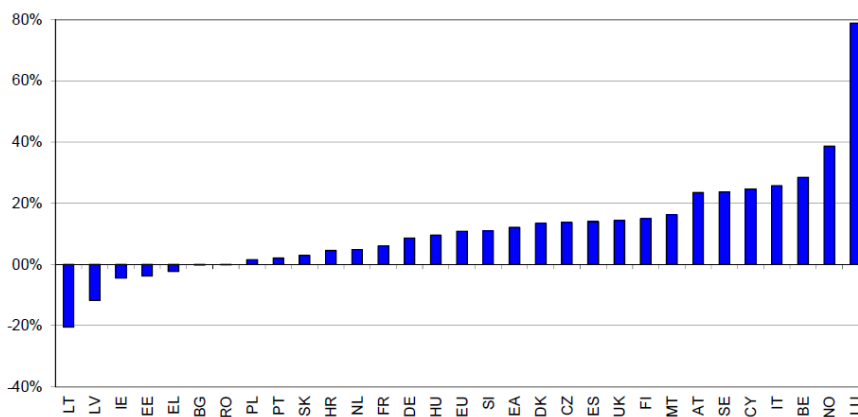


Figura 1.6: Proiezioni di flussi migratori netti cumulati come percentuale della popolazione nel 2013, nel periodo 2013-2060. La migrazione netta cumulata nel periodo 2013-2060 verso l'Europa è 55 milioni (circa l'11% della popolazione europea nel 2013) Italia 15,5 milioni, Regno Unito 9,2 milioni, Germania 7 milioni e Spagna 6,5 milioni). Fonte: Eurostat, EUROPOP2013

e dei flussi migratori nelle proiezioni di EUROPOP2013, delineano una popolazione europea in crescita (si prevede un aumento del 5% tra il 2013 e il 2050 e poi un lento declino fino a 523 milioni entro il 2060), ma molto più vecchia. Le piramidi della popolazione mostrano che la struttura dell'età della popolazione europea cambierà drammaticamente. Nel 2013 l'età mediana per maschi e femmine era 40 e 43. Nel 2060, si prevede, che questa salirà a 45 e 47 anni, dato che l'ulteriore aumento delle aspettative di vita, e l'alta numerosità delle coorti dei nati negli anni 1950 e 1960, porterà ad aumentare la componente della popolazione in età anziana. Allo stesso tempo, la base della piramide dell'età diventa più piccola, per un parziale rimpiazzo dovuto ad un basso tasso di fertilità negli ultimi decenni. Di conseguenza, la forma della piramide dell'età cambia gradualmente forma fino a diventare quasi un rettangolo Figura 1.7. Si prevede che entro il 2060 la proporzione di giovani (0-19 anni) in Europa, rimarrà più o meno costante, scenderà dal 61% al 51% quella di età compresa tra i 20 e 64 anni, mentre aumenteranno le persone con 65 anni e più (dal 18% al 28% della popolazione) e gli over 80, che diverranno tanto numerosi quanto le persone in età giovanile Figura 1.8. Da ciò

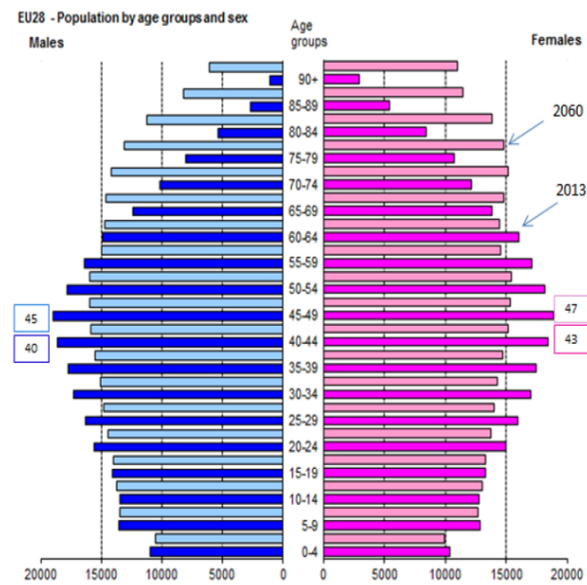


Figura 1.7: Piramide della popolazione nell'Unione Europea (in migliaia) nel 2013 e nel 2060. Fonte: Eurostat, EUROPOP2013

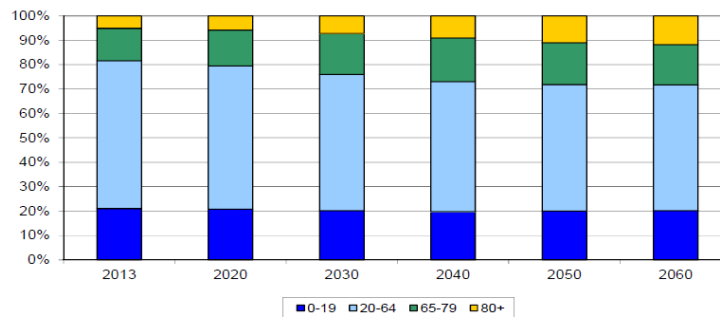


Figura 1.8: Proiezione dei cambiamenti nella struttura della popolazione a livello europeo per classe di età (in %). Fonte: Eurostat, EUROPOP2013

conseguo che l'old age-dependency ratio, calcolato come il rapporto tra le persone con più di 65 anni e le persone tra i 15 e i 64 anni, passerà da 27,8% a 50,1% a livello europeo durante il periodo di proiezione Figura 1.9. Questo vuol dire che ci

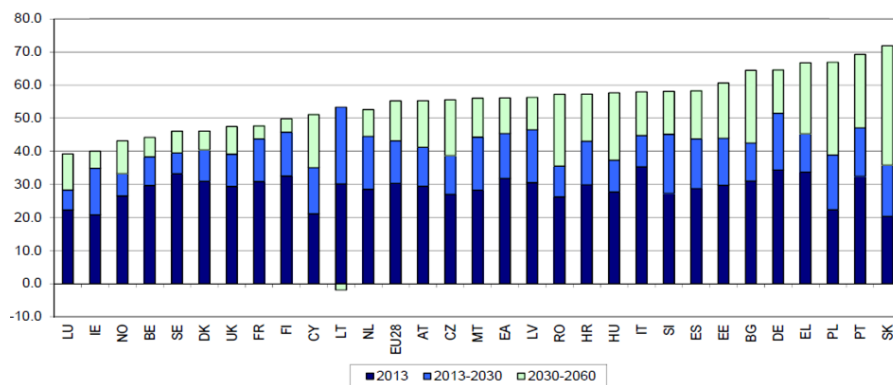


Figura 1.9: Dependency ratios: rapporto tra le persone con più di 65 anni e le persone tra i 15 e i 64 anni (in %).
Fonte: Eurostat, EUROPOP2013

saranno solo due persone in età lavorativa per ogni anziano, anziché quattro. Se si guarda al total age-dependency ratio e quindi, prendendo in considerazione anche quella fascia di popolazione al di sotto di 20 anni, si prevede un incremento ancora più elevato rispetto all'old age-dependency ratio (da 64,9% a 94,5%) Figura 1.10.

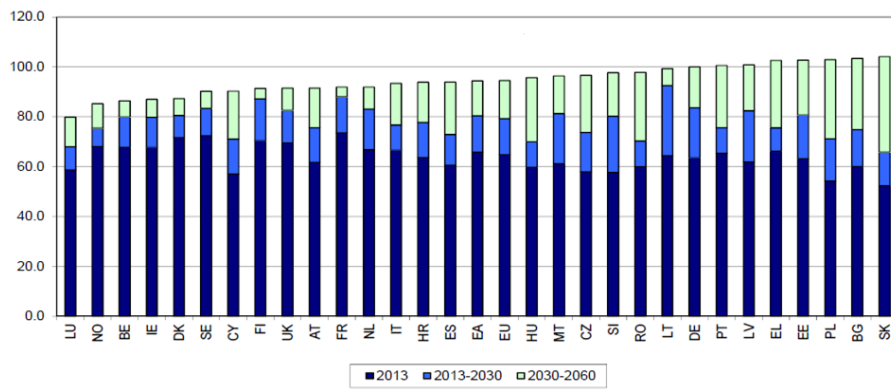


Figura 1.10: Total dependency ratios: rapporto tra le persone dipendenti, giovani sotto i 20 anni più quelle con 65 anni e più e persone in età lavorativa (20-64). Fonte: Eurostat, EUROPOP2013

Capitolo 2

SOSTENIBILITÀ DEL WELFARE IN EUROPA

Sin dalla metà degli anni '80, quando divenne chiaro che i paesi occidentali stavano attraversando grandi cambiamenti nella loro struttura demografica, molti istituti a livello internazionale (OECD e IMF), iniziarono ad esaminare le prospettive di medio-lungo termine della spesa sociale, con l'obiettivo di fornire ai decisori politici delle indicazioni generali sulla possibile evoluzione delle principali voci di spesa, il cui andamento è fortemente influenzato dalle dinamiche demografiche. Questi scenari possono fornire utili indicazioni circa le politiche correttive da adottare per garantire la sostenibilità finanziaria degli istituti di welfare.

2.1 PENSIONI

Le proiezioni del gruppo di lavoro sull'invecchiamento illustrate nel capitolo precedente delineano un quadro demografico caratterizzato da un marcato invecchiamento della popolazione. Ciò è preoccupante date le potenziali ricadute negative che tale fenomeno può avere sull'economia. Infatti, l'invecchiamento della popolazione affiancandosi ad una contrazione della forza lavoro e ad un calo della produttività, determina un tasso di crescita e un livello del PIL più bassi. Oltretutto una marcata riduzione si dovrebbe verificare anche sul lato del risparmio. Come è noto infatti, nella prima fase del ciclo di vita le famiglie risparmiano poco, perché i consumi e i redditi crescono di pari passo, ma in seguito una parte importante del reddito viene messa da parte per sostenere i propri livelli di consumo durante la vecchiaia, soprattutto nel caso di pensioni ridotte [Brugiavini and Weber, 2013]. Altrettante preoccupazioni emergono se si considerano le implicazioni dell'invecchiamento della popolazione sugli istituti previdenziali. Nel caso di schemi a capitalizzazione a prestazioni definite sorgeranno rischi circa la solvibilità dei fon-

di pensione che potrebbero non avere risorse sufficienti per pagare le prestazioni promesse dovendo farlo per un periodo più lungo rispetto a quanto prospettato mentre, l'impatto principale nei sistemi a contribuzione definita riguarderà l'adeguatezza delle pensioni erogate, non essendoci un livello di reddito garantito, e dato il basso tasso di interesse sugli investimenti determinato da un cambio delle preferenze verso investimenti meno rischiosi da parte delle generazioni più anziane. Per quanto riguarda invece i sistemi pubblici a ripartizione, l'invecchiamento della popolazione creerà problemi di sostenibilità in seguito ad una ridotta base contributiva, e allo stesso tempo, ad un aumento degli individui che hanno diritto a ricevere una pensione determinando una crescita della spesa che metterà a dura prova la tenuta dei conti pubblici (OECD 2014). In generale ci sono tre opzioni per migliorare la sostenibilità di un istituto pensionistico: ridurre la generosità delle prestazioni, aumentare i contributi o finanziare la spesa extra attraverso il debito [Jackson et al., 1998]. La prima strada ha il vantaggio di procurare risparmi nel breve periodo, ma nel lungo periodo tale misura potrebbe tradursi in pensioni inadeguate, cioè incapaci di garantire agli anziani una vita dignitosa e indipendente dal punto di vista economico, compromettendo i valori di fondo del sistema da una parte e dall'altra, aumentando la spesa sociale a fronte di una maggior domanda di assistenza. Inoltre, verrebbe minacciata anche la sostenibilità politica del sistema, perché man mano che l'elettore mediano invecchia, potrebbe costringere, con il proprio voto, lo Stato a fare dietro front, perché ritiene l'attuale sistema non congruo con le proprie aspettative. La seconda alternativa non è percorribile poiché i contributi hanno raggiunto già livelli elevati ed alzarli ulteriormente potrebbe avere effetti indesiderati sull'offerta di lavoro. Anche la terza opzione è fuori discussione, perché gli Stati si sono impegnati sotto il Trattato di Maastricht a non accumulare un deficit e un debito eccessivo e, perché i partecipanti dei mercati finanziari osservando le dinamiche dei sistemi pensionistici, ad un certo punto riuscirebbero a prevedere l'insostenibilità derivata dal continuo rimandare le riforme necessarie e inizierebbero a chiedere degli interessi maggiori sul nuovo debito [Rother et al., 2003], che assorbirebbe sempre maggiori risorse che in alternativa sarebbero state impiegate in altre aree di spesa. Le proiezioni elaborate dal gruppo di lavoro sull'invecchiamento Figura 2.1 indicano, che nonostante il notevole incremento della popolazione anziana, la spesa pensionistica alla fine dell'orizzonte previsionale (2060) non sarà più alta dei livelli registrati nel 2013. Più dettagliatamente si prevede che la spesa pensionistica crescerà fino all'11,4% del PIL nel primo periodo delle previsioni ed inizierà a scendere dal 2040, raggiungendo l'11% del PIL nel 2060. Tuttavia, il range di variazione previsto nella spesa pensionistica è relativamente ampio tra i paesi membri: la diminuzione più forte si prevede in Croazia (-3,9 p.p del PIL), insieme a Danimarca (-3,1 p.p del PIL), Lituania (-3,1 p.p del PIL) e Francia (-2,8 p.p del PIL), mentre i maggiori incrementi si avranno

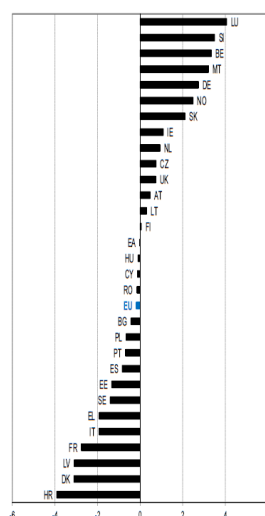


Figura 2.1: Cambiamenti nella spesa lorda in pensioni nel periodo 2013-2060 (in p.p. del PIL). Fonte: European Commission, EPC/2015

in Lussemburgo (4,1 p.p del PIL), Malta (3,2 p.p del PIL), Belgio (3,3 p.p del PIL) e Slovenia (3,5 p.p del PIL). Analizzando la dinamica della spesa per profili di età si nota che questa tenderà a diminuire per tutti i gruppi di età inferiore ai 70 anni, a seguito delle riforme introdotte che hanno aumentato l'età pensionabile, allungato il periodo contributivo per accedere alla pensione piena e inasprito i criteri di accesso alla pensione di disabilità e al pensionamento anticipato. La spesa invece rimarrà stabile per la classe di età tra i 70-74 anni, mentre aumenterà per la fascia di età dai 75 anni in su, che entro il 2060 assorbirà il 6,7% del PIL. I suddetti trend nella spesa pensionistica pubblica per profili di età riflette il maggior peso che la popolazione anziana acquisterà nel tempo, ma anche la revisione delle formule di calcolo delle pensioni che saranno meno generose per le future generazioni di pensionati. L'EPC-WGA, data l'incertezza che gli esercizi di proiezione di lungo periodo comportano, elabora anche degli scenari alternativi, che si basano su assunzioni demografiche e macroeconomiche più o meno sfavorevoli, rispetto a quelle su cui poggia lo scenario base. La Tabella 2.1 indica i risultati delle proiezioni per i soli scenari che hanno comportato un aumento della spesa. Dalla tabella emerge un fatto interessante: i paesi più sensibili ai diversi scenari alternativi sono sia quelli che secondo le proiezioni conosceranno i maggiori incrementi di spesa (Belgio, Lussemburgo, Slovenia e Malta) sia quelli che invece sperimenteranno piccoli aumenti o riduzioni (Portogallo, Austria, Francia e Italia). In particolare una maggior aspettativa di vita rispetto allo scenario base, in generale si traduce in un aumento della spesa pensionistica, poiché si allunga il periodo di erogazione della pensione. Tale effetto avrà un impatto minore in quei paesi come Grecia e Spagna, che hanno introdotto dei fattori di sostenibilità o hanno collegato l'età

Tabella 2.1: Impatto dei diversi scenari sfavorevoli sull'evoluzione della spesa pensionistica nel periodo 2013-2060 deviazione dalla variazione nello scenario base in p.p. di PIL. Fonte: European Commission, EPC/2015

Contries	Change 2013-60 baseline	Higher life expectancy	Lower Migration	Lower labour productivity	Lower TPF (risk scenario)
LU	4.1	0.4	0.8	0.3	1.1
SI	3.5	0.9	0.5	0.2	0.3
BE	3.3	0.7	0.5	0.9	1.0
MT	3.2	0.6	0.6	0.3	0.4
DE	2.7	0.4	0.2	0.0	0.1
NO	2.5	0.2	0.4	0.0	0.0
SK	2.1	0.0	0.1	0.5	0.4
IE	1.1	0.4	0.3	0.0	0.0
NL	0.9	0.1	0.1	0.0	0.0
CZ	0.7	0.6	0.3	0.3	0.4
UK	0.7	0.5	0.2	0.0	0.0
AT	0.5	0.4	0.8	0.6	0.6
LT	0.3	0.6	0.3	0.0	0.0
FI	0.1	0.3	0.4	0.4	0.6
HU	-0.1	0.5	0.2	0.3	0.4
CY	-0.1	0.0	0.6	0.3	0.3
RO	-0.1	0.4	0.0	0.3	0.4
EU	-0.2	0.4	0.2	0.3	0.5
BG	-0.4	0.6	0.1	0.2	0.3
PL	-0.7	0.3	0.2	0.4	0.4
PT	-0.7	1.0	0.3	1.1	1.2
ES	-0.8	0.1	0.2	0.2	0.2
EE	-1.3	0.4	0.1	0.1	0.1
SE	-1.4	0.2	0.2	0.0	0.1
EL	-1.9	0.2	0.1	0.6	0.9
IT	-1.9	0.4	0.4	0.5	0.7
FR	-2.8	0.5	0.2	0.8	0.8
LV	-3.1	0.1	0.1	0.1	0.1
DK	-3.1	0.2	0.2	0.0	0.0
HR	-3.9	0.5	0.1	0.2	0.3

pensionabile alle aspettative di vita. Nel caso invece, di minori flussi migratori, la spesa pensionistica si prevede in crescita in tutti i paesi europei, soprattutto in Austria e in Lussemburgo.

L'incremento della spesa pensionistica può essere attribuita a quattro diversi fattori: ai mutamenti nella struttura demografica (il cui effetto può essere misurato attraverso il tasso di dipendenza degli anziani), ai cambiamenti nella legislazione, (che definisce le regole di accesso agli schemi pensionistici, le regole di indicizzazione ed altri elementi dell'architettura del sistema pensionistico), alla dinamica del mercato del lavoro e, in ultimo, alle attitudini verso determinati comportamenti (ad esempio il pensionamento anticipato). Mentre la legislazione determina l'offerta di prestazioni pensionistiche, gli altri fattori ne determinano la domanda da parte dei cittadini [Buti et al., 1999]. Come si vede nella Tabella 2.2 che illustra il contributo dei suddetti fattori all'evoluzione della spesa pensionistica, si evince che la componente demografica costituirà l'elemento dominante in grado di far salire la spesa nella prima parte dell'orizzonte previsionale (7,2 p.p. del PIL nell'UE), quando la generazione del baby-boom andrà in pensione e, perderà forza nell'ultima decade di proiezione. Gli altri fattori, che riflettono le recenti riforme del mercato del lavoro e dei sistemi pensionistici implementate nei vari paesi membri, contribuiranno invece a limitarne la crescita. Tra questi, quelli che opereranno maggiormente in tal senso sono il tasso di copertura e il benefit ratio (rapporto tra pensione media e salario medio), che ridurranno il tasso di spesa a livello europeo di 2,6 p.p. e 3 p.p. del PIL rispettivamente, mentre sarà molto contenuto l'apporto del cosiddetto labour market effect (rapporto tra popolazione 20-64 e ore lavorate popolazione 20-74), che porterà in media ad una diminuzione di 1,4 p.p. del PIL nell'UE.

2.1.1 POLITICHE PER AUMENTARE LA SOSTENIBILITÀ DEI SISTEMI PENSIONISTICI

Già agli inizi degli anni '90 molti sistemi pensionistici avevano iniziato a mostrare i primi segni di insostenibilità dovuti principalmente agli andamenti demografici sfavorevoli, alla marcata tendenza al pensionamento anticipato e alla generosità delle prestazioni. Da allora due periodi riformatori hanno investito il panorama previdenziale al fine di contenere o invertire i trend in atto e assicurare una sostenibilità finanziaria duratura. Il primo periodo che va dai primi anni '90 fino ai primi anni del 2000 è stato caratterizzato da riforme strutturali che hanno posto l'accento sulle modalità di finanziamento e di calcolo delle pensioni, mentre il secondo che è iniziato nel 2008 e tutt'ora in corso, ha visto l'impegno nell'innalzare l'età legale di pensionamento e, in alcuni paesi, il tentativo di ridurre il ruolo dei sistemi prefunded. In entrambi i periodi sono state implementate riforme tese ad inasprire

Country	2013 lv	Dependency ratio	Coverage ratio	Benefit ratio	Labour market effect			Interaction effect	2060 lv
					total(a+b+c)	(a)	(b)		
BE	11.8	5.6	-1.3	-0.3	-0.6	0.0	-0.1	-0.1	15.1
BG	9.9	6.7	-3.1	-2.5	-1.2	0.0	-0.3	-0.3	9.4
CZ	9.0	6.8	-3.6	-1.0	-1.0	0.0	-0.4	-0.5	9.7
DK	10.3	3.6	-3.6	-2.0	-0.9	0.0	-0.5	-0.2	7.2
DE	10.0	7.3	-1.3	-2.2	-0.7	0.0	-0.4	-0.4	12.7
EE	7.6	5.4	-2.0	-3.8	-0.5	0.0	-0.1	-0.4	6.3
IE	7.4	6.0	-1.7	-2.1	-0.6	0.0	0.0	-0.5	8.4
EL	16.2	10.6	-3.2	-2.1	-6.2	0.0	-0.8	-1.0	14.3
IS	11.8	8.9	-0.6	-4.4	-3.8	0.0	-0.4	-0.9	11.0
FR	14.9	6.7	-3.2	-4.7	-1.2	0.0	-0.2	-0.4	12.1
HR	10.8	6.4	-3.3	-5.0	-1.7	0.0	-0.3	-0.4	6.9
IT	15.7	8.0	-5.0	-2.1	-2.3	0.1	-1.0	-0.5	13.8
CY	9.5	8.7	-2.1	-3.8	-2.2	0.0	-0.5	-0.6	9.3
LV	7.7	3.8	-1.4	-4.5	-0.8	0.0	-0.1	-0.3	4.6
LT	7.2	4.3	-2.2	-0.9	-0.6	0.0	0.0	-0.4	7.5
LU	9.4	6.8	-2.4	0.1	-0.3	0.1	0.0	-0.2	13.4
HU	11.5	7.8	-3.5	-1.9	-1.9	0.0	-0.2	-0.5	11.4
MT	9.6	7.2	-0.9	-1.4	-1.4	0.1	0.0	-0.3	12.8
NL	6.9	4.8	-2.2	-0.5	-0.8	0.0	-0.3	-0.3	7.8
AT	13.9	9.4	-3.3	-4.1	-1.0	0.0	-0.5	-0.6	14.4
PL	11.3	12.4	-5.2	-5.2	-1.4	0.0	-0.6	-1.2	10.7
PT	13.8	11.7	-3.1	-5.9	-2.6	0.0	-0.7	-0.9	13.1
RO	8.2	6.8	-2.3	-4.0	0.0	0.0	-0.1	-0.6	8.1
SI	11.8	9.7	-2.7	-1.4	-1.5	0.0	-0.3	-0.6	15.3
SK	8.1	11.3	-4.2	-2.6	-1.3	0.0	-0.5	-1.0	10.2
FI	12.9	6.0	-2.5	-2.7	-0.5	0.0	-0.2	-0.2	12.9
SE	8.9	2.6	0.2	-3.7	-0.4	0.0	-0.1	-0.1	7.5
UK	7.7	3.9	-1.6	-0.7	-0.6	0.0	-0.2	-0.2	8.4
NO	9.9	5.6	-0.5	-2.2	-0.2	0.0	-0.1	-0.2	12.4
EU	11.3	7.2	-2.6	-3.0	-1.4	0.1	-0.4	-0.4	11.1
EA	12.3	7.6	-2.4	-3.1	-1.6	0.0	-0.4	-0.4	12.3

Tabella 2.2: Scomposizione del cambiamento della spesa pensionistica nel periodo 2013-60. Fonte: European Commission, EPC/2015

i requisiti di accesso al prepensionamento, a far crescere il tasso di partecipazione tra i lavoratori ultracinquantenni, e ad incentivarne una maggiore permanenza nel mercato del lavoro.

Nonostante la platea di riforme proposte da istituzioni internazionali sia ampia, questa può essere suddivisa in quelle che conservano un forte elemento a ripartizione e quelle che incoraggiano il passaggio ad un meccanismo a capitalizzazione [Disney, 2000]. L'adozione del sistema a capitalizzazione è motivata principalmente dal fatto che è meno esposto al rischio demografico, anche se conserva una certa fragilità per quanto riguarda l'invecchiamento del singolo individuo. Inoltre, il sistema a capitalizzazione è più trasparente, nel senso che i benefici sono collegati in modo esplicito ai contributi e alla performance del mercato dei capitali, piuttosto che ad una formula come nel caso dei programmi pubblici, in cui i contributi, avendo un legame più debole con i benefici, vengono percepiti come tasse che possono distorcere l'offerta di lavoro e il comportamento di risparmio [Disney, 2000]. Nonostante ciò, i sistemi a ripartizione riescono a reagire meglio ai cambiamenti economici e all'incertezza. Ad esempio, un'inflazione persistente, colpendo in modo indistinto tutti gli asset, comporterebbe delle grosse perdite per il fondo pensione, che non sarebbe più in grado di offrire le prestazioni promesse. Al contrario, i sistemi a ripartizione sono immuni da tale problema, perché si avvalgono dell'abilità dello Stato di imporre trasferimenti di reddito attraverso la tassazione. Le pensioni verrebbero finanziate dai redditi correnti dei lavoratori, che crescerebbero automaticamente come parte del processo inflazionistico. Ipotizzando una crescita sufficientemente rapida dell'economia, lo Stato non dovrebbe avere problemi nel garantire le pensioni contro l'inflazione [Jackson et al., 1998]. Tuttavia, il passaggio da un sistema a ripartizione ad uno a capitalizzazione implicherebbe dei costi troppo elevati sulla generazione di transizione. Infatti, questa non solo dovrebbe versare i contributi per la propria pensione, ma anche continuare a finanziare quella dei pensionati correnti [Galasso and Castanheira, 2011]. Un altro contributo importante, che si pone a metà tra i due meccanismi di finanziamento, è costituito dal report "Averting the old age crisis" in cui la World Bank affermava che un sistema di sicurezza per l'età anziana dovesse svolgere tre funzioni: risparmio, redistribuzione e assicurazione. Proseguendo, il rapporto stabiliva che le inefficienze, l'insostenibilità e il fallimento nel fornire sicurezza agli anziani, fossero dovute al fatto che molti sistemi pensionistici combinavano le tre funzioni in un sistema pubblico dominante a ripartizione. Quindi la WB propose di separare la funzione redistributiva da quella assicurativa e del risparmio, che sarebbero state affidate ad altri due pilastri con modalità di gestione e finanziamento diversi. Il primo pilastro sarebbe stato gestito pubblicamente e finanziato attraverso la tassazione, mentre il secondo, sarebbe stato gestito privatamente con il metodo della capitalizzazione. Questi pilastri sarebbero stati supportati da un terzo pilastro volontario per coloro

che desideravano maggior sicurezza. Di conseguenza il pilastro pubblico avrebbe avuto l'obiettivo limitato di alleviare la povertà nell'età anziana e di assicurare contro una moltitudine di rischi, mentre gli altri due avrebbero evidenziato il nesso tra contributi e benefici futuri, favorito l'accumulazione di capitali e lo sviluppo dei mercati finanziari, incrementando così la crescita economica, e rendendo quindi più facile finanziare il primo pilastro. Molti paesi europei e dell'America Latina (Cile, Argentina e Colombia), seguendo il modello proposto dalla WB, istituirono o rafforzarono dei pilastri a capitalizzazione obbligatoria.

La crisi finanziaria del 2007, trasformatasi poi in crisi economica dei debiti sovrani ha concluso la prima ondata di riforme e creato i presupposti economici e fiscali per il secondo periodo. A differenza delle precedenti riforme, che erano state introdotte gradualmente in un'ottica di medio-lungo periodo, gli effetti della recessione economica e la conseguente crisi delle finanze pubbliche, ha spinto i governi ad introdurre ulteriori riforme con importanti effetti anche nel breve periodo. L'obiettivo principale delle riforme attuate durante la crisi è stato il contenimento della spesa, che molti paesi hanno cercato di raggiungere direttamente attraverso tagli alle pensioni (come in Grecia, Irlanda e Portogallo) o, indirettamente attraverso una riduzione permanente o un congelamento temporaneo delle regole di indicizzazione¹ (come Grecia, Svezia, Italia e Francia). Tale strumento risulta particolarmente efficace perché permette risparmi di costo maggiori rispetto al taglio diretto delle pensioni che colpisce solo un numero limitato di individui². Queste misure poiché hanno riguardato anche le pensioni correnti e quindi i diritti acquisiti di chi è già andato in pensione, hanno sollevato degli interrogativi circa la legittimità di queste riforme ed hanno richiesto che la Corte Costituzionale si esprimesse sull'argomento. In molti paesi membri (Italia, Francia e Portogallo) la Corte Costituzionale ha dichiarato queste misure illegittime ed ha deliberato per il rimborso dei pensionati. Altri paesi sempre con l'intento di ridurre i costi hanno anche eliminato gli schemi speciali di pensionamento previsti per determinate categorie occupazionali. Ad esempio, in Romania, la riforma del 2010 ha unificato il sistema assorbendo all'interno dello schema generale i programmi pensionistici che prima erano offerti separatamente a poliziotti, diplomatici ed altre categorie occupazionali, mentre in Belgio sono state abolite opzioni di pensionamento anticipato e formule di calcolo più generose per diverse categorie professionali (European Commission 2015). Le suddette misure nonostante siano efficaci nel contenere la

¹Molti paesi hanno modificato le regole di indicizzazione passando da un'indicizzazione ai salari ad un'indicizzazione ai prezzi. Tale misura trova spesso giustificazione nel fatto che la funzione delle pensioni è quella di mantenere il potere di acquisto dei pensionati e non di ricompensare quest'ultimi con futuri miglioramenti della produttività.

²Quando la modifica viene introdotta su una base permanente questa comporterà risparmi di costo anche nel lungo periodo, senza richiedere ulteriori interventi da parte del governo che potrebbero suscitare malcontento nella popolazione.

spesa nel breve periodo, possono compromettere l'adeguatezza delle pensioni nel lungo periodo, quindi risulta necessario adottare ulteriori riforme che migliorino la sostenibilità del sistema e al tempo stesso garantiscano un reddito adeguato. In quest'ottica e sulla base di una vita più lunga e in salute, la maggior parte degli stati membri ha innalzato l'età di pensionamento legale³ e rimosso gli incentivi al pensionamento anticipato. L'effetto fiscale di tale misura è doppio: da un lato si allarga la base contributiva del sistema, poiché le persone lavorano per periodi più lunghi, dall'altro la spesa diminuisce a seguito di periodi di pensionamento più brevi. Tuttavia, queste risonanze positive sono controbilanciate da una spesa per pensioni più alta in futuro dati i maggiori diritti pensionistici acquisiti. Su questo fronte pareggiare l'età pensionabile tra uomo e donna⁴ avrebbe un duplice beneficio: contenere la spesa e garantire alle donne una pensione futura maggiore. Affinché l'aumento dell'età legale di pensionamento diventi effettiva, è necessario modificare insieme al sistema di incentivi fornito dagli istituti previdenziali alcuni comportamenti che si verificano nel mondo del lavoro. Nel primo caso il ridisegno degli incentivi dovrebbe spostarsi verso un sistema più neutrale sul piano attuariale, ovvero rendere il sistema neutrale rispetto alle decisioni di pensionamento [Schludi, 2001]. Per quanto riguarda invece, la tendenza dei datori di lavoro a mandare in pensione anticipata i lavoratori più anziani perché più costosi e meno produttivi rispetto ai loro colleghi più giovani⁵, una possibile soluzione potrebbe essere quella di evitare automatismi salariali legati all'anzianità di servizio, e considerare l'ipotesi di una progressiva riduzione delle ore lavorate e quindi delle retribuzioni per i lavoratori anziani [Brugiavini and Weber, 2013], oppure prolungare l'apprendimento lungo l'intero arco della vita lavorativa, incentivando le opportunità di training per i lavoratori più anziani (OECD 2014). Un altro strumento già presente in alcuni paesi (Danimarca, Finlandia, Francia e Germania) e che agisce in tal senso è il pensionamento parziale, che permette al lavoratore di raggiungere gradualmente la cessazione dell'attività lavorativa. Affinché tale misura sia efficace nell'innalzare l'età effettiva di pensionamento la fascia di età per accedere al programma dovrebbe essere posta in concorrenza con la fascia di età per l'accesso alla pensione piena e non prima, altrimenti raggiun-

³Nelle economie caratterizzate da elevati tassi di occupazione tali misure potrebbero aggravare ulteriormente i problemi nel mercato del lavoro. Inoltre tali misure sono estremamente impopolari, soprattutto tra le coorti di individui vicini al pensionamento.

⁴Il tasso di partecipazione delle donne al mercato del lavoro o la loro permanenza, è molto basso, soprattutto nei paesi dell'Europa meridionale. Secondo dati Eurostat il 4% delle donne lascia il lavoro principalmente per prendersi cura dei figli o dei genitori anziani. Per favorirne una maggiore occupazione bisognerebbe optare per un welfare più mother friendly, ovvero in grado di garantire una maggiore conciliazione tra vita lavorativa e famiglia.

⁵Molti studi, infatti, sembrano suggerire una relazione ad u rovesciata tra età e produttività, dove riduzioni significative prendono forma dai 50 anni in poi (Hellerstein et al. 1999, Skirbekk et al. 2003).

gerebbe solamente il più limitato obiettivo di ridurre l'utilizzo del pensionamento anticipato [Fornero and Monticone, 2007]. Per promuovere carriere lavorative più lunghe, alcuni paesi membri insieme ad età pensionabili più elevate e criteri di accesso al prepensionamento più rigidi hanno rafforzato il collegamento tra contributi e benefici, estendendo il periodo di riferimento per il calcolo della pensione alle retribuzioni percepite lungo l'intera vita lavorativa.

2.2 SANITÀ

Durante gli ultimi vent'anni, la spesa sanitaria è cresciuta più velocemente del PIL nei paesi industrializzati. La consapevolezza che tale trend non possa proseguire all'infinito, e l'urgenza di risanare le finanze pubbliche messe a dura prova dalla crisi economica, hanno reso evidente la necessità per i paesi europei e non solo, di assicurare la sostenibilità dei propri sistemi sanitari salvaguardandone al tempo stesso i principi di fondo : copertura universale, uguaglianza nell'accesso e nella fornitura dei servizi, qualità dei servizi sanitari e solidarietà nel finanziamento del sistema [Thomson et al., 2009]. Prima di procedere è bene soffermarsi sul concetto di sostenibilità. Secondo Thomson et al. (2009) la sostenibilità economica si riferisce alla crescita della spesa in rapporto al PIL. La spesa sanitaria sarà economicamente sostenibile quando genererà un valore superiore al costo opportunità, cioè il valore che si sarebbe ottenuto spendendo quelle risorse in un'altra area. In questo caso la crescita della spesa è giustificata dal maggior benessere sociale raggiunto e il sistema garantisce la costo-efficacia della spesa sanitaria. A tal riguardo, ci sono ampi spazi per guadagni in termini di efficacia e di efficienza. La sostenibilità finanziaria, invece, riguarda la capacità dello Stato di finanziare la spesa sanitaria pubblica e quindi, di offrire ai propri cittadini un servizio di qualità [Rebba, 2013]. I sistemi sanitari, salvaguardando e ristorando lo stato di salute dei cittadini, hanno contribuito al benessere sociale e alla crescita economica nei paesi sviluppati. Le migliori condizioni di salute assicurando una maggior produttività e offerta di lavoro, insieme a maggiori investimenti in quanto, le persone che godono di buona salute oltre ad essere più produttive, hanno anche più probabilità di trovare un'occupazione e, aspettandosi di vivere più a lungo, investono più risorse (tempo e denaro) nella loro educazione (anch'essa un fattore importante per la prosperità economica), hanno giustificato una spesa sanitaria via via crescente [Thomson et al., 2009]. Durante gli anni '60 e '70 la spesa sanitaria sia pubblica che privata crebbe rapidamente, sospinta da un aumento della copertura della popolazione e da un miglioramento nella fornitura di servizi che riflettevano sia le maggiori aspettative della popolazione sia la maggior disponibilità a pagare per servizi sanitari di miglior qualità. Successivamente, la crescita della spesa sanitaria rallentò e in alcuni paesi diminuì grazie agli sforzi dei diversi governi che,

preoccupati dalla forte crescita della spesa sanitaria, miravano a riconsolidare i propri bilanci. Verso la fine degli anni'90 e soprattutto nella prima decade del ventunesimo secolo la spesa sanitaria tornò a crescere, raggiungendo un picco nel 2009, prima che i vincoli di bilancio imposti dalla crisi economica portassero ad un'inversione di tendenza. La spesa sanitaria ha raggiunto in media il 10,1% del PIL in Europa nel 2012, anche se a livello di singolo Stato ci sono notevoli differenze da meno del 3% del PIL a Cipro fino al 9,4% del PIL in Danimarca (European Commission 2015). Se consideriamo solo la spesa sanitaria pubblica nel periodo che va dal 2003 al 2012 sembrano emergere due tendenze divergenti: l'incidenza della componente pubblica è aumentata nell'ultimo decennio nell'UE-15, mentre nei nuovi paesi membri la componente privata ha avuto un ampio incremento come fonte di finanziamento. Inoltre, la spesa sanitaria è aumentata anche in relazione alla spesa totale del governo anche se in alcuni paesi è diminuita in conseguenza delle politiche di austerità in risposta alla crisi. Una serie complessa di fattori contribuiscono alla crescita della spesa sanitaria.

Questi possono essere suddivisi nei fattori che agiscono dal lato della domanda, che possono essere a loro volta suddivisi in fattori demografici (dimensione e struttura della popolazione), fattori sanitari (condizione di salute della popolazione, death-related costs), fattori socio-economici (reddito individuale/nazionale, elasticità della domanda di servizi sanitari al reddito, stile di vita) e fattori di politica pubblica (politiche volte alla promozione della salute e alla prevenzione delle malattie) e quelli che agiscono dal lato dell'offerta anch'essi suddivisi in fattori socio-economici (sviluppo di nuove tecnologie e progresso in campo medico, incremento dei costi unitari) e fattori di politica pubblica (incentivi dei fornitori che caratterizzano il settore sanitario) [Przywara et al., 2010]. Sulla base di molti studi che hanno evidenziato una relazione positiva tra età dell'individuo e spesa sanitaria, molti potrebbero concludere che quest'ultima aumenti man mano che l'individuo invecchia. Tuttavia secondo alcuni autori non è l'età in sé, ma piuttosto lo stato di salute in cui versa l'individuo a determinarne la crescita. A tal riguardo sono state sviluppate tre ipotesi: l'espansione della morbosità (Gruenberg 1977) secondo cui a bassi tassi di mortalità, frutto della capacità delle medicine di prevenire esiti fatali, si accompagna un aumento del tasso di incidenza delle malattie debilitanti, data la maggior vulnerabilità della popolazione anziana a quest'ultime. Di conseguenza, man mano che le aspettative di vita aumentano, aumentano anche gli anni passati in cattiva salute. Un'altra ipotesi è quella della compressione della morbosità elaborata da Fries (1980) in base alla quale l'insorgere di malattie debilitanti avverrebbe soltanto nelle fasi di età più avanzata, grazie al miglioramento delle condizioni di vita, alla possibilità di curare molte malattie croniche e a stili di vita più sani. Di conseguenza non solo le persone vivrebbero più a lungo, ma anche in condizioni di salute migliori. Infine, l'ipotesi dell'equilibrio dinamico proposta da

Manton et al. (1995) suggerisce che la morte in età più avanzata è accompagnata da un parallelo posticipo della disabilità. Perciò gli anni passati in condizioni di salute precarie rimane lo stesso. Finora sembra prevalere l'ipotesi secondo cui anche in futuro dovrebbe proseguire il processo di aumento della speranza di vita in buona salute, attenuando così l'effetto dell'invecchiamento sulla dinamica della spesa sanitaria. Si prevede anche che in futuro si modifichi la composizione dei profili per età dei consumi socio-sanitari, con un peso maggiore delle prestazioni di long-term care perché nei prossimi anni aumenterà la popolazione dei "grandi anziani", maggiormente esposti a malattie croniche, demenza e disabilità. Tuttavia l'entità di tale impatto dipenderà in primo luogo da come l'assetto istituzionale risponderà alla maggior domanda di assistenza da parte delle persone non autosufficienti [Rebba, 2013]. Inoltre, molti autori hanno osservato come i costi sanitari siano molto più elevati in prossimità della morte a prescindere dall'età (death-related costs). La forte relazione positiva tra età e spesa sanitaria è parzialmente determinata dalla concentrazione dei costi legati al decesso nelle fasce di età più anziane, tuttavia all'aumentare delle speranze di vita, i tassi di mortalità si riducono, spingendo in avanti l'insorgere dei death-related cost, che risultano più bassi in età più avanzate (Zweifel et al. 2004). Tale dinamica può essere spiegata da tre diversi fenomeni: il razionamento delle cure mediche per ragioni utilitaristiche (destinare risorse limitate alle coorti più giovani) o professionali (la maggior parte delle malattie che colpiscono gli anziani non sono curabili), una maggior riluttanza da parte degli anziani nel ricevere cure mediche poiché ritengono che l'investimento in salute non sia più profittevole ed un effetto generazione che riflette le differenze nelle abitudini, nella mentalità e nella percezione dei bisogni tra le vecchie e le nuove coorti di individui (European Commission 2015). Un altro fattore importante che influenza la spesa sanitaria è il reddito. È possibile osservare una forte relazione tra reddito e spesa sanitaria sia a livello individuale che aggregato. A livello micro la spesa sanitaria dipende dal fatto che un determinato intervento sia o meno coperto da un'assicurazione pubblica o privata. Se un individuo gode di una copertura totale la sua domanda presenterà un'elasticità prossima allo zero. Al contrario se l'intervento è coperto solo parzialmente o non lo è affatto allora in questo caso la domanda dipenderà dal reddito dell'individuo. Perciò l'aumento della copertura dell'assicurazione sanitaria diminuirà la sensibilità della domanda ai cambiamenti del reddito. A livello macro la spesa sanitaria segue logiche diverse. Da un lato, la relazione tra spesa e reddito a livello nazionale è molto forte poiché quest'ultima deve essere coperta dalle entrate, dall'altro le misure di controllo della spesa e la priorità di impiegare maggiori o minori risorse in differenti aree della spesa pubblica indebolisce il collegamento tra reddito nazionale e spesa sanitaria. Le suddette dinamiche agendo in direzioni contrapposte non permettono di dire quale sia l'effetto prevalente, quindi nonostante sia generalmente riconosciuto che

un aumento del reddito pro capite determini un aumento della spesa, l'intensità di questa relazione rimane incerta. È possibile riassumere tale questione ricordando la frase di Getzen che definisce la salute come un lusso nazionale (elasticità della domanda di servizi sanitari al reddito nazionale > 1) e una necessità individuale (elasticità della domanda di servizi sanitari al reddito individuale < 1) (European Commission 2015). Nonostante i fattori precedentemente elencati rivestano un ruolo importante nello spiegare l'andamento della spesa sanitaria, la sua crescita è stata molto più veloce di quanto suggerito dai cambiamenti nella struttura demografica, nel reddito e nelle condizioni di salute della popolazione. Studi empirici hanno indicato quale driver principale della crescita della spesa sanitaria l'innovazione tecnologica (Newhouse (1992), Cutler (1995); Oliveira Martin et al. (2005) e Smith (2009) hanno attribuito al progresso tecnologico dal 27 fino al 75% dell'incremento della spesa sanitaria avvenuto negli ultimi 50 anni). Le innovazioni in campo medico possono far diminuire o aumentare la spesa a seconda che sia l'effetto sostituzione (i trattamenti meno efficienti vengono sostituiti da quelli più efficienti) o l'effetto espansione (l'offerta di nuovi prodotti riesce a soddisfare una domanda precedentemente insoddisfatta) a prevalere, rispettivamente. Il primo si verifica quando l'introduzione di una nuova tecnologia riuscendo a garantire la costo-efficacia di trattamenti precedentemente esistenti, soppianderà le vecchie terapie portando una diminuzione dei costi unitari. Tale effetto potrebbe avere risultati opposti, nel caso in cui aumenti la frequenza di utilizzo dei nuovi trattamenti. L'effetto espansione si ha quando l'introduzione di innovazioni mediche porta per ragioni scientifiche (le terapie mediche non erano conosciute) o economiche (i trattamenti erano conosciuti, ma troppo costosi) all'ampliamento delle condizioni curabili e quindi ad un aumento della spesa. La maggior parte delle innovazioni in campo bio-medico hanno comportato un aumento della spesa, mentre sono state meno frequenti quelle che insieme all'efficacia hanno aumentato anche l'efficienza dei trattamenti [Rebba, 2013]. Inoltre, un altro fattore chiave, secondo il modello della malattia dei costi proposto da Baumol [Baumol, 1967] è la produttività, che crescendo meno velocemente nell'industria dei servizi (setto- re non progressivo come sanità, educazione, spettacolo), rispetto agli altri settori dell'economia (settori progressivi come il settore manifatturiero) spinge verso l'alto i prezzi relativi dei servizi sanitari. Di conseguenza quando i prezzi salgono, aumenta anche la spesa, data la bassa elasticità della domanda di cure sanitarie. Le difficoltà riscontrate nell'analisi del fattore produttività, dovute a problemi di misurazione dell'indice dei prezzi al consumo dei servizi sanitari e alla prevalenza di prezzi non di mercato, ha fatto sì che l'importanza di tale effetto non abbia ancora trovato vasto consenso tra i ricercatori. Nonostante ciò, alcuni studi (Hartwig (2007), Pammolli et al. (2012)) sembrano confermare a livello empirico l'ipotesi di Baumol [Rebba, 2013]. Oltre ai fattori sopracitati, rimanendo sempre sul lato

dell'offerta, l'assetto legale e istituzionale giocano un ruolo altrettanto importante nel determinare la dinamica della spesa sanitaria poiché attraverso un sistema di incentivi possono o meno limitare l'introduzione di nuove tecnologie, la copertura e l'utilizzo dei servizi sanitari. Tuttavia, gli studi empirici condotti fin'ora non sono stati in grado di fornire prove conclusive in merito al loro impatto sulla spesa pubblica e totale e alla loro efficienza tecnica, allocativa e procedurale [Przywara et al., 2010]. Nella Tabella 2.3 sono sintetizzate le possibili variazioni

Tabella 2.3: Possibili variazioni del rapporto Spesa Sanitaria/PIL in vari scenari. Fonte: European Commission, EPC/2015

SCENARIO	Europe-15		
	Anno 2013	Anno 2060	Var in % 2013-60
Demographic	7.1	8.2	15%
Health life expc.	7.1	8.6	20%
Constant health	7.1	7.4	4%
Income elasticity	7.1	8.4	18%
EU-28 cost convergent	7.1	8.4	17%
Labour intensity	7.1	8.6	20%
Non-demographic drivers	7.1	9.7	36%
SCENARIO	New Member States		
	Anno 2013	Anno 2060	Var in % 2013-60
Demographic	4.6	5.8	26%
Health life expc.	4.6	6.1	32%
Constant health	4.6	5.1	10%
Income elasticity	4.6	6.1	33%
EU-28 cost convergent	4.6	7.3	58%
Labour intensity	4.6	6.6	43%
Non-demographic drivers	4.6	7.5	64%

del rapporto spesa sanitaria/PIL tra il 2013 (anno base) e il 2060 per l'Europa a 15 e i nuovi paesi membri elaborate dal WGA-EPC. La tabella riporta il possibile range di variazione fino al 2060 tra un valore base (scenario in cui operano solo fattori demografici e quelli legati alla dinamica del PIL) ed uno massimo (scenario in cui operano fattori aggiuntivi come progresso tecnologico, reddito e assetto istituzionale). In base alle proiezioni del gruppo di lavoro sull'invecchiamento nei prossimi 50 anni i paesi europei dovrebbero sperimentare un incremento della quota del PIL assorbita dal settore sanitario che oscilla tra il 15% e il 36% per i paesi che hanno aderito all'Unione Europea prima del 2004, mentre per i nuovi Stati Membri l'intervallo va dal 20% al 64%. I fattori che secondo le proiezioni maggiormente contribuiranno alla crescita della spesa sanitaria, anche se il loro impatto rimane ancora relativamente sconosciuto e difficile da quantificare, sono i

fattori non demografici, mentre quelli demografici avranno un impatto molto più contenuto. In secondo luogo emerge che quei paesi in cui la fornitura e la qualità dei servizi sanitari è al di sotto di quella garantita dagli altri paesi europei la spesa sanitaria tenderà a crescere sotto la spinta di un processo di convergenza verso quegli standard che già oggi sono garantiti ai cittadini dei paesi europei più ricchi. Il gruppo di lavoro sull'invecchiamento elabora separatamente anche delle previsioni per l'evoluzione della spesa per long-term care. Secondo Laing (1993) il termine long term care "comprende tutte le forme di cura della persona e di assistenza sanitaria e gli interventi di cura domestica associati che abbiano natura continuativa. Tali interventi sono forniti a domicilio, in centri diurni o in strutture residenziali ad individui non autosufficienti". La LTC pertanto consiste in una varietà di servizi che includono l'assistenza medica e non medica a persone affette da malattie croniche o disabilità, che non sono in grado di prendersi cura di se stessi per lunghi periodi di tempo, attraverso una risposta contemporanea ai bisogni assistenziali e personali. Tali servizi di cura possono essere rivolti a qualunque fascia di età. Gli anziani sono i primi destinatari di LTC in quanto le capacità funzionali peggiorano man mano che si avanza con l'età. Inoltre, a causa della permanenza di condizioni croniche risultano i soggetti più a rischio di disabilità fisiche o mentali. La seguente Tabella 2.4 illustra il range di variazione del rapporto

Tabella 2.4: Possibili variazioni del rapporto Spesa Long Term Care/PIL in vari scenari. Fonte: European Commission, EPC/2015

SCENARIO	Europe-15		
	Anno 2013	Anno 2060	Var in % 2013-60
Demographic	1.7	2.9	71%
Health life expc.	1.7	3.3	89%
Constant disability	1.7	2.7	59%
Shift from informal to formal care	1.7	3.7	114%
Cost and converage convergent	1.7	4.3	152%
SCENARIO	New Member States		
	Anno 2013	Anno 2060	Var in % 2013-60
Demographic	0.7	1.4	94%
Health life expc.	0.7	1.5	109%
Constant disability	0.7	1.3	82%
Shift from informal to formal care	0.7	2.2	197%
Cost and converage convergent	0.7	4.1	455%

spesa long-term care/PIL secondo diversi scenari. Come emerge dalla tabella si prevede che aumenti significativi di spesa saranno determinati, in piccola parte da fattori demografici, ma per lo più dalla sostituzione delle cure informali con quelle formali a seguito di profondi cambiamenti socioeconomici che stanno indebolendo

il supporto informale fornito dalla famiglia e del maggior tasso di partecipazione delle donne al mercato del lavoro. Tale effetto avrà conseguenze meno pesanti, se maggiori aspettative di vita equivarranno a migliori condizioni di salute, aumentando così il numero di anziani in buona salute in grado di fornire assistenza a casa [Rebba, 2013]. Inoltre, la crescita della spesa sarà più marcata in quei paesi che presentano livelli di copertura e costi pro-capite più bassi rispetto alla media europea.

2.2.1 STRUMENTI DI GOVERNO DELLA DOMANDA E DELL'OFFERTA

I risultati delle previsioni elaborate dal gruppo di lavoro sull'invecchiamento indicano una spesa sanitaria in crescita anche nei prossimi anni. Di per sé la crescita della spesa non rappresenta un problema, ma alla luce della profonda recessione economica e dei vincoli di bilancio sempre più stringenti emergono serie preoccupazioni circa la sostenibilità dei sistemi sanitari europei. Soprattutto quei paesi che presentano un marcato deficit di bilancio, insieme ad un elevato debito pubblico hanno cercato in primo luogo di garantire la sostenibilità finanziaria di breve periodo adottando misure di contenimento della spesa attraverso strumenti normativi a livello macro: tetti di spesa (sull'intero settore sanitario o su specifici sotto-settori come quello farmaceutico o ospedaliero), controlli sul volume e sul prezzo degli input e sulle prestazioni (numero chiuso alla formazione, razionamento dell'equipaggiamento ad alto contenuto tecnologico, controllo del prezzo di trattamenti specifici). Queste politiche sono relativamente facili da introdurre e sono state ampiamente utilizzate in molti paesi europei. Limiti di spesa e vincoli di bilancio sono stati introdotti sia a livello nazionale che regionale in tutti i paesi europei tranne in Austria. Recenti sforzi nel contenere i costi in Europa hanno riguardato anche la spesa farmaceutica. Ad esempio Irlanda e Regno Unito hanno mosso i primi passi per ridurre in modo efficace i prezzi dei farmaci. In Francia e Germania sono state rafforzate le pratiche di prescrizione, mentre in Germania, Irlanda e Italia sono state modificate i metodi di rimborso (OECD 2010). Tali misure sono efficaci nel contenere la spesa nel breve periodo, ma poiché non riescono a controllare i fattori strutturali che alimentano la dinamica dei costi sanitari, non possono garantire miglioramenti duraturi di efficacia ed efficienza e quindi la sostenibilità finanziaria di lungo periodo. Inoltre, possono compromettere l'equità nell'accesso ai servizi e la loro qualità, oltre a far aumentare la spesa nel lungo periodo, quando impediscono o ritardano l'adozione di nuove tecnologie o trattamenti ad elevata costo-efficacia. Perciò risulta necessario accompagnare i suddetti interventi con l'adozione di misure sia sul lato della domanda che dell'offerta in grado di dare i giusti incentivi a fornitori e pazienti e al tempo stesso garantire

l'efficacia e l'appropriatezza delle cure utilizzando al meglio le risorse disponibili [Rebba, 2013]. Sul lato della domanda possiamo operare un'ulteriore distinzione tra strumenti diretti, quelli che mirano a limitare la domanda espressa dai consumatori, senza subire la completa influenza del medico e quelli indiretti che invece vengono utilizzati per controllare la domanda indotta dal professionista sanitario (effetto *Sid supply-induced demand*). Al primo gruppo appartengono: la compartecipazione alla spesa da parte degli utenti che ormai rappresenta uno strumento consolidato di controllo della domanda in molti paesi, pur riconoscendo la necessità di applicarlo con attenzione ed insieme ad altri strumenti per evitare possibili conseguenze negative sull'accesso a cure essenziali [Rebba, 2013] e il razionamento implicito attraverso tempi di attesa che da un lato induce le persone più abbienti a soddisfare la loro domanda di cure altrove (settore privato), dall'altro se non affiancato da altri strumenti di governo della domanda potrebbe avere effetti regressivi perché impedirebbe ai gruppi più vulnerabili di accedere al trattamento alternativo offerto dal settore privato perché troppo costoso, costringendoli o ad aspettare nella lista pubblica o a rinunciare al trattamento con conseguenze negative per la salute [Rebba, 2009]. Oltre a questi strumenti tradizionali ce ne sono altri altrettanto importanti. Tra questi vanno ricordati: una maggior educazione sanitaria mirata, anche per quanto riguarda l'automedicazione; una maggior informazione in relazione ai principali fattori di rischio, attraverso pubblicità istituzionale sui mass media o comunicazione diretta al consumatore al fine di indurre gli individui ad abbandonare volontariamente quegli stili di vita dannosi per la salute, aumentando così il benessere del singolo e della collettività; incentivi particolari derivanti dall'introduzione di imposte e/o sussidi correttivi (*sin taxes*) oppure la definizione di regole positive che prevedano eccezioni limitate e poco costose (ad esempio campagne antifumo o impianti di noleggio delle bici per incentivarne l'utilizzo come mezzo di trasporto o ancora prevedere nei contratti collettivi un intervallo per esercizio fisico nell'orario di lavoro con fruizione volontaria) che si affiancano ad altre azioni normative e di regolazione (divieto di fumo nei luoghi pubblici, aumento annuale delle accise sulla benzina, divieto di vendita degli alcolici ai minorenni e imposizione di zone a traffico limitato) [Rebba, 2013]. Nel tempo hanno acquistato maggior importanza come strumenti complementari a quelli appena elencati quelli indiretti che sono in grado di migliorare l'appropriatezza della domanda, riducendo il rischio morale. Questi sono: migliorare le funzioni di orientamento e selezione della domanda attraverso la definizione e l'applicazione di criteri di appropriatezza secondo l'EBM (*evidence based medicine*) con l'introduzione di linee guida e percorsi diagnostici e di terapia, la prioritizzazione delle liste di attesa con l'obiettivo di regolare l'accesso alle cure secondo criteri riguardanti la severità e l'emergenza clinica o altri fattori importanti e il potenziamento delle cure primarie fornendo i giusti incentivi ai medici di medicina generale [Rebba, 2013]. Dal lato dell'offerta

le principali misure adottate riguardano: lo sviluppo di nuovi modelli di assistenza socio-sanitaria fondati sulla riorganizzazione delle cure primarie, sul potenziamento dell'assistenza domiciliare e dove possibile sul maggior ricorso al day hospital e al trattamento ambulatoriale per ottenere quella coordinazione tra settore sanitario e sociale ormai resa necessaria dalla sempre maggior incidenza delle malattie croniche [Rebba, 2013]. Nonostante alcuni studi evidenzino che il coordinamento delle cure migliori la qualità del servizio, non ci sono ancora prove conclusive riguardo all'impatto che questo può avere in termini di risparmio di costi almeno nel breve periodo (OECD 2010); altri margini di guadagno in termini di qualità e di efficacia delle cure potrebbero derivare dalla modifica degli incentivi ai fornitori attraverso l'introduzione di meccanismi P4P (pay for performance) che agganciano la remunerazione al conseguimento di obiettivi misurabili e predefiniti, oltre all'introduzione di sistemi di pagamento prospettici (come quelli a quota capitaria o a tariffe DRG) insieme alla riforma della disciplina della responsabilità medica per ridurre l'utilizzo della medicina difensiva⁶ da parte della classe medica.). Rimanendo sempre sul lato dell'offerta un'altra strategia è la definizione esplicita e l'aggiornamento dei LEA (le prestazioni rientranti nella copertura pubblica, pratica già diffusa a partire dagli anni '80) con l'ausilio dell'HTA (health technology assesement) che fornendo informazioni utili sul costo e sull'efficacia delle nuove tecnologie consente di escludere quei trattamenti costosi e inefficaci. Gli strumenti di governo della domanda e dell'offerta sopracitati nonostante portino notevoli benefici al sistema in termini di efficacia ed efficienza potrebbero non essere sufficienti, se si considera la crescente difficoltà dei governi nel reperire le risorse necessarie a finanziare la spesa a seguito della crisi economica e della globalizzazione dei mercati. Perciò sul piano generale dell'allocazione delle risorse la sostenibilità del sistema potrebbe richiedere un riequilibrio del mix pubblico-privato nel finanziamento della spesa in modo da garantire l'innovazione e l'aggiornamento dei LEA evitando sia di imporre oneri insostenibili per il bilancio pubblico, sia di impedire l'accesso alle cure ai gruppi più vulnerabili della popolazione, sviluppando un sistema multi pilastro analogo a quello del sistema previdenziale con assicurazioni o fondi sanitari integrativi dei LEA fiscalmente agevolati [Rebba, 2013]. Tuttavia, l'evidenza empirica suggerisce che per garantire l'equità e un beneficio reale dovrebbero offrire coperture collettive

⁶Fenomeno che si verifica quando i medici prescrivono test, procedure diagnostiche o visite oppure evitano pazienti o trattamenti ad alto rischio per ridurre principalmente (ma non esclusivamente) la loro esposizione di un giudizio di responsabilità per malpractice. Ci sono due modalità di condotta difensiva: la prima si caratterizza per un eccesso di prestazioni e atti diagnostici e/o terapeutici non realmente necessari nella situazione contingente per ridurre le accuse di malasanità, mentre la seconda si contraddistingue per il tentativo di evitare determinate categorie di pazienti o determinati interventi, perché potrebbero prospettare un rischio di contenzioso. Alla base di tale atteggiamento risiede un consistente spostamento dell'asse della responsabilità sanitaria verso un assetto di tutela rafforzata del paziente e il conseguente intensificarsi del contenzioso legale per medical malpractice [Guerra, 2013].

di tipo supplementare ad una vasta platea di assicurati [Paccagnella O., 2013].

Capitolo 3

SOSTENIBILITÀ DEL WELFARE ITALIANO

Nel seguente capitolo, attraverso le proiezioni elaborate dalla RGS (Ragioneria Generale dello Stato), si illustreranno le tendenze di medio-lungo periodo della spesa age-related e i risultati ottenuti in seguito alle riforme finora attuate.

3.1 PENSIONI

Tra il 1960 e il 1990 la spesa pensionistica in Italia subì un aumento consistente. Questa infatti, passò dal 5% del PIL nel 1960 al 7,4% nel 1970, al 10,2% nel 1980 e al 13,8% nel 1990. Parallelamente il debito previdenziale salì da circa il 150% del PIL nel 1960 a circa il 380% del PIL nel 1990. Tale rapida espansione, che peraltro non trovò riscontro nelle altre voci della spesa sociale, è dovuta principalmente all'estensione e al miglioramento della tutela¹, all'incremento dell'incidenza degli anziani sulla popolazione² [Franco and Marè, 2002] e ad un lungo periodo di miopia e di irresponsabilità legislativa³ [Castellino, 1998]. L'esigenza

¹Le principali innovazioni che hanno trasformato il sistema pensionistico nel dopoguerra sinteticamente sono: abbreviazione per i dipendenti statali del requisito di anzianità nel 1956 e nel 1973, l'istituzione delle gestioni dei lavoratori autonomi a partire dal 1957 e poi riformata nel 1990, il passaggio al metodo retributivo e l'introduzione della pensione di anzianità per i lavoratori privati tra il 1965 e 1969 [Castellino, 1998].

²I cambiamenti demografici spiegano circa il 20% dell'aumento della spesa complessiva e circa il 40% dell'aumento dei trattamenti di vecchiaia che insieme alle prestazioni per i superstiti nel 1990 rappresentavano il 63% della spesa sociale [Franco and Marè, 2002].

³La valutazione degli effetti delle riforme avvenute tra il 1955 e il 1990 di norma non andava oltre i prossimi anni. Si dovrà aspettare fino all'inizio degli anni '80 affinché compaiano le prime stime delle tendenze a lungo termine del FPLD e fino al 1988 perché l'INPS e la Ragioneria Generale dello Stato inizino ad applicare appositi modelli previsionali, successivamente estesi alle gestioni dei dipendenti pubblici e dei lavoratori autonomi [Castellino, 1998].

di fermare questo trend ascendente iniziò a farsi sentire già agli inizi degli anni '70, a seguito di una congiuntura sfavorevole che venne ad interessare il sistema economico dei paesi occidentali. Tuttavia si giunse ad una riforma soltanto nel 1992, quando diventò palese che a causa dei trend demografici sfavorevoli e della maturazione progressiva delle gestioni previdenziali, la spesa pensionistica avrebbe assunto dimensioni insostenibili nel lungo periodo. In assenza di correzioni infatti, questa avrebbe raggiunto il 25% del PIL [Franco and Marè, 2002]. Da lì in poi una serie di riforme (riforma Amato 1992 e riforma Dini 1995) interessò il sistema pensionistico con l'obiettivo di limitare la crescita della spesa pensionistica e, allo stesso tempo, ridurre il grado di copertura offerto dal sistema pensionistico pubblico per favorire lo sviluppo della previdenza complementare. Successivamente, per l'insorgere di cambiamenti e criticità che il legislatore dell'epoca non avrebbe potuto prevedere, come la continua flessibilizzazione del mercato del lavoro, la sostanziale stagnazione dei livelli retributivi e infine, la profonda e prolungata recessione si resero necessari altri sei interventi legislativi (riforma Prodi 1997, Maroni-Tremonti 2004-2005, Damiano 2006-2007, Sacconi I 2009, Sacconi II 2010 ed in ultimo Fornero-Monti 2011). Dopo aver brevemente indicato le principali tappe dell'evoluzione del sistema pensionistico italiano è ora possibile passare a considerare le tendenze di medio-lungo periodo della spesa pensionistica secondo le previsioni elaborate dalla RGS (Ragioneria Generale dello Stato). L'evoluzione del rapporto fra spesa pensionistica e PIL, nelle ipotesi dello scenario base è illustrata nella Figura 3.1. Come emerge dal grafico dopo una fase iniziale, di crescita, esclusivamente imputabile alla recessione economica che è proseguita anche nel 2014, la spesa per pensioni in rapporto al PIL flette gradualmente fino a raggiungere il 15% nel 2027. Negli anni successivi, dopo un periodo quinquennale di relativa stabilità, si apre una nuova fase di crescita che si protrae fino al 2044 dove il rapporto raggiunge il 15,5%. Da qui in poi, il rapporto spesa/PIL scende rapidamente attestandosi al 14,9% nel 2050 ed al 13,7% nel 2060, con una decelerazione pressoché costante. La flessione del rapporto spesa pensionistica /PIL, nella prima parte dell'intervallo previsionale, è largamente dovuta all'aumento dei requisiti minimi di accesso al pensionamento e all'applicazione pro rata del sistema di calcolo contributivo. La successiva fase di crescita, evidenziata nella parte centrale del periodo di previsione, è spiegata dall'incremento del rapporto fra numero di pensioni e numero di occupati indotto dalla transizione demografica, solo in parte compensato dall'innalzamento dei requisiti minimi di accesso al pensionamento. Tale incremento supera l'effetto di contenimento degli importi pensionistici esercitato dalla graduale applicazione del sistema di calcolo contributivo sull'intera vita lavorativa. La rapida riduzione del rapporto fra spesa pensionistica e PIL, nella fase finale del periodo di previsione, è determinata dall'applicazione generalizzata del calcolo contributivo che si accompagna alla stabilizzazione, e successiva inver-

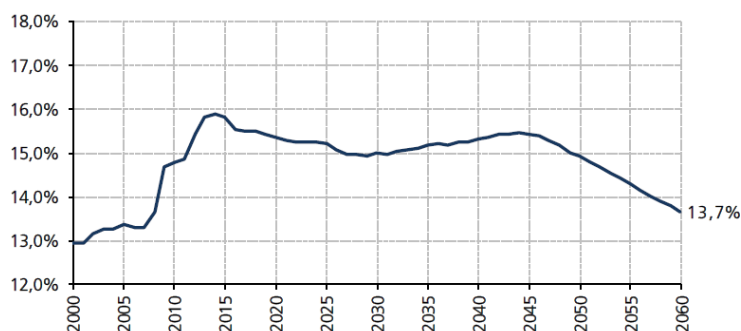


Figura 3.1: Spesa pubblica per pensioni in rapporto al PIL 2000-2060 scenario nazionale base. Fonte: RGS 2015

sione di tendenza, del rapporto fra il numero di pensioni e il numero di occupati. Tale andamento si spiega con la progressiva eliminazione delle generazioni del baby boom e l'adeguamento automatico dei requisiti minimi di accesso al pensionamento in funzione della speranza di vita. La descrizione degli andamenti di medio-lungo periodo della spesa per pensioni in rapporto al PIL evidenzia che il processo di riforma del sistema pensionistico italiano è riuscito, in misura sostanziale a comprimere i potenziali effetti della transizione demografica sulla spesa pubblica nei prossimi decenni. Infatti come evidenziato in sede internazionale e, in particolare, dalla Commissione Europea sulla base dei risultati previsionali conseguiti in ambito EPC-WGA (2015-Ageing Report), l'Italia presenta una dinamica della spesa in rapporto al PIL significativamente più contenuta rispetto a quella prevista per la maggior parte dei paesi esaminati. Infatti, a fronte di un valore della spesa pensionistica in rapporto al PIL che decresce in media, per l'insieme dei paesi dell'UE, di 0,2 punti percentuali nel periodo 2013-2060, nel caso dell'Italia il rapporto scende di 1,9 punti percentuali, segnalando pertanto un rischio assai contenuto in termini di impatto dell'invecchiamento demografico sulla sostenibilità delle finanze pubbliche. Tale andamento, conseguente alle riforme adottate, contribuisce a garantire nel medio-lungo periodo il percorso di rientro del debito pubblico italiano (significativamente più elevato rispetto alla media dei paesi dell'UE) entro i paesi

europei, come evidenziato nell'Aggiornamento del Programma di Stabilità 2015⁴. Nel prossimo paragrafo si illustreranno le principali riforme che fin dagli anni '90 sono state adottate con l'obiettivo di risolvere le criticità che caratterizzavano il sistema pensionistico italiano.

3.1.1 SISTEMA PENSIONISTICO ITALIANO TRA SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E ADEGUATEZZA DELLE PRESTAZIONI

Secondo molti studiosi il sistema pensionistico italiano già agli inizi degli anni '90 presentava quattro ordini di problemi [Franco and Marè, 2002],[Bonasia et al., 2003], [Jessoula and Raitano, 2015]:

l'esistenza di iniquità distributive dovute essenzialmente alle diverse formule di calcolo retributive applicate nelle diverse gestioni previdenziali e al fatto che gli importi pensionistici dipendevano dalla media delle ultime annualità di salario (l'ultima retribuzione per i dipendenti pubblici, mentre le retribuzioni degli ultimi 5 anni nel caso dei dipendenti privati) favorendo così, le carriere lavorative più dinamiche e coloro che andavano in pensioni ad età più basse ed insieme a quest'ultimi, in modo particolare i lavoratori autonomi, che ricevevano una pensione calcolata col metodo retributivo, nonostante fossero soggetti ad un'aliquota contributiva che era pari a circa la metà di quella applicata ai lavoratori dipendenti;

l'insostenibilità finanziaria del sistema nel medio-lungo periodo⁵ dovuta non solo alla generosità del sistema, in termini di requisiti di accesso al pensionamento e livello delle prestazioni, ma anche al progressivo e intenso processo di invecchiamento, molto più marcato in Italia che negli altri paesi sviluppati;

la presenza di forti incentivi al pensionamento anticipato dovuti all'assenza di uno stretto legame attuariale tra contributi versati e prestazioni,

⁴Parte tratta dal rapporto n. 16 "LE TENDENZE DI MEDIO-LUNGO PERIODO DEL SISTEMA PENSIONISTICO E SOCIO-SANITARIO" pubblicato dalla Ragioneria Generale dello Stato anno 2015.

⁵La spesa pensionistica nel 1992 rappresentava il 14,9% del PIL e secondo le proiezioni dell'INPS e del Ministero del Tesoro la spesa previdenziale sarebbe aumentata ulteriormente. Stime successive evidenziarono un quadro ancora più preoccupante: secondo l'INPS senza interventi correttivi l'aliquota di equilibrio del FPLD sarebbe passata dal 42,4% nel 1992 al 53,7% del 2010. Secondo il Ministero del Tesoro la stessa aliquota sarebbe passata dal 50% nel 2010 al 59,7% nel 2025. Per i dipendenti pubblici questa sarebbe salita dal 42,7% nel 1994 al 73,5% nel 2010 [Franco and Marè, 2002].

tipica del modello retributivo, a cui si aggiungeva la possibilità di andare in pensione sulla base della anzianità, senza che la prestazione venisse a dipendere dall'età di pensionamento, comportando così un'elevata *tassa implicita*⁶ sulla prosecuzione della attività lavorativa, incentivando perciò i lavoratori ad uscire dal mercato del lavoro non appena avessero raggiunto i requisiti di anzianità⁷. Tale incoerenza insita nel sistema previdenziale dissipava la risorsa di cui il sistema previdenziale era più bisognoso, ovvero il lavoro regolare. Anche in assenza di dati precisi, è lecito affermare che le persone che escono dal mercato del lavoro molto precocemente finiscano per ingrossare il mercato del lavoro irregolare e sommerso [Fornero, 2008] ed infine

un problema politico-istituzionale dovuto alla presenza di meccanismi che permettevano all'elettore mediano di modificare a proprio favore il sistema previdenziale, scaricando l'onere sulle generazioni più giovani e su quelle future.

È sotto il governo Amato che, spinti da un'emergenza finanziaria e sotto il vincolo stringente dell'Unione Monetaria Europea, si cercò di dare una prima risposta alle problematiche che finora avevano caratterizzato il sistema pensionistico italiano. Gli obiettivi principali della Riforma Amato (decreto legislativo 503/92) riguardavano il contenimento della spesa pensionistica in rapporto al prodotto interno lordo, l'armonizzazione degli ordinamenti pensionistici e l'agevolazione delle forme di previdenza complementare. In sostanza questa prevedeva: un graduale innalzamento dell'età di pensionamento di vecchiaia a 65 anni per gli uomini e 60 anni per le donne; l'allungamento graduale del periodo di rilevazione della retribuzione pensionabile (dagli ultimi cinque anni agli ultimi dieci anni di attività, per gli assicurati con più di 15 anni di contribuzione; per gli assicurati con anzianità di contribuzione compresa tra i 5 e i 15 anni la retribuzione media pensionabile sarebbe stata calcolata considerando i 5 anni di contribuzione precedenti il 31.12.1995 e tutti i periodi successivi a tale data; per coloro che avevano meno di 5 anni di contribuzione e per i nuovi assunti il periodo di rilevazione sarebbe stato esteso a

⁶Secondo uno studio del CERP (Fornero et al. 2001) la *tassa implicita* nella prosecuzione dell'attività lavorativa coinvolge in modo particolare le generazioni che si possono avvalere, con benefici determinati interamente secondo il metodo retributivo, della normativa sulle pensioni di anzianità. Per queste generazioni continuare a lavorare dopo il raggiungimento dei requisiti minimi è molto oneroso: ad esempio per la generazione del 1943 la "tassa" è pari al 43% del salario se il pensionamento è posticipato di un anno da 35 a 36 anni di contribuzione, questa supera il 70% del salario se il pensionamento viene rinviato oltre i 40 di anzianità.

⁷Nel 1990 era occupato soltanto il 32% della popolazione compresa nella fascia di età 55-64 anni e nel 1995 questa scese al 27% [Franco and Marè, 2002].

tutta la vita lavorativa); l'indicizzazione delle pensioni alla sola dinamica dei prezzi, anche se ulteriori incrementi potevano essere disposti con la legge finanziaria in relazione alle condizioni dell'economia e all'andamento della spesa previdenziale; l'aumento del requisito minimo di anzianità contributiva per la maturazione del diritto alla pensione di vecchiaia da 15 a 20 anni ed infine per i soli dipendenti pubblici l'innalzamento graduale a 35 anni degli anni di contribuzione per conseguire la pensione di anzianità (come previsto per i dipendenti privati). La prima misura (l'aumento graduale dell'età pensionabile) riducendo il numero dei nuovi pensionamenti e quindi la consistenza delle pensioni in essere rispetto alla normativa vigente, avrebbe comportato degli effetti significativi. Tuttavia, tali effetti sono stati fortemente attenuati dalla permanenza dell'istituto della pensione di anzianità che permetteva di aggirare tale vincolo. Per evitare ciò si sarebbe potuto optare per uno dei seguenti interventi o una combinazione di questi: elevazione dei requisiti minimi da 35 a 40 anni; la subordinazione della pensione di anzianità ad un'età minima, di poco inferiore a quella prevista per la pensione di vecchiaia e/o ad una riduzione della misura della pensione in funzione degli anni mancanti all'età per la pensione di vecchiaia. La terza opzione, cui potrebbe accompagnarsi un'attenuazione dei vincoli al cumulo tra pensione di anzianità e reddito da lavoro, sembrerebbe preferibile alle altre perché lascia libera scelta al lavoratore, dopo una valutazione dei costi dell'anticipazione del pensionamento e delle prospettive del prolungamento dell'attività lavorativa in altri campi, circa l'età di pensionamento [Castellino, 1994]. Gli effetti più rilevanti derivarono dal cambiamento del meccanismo di indicizzazione e, in particolare dalla limitazione nella rivalutazione dei trattamenti alla sola dinamica dei prezzi e dal riferimento all'intera vita lavorativa nella determinazione dell'importo delle pensioni di nuova liquidazione. Nonostante la riforma del 1992 abbia compiuto importanti passi avanti per quanto riguarda l'armonizzazione normativa dei vari regimi previdenziali e reso più stretto il legame tra contributi e pensioni attraverso l'estensione all'intera vita lavorativa del periodo di rilevamento utile per determinare la pensione, l'andamento della spesa previdenziale rimase preoccupante, rendendo perciò necessario un nuovo intervento che si concretizzò con l'approvazione della legge 335/95 la cosiddetta Riforma Dini. Quest'ultima non mirava soltanto al contenimento della spesa pensionistica in rapporto al PIL, ma intendeva anche eliminare quelle distorsioni (disincentivi all'offerta di lavoro ed iniquità distributive) che nonostante la riforma del '92 ancora caratterizzavano il sistema pensionistico italiano. Gli obiettivi principali della Riforma erano: il contenimento della dinamica della spesa, l'armonizzazione degli ordinamenti pensionistici fra i lavoratori appartenenti alle diverse gestioni, l'estensione delle tutele pensionistiche alle categorie lavorative che ne erano ancora sprovviste, come i collaboratori ed infine la diffusione delle forme di previdenza complementare che faticavano a decollare. Per perseguire i suddetti obiettivi la

Riforma Dini istituì un metodo di calcolo innovativo per le pensioni pubbliche. Il nuovo sistema per determinare l'entità della prestazione pur restando ancorato al principio della ripartizione, in base al quale il complesso dei contributi versati in un dato periodo dai lavoratori sono destinati, nello stesso periodo, al finanziamento delle prestazioni previdenziali dei lavoratori in quiescenza, simula una gestione a capitalizzazione. Sui contributi, accumulati in conti virtuali, viene accreditato un tasso di rendimento pari alla media mobile del tasso di crescita del PIL nominale nel quinquennio precedente; al momento del pensionamento, il montante fittizio viene trasformato in rendita attraverso dei coefficienti di trasformazione (con revisione decennale) che tengono conto dell'aspettativa di vita media della popolazione. Insieme a tale innovazione la Riforma Dini aveva abolito la pensione di anzianità, introdotto un pensionamento di vecchiaia flessibile dai 57 anni ai 65 anni di età ed infine aveva previsto, per il diritto alla pensione, dei requisiti minimi di anzianità contributiva (5 anni) e di importo di pensione (nel caso di pensionamento ad età inferiori a 65 anni l'importo non doveva essere inferiore a 1,2 volte l'assegno sociale).

Secondo la letteratura in materia la Riforma Dini presenta alcune criticità:

una fase transitoria estremamente lunga e lenta (che si concluderà solo dopo il 2036): la riforma Dini avrebbe trovato piena applicazione solo per i nuovi iscritti, mentre per coloro che al 31.12.1995 avevano maturato più di 18 anni di anzianità contributiva sarebbe rimasto in vigore il sistema precedente; si sarebbe applicato invece il pro rata per coloro che avevano un'anzianità contributiva inferiore ai 18 anni. Tale linea d'azione, ovvero la tutela dei diritti acquisiti ha natura prettamente politica. Infatti le anomalie che fino ad allora avevano caratterizzato il sistema pensionistico avevano creato delle aspettative nei lavoratori che tanto il legislatore del '92 quanto quello del '95 dovevano proteggere al fine di raccogliere il consenso necessario all'applicazione delle riforme. Infatti secondo alcuni studiosi il successo politico riscosso dalle riforme degli anni '90 risiede proprio nella ripartizione dei costi derivanti dal risanamento a carico delle generazioni giovani⁸ [D'Amato et al., 2001];

limitare l'indicizzazione alla sola dinamica dei prezzi: nonostante tale misura possa sembrare appropriata perché consente di mantenere nel tempo

⁸Secondo uno studio di Beltrametti la Riforma Amato ha ridotto la ricchezza pensionistica netta degli attivi del 52,9% mentre solo appena del 5% quella degli attivi con più di 60 anni e dei pensionati; invece nella riforma Dini la riduzione è stata più modesta, ma estremamente diseguale in quanto ha colpito esclusivamente gli attivi con meno di 40 anni. Poiché all'epoca la maggior parte della popolazione aveva più di 44 anni non sorprende il successo riscosso dalla Riforma Dini essendo per questi un provvedimento a costo zero e che manteneva le promesse fatte [D'Amato et al., 2001].

il potere d'acquisto dei pensionati, si rivela invece miope perché determina la formazione delle cosiddette pensioni d'annata, ovvero la convivenza di pensionati con redditi molto diversi, tanto minori quanto più ci si allontana dal momento del pensionamento. Di conseguenza le perequazioni che si renderanno di volta in volta necessarie metteranno a rischio l'equilibrio del sistema, oltre a diversificare i rendimenti individuali, avvantaggiando coloro che vivranno più a lungo o riceveranno adeguamenti più frequenti e generosi [Gronchi, 1998];

i coefficienti di trasformazione erga omnes: tali coefficienti tenendo conto solo dell'età di pensionamento e non come quelli svedesi anche dell'anno di nascita comportano iniquità intra-generazionale perché tavole di longevità diverse sono imputate ad individui nati nello stesso anno che vanno in pensione in età diverse. Sotto questo punto di vista, tali coefficienti costituiscono anche un formidabile incentivo ad anticipare il pensionamento, mettendo a rischio l'aumento di pensione cui è finalizzata la scelta di prosecuzione dell'attività lavorativa. Oltre ad essere iniqui all'interno delle generazioni, lo sono anche fra le generazioni perché la tavola di sopravvivenza con cui sono calcolati è indifferentemente imputata a soggetti nati in anni diversi che vanno in pensione nello stesso anno [Gronchi and Gismondi, 2011].

Dopo una serie di interventi, tra loro non sempre coerenti, che si sono susseguiti nei primi anni del 2000 e in un clima di profonda crisi finanziaria ed economica la riforma Fornero, precisamente l'art. 24 della Legge 214 del 2011 che ha convertito il decreto "Salva Italia" del governo Monti, persegue l'obiettivo di contenere la dinamica della spesa pensionistica, in linea con gli impegni presi con l'Unione Europea e contribuisce a rimettere ordine nel caos che si era venuto a creare dopo lo scalone della riforma Maroni (Legge 243 del 2004) e le quote della contro riforma Prodi (Legge 247 del 2007), che avevano privato il sistema di un tratto caratterizzante: la flessibilità in uscita, ovvero la fascia d'età all'interno della quale il lavoratore può scegliere quando collocare il pensionamento [Gronchi and Manca, 2013]. In sintesi la riforma prevede:⁹

l'estensione del metodo contributivo pro rata anche a coloro che andranno in pensione con il sistema retributivo¹⁰, applicando il cal-

⁹La riforma non si applica a coloro che abbiano maturato i requisiti richiesti dalla normativa previgente entro il 31.12.2011 e alle lavoratrici in presenza di un'anzianità contributiva pari o superiore a 35 anni e di età pari superiore a 57 anni per le lavoratrici dipendenti e 58 anni per le lavoratrici autonome.

¹⁰Secondo Mazzaferro et al. 2011 l'applicazione del pro rata del metodo contributivo a tutti i lavoratori a partire dal 1995 avrebbe comportato risparmi crescenti per il bilancio pubblico, per

colo contributivo ai soli contributi versati dal 1 gennaio 2012, rivalutati annualmente con la media quinquennale del tasso di crescita del Pil nominale;

la costituzione di 4 canali di accesso alla pensione rappresentati nella tabella 3.1¹¹. Il primo e il secondo canale richiedono tre requisiti: uno anagrafico, uno contributivo ed uno economico. Quest'ultimo stabilisce un importo minimo al di sotto del quale la pensione non può essere erogata. Il terzo canale richiede solo un requisito anagrafico e uno contributivo, mentre il quarto richiede solo un requisito contributivo. Ai canali dal secondo al quarto possono accedere tutti i lavoratori (regime retributivo, contributivo e misto), mentre il primo è riservato esclusivamente ai lavoratori del regime contributivo. Tutti i canali evolveranno sotto l'effetto dell'adeguamento automatico alla vita attesa a 65 anni, indifferenziata per genere introdotta dalla Legge Sacconi (Legge 122/2010), ne sono esclusi il requisito contributivo richiesto dai primi due canali e quello richiesto dal terzo. Tali canali concorrono a delineare un pensionamento flessibile compreso tra i 63 e i 70 anni. Tale fascia non è statica, come quella originariamente introdotta dalla riforma Dini, ma cresce automaticamente al traino della vita attesa a 65 anni. Tuttavia, richiedendo delle condizioni accessorie per l'esercizio del diritto, tale libertà di scelta si configura come una flessibilità vigilata tesa a evitare pensionamenti precoci e perciò incapaci di offrire indipendenza economica a chi li dovesse scegliere¹² [Gronchi and Manca, 2013];

blocco parziale dell'indicizzazione all'inflazione: per i soli anni 2012 e 2013 l'indicizzazione all'inflazione è garantita fino a tre volte il trattamento mini-

un ammontare complessivo nel 2008 pari a quasi due punti di PIL e la riduzione sarebbe stata maggiore per le prestazioni elevate.

¹¹Per retributivo si intende il regime pensionistico dei lavoratori che hanno titolo ad una pensione interamente retributiva potendo vantare un'anzianità contributiva maggiore uguale a 18 anni al 31-12-95 e non avendo contribuito dopo il 31-12-2011

Per contributivo si intende regime dei lavoratori che hanno titolo ad una pensione interamente contributiva avendo iniziato a contribuire dopo il 31-12-95

Per regime misto si intende regime dei lavoratori che hanno titolo ad una pensione risultante dalla somma di una componente retributiva ed una contributiva che può essere maturata: posteriormente al 31-12-95 nel caso che alla medesima data fosse vantata un'anzianità contributiva minore di 18 anni (ai sensi della Legge 335/1995), posteriormente al 31-12-2011 nel caso che al 31-12-95 fosse vantata un'anzianità contributiva maggiore uguale a 18 anni (ai sensi della Legge 214/2011).

¹²Per andare in pensione in età inferiori a 66 anni occorre un'anzianità contributiva di 20 anni e una pensione di importo almeno pari a 2,8 volte l'assegno sociale, per andare in pensione in un'età superiore ai 66 anni ma inferiore ai 70 anni, occorre un'anzianità contributiva di 20 anni e un importo della pensione pari a circa l'1,5 volte l'assegno sociale, mentre per età superiori a 70 anni è unicamente richiesta un'anzianità contributiva superiore di 5 anni.

mo Inps (circa 1400 euro lordi mensili); per l'intero ammontare di importo superiore non viene applicata alcuna indicizzazione¹³;

l'abolizione delle pensioni di anzianità che vengono sostituite da una pensione anticipata cui è possibile accedere solo con il raggiungimento di un'anzianità contributiva di 42 anni e 1 mese per gli uomini e 41 anni e 1 mese per le donne, con riduzione dell'importo dell'ordine dell'1-2% in caso di pensionamento prima dei 62 anni.

Considerando l'insieme degli interventi di riforma approvati a partire dal 2004 (L243/2004), si evidenzia che, complessivamente, questi hanno generato una riduzione dell'incidenza della spesa pensionistica in rapporto al PIL pari a circa 60 punti percentuali di PIL, cumulati al 2060. Di questi circa due terzi sono dovuti agli interventi realizzati prima della DL 201/2011 (convertito con L 214/2011) e circa un terzo agli interventi successivi, con particolare riguardo al pacchetto di misure previste con la riforma del 2011 (art. 24 della L 214/2011). Quest'ultimo intervento fornisce un contributo rilevante alla sostenibilità del sistema pensionistico, realizzando una riduzione della spesa in rapporto al PIL che si protrae per circa 30 anni, a partire dal 2012. L'effetto di contenimento che include anche le misure di deindicizzazione delle pensioni nel breve periodo, è inizialmente crescente passando da 0,1 punti percentuali del 2012 a circa 1,4 punti percentuali del 2020. Successivamente questo decresce a 0,8 punti percentuali intorno al 2030 per poi annullarsi attorno al 2045. Negli ultimi quindici anni dell'orizzonte previsionale, la riduzione del numero di pensioni, conseguente all'elevamento dei requisiti di accesso al pensionamento, risulta in buona parte compensato, in termini di spesa pensionistica, dai più elevati importi medi. L'effetto di contenimento del rapporto spesa/PIL, cumulato al 2060, ammonta a circa 21 punti percentuali (Ragioneria Generale dello Stato 2015). Appurato che le previsioni elaborate tanto in ambito europeo quanto in quello nazionale sembrano indicare che l'architettura previdenziale sia in grado di garantire la sostenibilità finanziaria del sistema, almeno nel lungo periodo, molti autori ritengono che il maggior difetto del sistema sia rappresentato dall'offerta di prestazioni inadeguate. Questo però non dipende dal sistema in sé, ma da un contesto di bassa crescita economica e da un mercato del lavoro segmentato e mal funzionante, incapace di offrire salari elevati e carriere lavorative/contributive continue. Per far fronte a tale problema, restando sempre all'interno del metodo contributivo, si possono delineare due linee di intervento:

¹³il blocco dell'adeguamento delle pensioni all'inflazione è spesso considerata come una misura iniqua della manovra Monti. Tuttavia, le simulazioni di Baldini et al. 2011 mostrano che salvaguardando le pensioni più basse, il mancato aggiustamento ai prezzi chiama ad un sacrificio maggiore gli assegni più alti.

Canale	Regimi cui il canale è riservato ⁽¹⁾	Requisiti minimi per l'accesso al canale	2012	2013	2014-15	2016-17	dal 2018		
1° canale	Contributivo	Requisito anagrafico ⁽²⁾	63 anni	63 anni e 3 mesi					
		Requisito contributivo	20 anni						
		Requisito economico	2,8 volte l'assegno sociale e quello del 2012 indicizzato al PIL						
2° canale	Retributivo, contributivo e misto	Maschi e femmine del settore pubblico, maschi del settore privato e del settore autonomo	66 anni	66 anni e tre mesi				66 anni e tre mesi	
			Requisito anagrafico ⁽²⁾	62 anni	62 e tre mesi	63 anni e 9 mesi	65 anni e 3 mesi		
		Femmine del settore autonomo	63 anni e 6 mesi	63 anni e 9 mesi	64 anni e 9 mesi				
			Requisito contributivo	20 anni ⁽³⁾					
3° canale	Retributivo, contributivo e misto	Requisito economico per i soli lavoratori in regime contributivo	1,5 volte l'assegno sociale	1,5 volte il maggiore fra l'assegno sociale corrente e quello del 2012 indicizzato al PIL					
		Requisito anagrafico ⁽²⁾	70 anni	70 anni e 3 mesi					
		Requisito contributivo	5 anni						
4° canale ⁽⁴⁾	Retributivo, contributivo e misto	In regime retributivo e misto	20 anni						
		Maschi	42 anni e 1 mese	42 anni e 5 mesi	42 anni e 6 mesi				
		Femmine	41 anni e 1 mese	41 anni e 5 mesi	41 anni e 6 mesi				

Tabella 3.1: I nuovi canali di accesso al pensionamento istituiti dalla riforma Fornero. Fonte: Gronchi 2013.

misure *ex ante* che correggono le criticità durante la fase di versamento dei contributi e quelle *ex post* che intervengono durante la fase di pensionamento. Tra le prime figurano la fissazione di un'aliquota figurativa o di computo o di tassi di rendimento più favorevoli per i lavoratori atipici e/o a basso reddito. Tuttavia, in generale, queste misure presentano una bassa *target efficiency* perché ne verrebbero a beneficiare non solo coloro che hanno bisogno, ma anche quelli che in un periodo successivo riuscissero ad avere una carriera stabile e si troverebbero in futuro a godere di una pensione elevata. Nel secondo gruppo, invece rientrano l'introduzione, in aggiunta o in sostituzione della pensione contributiva, senza alterare l'aliquota di contribuzione, di una componente flat finanziata tramite la fiscalità generale e di importo progressivo e legato all'anzianità contributiva. Anche in questo caso, essendo tale misura rivolta all'intera popolazione, non si raggiungerebbe un'elevata *target efficiency* a meno di non ridurre l'importo in relazione al reddito dell'individuo. Per quanto riguarda il bilancio pubblico, non si avrebbero esborsi immediati e la loro entità dipenderà dalla generosità e dalla progressività della componente di base¹⁴. In alternativa si potrebbe introdurre un meccanismo di garanzia, a carico della fiscalità generale, che offra una prestazione minima prestabilita, il cui importo vari in funzione del numero di anni trascorsi sul mercato del lavoro e dell'età di ritiro. Rispetto alle misure sopra menzionate questa sembra essere la scelta migliore in termini di equità e di efficienza, in quanto permetterebbe di ottenere un'elevata *target efficiency*, tutelando esclusivamente chi dovesse registrare una carriera lavorativa fragile e discontinua. Per quanto riguarda i possibili effetti sui conti pubblici, anche qui le spese si manifesterebbero in futuro e il loro ammontare dipenderà dalle dinamiche del mercato del lavoro, che determineranno la probabilità di andare in pensione con prestazioni inferiori alla pensione contributiva di garanzia e dall'importo di quest'ultima [Raitano, 2011].

3.2 SANITÀ

Intorno alla metà degli anni '90 in Italia si ebbe una forte contrazione della spesa sanitaria pubblica che dal 6,6% del PIL nel 1990 scese al 5,4% del 1995. Tale caduta, essendo compensata solo in misura parziale da un aumento di quella privata, che passò al 32% di quella totale, si riflesse anche sulla spesa sanitaria totale che scese dall'8,6% del PIL nel 1993 all'8% del PIL nel 1995. Questa diminuzione della spesa sanitaria era il frutto di politiche restrittive sulla spesa pubblica (quali il blocco dei contratti e della spesa ospedaliera, insieme alla riduzione della spesa nel comparto farmaceutico con la revisione del prontuario e un massiccio ricorso al ticket sul paziente) messe in atto da quei paesi, che come l'Italia volevano entrare nel regime dell'euro [Muraro, 2011]. Successivamente, la spesa sanitaria pubblica

¹⁴Proposta di De Vincenti tratta dall'articolo di Raitano 2011.

è tornata a crescere lentamente, passando dal 5,2% del PIL nel 1996 al 6% del PIL nel 2001, quando ha nuovamente toccato i livelli del 1992. Per quanto riguarda gli anni più recenti, nel periodo 2002-2014 la spesa sanitaria è cresciuta dal 5,8% al 6,8% del PIL. Tuttavia, è possibile suddividere il suddetto periodo in due sottoperiodi 2002-2006 e 2007-2014, in cui la dinamica della spesa è stata sensibilmente differente. Nel primo periodo la spesa sanitaria è cresciuta in valore assoluto di 19.971 milioni di euro (pari a circa il 63% dell'incremento verificatosi nell'intero periodo di riferimento) con un incremento medio annuo del 5,8%. Nel secondo periodo la spesa sanitaria è cresciuta in valore assoluto di 11.626 milioni di euro, ad un tasso medio annuo del 2,8%. Questa crescita limitata è dovuta principalmente alle manovre di contenimento della spesa che si sono susseguite a partire dal 2007 (blocco del turn over, compartecipazione alla spesa, tetti alla spesa farmaceutica etc.). Portando l'analisi a livello regionale un recente studio del CERM (Pammolli 2015) ha analizzato l'adeguatezza delle prestazioni e la parte di spesa dovuta ad inefficienze¹⁵. Come emerge dalla Figura 3.2 dal 1998 al 2010 si è verificato un

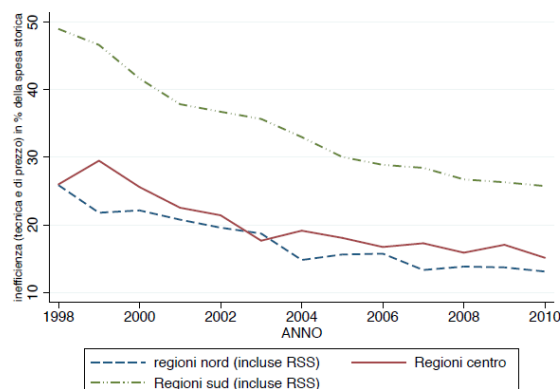


Figura 3.2: Inefficienza in percentuale della spesa storica. Fonte: Pammolli, 2015.

recupero di efficienza costante che ha interessato in media tutte le aree del paese anche se si nota una netta dualizzazione con le regioni del sud molto distanti da

¹⁵Lo studio separa la spesa dovuta ad inefficienze tecniche, ovvero riconducibile all'utilizzo eccessivo di input in rapporto ai servizi offerti da quella di prezzo, dovuta alla presenza di costi unitari degli input superiori rispetto ad un benchmark efficiente.

quelle del nord e del centro. In particolare, le regioni del mezzogiorno sono passate da un livello di inefficienza medio pari circa al 50% nel 1998 ad una quota della spesa inefficiente inferiore al 30% nel 2010, le restanti regioni sono passate mediamente dal 25% al 15% di spesa inefficiente. Tuttavia, tale recupero ha subito una battuta di arresto a partire dal 2006. Un'analoga tendenza si riscontra anche per quanto riguarda l'adeguatezza delle prestazioni come emerge dalla Figura¹⁶ 3.3, anche se in tal caso le regioni del centro sono più vicine a quelle del mezzogiorno

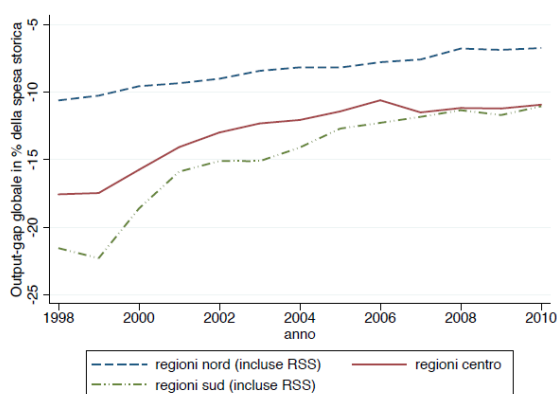


Figura 3.3: Output-gap in percentuale della spesa storica. Fonte: Pammolli, 2015.

rispetto a quelle settentrionali. La distanza tra le prestazioni erogate e lo standard, mostra in percentuale della spesa storica, un notevole miglioramento negli ultimi 20 anni passando da una media del -16% del 1998 a un valore del -10% del 2010, testimoniando un generale miglioramento dei servizi erogati lungo la penisola, nonostante tale avvicinamento delle regioni del sud a quelle del nord si sia arrestato, anche in questo caso, a partire dal 2006. Secondo questa analisi i mancati recuperi

¹⁶L'output-gap corrisponde alla differenza tra l'output storico, che è costituito da una componente dimensionale misurata in relazione alle giornate di degenza e da una componente qualitativa legata principalmente ai flussi di mobilità sanitaria e l'output standard misurato attraverso la stima di una funzione di output. Le regioni che non riescono a soddisfare adeguatamente la domanda del proprio territorio, in quanto offrono un livello di servizi inferiore rispetto allo standard, sono quelle che mostrano un output-gap negativo. L'indicatore di output-gap riassume l'adeguatezza dei servizi offerti, prendendo come benchmark il sistema sanitario regionale che, a parità di variabili di contesto massimizza il livello di prestazioni per abitante.

di efficienza da parte delle regioni meridionali dal 2006 in poi, sono dovuti agli effetti generati dalle misure di contenimento della spesa che hanno interessato in via prioritaria le regioni sottoposte ai piani di rientro ¹⁷. Alla luce di ciò sembra che i piani di rientro abbiano avuto successo nel contenere la spesa, ma non riuscendo ad intercettare e ridurre la spesa inefficiente, hanno ridotto la qualità delle prestazioni erogate. Perciò, secondo gli autori del suddetto studio, emerge la necessità di riformare questo strumento di governance, affinché un miglioramento dei saldi finanziari non si traduca in un deterioramento della qualità dei servizi offerti. Per quanto riguarda le tendenze della spesa sanitaria nei prossimi decenni, secondo le previsioni elaborate dalla Ragioneria Generale dello Stato, nell'ipotesi del pure ageing scenario, che permette di catturare l'impatto dei soli fattori demografici, il rapporto fra spesa sanitaria pubblica e PIL, dopo la flessione iniziale dovuta alle politiche di contenimento scontate nelle previsioni di breve periodo, presenta una crescita piuttosto regolare a partire dal 2019 (Figura 3.4). Il ritmo di

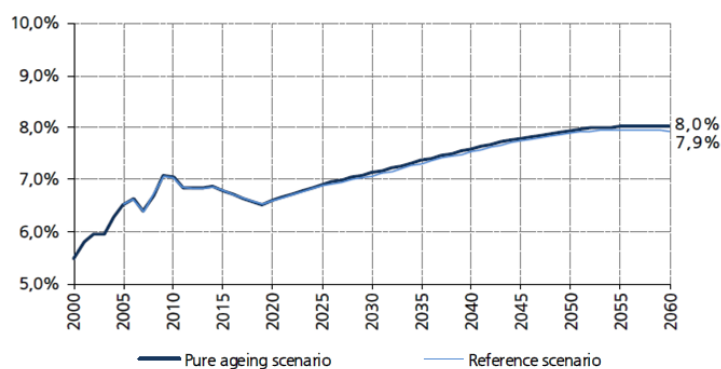


Figura 3.4: Spesa sanitaria (senza Itc) in rapporto al PIL 2000-2060 nel pure ageing scenario e nel reference scenario. Fonte: RGS 2015.

crescita mostra una leggera flessione nell'ultimo decennio del periodo di previsione, dovuta all'uscita delle generazioni del baby boom. Complessivamente il rappor-

¹⁷Le regioni che hanno sottoscritto un piano di rientro nel 2007 sono: Lazio, Molise, Sicilia, Abruzzo, Campania e Liguria (concluso nel 2010); la Calabria nel 2009 e Puglia e Piemonte nel 2010.

to si incrementa di oltre 1,1 punti percentuali passando dal 6,9% del PIL all'8% del PIL nel 2060. Tuttavia, in considerazione dell'esistenza di fattori esplicativi diversi da quelli riconducibili alla sola dinamica demografica, vengono analizzate differenti ipotesi rispetto all'evoluzione del consumo sanitario che riflettono: il miglioramento delle condizioni di salute correlato all'aumento della speranza di vita, i differenziali inflazionistici fra prodotti sanitari e non sanitari, anche in dipendenza del diverso contenuto tecnologico, e l'effetto trainante dei costi sanitari esercitato dalla remunerazione del fattore lavoro. Le diverse ipotesi vengono combinate fra di loro, dando vita al reference scenario. La previsione in tale scenario (Figura 3.4), nonostante evidenzi una leggera divaricazione, crescente nel tempo, conferma sostanzialmente quanto riscontrato nel pure ageing scenario. Nonostante le proiezioni elaborate dalla RGS evidenzino una spesa in aumento nei prossimi anni, questa mostra una crescita controllata, grazie alle manovre di contenimento che sono state attuate negli ultimi anni e che hanno contribuito in misura notevole al risanamento delle finanze pubbliche. Gli interventi che maggiormente hanno operato in tal senso sono: l'inasprimento della compartecipazione agli utenti che è uno strumento utilizzato sia per controllare la domanda inappropriata, evitando comportamenti opportunistici da parte degli assistiti, sia per finanziare l'assistenza sanitaria. Affinché tale strumento non comprometta la salute dei pazienti più deboli, sia in termini di reddito che di malattie croniche, deve essere disegnato attentamente e modulato secondo un corretto sistema di esenzioni. Come dimostrato da Dirindin 2011, l'inasprimento del ticket, decretato a livello nazionale con la legge 111 del 15 luglio 2011 risulta essere un provvedimento maldestro che minaccia di spostare sul settore privato molti esami diagnostici a basso costo che il settore pubblico avrebbe convenienza a mantenere al suo interno. Inoltre, altri studi [Atella V., 2006] che hanno analizzato l'impatto della compartecipazione alla spesa sanitaria nelle varie regioni sullo stato di salute degli assistiti, hanno evidenziato come la compartecipazione causi un chiaro effetto negativo sulla compliance alla terapia, incidendo in modo negativo sui tassi di ospedalizzazione e sulla mortalità per cause cardiovascolari. A tale effetto negativo se ne potrebbe aggiungere un altro altrettanto indesiderato, ovvero l'impoverimento delle fasce più deboli della popolazione¹⁸ [Vincenzo Atella, 2015]; le misure di contenimento della spesa farmaceutica, che oltre a prevedere misure di tipo finanziario di ripiano ex post dell'eccedenza di spesa basate sul meccanismo del pay back, e sugli sconti dovuti dai grossisti e dai farmacisti al sistema sanitario nazionale, sono orientate anche ad ottenere incrementi di efficienza nell'uso delle risorse, conseguibili sia attraverso il perseguimento dell'appropriatezza prescrittiva, sia attraverso la revisione dei prontuari farmaceutici (Aru et al. 2015); il blocco del turn over del personale

¹⁸Secondo uno studio di Costa et al. 2008 l'1,4% delle famiglie finisce sotto la soglia di povertà e il 4,2% sostiene elevate spese out of pocket.

e il congelamento degli aumenti salariali che hanno contratto l'incremento medio annuo della spesa per il personale, che scende dal 4,9% nel periodo 2004-2006 al 2,4% del periodo 2006-2010¹⁹. Le suddette misure potrebbero far emergere dei problemi circa la composizione della forza lavoro nel settore sanitario che è una delle più vecchie nei paesi europei²⁰, oltre ad avere delle ricadute negative sulla motivazione dei prestatori di cure e di conseguenza sulla qualità del servizio erogato (Jessuola et al. 2013). In un contesto caratterizzato da una bassa crescita economica, dal progressivo invecchiamento della popolazione e da una maggiore incidenza delle patologie croniche, secondo Atella et al. 2014, per garantire la sostenibilità del sistema non è sufficiente migliorare l'efficienza del sistema, né introdurre fondi sanitari integrativi, che potrebbero creare ulteriori differenze sociali tra coloro che possono permettersi un'assicurazione privata e quelli che invece presentano già delle difficoltà nel sostenere la spesa privata e la compartecipazione alla spesa pubblica. Ma, secondo l'autore la chiave della sostenibilità del sistema risiederebbe in maggiori investimenti in prevenzione e nella promozione di corretti stili di vita, spostando quindi risorse economiche ed umane dalla cura delle malattie alla prevenzione²¹. Per quanto riguarda la spesa pubblica complessiva per long-term care²² (LTC), questa ammonta all'1,9% del PIL nel 2014, di cui circa

¹⁹Una riduzione ancora più forte è stata registrata nelle regioni sotto piano di rientro, dove l'incremento medio annuo della spesa per il personale è sceso dal 5,9% nel periodo 2004-2006 al 1,1% nel periodo 2006-2010 (RGS Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario-2015).

²⁰Nel 2010-2011 il 43% dei dottori aveva un'età maggiore o uguale a 55 anni (OECD 2013).

²¹Nello studio l'autore simula gli effetti sulla spesa sanitaria dell'implementazione di politiche di prevenzione in grado di generare una riduzione nelle prevalenze di patologie croniche legate agli stili di vita (diabete, ipertensione etc.) o un ritardo nell'età in cui le stesse si manifestano nei pazienti in tre diversi scenari: una riduzione della prevalenza delle patologie del 40% entro il 2050, un ritardo decennale nell'insorgenza della patologia entro il 2050 ed un ritardo ventennale nell'insorgenza della patologia entro il 2050. Nonostante la semplicità dell'esercizio previsionale e le eventuali critiche circa la costruzione e la realizzazione degli scenari, i risultati ottenuti sono interessanti e possono fornire utili indicazioni ai policy maker. Infatti, nel 2045, il differenziale tra il pure ageing scenario e quello in cui si ritarda il manifestarsi della patologia di 20 anni è di circa otto miliardi di euro in termini reali, che corrisponde ad una riduzione del 25% della spesa medica dedicata ai servizi sanitari.

²²La componente sanitaria comprende l'insieme delle prestazioni sanitarie erogate a persone non autosufficienti che per senescenza, malattia cronica o limitazione mentale necessitano di assistenza continuativa. In Italia tale componente include, oltre all'assistenza territoriale rivolta agli anziani e ai disabili, l'assistenza psichiatrica, l'assistenza rivolta agli alcolisti e ai tossicodipendenti e l'assistenza ospedaliera erogata in regime di lungodegenza; l'indennità di accompagnamento è costituita da prestazioni monetarie erogate in dipendenza di limitazioni psicofisiche che determinano condizioni di non autosufficienza. Il riconoscimento del diritto prescinde da qualsiasi requisito reddituale del beneficiario; le altre prestazioni per LTC comprendono prestazioni erogate, prevalentemente in natura, erogate in via principale, se non esclusiva, dai comuni singoli o associati a favore degli anziani non autosufficienti, dei disabili, dei malati psichici e delle persone

due terzi erogata a soggetti con più di 65 anni. La componente sanitaria e le indennità di accompagnamento coprono rispettivamente il 44% e il 43%, mentre il restante 13% è rappresentato da altre prestazioni per LTC. Secondo le previsioni (Figura 3.5) elaborate dalla Ragioneria Generale dello Stato la spesa per LTC nel 2060 raggiungerà il 3,2% del PIL. Tale aumento, dovuto in gran parte al processo di invecchiamento della popolazione, è più del doppio rispetto a quello previsto per la componente acute. Anche per la componente LTC viene elaborato un reference scenario²³ che unisce diverse ipotesi circa l'evoluzione dei consumi dei servizi di LTC. Come emerge dalla Figura 3.5 l'adozione del reference scenario induce una

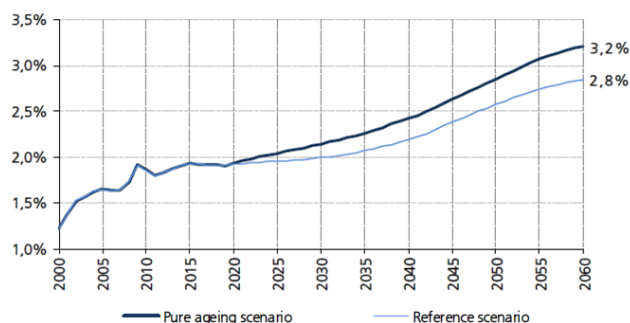


Figura 3.5: Spesa per ltc in rapporto al PIL anni 2000-2060 nel pure ageing scenario e nel reference scenario. Fonte: RGS 2015.

dinamica del rapporto spesa/PIL più contenuta. Considerando l'incremento della spesa per LTC che emerge dalle previsioni della RGS e l'inadeguatezza del sistema di LTC in Italia rilevata da diversi studi, dove la spesa privata per l'acquisto di servizi (offerta in prevalenza da assistenti domiciliari non qualificate) e per gli aiuti

dipendenti da alcool e droghe. Le prestazioni in natura possono essere di tipo residenziale o non residenziale (RGS 2015).

²³Il reference scenario assume: l'applicazione parziale (50% della variazione della speranza di vita) della metodologia del dynamic equilibrium, nonché l'aggancio del costo procapite standard (CPS) alla produttività per le prestazioni in natura e al PIL pro capite per le prestazioni monetarie.

informali a carico delle famiglie, prevale in misura consistente sulla spesa pubblica e, i trasferimenti monetari pubblici coprono solo in misura parziale l'acquisto di servizi LTC da parte delle famiglie che sostengono una spesa diretta non irrilevante, è necessario intervenire, affinché il sistema sia in grado di fronteggiare la futura evoluzione della domanda. La maggior parte delle proposte di riforma sembrano convergere verso un sistema misto articolato su due livelli: il primo rappresentato da uno schema pubblico nazionale di garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni socio-assistenziali di LTC e da un correlato Fondo nazionale per la non autosufficienza e il secondo livello costituito da schemi assicurativi e mutualistici di tipo integrativo su base collettiva per la copertura dei servizi LTC non finanziati (o finanziati solo in modo parziale) dallo schema pubblico di base, allo scopo di contenere le spese out-of-pocket delle famiglie e aumentare il grado di efficienza nell'utilizzo delle risorse finanziarie private [Rebba, 2010].

Capitolo 4

CONCLUSIONI

Le previsioni elaborate da varie istituzioni internazionali evidenziano una popolazione sempre più anziana. Entro il 2060 si prevede che in Europa l'indice di dipendenza, ossia il rapporto tra persone con più di 65 anni e le persone con età compresa tra i 15 e i 64 anni, salirà al 50,1%, questo vuol dire che ci saranno solo due persone in età lavorativa per ogni anziano, a differenza delle attuali quattro. Il progressivo invecchiamento della popolazione insieme ad una profonda recessione economica che ha imposto vincoli di bilancio sempre più stringenti hanno rimesso al centro del dibattito la sostenibilità dei sistemi di welfare, soprattutto in quei paesi, maggiormente esposti alla crisi del debito sovrano. L'attuale dibattito si è concentrato sul contenimento della spesa previdenziale attraverso rapidi incrementi cogenti dell'età pensionabile, la revisione meno generosa dei meccanismi di indicizzazione e l'estensione del ruolo degli schemi privati. Tali interventi rispondono a esigenze diverse, da un lato l'opportunità di reperire risorse per risanare le finanze pubbliche nel breve periodo e dall'altro il tentativo di contenere la spesa previdenziale a fronte di un'eventuale insostenibilità del sistema. Tuttavia, nel confronto è emerso un chiaro trade-off tra sostenibilità e adeguatezza. Infatti, come emerge dalle previsioni elaborate in campo europeo e nazionale, i recenti interventi sembrano essere sufficienti a portare nel lungo periodo ad una flessione del rapporto spesa pensionistica/PIL e alcuni autori sostengono che la maggior criticità in futuro sarà rappresentata dalla limitata adeguatezza delle prestazioni pensionistiche, soprattutto in Italia dove la riconfigurazione del sistema verso una maggiore neutralità attuariale e un mercato del lavoro altamente segmentato e incapace di garantire carriere lavorative stabili e durature rischierà di offrire pensioni molto basse anche a coloro che sono rimasti sul mercato del lavoro molto a lungo. Sul versante sanitario invece, le previsioni mostrano una dinamica crescente soprattutto per la componente di LTC, ma sotto controllo. Le possibili soluzioni per promuovere la sostenibilità economica e finanziaria del sistema convergono rispettivamente verso un miglior governo dei fattori della domanda e dell'offerta

che alimentano la crescita della spesa e la configurazione di un nuovo equilibrio tra finanziamento pubblico e privato. All'interno del primo tipo di politiche, secondo alcuni autori, la chiave della sostenibilità risiederebbe in maggiori investimenti nella prevenzione, che riducendo l'insorgere di malattie e quindi il ricorso ai servizi sanitari, comporterebbero un notevole risparmio di risorse che potrebbero essere investite per migliorare la qualità dei servizi offerti, nella ricerca e in parte nello sviluppo economico del paese. Il secondo tipo di interventi delineerebbe uno schema multi pilastro, dove il finanziamento pubblico dominante verrebbe affiancato da forme assicurative private integrative, che ridurrebbero il rischio finanziario associato alle spese che le famiglie sostengono per l'acquisto di prestazioni sanitarie dal settore privato.

Bibliografia

- [Aru et al., 2015] Aru, C., Compagnucci, S., da Empoli, S., Dalla Porta, M. R., Integlia, D., and Mazzoni, E. (2015). Gli impatti del pay back ospedaliero sul sistema italia e spunti per una differente governance della spesa. Technical report, icom.
- [Atella V., 2006] Atella V., Peracchi F, D. P. D. R. (2006). Drug compliance, copayment and health outcomes: Evidence from a panel of italian patients. *Health Economics*, 15.
- [Baldini, 2011] Baldini, M. e Pacifico, D. (2011). Chi paga la deindicizzazione delle pensioni. *La voce.info*.
- [Baumol, 1967] Baumol, W. J. (1967). Macroeconomics of unbalanced growth: the anatomy of urban crisis. *The American economic review*, pages 415–426.
- [Bonasia et al., 2003] Bonasia, M. et al. (2003). La previdenza sociale italiana tra riforme fatte e da fare. Technical report, Università degli studi di Napoli "Parthenope" Istituto di studi economici.
- [Brugiavini and Weber, 2013] Brugiavini, A. and Weber, G. (2013). *Dinamiche demografiche e politiche pubbliche*. in AA.VV., Evoluzione e riforma dell'intervento pubblico: Scritti in onore di Gilberto Muraro. Giappichelli, Torino, cap 7, pp.135–148.
- [Buti et al., 1999] Buti, M., Franco, D., and Pench, L. R. (1999). *The Welfare State in Europe: challenges and reforms*. Edward Elgar Publishing.
- [Castellino, 1998] Castellino (1998). There is nothing either good or bad. *Politica Economica*, 1:21–30.
- [Castellino, 1994] Castellino, O. (1994). La riforma del sistema previdenziale ovvero il rapporto che non fu scritto. *Moneta e Credito*, 188.

- [D'Amato et al., 2001] D'Amato, M., Galasso, V., et al. (2001). È la riforma dini politicamente sostenibile? In *Conference "Le nuove frontiere della politica economica"*.
- [Dirindin, 2011] Dirindin, N. (2011). Un ticket che porta alla sanità privata. *La voce.info*.
- [Disney, 2000] Disney, R. (2000). Crises in public pension programmes in oecd: What are the reform options? *The Economic Journal*, 110(461):1–23.
- [European-Commission, 2015] European-Commission (2015). The 2015 ageing report: economic and budgetary projection for the 28 eu member states (2013-2060).
- [Fornero, 2008] Fornero, E. (2008). Stop and go nel processo italiano di riforma del sistema previdenziale. *Flessibilità e sicurezze, Bologna: Il Mulino*.
- [Fornero and Castellino, 2001] Fornero, E. and Castellino, O. (2001). La riforma del sistema previdenziale italiano. *Il Mulino, Bologna*.
- [Fornero and Monticone, 2007] Fornero, E. and Monticone, C. (2007). Il pensionamento flessibile in europa. *Quaderni europei sul nuovo welfare*, 7.
- [Franco and Marè, 2002] Franco, D. and Marè, M. (2002). Le pensioni: l'economia e la politica delle riforme. *Rivista di politica economica*, 92(7/8):197–276.
- [Fries, 1980] Fries, J. F. (1980). Aging, natural death, and the compression of morbidity. *New England journal of medicine*, 303(3):130–135.
- [Galasso and Castanheira, 2011] Galasso, V. and Castanheira, M. (2011). Which reforms for a fair and sustainable pension system. *Reflets et perspectives de la vie économique*.
- [Gronchi, 1998] Gronchi, S. (1998). La sostenibilità delle nuove forme previdenziali ovvero il sistema pensionistico tra riforme fatte e da fare. *Economia politica*, 15(2):295–316.
- [Gronchi and Gismondi, 2011] Gronchi, S. and Gismondi, F. (2011). Il "sistema contributivo": Questo sconosciuto. *M. Marè (a cura di), La previdenza complementare: quale futuro*, pages 21–61.
- [Gronchi and Manca, 2013] Gronchi, S. and Manca, R. (2013). What after fornero's reform. *Politica economica-Journal of Economic Policy (PEJEP)*, 29(3):241–268.

- [Gruenberg, 1977] Gruenberg, E. M. (1977). The failures of success. *The Milbank Memorial Fund quarterly. Health and society*, pages 3–24.
- [Guerra, 2013] Guerra, G. (2013). "la medicina difensiva": fenomeno moderno dalle radici antiche. *Politiche sanitarie*, 14(4).
- [Hartwig, 2008] Hartwig, J. (2008). What drives health care expenditure? - baumol's model of 'unbalanced growth' revisited. *Journal of Health Economics*, 27(3):603–623.
- [Jackson et al., 1998] Jackson, W. A. et al. (1998). The political economy of population ageing. *Books*.
- [Jessoula and Raitano, 2015] Jessoula, M. and Raitano, M. (2015). La riforma dini vent'anni dopo: promesse, miti, prospettive di policy. *Politiche Sociali*, pages 365–382.
- [Jessuola and Pavolini, 2013] Jessuola, M. and Pavolini, E. (2013). Pensions, health and long-term care in italy. Technical report, ASISP.
- [Manton et al., 1995] Manton, K. G., Stallard, E., and Corder, L. (1995). Changes in morbidity and chronic disability in the us elderly population: Evidence from the 1982, 1984, and 1989 national long term care surveys. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 50(4):S194–S204.
- [Mazzaferro, 2011] Mazzaferro, C. e Morciano, M. (2011). Quanto costa non decidere. *La voce.info*.
- [Muraro, 2011] Muraro, G. (2011). Centocinquant'anni di sanità pubblica in italia: un'analisi economica. *Politiche Sanitarie*, 12(4):153–164.
- [Newhouse, 1992] Newhouse, J. P. (1992). Medical care costs: how much welfare loss? *The Journal of Economic Perspectives*, 6(3):3–21.
- [OECD, 2010] OECD (2010). Oecd value for money in health spending.
- [OECD, 2014] OECD (2014). Oecd pensions outlook 2014.
- [Paccagnella O., 2013] Paccagnella O., Rebba V., W. G. (2013). Voluntary private health insurance among the over 50s in europe. *Health Economics*, 22(3):289–315.
- [Pammolli et al., 2012] Pammolli, F., Riccaboni, M., and Magazzini, L. (2012). The sustainability of european health care systems: beyond income and aging. *The European Journal of Health Economics*, 13(5):623–634.

- [Pammolli F, 2015] Pammolli F, P. F. (2015). La spesa sanitaria delle regioni in italia. saniregio2015. Technical report, CERM.
- [Przywara et al., 2010] Przywara, B. et al. (2010). Projecting future health care expenditure at european level: drivers, methodology and main results. Technical report, Directorate General Economic and Monetary Affairs (DG ECFIN), European Commission.
- [Raitano, 2011] Raitano, M. (2011). Carriere lavorative fragili e prestazioni contributive: evidenza empirica e soluzioni di policy.
- [Rebba, 2009] Rebba, V. (2009). I ticket sanitari: strumenti di controllo della domanda o artefici di disuguaglianze nell'accesso alle cure? *Politiche sanitarie*, 10(4):221–242.
- [Rebba, 2010] Rebba, V. (2010). Il long term care in italia: l'attuale mix pubblico-privato e il possibile ruolo della assicurazioni integrative. *Politiche sanitarie*, 11:113–133.
- [Rebba, 2013] Rebba, V. (2013). *Il futuro dei sistemi sanitari pubblici tra universalismo e sostenibilità*. in AA.VV., *Evoluzione e riforma dell'intervento pubblico: Scritti in onore di Gilberto Muraro*. Giappichelli, Torino, cap 8, pp.149–177.
- [RGS, 2015] RGS (2015). Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario-2015. Ragioneria Generale dello Stato Rapporto n 16, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Roma.
- [Rother et al., 2003] Rother, P. C., Catenaro, M., Schwab, G., et al. (2003). *Aging and pensions in the Euro Area Survey and Projection Results*. Social Protection, World Bank.
- [Schludi, 2001] Schludi, M. (2001). The politics of pensions in european social insurance countries. Discussion paper 01/11.
- [Social-Protection-Committee, 2015] Social-Protection-Committee (2015). The 2015 pension adequacy report: current and future income adequacy in old age in the eu.
- [Thomson et al., 2009] Thomson, S., Foubister, T., Mossialos, E., et al. (2009). *Financing health care in the European Union: challenges and policy responses*. World Health Organization.
- [Vincenzo Atella, 2015] Vincenzo Atella, V. C. e. J. K. (2015). Efficacia dei meccanismi di compartecipazione sulla spesa sanitaria: le differenze regionali e gli effetti in termini di salute e spesa sanitaria. *Fondazione Farmafactoring*.

- [Zweifel et al., 2004] Zweifel, P., Felder, S., and Werblow, A. (2004). Population ageing and health care expenditure: New evidence on the "red herring". *The Geneva Papers on Risk and Insurance*, 29(4):652–666.