

Spesa sanitaria, Demografia, Istituzioni

Fabio Pammolli & Nicola C. Salerno

1. Dai trend storici alle proiezioni di lungo termine

Nel corso degli ultimi quindici anni la spesa sanitaria pubblica italiana ha registrato una compressione e una successiva stabilizzazione in termini di Pil, per assestarsi ai livelli dei primi anni Novanta. Con questa dinamica, la sanità ha partecipato in maniera sostanziale al processo di riaggiustamento della finanza pubblica per l'ingresso nell'area monetaria comune.

Alla compressione del canale di finanziamento pubblico si sono contrapposti il processo di invecchiamento più marcato tra i *partner* Ue e un forte innalzamento della quota di finanziamento privato. Quest'ultima è consistita principalmente in maggiori pagamenti dei cittadini a valere sui redditi disponibili, per l'assenza sia di forme organizzate e gestite professionalmente di copertura sanitaria (fondi e assicurazioni), sia di schemi articolati e organici di agevolazione fiscale.

Negli anni più recenti, a partire dal 2000, si è riaffermata una chiara tendenza alla crescita della spesa sanitaria pubblica, riconducibile non a una nuova programmazione delle risorse da dedicare al settore, quanto piuttosto a una vera e propria «deriva» favorita dal precario assetto (normativo e istituzionale) federalista.

Da quando ha avuto inizio la tormentata traversata federalista, il finanziamento a programma per la sanità ha «inseguito» la maggior spesa a consuntivo, con interventi correttivi e sanatorie che hanno portato l'incidenza sul Pil dal 6,1% del 2002 al 6,7% del 2005 (Relazione generale sulla situazione economica del paese, 2006), con la quota a carico dello Stato passata dal 6,0% (Accordo Stato-regioni dell'8 Agosto 2001) al 6,2% (stanziamento nella Finanziaria per il 2005)¹.

La ripresa della crescita appare tanto più significativa se posta a confronto con l'impatto di lungo periodo del processo di invecchiamento, come raffigurato nelle proiezioni del Gruppo di lavoro sull'invecchiamento della popolazione (Awg) del Comitato di politica economica di Ecofin.

Quote elevatissime dell'incremento di incidenza sul Pil atteso al 2050 per effetto del solo invecchiamento della popolazione sono già state consumate nel volgere di pochi anni, dall'Italia e da numerosi *partner* Ue (*cfr. infra*).

¹ La Finanziaria per il 2005 aveva programmato anche la spesa a carico dello Stato per il 2006 (89.960 milioni di euro) e per il 2007 (91.759 milioni). Entrambi gli stanziamenti sono stati rivisti a rialzo nelle due Finanziarie successive, raggiungendo il 6,4% e poi il 6,5% del PIL.

In Italia, sanità e demografia si incrociano in maniera complessa: sino a oggi la compressione di spesa è avvenuta proprio in presenza della dinamica di invecchiamento più intensa tra i paesi Ue; per converso, la dinamica di spesa degli ultimi anni mostra un ordine di grandezza nettamente superiore a quello implicito nel solo impatto atteso dall'invecchiamento, che pure continuerà a rimanere il più marcato dell'Ue anche nelle prossime decadi (proiezioni Eurostat).

2. La spesa sanitaria tra demografia, tecnologia e istituzioni

Il capitolo intende portare un contributo in questa direzione, presentando:

- una discussione delle determinanti della spesa sanitaria, con in evidenza le interazioni tra demografia, tecnologia, istituzioni;
- la descrizione delle proiezioni di spesa di lungo termine riconducibili al solo impatto demografico;
- un esercizio di sensitività per guardare «oltre» la demografia;
- alcune conclusioni di *policy*.

In estrema sintesi, la spesa sanitaria è influenzata da cinque aggregati di variabili, con numerose interrelazioni:

- demografia, epidemiologia, morbilità;
- andamento dei costi di produzione (inflazione settoriale);
- progresso scientifico e tecnologico (che aumenta i costi e sollecita la domanda di prestazioni);
- crescita economica e sociale, con ampliamento della nozione di salute e della domanda di prestazioni;
- assetto istituzionale e regolamentare.

Il peso delle diverse determinanti varia a seconda dell'orizzonte temporale. E' soprattutto nel medio-lungo periodo che si manifestano le connessioni endogene tra spesa sanitaria e altre variabili economico-sociali, di difficile modellizzazione e quantificazione ma con effetti potenziali di rilievo sia sul livello assoluto di spesa sia sulla sua sostenibilità finanziaria: le scelte di pensionamento, la partecipazione al mercato del lavoro, la produttività del lavoro, la produttività totale dei fattori, i tassi di interesse, la crescita economica.

Inoltre, gli andamenti di spesa sono influenzati da variabili *country-specific*, per le quali non è possibile definire effetti certi. Ad esempio, non risulta possibile stabilire una relazione univoca tra andamenti di

spesa e organizzazione in senso federalista del sistema sanitario. Se su un piano teorico generale, l'avvicinamento al cittadino e al territorio dei centri decisionali e di spesa tende a migliorare la responsabilizzazione individuale e l'efficienza gestionale², l'effettivo esplicarsi di questi effetti dipende dalle caratteristiche specifiche del disegno istituzionale e degli strumenti adottati per la *governance*, a tal punto che il decentramento sanitario potrebbe risultare anche in un aumento della spesa³.

Un ruolo determinante nell'indurre scostamenti del tasso di crescita della spesa sanitaria da quello del reddito/Pil è svolto dal progresso scientifico/tecnico, con importanti effetti endogeni sia sul versante dell'offerta che su quello della domanda.

Un altro snodo critico è quello dell'elasticità della spesa rispetto al reddito e al Pil. Nella letteratura empirica questo parametro assume valori nell'intervallo [0; 1,5]. Alcuni autori mostrano la cointegrazione delle due variabili; altri la rifiutano, chiamando in causa la rilevanza di numerosi aspetti di contesto; altri ancora la dimostrano accettabile all'interno di periodi separati da *break* strutturali, rimarcando così la necessità di tener conto di circostanze che possono far deviare l'andamento della spesa da quello del reddito, con effetti anche persistenti nel livello⁴. Tra le cause dei *break* strutturali compaiono naturalmente anche le scelte di *policy*. Negli ultimi vent'anni, infatti, in tutti i paesi industrializzati sono state adottate misure di stabilizzazione che hanno influenzato significativamente l'andamento della spesa sanitaria rispetto al Pil. Di fatto, l'allineamento dei tassi di crescita della spesa sanitaria a quelli del Pil è stato più un risultato cercato dal *policy maker* che non il frutto di un'evoluzione naturale sul versante della domanda (tesi della domanda troncata o inespressa).

Proprio l'elasticità al reddito/Pil si presenta come uno dei fattori di maggiore incertezza nelle proiezioni della spesa sanitaria. Non mancano, tuttavia, alcuni fatti stilizzati: la più elevata elasticità tra i redditi bassi; l'elasticità crescente nel livello di aggregazione (dalla scala regionale alla nazionale); l'elasticità più elevata per gli individui non coperti da assicurazione sanitaria, pubblica e/o privata.

Su questo quadro di sfondo, risultano evidenti i limiti di proiezioni di spesa incentrate sulla sola demografia. Nella sua versione base, la proiezione dell'impatto di lungo termine della demografia sulla spesa si sostanzia nella stima, con i dati di contabilità sanitaria più recenti, del profilo dei consumi sanitari per sesso e fasce di età; successivamente, al consumo *pro-capite* si applica un tasso di

² E' la *ratio* portante delle riforme federaliste, non soltanto in sanità.

³ Si pensi, per citare un effetto sperimentato in molte realtà istituzionali (Italia compresa), alla cosiddetta «sindrome dei *soft budget constraint*».

⁴ Alcuni paesi europei hanno sperimentato una significativa traslazione verso l'alto del profilo del consumo sanitario per sesso ed età tra il 1990 ed il 2000, non spiegabile in base alla sola crescita del reddito. Per la Francia, ad esempio, tra il 1992 e il 2000, la spesa *pro-capite* nominale è quasi raddoppiata nelle fasce di età dopo i 60 anni e in corrispondenza dei 20 anni.

crescita annuale nominale pari, alternativamente, a quello del Pil *pro-capite* o del Pil per lavoratore attivo; infine, il consumo *pro-capite* ottenuto per i vari anni della proiezione è moltiplicato per la numerosità del relativo gruppo sesso/età, così come ricavabile dalle più aggiornate proiezioni demografiche (Eurostat e Istat).

Per le motivazioni sinteticamente esposte, la versione base delle proiezioni deve essere integrata contemplando tassi di crescita del consumo *pro-capite* non necessariamente allineati a quelli del Pil *pro-capite* (o per lavoratore attivo), e tenendo conto anche del progressivo miglioramento dello stato di salute nelle diverse fasce di età (profili di consumo corretti per i "death related cost" o profili di consumo dinamici).

3. Le proiezioni di lungo termine di Ecofin sull'impatto demografico

Le difficoltà di proiezione degli andamenti della spesa sanitaria nulla tolgono alla necessità di disporre di *benchmark* di medio-lungo periodo, come guida alla politica economica. La scelta più percorribile e più concreta sul piano di *policy* è quella adottata dal Gruppo di lavoro sull'invecchiamento della popolazione del Comitato di politica economica di Ecofin (Awg).

Nelle proiezioni di base di Awg si assume:

- un quadro macroeconomico di lungo periodo di crescita continua e moderata;
- l'invarianza dell'assetto normativo e regolamentare;
- la definizione di profili di spesa (*acute*, *long-term* e recentemente anche *death-related*) per gruppi sesso-età nell'anno corrente, e l'applicazione agli stessi di un tasso di crescita allineato a quello del Pil *pro-capite* o per lavoratore attivo;
- la struttura della popolazione risultante dalle proiezioni demografiche a livello europeo (Eurostat).

Queste assunzioni concorrono a definire uno scenario di proiezione in cui la demografia svolge il ruolo di principale fattore di crescita, mentre si ipotizza un quadro di stabilità economica con allineamento della crescita della spesa sanitaria *pro-capite* a quella del Pil *pro-capite* (o per lavoratore attivo). A partire da questo scenario è possibile sia sviluppare analisi di sensitività (sul tasso di crescita della spesa *pro-capite*, sugli andamenti demografici, etc.) sia costruire proiezioni più complesse.

Un passaggio importante della metodologia di Awg è rappresentato dalla stima dei profili di spesa sanitaria per sesso-età nell'anno corrente (il primo anno dell'arco di proiezione). Facendo riferimento

al conti sanitari dell'Oecd, si individuano prima le voci di spesa di tipo *long-term* e, successivamente, per differenza rispetto al totale, quelle di tipo *acute*. Ai fini della stima, gli investimenti lordi sono accorpati alla spesa *acute* e imputati uniformemente a tutti i cittadini residenti (indipendentemente dal sesso e dalla fascia di età). L'ipotesi è coerente con la finalità di concentrare le proiezioni sul solo impatto demografico, astraendo il più possibile da fattori di natura economico-istituzionale. Tuttavia, la stessa ipotesi costituisce una possibile fonte di sottostima delle necessità di spesa in conto capitale. Ai profili di spesa si applica un tasso di crescita omogeneo per tipologia di prestazione, sesso ed età, pari alternativamente al tasso di crescita del Pil *pro-capite* e a quello del Pil per lavoratore attivo. Successivamente, la spesa *pro-capite* per gruppo sesso-età in ciascun anno è moltiplicata per la numerosità dei gruppi in quello stesso anno (come rilevabili dalle proiezioni demografiche Eurostat). Nel seguito si descrivono sinteticamente i principali risultati emergenti dalle proiezioni condotte da Awg, che fanno riferimento allo scenario demografico centrale di Eurostat.

**Tavola 1 – Spesa sanitaria pubblica di tipo *acute*⁵ –
tasso di crescita della spesa *pro-capite* pari a quello del Pil *pro-capite***

	incidenza sul PIL			
	2004	2050	incremento 2004-2050	incremento massimo nel periodo
Austria	5,3	6,6	1,3	1,3
Belgio	6,2	7,3	1,1	1,1
Danimarca	6,9	7,6	0,7	0,7
Finlandia	5,6	6,7	1,1	1,1
Francia	7,7	9,1	1,4	1,4
Germania	6,0	7,0	1,0	1,0
Grecia	5,1	6,5	1,4	1,4
Irlanda	5,3	6,8	1,5	1,5
ITALIA	5,8	6,8	1,1	1,1
Lussemburgo	5,1	6,0	0,8	0,8
Olanda	6,1	7,1	1,0	1,0
Portogallo	6,7	6,9	0,2	0,2
Spagna	6,1	8,0	1,9	1,9
Svezia	6,7	7,5	0,7	0,7
Regno Unito	7,0	8,8	1,8	1,8
media	6,4	7,8	1,4	1,4

Fonte: Awg (2006)

⁵ Si presenta lo scenario "death related cost"; cfr. pag. 120 e pag. 130 in Awg (2006): quello ritenuto più adatto a cogliere l'impatto della sola variabile demografica (corretto per tener conto dell'effetto dei "death related cost"). In questa, come nelle prossime tavole, eventuali differenze tra la differenza delle incidenze al primo e all'ultimo anno e il dato riprovato nella colonna "incremento" sono da attribuire ad approssimazioni decimali. Si riportano esattamente i dati Awg (2006).

I dati qui sopra riportati (Tavola 1) riguardano la spesa *acute*. Al 2050 l'Italia fa rilevare una incidenza sul Pil pari al 6,8%, di un punto percentuale inferiore alla media UE-15 (7,8), dopo un incremento 2004-2050 pari a 1,1, punti percentuali, anch'esso inferiore alla media UE-15 (1,4). Si sottolinea come l'incremento massimo di incidenza sul Pil e l'incremento finale (2004-2050) coincidano sempre (per tutti i *partner*), a significare un processo di crescita continuo e senza stabilizzazione.

Considerazioni analoghe valgono per la spesa *long-term*. La lettura della seguente Tavola 2 deve tener conto del fatto che Awg attribuisce alla *long-term* alcune voci di spesa che in Italia non sono di stretta pertinenza del bilancio del SSN⁶.

**Tavola 2– Spesa sanitaria pubblica di tipo *long term*⁷ -
tasso di crescita della spesa *pro-capite* pari a quello del Pil per lavoratore attivo**

	incidenza sul PIL			
	2004	2050	incremento 2004-2050	incremento massimo di periodo
Austria	0,6	1,5	0,9	0,9
Belgio	0,9	1,8	1,0	1,0
Danimarca	1,1	2,2	1,1	1,1
Finlandia	1,7	3,5	1,8	1,8
Francia			<i>n.d.</i>	
Germania	1,0	2,0	1,0	1,0
Grecia			<i>n.d.</i>	
Irlanda	0,6	1,2	0,6	0,6
ITALIA	1,5	2,2	0,7	0,7
Lussemburgo	0,9	1,5	0,6	0,6
Olanda	0,5	1,1	0,6	0,6
Portogallo			<i>n.d.</i>	
Spagna	0,5	0,8	0,2	0,2
Svezia	3,8	5,5	1,7	1,7
Regno Unito	1,0	1,8	0,8	0,8
media	0,9	1,5	0,7	0,7

Fonte: Awg (2006)

⁶ È questa la ragione della discrepanza con i dati contenuti nel Programma di stabilità dell'Italia e nella Relazione generale sulla situazione economica del paese.

⁷⁷ Si presenta lo scenario "Awg reference"; cfr. pag. 143 e pag. 162 in Awg (2006): quello ritenuto più adatto a cogliere l'impatto della sola variabile demografica (il meglio combinabile con il precedente scenario presentato per la *acute*).

L'Italia condivide con tutti i *partner* l'andamento crescente dell'incidenza sul Pil: anche in un approccio che si concentra sulla dimensione demografica, l'andamento di lungo periodo della quota di Pil dedicata alla sanità mostra una tendenza lenta ma costante e inesorabile alla crescita, senza inversione.

Il lavoro di Awg contiene alcuni esercizi di sensitività. In particolare, per la *acute* si suppone che l'elasticità della spesa *pro-capite* rispetto al Pil *pro-capite* sia pari a 1,1 nell'anno corrente (il primo dell'arco di proiezione) per poi convergere con continuità all'unità; mentre per la *long-term* si suppone che i casi di assistenza non istituzionalizzata si riducano dell'1% all'anno sino al 2020 per poi stabilizzarsi. In questi due scenari, le nuove proiezioni divengono le seguenti (Tavola 3 e Tavola 4)⁸.

**Tavola 3 – Spesa sanitaria pubblica di tipo *acute* ⁹ –
elasticità della spesa al Pil superiore pari a 1,1 ma convergente all'unità tra il 2004 e il 2050**

	incidenza sul PIL – sensitività			
	2004	2050	incremento 2004-2050	incremento massimo nel periodo
Austria	5,3	7,2	1,9	1,9
Belgio	6,2	8,0	1,8	1,8
Danimarca	6,9	8,3	1,4	1,4
Finlandia	5,6	7,3	1,7	1,8
Francia	7,7	9,9	2,2	2,2
Germania	6,0	7,6	1,6	1,6
Grecia	5,1	7,2	2,1	2,1
Irlanda	5,3	7,7	2,4	2,4
ITALIA	5,8	7,4	1,6	1,6
Lussemburgo	5,1	6,7	1,6	1,5
Olanda	6,1	7,7	1,6	1,6
Portogallo	6,7	7,5	0,8	0,8
Spagna	6,1	8,7	2,6	2,6
Svezia	6,7	8,1	1,4	1,4
Regno Unito	7,0	9,7	2,7	2,7
media	6,4	8,5	2,1	2,1

Fonte: Awg (2006)

⁸ Non per tutti i paesi è disponibile l'analisi di sensitività.

⁹ Cfr. pag. 131 in Awg (2006).

**Tavola 4 – Spesa sanitaria pubblica di tipo *long-term*¹⁰ –
i casi di assistenza non istituzionalizzata si riducono dell'1% all'anno sino al 2020**

	incidenza sul PIL - sensitività			
	2004	2050	incremento 2004-2050	incremento massimo nel periodo
Austria			<i>n.d.</i>	
Belgio	0,9	2,3	1,5	1,5
Danimarca			<i>n.d.</i>	
Finlandia	1,7	4,6	2,9	2,8
Francia			<i>n.d.</i>	
Germania	1,0	2,8	1,8	1,8
Grecia			<i>n.d.</i>	
Irlanda	0,6	1,6	1,0	1,0
ITALIA	1,5	3,3	1,7	1,7
Lussemburgo	0,9	2,1	1,2	1,2
Olanda	0,5	2,3	1,8	1,8
Portogallo			<i>n.d.</i>	
Spagna	0,5	1,7	1,2	1,1
Svezia	3,8	6,8	3,0	3,0
Regno Unito	1,0	3,6	2,6	2,6
media	0,9	2,4	1,5	1,5

Fonte: Awg (2006)

Come si può apprezzare (anche soltanto riferendosi alla media UE-15), il ricorso ad una pur limitata analisi di sensitività (le variazioni parametriche sono circoscritte e soprattutto non coinvolgono tutto l'orizzonte di proiezione) lascia trasparire la criticità sia dell'elasticità della domanda di prestazioni al reddito sia dell'aumento di istituzionalizzazione delle stesse.

Indicazioni di rilievo scaturiscono, infine, se si raffronta l'andamento della spesa sanitaria con quello della spesa pensionistica.

¹⁰ Cfr. pag. 160 in Awg (2006).

Tavola 5 – Spesa pubblica lorda (*ante imposizione e contribuzione sociale*) per pensioni – scenario base per le ipotesi demografiche ed economiche ¹¹

	incidenza sul PIL - sensitività				
	2004	2050	incremento 2004-2050	incremento massimo nel periodo	<i>cfr.</i> con incremento spesa sanitaria complessiva (Tavola 1 + Tavola 2)
Austria	13,4	12,2	-1,2	6,0	2,2
Belgio	10,4	15,5	5,1	5,3	2,0
Danimarca	9,5	12,8	3,3	4,0	1,8
Finlandia	10,7	13,7	3,1	3,3	2,9
Francia	12,8	14,8	2,0	2,2	<i>n.d.</i>
Germania	11,4	13,1	1,7	1,7	2,0
Grecia				<i>n.d.</i>	
Irlanda	4,7	11,1	6,4	6,4	2,1
ITALIA	14,2	14,7	0,4	1,7	1,8
Lussemburgo	10,0	17,4	7,4	7,4	1,4
Olanda	7,7	11,2	3,5	4,0	1,6
Portogallo	11,1	20,8	9,7	9,7	<i>n.d.</i>
Spagna	8,6	15,7	7,1	7,1	2,2
Svezia	10,6	11,2	0,6	1,0	2,4
Regno Unito	6,6	8,6	2,0	2,0	2,6
media	10,6	12,9	2,3	2,3	

Fonte: Awg (2006)

L'Italia è il paese che mostra la migliore stabilizzazione di lungo periodo della spesa pubblica per pensioni: un in incremento di incidenza sul PIL di 0,4 punti percentuali, il più contenuto tra *partner* UE. Anche il picco di incidenza sul Pil è relativamente contenuto: 1,7 punti percentuali (al 2040), il secondo più basso dopo quello della Svezia.

Questi dati, che sono il portato dell'intenso processo di riforme pensionistiche condotto in Italia durante tutti gli anni Novanta e oltre (sino alla riforma del 2005), contrastano con quelli relativi alla spesa sanitaria pubblica. Infatti, l'Italia è uno dei tre paesi (assieme a Svezia e Regno Unito) in cui l'incremento di incidenza della spesa sanitaria tra il 2004 e il 2050 (1,8 punti percentuali) supera sia il corrispondente incremento della spesa pensionistica (0,4) sia lo stesso picco di incidenza fatto registrare dalla spesa pensionistica (1,7).

Riassumendo, si può affermare che le proiezioni di Awg mostrano che l'impatto della demografia sulla spesa sociale italiana è destinato a manifestarsi soprattutto per il tramite del sistema sanitario¹².

¹¹ *Cfr.* Awg (2006) pagg. 70 e seguenti.

Le proiezioni indicano un *trend* di crescita, ascrivibile espressamente all'invecchiamento, che al 2050 conduce a un aumento di incidenza sul Pil di 1,8 punti percentuali. Su tale *trend* esplicheranno il loro effetto i fattori di crescita di natura *extra*-demografica, ed è su questi che nei prossimi paragrafi si tenterà di dare alcune indicazioni.

4. La sanità nelle proiezioni della spesa sociale italiana

La stabilizzazione della spesa sociale italiana, pertanto, si fonda essenzialmente sulle riforme del sistema pensionistico dagli anni Novanta in poi. Per contro, l'incremento di incidenza della spesa sanitaria, sia pur inferiore alla media Ue, dovrebbe essere valutato con attenzione, se si considera che:

- nella parte *long-term* l'Italia è attualmente povera di prestazioni istituzionalizzate e questo si traduce in minori proiezioni di spesa, pur non costituendo un aspetto virtuoso (tutt'altro);
- l'assenza di una specifica modellizzazione della spesa in conto capitale può costituire un'altra fonte di forte sottostima, soprattutto alla vigilia delle trasformazioni federaliste del sistema sanitario, di fronte alle quali la disomogenea situazione infrastrutturale regionale è uno degli aspetti più problematici;
- nell'anno in cui sono costruiti i profili di spesa (2004), l'Italia è ancora lontana dalla conclusione della trasformazione federalista del SSN, e i precari rapporti tra le istituzioni deputate al governo della sanità sicuramente sono un fattore di debolezza per l'implementazione di politiche per l'efficienza/efficacia;
- infine, proprio le riforme pensionistiche attuate negli anni Novanta, che si tradurranno in un sensibile ridimensionamento del tasso di sostituzione reddito/pensione, potrebbero richiedere un rafforzamento dell'assistenza sanitaria pubblica per continuare a garantire durante la quiescenza l'universale accesso ai Lea (i livelli essenziali per i quali la Costituzione chiede una uniforme implementazione su tutto il territorio nazionale);
- se è vero che gli incrementi di spesa che si sono verificati dal 2000 ad oggi «recuperano» la compressione della stessa spesa avvenuta nei primi anni Novanta, è anche vero che la nuova dinamica appare più come una «deriva» di spesa che come il frutto di scelte programmatiche.

¹² Se si analizzassero in dettaglio le altre voci di spesa (istruzione e indennità di disoccupazione), emergerebbe come nelle proiezioni Awg esse contribuiscano a ridurre l'incidenza sul Pil, poiché diminuiscono con continuità tra il 2004 e il 2050. Si tratta di una conseguenza dell'approccio demografico che, in corrispondenza dell'assottigliamento delle fasce in età scolare e dell'ipotesi di riassorbimento della disoccupazione, riduce la numerosità delle platee di beneficiari delle due voci di spesa.

Alla luce anche di questi elementi, è importante acquistare la piena consapevolezza che le pressioni che in futuro giungeranno dalla spesa sanitaria potranno essere anche significativamente più ampie di quelle descritte da Awg, e che quindi è urgente pervenire ad un assetto di governo della sanità completo e organico. È a sottolineare questa importanza che si propone un esercizio di sensitività "allargata" a partire dalle proiezioni di Awg.

5. "Oltre" la demografia

L'esercizio di sensitività "allargata": a) muove dal raffronto del differenziale storico (*spread*) del tasso di crescita della spesa *pro-capite* rispetto a quello del Pil *pro-capite* e del Pil per lavoratore attivo (Tavola 6 e Tavola 7); b) calcola il tasso di crescita dell'incidenza della spesa sul PIL implicito nelle proiezioni di Awg; c) integra l'esercizio di sensitività di Awg, ipotizzando una maggiorazione del tasso di crescita implicito in linea con il differenziale storico.

L'esercizio è fattibile perché, nell'ipotesi che il tasso di crescita della spesa *pro-capite* sia quello del Pil *pro-capite*, la variazione del tasso di crescita del rapporto tra spesa e Pil, in risposta a un aumento di *delta* del tasso di crescita della spesa *pro-capite*, può essere approssimata dallo stesso *delta*. Questa semplificazione regge alla luce delle altre ipotesi su cui si fondano le proiezioni di lungo periodo di Awg e in particolare: l'invarianza del tasso di crescita della spesa *pro-capite* per sesso e fascia di età, e l'invarianza dello stesso tasso di crescita per tipologia di prestazione sanitaria¹³.

Sotto le ipotesi appena ricordate, la sensitività svolta sul tasso di crescita della spesa *pro-capite* può essere approssimata dalla sensitività svolta sul tasso di crescita dell'incidenza della spesa sul Pil.

Ai fini del calcolo dello *spread*, la spesa sanitaria considerata è quella totale, corrente e in conto capitale¹⁴; inoltre, la trasposizione in termini annuali dei tassi di crescita avviene in capitalizzazione composta. Ricalcolati sulla sola spesa corrente, i tassi di crescita rimangono dello stesso ordine di grandezza e in alcuni casi risultano addirittura superiori. Ricalcolati sul complesso di spesa pubblica e spesa privata (corrente e in conto capitale), i tassi di crescita risultano generalmente più elevati (così

¹³ Un esercizio simile a questo è svolto da Bjornerud e Martins (2005): elaborando proiezioni al 2050 per Francia, Germania e Regno Unito, essi riportano di un effetto *non-ageing* superiore a quello *ageing*. Bjornerud e Martins utilizzano dati storici sui tassi di crescita per imputare al progresso tecnologico la differenza nell'incremento di incidenza non spiegabile né dall'effetto *ageing* addirittura calcolato in costanza di spesa *pro-capite* dell'anno base, cioè senza applicazione di tasso di crescita; una sorta di effetto *ageing* puro) né dall'effetto di reddito (calcolato ipotizzando, come in Awg, una elasticità unitaria della spesa *pro-capite* al Pil *pro-capite*). Inoltre, questo stesso esercizio si è dimostrato in grado di replicare bene la sensitività svolta da Awg nella precedente *release* delle proiezioni (2001, 2003)

¹⁴ Cfr. piano dei conti sanitari dell'Oecd.

per l'Italia), dando atto di quel trasferimento di responsabilità di finanziamento tra pubblico e privato, che ha caratterizzato l'ultimo decennio nella maggior parte dei *partner* UE.

Nella media Ue, la spesa *pro-capite* ha storicamente mostrato un divario nel tasso di crescita superiore a 0,9 punti percentuali rispetto al Pil *pro-capite* e di circa 1,4 punti percentuali rispetto al Pil per lavoratore attivo. Per l'Italia, il divario risulta inferiore, rispettivamente 0,7 e 0,5 punti percentuali, ma permane, nonostante il processo di compressione e successiva stabilizzazione dell'incidenza sul Pil che ha caratterizzato la politica economica settoriale nel decennio 1990-2000.

Tabella 6– Spread tra tassi di crescita della spesa sanitaria *pro-capite* e del Pil *pro-capite* - spesa sanitaria pubblica, corrente e in conto capitale

	'80-'85	'85-'90	'90-'95	'95-'00	'00-'04	media finanziaria su anni disponibili
Austria	-0,9%	0,9%	5,8%	-0,5%	0,8%	1,2%
Belgio	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	0,1%	<i>n.d.</i>	1,4%
Danimarca	-1,6%	-1,2%	-0,6%	0,3%	3,4%	-0,4%
Finlandia	2,5%	2,6%	-2,3%	-2,5%	3,7%	0,6%
Francia	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	2,3%	-0,7%	4,5%	1,9%
Germania	0,6%	-1,6%	<i>n.d.</i>	-0,2%	0,4%	0,1%
Grecia	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	5,4%	0,9%	0,3%	1,1%
Irlanda	-3,8%	-5,7%	2,2%	-1,1%	5,7%	-0,8%
ITALIA	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	-3,7%	2,7%	2,7%	0,7%
Lussemburgo	-1,0%	1,7%	0,7%	0,3%	9,0%	1,8%
Olanda	0,0%	0,6%	2,2%	-2,8%	3,6%	0,6%
Portogallo	-1,8%	5,1%	5,2%	6,2%	1,5%	3,4%
Spagna	0,6%	3,8%	1,0%	-0,9%	2,8%	1,4%
Svezia	-1,5%	-0,8%	-1,4%	0,3%	2,2%	-0,3%
Regno Unito	-0,1%	0,0%	3,2%	0,1%	4,9%	1,5%
Stati Uniti	2,2%	3,5%	5,1%	-0,7%	4,3%	2,8%
media						1,1%
media UE-15						0,95%

Fonte: elaborazioni degli autori su OECD (2006)

Tabella 7– *Spread* tra tassi di crescita della spesa sanitaria *pro-capite* e del Pil per lavoratore attivo - spesa sanitaria pubblica, corrente e in conto capitale

	'80-'85	'85-'90	'90-'95	'95-'00	'00-'04	media finanziaria su anni dipsonibili
Austria	0,1%	1,5%	7,0%	-0,5%	1,1%	1,9%
Belgio	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	0,7%	<i>n.d.</i>	0,7%
Danimarca	-1,1%	-0,3%	-1,5%	0,9%	2,8%	-0,2%
Finlandia	2,9%	2,8%	-6,3%	-0,6%	3,8%	0,3%
Francia	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	1,7%	0,4%	5,9%	2,1%
Germania	0,2%	-0,2%	<i>n.d.</i>	-0,2%	-0,1%	0,1%
Grecia	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	4,8%	1,3%	3,2%	1,8%
Irlanda	-5,6%	-4,5%	3,7%	3,7%	7,8%	0,4%
ITALIA	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>	-5,2%	3,5%	3,3%	0,5%
Lussemburgo	-0,7%	4,3%	1,7%	3,6%	13,2%	3,7%
Olanda	-0,1%	4,2%	3,2%	-0,9%	4,9%	2,1%
Portogallo	-1,6%	8,6%	3,8%	8,2%	0,9%	4,3%
Spagna	-1,8%	7,0%	-0,2%	2,9%	3,7%	2,2%
Svezia	-1,3%	-0,4%	-4,5%	1,1%	4,2%	-0,6%
Regno Unito	-1,0%	1,9%	2,2%	1,2%	4,7%	1,7%
Stati Uniti	2,8%	4,7%	4,7%	-0,1%	5,4%	3,2%
media						1,5%
media UE-15						1,4%

Fonte: elaborazioni degli autori su OECD (2006)

In realtà, si potrebbe obiettare che, nel caso dell'Italia, lo *spread*, che matura integralmente dal 1995 in poi (la serie disponibile parte dal 1990), ha origine proprio nel «recupero» di spesa dopo la compressione dei primi anni Novanta finalizzata al riaggiustamento di finanza pubblica. L'evidenza empirica a favore del divario di tasso di crescita è però più ampia:

- riguarda la maggior parte dei paesi;
- si presenta anche nei casi in cui le serie disponibili partono dal 1980;
- è confermata, con gli stessi risultati medi, nei casi in cui è possibile spingersi indietro sino al 1970 (dati non riportati nelle tavole).

Insomma, a prescindere dallo specifico rapporto che in ogni periodo si può instaurare tra la politica economica e la spesa sanitaria (emergono anche casi di paesi in cui il divario è stato negativo), il raffronto tra i tassi di crescita storici conferma che è necessario prepararsi a fronteggiare pressioni di spesa che possono essere significativamente superiori rispetto a quelle proiettate da Awg.

Per offrire un ordine di grandezza che tenga conto del divario medio di tasso di crescita e dei suoi effetti in assenza di interventi di politica economica sanitaria, si modificano le proiezioni di Awg maggiorando il tasso di crescita implicito dell'incidenza della spesa sul Pil rispettivamente di 0,5 punti percentuali e 1 punto percentuale all'anno.

La Tavola 8 seguente illustra i risultati di questa analisi di sensitività. In colonna sono riportati in ordine (da sinistra a destra): *a*) l'incidenza della spesa (*acute e long term*) nel 2004; *b*) l'incidenza proiettata da Awg nel 2050, come risultante dalla somma delle precedenti Tavola 1 e Tavola 2; *c*) l'incremento di incidenza calcolato da Awg; *d*) l'incremento di incidenza risultante dall'analisi di sensitività svolta direttamente da Awg, come risultante dalla somma delle precedenti Tavola 3 e Tavola 4; *e*) il primo esercizio di sensitività "allargato"; *f*) il secondo esercizio di sensitività "allargato". Quando l'analisi di sensitività si allarga, l'impatto sul Pil aumenta in maniera significativa. Se il tasso di crescita della spesa *pro-capite* è maggiorato di 0,5 punti percentuali, nel 2050 i *partner* sperimentano una maggior incidenza (rispetto allo scenario «demografico» di Awg) di 2,3 punti percentuali di Pil (con un picco di 3,4 per la Svezia). Se il tasso è, invece, maggiorato di 1 punto percentuale, la maggior incidenza supera i 5 punti percentuali di Pil (con un picco di 7,6 sempre per la Svezia). La sensitività proposta direttamente da Awg (Tavola 3 e Tavola 4) segnala, invece, una maggior incidenza al 2050 di un punto percentuale di Pil nella media Ue.

Se ci si concentra sull'Italia, l'analisi offre i medesimi spunti. Con una maggiorazione di 0,5 punti percentuali, la spesa fa registrare una maggior incidenza al 2050 pari a 2,2 punti percentuali di Pil; con una maggiorazione di 1 punto percentuale, invece, la maggior incidenza al 2050 diviene pari a 5,1 punti percentuali di Pil. La sensitività proposta direttamente da Awg (Tavola 3 e Tavola 4) per l'Italia segnala, invece, una maggior incidenza al 2050 di 1,5 punti percentuali di Pil.

L'obiezione immediata è che le tendenze storiche non rappresentano l'evoluzione futura e che, pertanto, esse non possono essere ribaltate *tout court* in avanti. Questa osservazione di metodo è pienamente condivisibile, ma non elimina o ridimensiona la necessità di guardare al di là della demografia, per dare il massimo supporto informativo alle decisioni di *policy*, integrando le proiezioni focalizzate sulla componente demografica con quelle che, nei limiti della disponibilità di dati e della praticabilità delle ipotesi, tentano un approccio più ampio e problematico.

Nel secondo esercizio di sensitività «allargata», quello che considera uno *spread* allineato alla media storicamente rilevabile, in Italia e nella media UE l'incidenza della spesa sanitaria pubblica arriva a raddoppiarsi al 2050.

Tabella 8– Analisi di sensitività a confronto – incidenza sul Pil della spesa sanitaria pubblica

	incremento di incidenza sul Pil 2004-2050					
	2004	Awg 2050	Awg incremento	Awg sensitività	I sensitività "allargata"	II sensitività "allargata"
	<i>a)</i>	<i>b)</i>	<i>c)</i>	<i>d)</i>	<i>e)</i>	<i>f)</i>
Austria	5,9	8,1	2,2	<i>n.d.</i>	4,3	6,9
Belgio	7,1	9,1	2,1	3,2	4,3	7,2
Danimarca	8,0	9,8	1,8	<i>n.d.</i>	4,3	7,5
Finlandia	7,3	10,2	2,9	4,6	5,5	8,8
Francia (1)	7,7	9,1	1,4	<i>n.d.</i>	3,7	6,7
Germania	7,0	9,0	2,0	3,4	4,3	7,2
Grecia (1)	5,1	6,5	1,4	<i>n.d.</i>	3,1	5,1
Irlanda	5,9	8,0	2,1	3,4	4,1	6,7
ITALIA	7,3	9,0	1,8	3,3	4,0	6,9
Lussemburgo	6,0	7,5	1,4	2,8	3,4	5,8
Olanda	6,6	8,2	1,6	3,4	3,7	6,3
Portogallo (1)	6,7	6,9	0,2	<i>n.d.</i>	2,0	4,2
Spagna	6,6	8,8	2,1	3,8	4,5	7,3
Svezia	10,5	13,0	2,4	4,4	5,8	10,0
Regno Unito	8,0	10,6	2,6	5,3	5,3	8,7
media	7,3	9,3	2,1	3,8	4,2	7,0

Fonte: elaborazioni degli autori su Awg (2006) e OECD (2006)

a) = Awg - incidenza nel 2004 (anno base)

b) = Awg - Tavola 1 + Tavola 2 (scenario focalizzato sulla demografia)

c) = Awg - incremento di incidenza nello scenario focalizzato sulla demografia

d) = Awg - Tavola 3 + Tavola 4 (sensitività applicata allo scenario focalizzato sulla demografia)

e) = I sensitività "allargata" - il tasso di crescita annuo della spesa *pro-capite* è maggiorato di 0,5 p.p. sino al 2050

f) = II sensitività "allargata" - il tasso di crescita annuo della spesa *pro-capite* è maggiorato di 1,0 p.p. sino al 2050

(1) = Per Francia, Grecia e Portogallo Awg non riporta incidenza e proiezioni per la *long-term care*. La sensitività è svolta sui dati disponibili

6. Il difficile governo della sanità attraverso gli ultimi Programmi di Stabilità

Che i *trend* della spesa sanitaria rappresentino un problema di cui la politica economica dei *partner* UE deve da subito farsi carico traspare anche dall'analisi degli ultimi Programmi di Stabilità (PS), dal 2002 al 2006. La Tavola 9 seguente riporta le proiezioni di lungo termine della spesa sanitaria pubblica (*acute* e *long-term*) inserite nei Programmi di Stabilità. Ai fini della lettura della tavola, si tenga presente che¹⁵:

- non tutti i *partner* inseriscono nel Programma di stabilità una sezione specifica delle proiezioni di lungo termine della spesa *age-related*;
- tra quelli che lo fanno, non tutti reiterano annualmente le proiezioni;
- l'«anno base» di ciascun PS è il primo anno su cui si impostano le proiezioni (cambia di anno in anno e non è necessariamente identico per tutti i *partner*);
- anche con riferimento ad uno stesso paese, non sempre le modalità con cui sono riportati i dati rimangono omogenee nel tempo;
- non tutti i paesi riportano sia la spesa *acute* sia quella *long-term*;
- la definizione di spesa *long-term* non sempre corrisponde a quella adottata da Awg (2006)¹⁶.

La Tavola 9 permette alcune considerazioni di rilievo. In primo luogo, è encomiabile la scelta dell'Italia di inserire nel Programma di stabilità una sezione specifica dedicata alle proiezioni di lungo termine della spesa *age-related*, e di reiterare annualmente le proiezioni. Dal 2001 ad oggi, soltanto Italia e Danimarca hanno sempre presentato, assieme all'aggiornamento del PS, anche l'aggiornamento delle proiezioni di lungo termine.

In secondo luogo, emerge chiaramente la difficoltà di prevedere di anno in anno (a breve!) l'andamento della spesa: nel rapido volgere di un quinquennio, in sette paesi (tra cui alcuni *partner* maggiori) l'incremento di incidenza sul Pil nel passaggio dall'anno base del PS-2002 (o del primo PS con disponibilità di dati) all'anno base del PS-2006 è risultato una percentuale significativa (tra il 13% e il 63%) dell'incremento di incidenza sul Pil di lungo termine (2050) riportato nel PS-2006. È sintomo della presenza di fattori di crescita che vanno ben oltre l'impatto dell'invecchiamento e che interessano, in misura più o meno ampia, tutti i paesi nell'immediato.

¹⁵ Quelli elencati potrebbero essere tutti punti per un futuro migliore coordinamento fra l'attività di proiezione di Awg, quella svolta singolarmente dalle istituzioni dei *partner* e la redazione degli aggiornamenti dei Programmi di Stabilità.

¹⁶ Awg (2006) adotta una definizione ampia di *long-term care*: "expenditure on disability related benefit", "expenditure on formal care at home", "expenditure on institutional care". Per fare un esempio, si tratta di un aggregato di spesa più ampio di quello attribuibile al bilancio del SSN italiano.

Se per l'Italia il 63% (il dato più alto) è in parte spiegabile con il recupero di spesa avvenuto proprio in quel periodo (dal 2001 in poi) dopo la compressione degli anni Novanta, percentuali elevate contraddistinguono anche altri paesi: il 50% del Belgio, il 36% della Danimarca e del Regno Unito, il 25% della Finlandia, il 21% della Svezia, etc..

Su un arco di tempo così breve, l'effetto non può essere imputato solo all'invecchiamento; ci sono altri fattori determinanti, come quelli descritti nei primi paragrafi di questo capitolo, di cui le istituzioni devono necessariamente tener conto per costruire una *governance* all'altezza delle "sfide" del futuro prossimo e remoto.

Il caso dell'Italia è particolarmente esplicativo perché, da un lato, le proiezioni di spesa sono presenti in tutti i PS dal 2001 ad oggi e, dall'altro, il perimetro di spesa sanitaria considerato nelle proiezioni è rimasto identico (la spesa totale a carico del SSN), rendendo comparabili i dati dei vari PS¹⁷. A questi elementi si deve aggiungere anche che il dato di spesa consuntiva per il 2005 è risultato pari al 6,7% del Pil, due decimi in più rispetto al dato (6,5%) nell'anno base (proprio il 2005) del PS-2006. Una conferma in più della continuazione del forte *trend*, che sollecita a considerare tutti i fattori che influenzano la spesa per giungere ad un disegno ottimale di *governance*.

¹⁷ I PS italiani non adottano la stessa definizione di spesa per *long-term care* scelta da Awg (2006). Come si è già detto, è questa la ragione di alcune differenze nei dati di incidenza sul Pil all'anno base.

Tabella 9– Analisi della spesa sanitaria pubblica attraverso i Programmi di Stabilità – variazioni di incidenza sul Pil nell'anno base e nel 2050

	PS-2002 (1)		PS-2003		PS-2004		PS-2005		PS-2006		incremento di incidenza nell'anno base, espresso in % dell'aumento di incidenza proiettato al 2050 nell'ultimo PS (7)
	anno base	2050	anno base	2050	anno base	2050	anno base	2050	anno base	2050	
Austria	5,8	8,5	5,8	7,9	5,8	7,9	5,8	7,9			0%
Belgio	6,2	8,2			6,6	8,7	6,9	9,3	7,3	9,5	50%
Danimarca (2)	7,4	9,2	7,5	9,3	8,1	10,4	8,3	11,0	8,2	10,4	36%
Finlandia			6,2	7,9	6,2	9,1	6,7	10,1	7,3	11,7	25%
Francia (3)											
Germania (4)			6,0	7,1	5,7	7,1	6,6	7,7	6,0	7,3	0%
Grecia	4,8	6,6	4,8	6,6			5,0	6,6			13%
Irlanda			6,6	9,1					6,6	10,2	0%
ITALIA	5,5	7,5	6,0	7,6	6,3	8,1	6,3	7,8	6,5	8,1	63%
Lussemburgo (2)											
Olanda								10,7			
Portogallo (5)	5,3	6,1					6,3	8,1	6,3	8,0	0%
Spagna (6)											
Svezia			9,6	14,4	10,1	14,7	10,1	14,2	10,5	14,8	21%
Regno Unito			7,2	11,0	7,1	10,8	7,9	11,0	8,4	11,7	36%

Fonte: elaborazioni degli autori su Programmi di Stabilità (2002-2006)

(1) = Programma di stabilità (PS) per il 2002, redatto con i dati disponibili a fine 2001

(2) = Le proiezioni sono al 2030 invece che al 2050

(3) = Non tutti i Programmi di Stabilità includono le proiezioni a lungo termine (in alcuni casi le proiezioni non sono ripetute anno per anno)

(4) = I dati non considerano la spesa di tipo *long-term*

(5) = Nel PS-2002, i dati non considerano la spesa di tipo *long-term*. Nel PS-2006, l'incidenza della spesa *acute* all'anno base e al 2050 è pari al 5,3% e al 6,9%

(6) = Le proiezioni di lungo termine sono svolte solo per la spesa pensionistica

(7) = % è il rapporto tra: l'incremento di incidenza tra gli anni base del primo e ultimo PS disponibili, e l'incremento di incidenza di lungo termine nell'ultimo PS

7. Conclusioni: una nuova agenda di politica economica per la sanità

Nel corso degli anni Novanta, la spesa sanitaria pubblica italiana è andata prima diminuendo, in percentuale del Pil, per poi riallinearsi sui livelli iniziali. Questo andamento, richiesto dal riordino dei conti pubblici per l'ingresso nell'euro, ha comportato un trasferimento dell'onere di finanziamento dal pubblico al privato. In assenza di pilastri privati organizzati (fondi e assicurazioni), i costi si sono scaricati quasi integralmente sui redditi disponibili dei cittadini.

Negli anni più recenti, la spesa sanitaria pubblica ha ripreso a correre, in concomitanza con la confusa e tormentata transizione federalista. Questo andamento, se dovesse protrarsi nel tempo, non solo renderà inutile l'opera di controllo del canale di finanziamento pubblico degli anni Novanta, ma si presenterà presto come fattore critico per la stabilità del sistema sanitario e per la sostenibilità dei conti pubblici, al di là delle sfide portate dalla demografia e dall'invecchiamento.

Per dare una dimensione alla pericolosa deriva in corso, è sufficiente confrontare l'incremento di incidenza della spesa sanitaria pubblica tra il 2002 e il 2005, 0,7 punti percentuali di Pil in soli tre anni, con le proiezioni di incidenza di lungo termine di Awg che si focalizzano sull'impatto demografico, 1,8 punti percentuali in cinquant'anni. L'ordine di grandezza (su base annuale) degli incrementi di spesa che si stanno verificando è significativamente superiore rispetto a quello atteso per effetto della sola demografia nel 2050.

L'intensità della crescita della spesa sanitaria, al di là di quanto può essere spiegato con il solo impatto dell'invecchiamento, è confermata anche dal confronto tra le proiezioni incluse nei Programmi di stabilità dal 2001 ad oggi: gli incrementi di incidenza tra gli anni base sono percentuali troppo elevate dell'incremento di incidenza di lungo termine come raffigurato nelle proiezioni più recenti (2006). E questa «sproporzione» emerge non solo per l'Italia, ma per numerosi altri partner UE tra cui Belgio, Danimarca, Regno Unito, Finlandia e Svezia.

Le proiezioni di Awg (2006) mostrano come l'impatto demografico sulla spesa sociale pubblica italiana si realizzerà soprattutto per il tramite del sistema sanitario. Per questa voce di spesa, le proiezioni indicano un *trend* di crescita, ascrivibile espressamente all'invecchiamento, continuo e senza inversione, che tra il 2004 e il 2050 conduce a un aumento di incidenza sul Pil di 1,8 punti percentuali. Seppure inferiore alla media Ue, questo incremento dovrebbe essere soppesato per una serie di motivazioni riguardanti in maniera specifica l'Italia (*l'in-governance* federalista; la disomogenea dotazione infrastrutturale tra regioni; l'insufficienza di prestazioni istituzionalizzate per

la *long-term*; la riforma delle pensioni pubbliche che sinora hanno "supplito" all'assenza di adeguati livelli di assistenza sanitaria per gli anziani e i lungodegenti ...).

Sarebbero sufficienti le proiezioni del solo impatto demografico a qualificare la spesa sanitaria come voce critica nella definizione dei futuri equilibri di finanza pubblica. Rispetto a questo *benchmark* demografico, tuttavia, è necessario considerare anche le maggiori pressioni che potranno arrivare da altri fattori *extra*-demografici.

L'analisi di sensitività «allargata» di cui si dà conto in questo capitolo mostra come la pressione della demografia sui conti sanitari potrà essere amplificata significativamente da fattori *extra*-demografici, riconducibili al disegno di *governance*, al progresso scientifico/tecnologico, all'aumento della domanda di prestazioni, etc. .

Per questa ragione, è necessario da subito imparare a bilanciare, in una logica di programmazione, l'obiettivo della sostenibilità finanziaria con quelli dell'adeguatezza e dell'equità delle prestazioni.

Su questo snodo fondamentale il paese appare in ritardo:

- è ancora mancante una *governance* completa e organica del sistema sanitario, applicata in primo luogo ai rapporti Stato-regioni e al coordinamento delle politiche economiche settoriali;
- i pilastri complementari privati sono poco sviluppati;
- il controllo/indirizzo delle scelte degli operatori (pubblici e privati) fa leva essenzialmente su tetti di spesa e proporzioni bilancistiche (il Patto di stabilità interno è strutturato così), mentre sarebbero necessari schemi moderni e articolati di regolazione della domanda e dell'offerta.

Sono questi i punti da considerare per impostare una nuova *agenda* di politica economica della sanità, non più rinviabile. Per farci trovare preparati di fronte a tutte le «sfide» che ci attendono in futuro, a cominciare da quella dell'invecchiamento.

Bibliografia

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

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

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

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

AWG-Ageing Working Group (2006), *"The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Members States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050)"* in European Economy, Special report n. 1/2006 (http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2006/eespecialreport0106_en.htm)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Greco L. (2004), "Il federalismo italiano: assetto istituzionale e punti critici", in Rapporto sul Federalismo 2004 dell'Associazione Reforme

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ministero dell'Economia e delle Finanze (1999-2006), "Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese", varie edizioni, www.tesoro.it

Ministero dell'Economia e delle Finanze (2001-2006), "Programma di Stabilità dell'Italia", varie edizioni, www.tesoro.it

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ragioneria Generale dello Stato (2006), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e sanitario. Le previsioni della Ragioneria Generale dello Stato aggiornate al 2005", Temi di finanza pubblica e protezione sociale, Rapporto n. 7

Ragioneria Generale dello Stato (2007), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Le previsioni della Ragioneria Generale dello Stato aggiornate al 2006", Temi di finanza pubblica e protezione sociale, Rapporto n. 8

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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