

LIMITI STRUTTURALI DEL PAY-AS-YOU-GO E FINANZIAMENTO MULTIPILASTRO DELLA SANITÀ: LA PROPOSTA DEL “FONDO WELFARE”

Nicola C. Salerno¹

Alla fine degli anni Novanta, quando in Italia fu introdotto il Patto di Stabilità Interno, si stabilì che, per mantenere la spesa sanitaria a carico del Ssn all'interno di duraturi equilibri di bilancio, la sua incidenza sul Pil sarebbe stata stabilizzata al 6%. Quel tetto programmatico non è mai stato rispettato. La ragione non può essere attribuita al “rimbalzo” della spesa dopo la forte compressione nei primi anni Novanta, attuata per consolidare le finanze pubbliche e soddisfare i criteri per l'ingresso nell'Euro. Nel 2000 quel “rimbalzo” si era già compiuto, eppure da allora sino al 2007, anno precedente lo scoppio della crisi, l'incidenza sul Pil è aumentata di 0,6-0,7 punti percentuali, mentre tra il 2000 e il 2013, aggiungendosi anche gli effetti della crisi, l'incidenza è aumentata di quasi 1,5 punti percentuali.

1. Introduzione: trend di spesa e invecchiamento

Il forte trend che si sta sperimentando non è un caso solo italiano. Nei prossimi decenni tutti i Paesi ad economia e welfare sviluppati dovranno fronteggiare spese sanitarie fortemente crescenti, con trend potenziali che nel lungo periodo, al 2050-2060, potrebbero raddoppiare o più che raddoppiare l'incidenza della componente pubblica sul Pil. Così emerge dalle più recenti proiezioni Awg-Ecofin, Ocse e Fmi². Non si tratta di casi scolastici di proiezione, dal momento che la dinamica storicamente osservata dal Dopoguerra ad oggi ci ha già posto di fronte ad aumenti di questa proporzione e anche più forti. Alla domanda “Dove va la spesa?”, la risposta che appare più responsabile è: “È questo l'ordine di grandezza del potenziale di crescita sul Pil”, oltre che delle pressioni che potranno giungere alle finanze pubbliche e all'equilibrio socio-economico.

¹ Esperto di valutazione di impatto dell'attività legislativa presso l'EIOPA, Francoforte sul Meno.

² Cfr.: Awg-Ecofin (2012), “The 2012 Ageing Report - Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010-2060)”; Ocse (2006), “Projecting OECD health care and long term care expenditures: what are the main drivers?”; Fmi (2010), “Long-Term Trends in Public Finances in the G-7 Economies”.

E si deve anche considerare che la dinamica storicamente osservata ingloba dappertutto, e non solo in Italia, gli effetti delle politiche di governo e stabilizzazione della spesa. Corrispondentemente, la dinamica potenziale, sottostante i profili di incidenza della spesa sul Pil dal 1960 ad oggi, è stata addirittura superiore. Se per la spesa effettiva si deve parlare di incidenza sul Pil raddoppiata e, in alcuni casi, aumentata di multipli sino a tre e oltre, per la spesa potenziale l'aumento sarebbe stato molto più intenso.

Di fronte a tali prospettive, è necessario chiedersi se siamo pronti a governare e bilanciare costantemente il *trade-off* tra sostenibilità finanziaria e adeguatezza delle prestazioni. Il finanziamento a ripartizione o *pay-as-you-go*, che contraddistingue la maggior parte dei sistemi sanitari, saprà reggere l'impatto? In quale maniera la diversificazione pubblico-privato del finanziamento potrà correre in soccorso?

Nelle pagine seguenti si propongono alcune considerazioni sulle potenzialità della diversificazione pubblico-privato, che culmina con una proposta operativa, quella del "Fondo Welfare". Prima di entrare nel vivo, è utile uno sguardo alle proiezioni demografiche di lungo termine, che costituiscono la base su cui si innestano le proiezioni sia della spesa sanitaria che della spesa pensionistica, i due capitoli più importanti nel bilancio *welfare* in Italia, Europa e negli Stati Uniti.

Se si considerano lo scenario "convergence" di Eurostat e quello "centrale" del Us Bureau of Census, la progressione della vita media sarà continua e rapida. In Italia, tra il 2015 e il 2030, la vita media aumenterà di quasi 1,5 mesi all'anno, e di 1,25 all'anno tra il 2015 e il 2060. Nella media Ue-27 questi valori sono, rispettivamente, di oltre 2 mesi all'anno e di quasi 1,5 all'anno. Per gli Us la progressione sarà più moderata, ma ugualmente significativa. Una vita media che si allunga di circa 1 mese all'anno, come più o meno in tutti i Paesi presi in esame nelle Tavole 1 e 2, è un passo elevato, capace di modificare profondamente la demografia, sia sul fronte dei bisogni che su quello delle capacità di generare risorse.

In tutti i Paesi le percentuali di ultrasessantacinquenni e di ultraottantenni cresceranno significativamente dal 2015 al 2030 al 2060, e così pure gli indicatori di dipendenza strutturale. Una visione di insieme sui dati di dipendenza strutturale è alla Tavola 3.

Si evincono differenze tra paesi (sia nei livelli iniziali che nelle dinamiche), ma tutti appaiono accomunati da una profonda ricomposizione della popolazione verso percentuali molto più elevate di anziani e grandi anziani. Il peso delle fasce di età inattive sulle fasce di età comprese tra 15 e 65 anni aumenta dappertutto di 20 p.p. e oltre.

Tavola 1 – Invecchiamento della popolazione in Europa e Us – età media

2015		Età Media 2030		2060	
GERMANIA	44.36	GERMANIA	47.13	GERMANIA	49.34
ITALIA	43.89	ITALIA	46.35	ITALIA	49.10
US	43.22	US	45.22	US	46.54
EU-27	40.84	SPAGNA	45.10	SPAGNA	48.79
SPAGNA	41.78	EU-27	44.30	EU-27	47.01
FRANCIA	40.62	FRANCIA	42.68	FRANCIA	44.84
REGNO UNITO	40.09	REGNO UNITO	41.52	REGNO UNITO	43.27

fonte: elaborazioni Ncs su Eurostat e Us Bureau of Census

Tavola 2 – Invecchiamento della popolazione in Europa e Us – progressione dell'età media

2015-2030		Progressione dell'età media, mesi per anno 2030-2060		2015-2060	
GERMANIA	1.66	GERMANIA	0.88	GERMANIA	1.19
ITALIA	1.48	ITALIA	1.10	ITALIA	1.25
US	1.20	US	0.53	US	0.80
EU-27	2.08	EU-27	1.08	EU-27	1.48
SPAGNA	1.99	SPAGNA	1.47	SPAGNA	1.68
FRANCIA	1.23	FRANCIA	0.87	FRANCIA	1.01
REGNO UNITO	0.86	REGNO UNITO	0.70	REGNO UNITO	0.76

fonte: elaborazioni Ncs su Eurostat e CBO

Tavola 3 – Indicatori di dipendenza strutturale in Europa e Us

2015		2030		2060	
FRANCIA		FRANCIA		GERMANIA	
(0-14 & 65+) / (15-64)t	58.30%	(0-14 & 65+) / (15-64)t	68.22%	(0-14 & 65+) / (15-64)t	82.66%
(0-24 & 70+) / (25-69)t	75.99%	(0-24 & 70+) / (25-69)t	87.16%	(0-24 & 70+) / (25-69)t	92.31%
65+	18.46%	65+	23.22%	65+	32.79%
80+	5.86%	80+	7.33%	80+	13.52%
REGNO UNITO		GERMANIA		SPAGNA	
(0-14 & 65+) / (15-64)t	55.09%	(0-14 & 65+) / (15-64)t	68.20%	(0-14 & 65+) / (15-64)t	79.22%
(0-24 & 70+) / (25-69)t	73.71%	(0-24 & 70+) / (25-69)t	71.56%	(0-24 & 70+) / (25-69)t	93.55%
65+	17.90%	65+	28.07%	65+	31.45%
80+	4.89%	80+	8.10%	80+	14.22%
ITALIA		REGNO UNITO		ITALIA	
(0-14 & 65+) / (15-64)t	54.71%	(0-14 & 65+) / (15-64)t	64.15%	(0-14 & 65+) / (15-64)t	78.97%
(0-24 & 70+) / (25-69)t	65.24%	(0-24 & 70+) / (25-69)t	82.89%	(0-24 & 70+) / (25-69)t	89.84%
65+	21.42%	65+	21.22%	65+	31.66%
80+	6.48%	80+	6.62%	80+	14.11%
UE-27		US		UE-27	
(0-14 & 65+) / (15-64)t	52.21%	(0-14 & 65+) / (15-64)t	63.96%	(0-14 & 65+) / (15-64)t	77.90%
(0-24 & 70+) / (25-69)t	66.78%	(0-24 & 70+) / (25-69)t	84.00%	(0-24 & 70+) / (25-69)t	92.53%
65+	18.71%	65+	20.30%	65+	29.54%
80+	5.22%	80+	5.43%	80+	12.04%
GERMANIA		UE-27		FRANCIA	
(0-14 & 65+) / (15-64)t	52.09%	(0-14 & 65+) / (15-64)t	62.10%	(0-14 & 65+) / (15-64)t	75.31%
(0-24 & 70+) / (25-69)t	65.65%	(0-24 & 70+) / (25-69)t	74.67%	(0-24 & 70+) / (25-69)t	95.60%
65+	21.39%	65+	23.65%	65+	26.57%
80+	5.68%	80+	7.00%	80+	11.01%
US		ITALIA		REGNO UNITO	
(0-14 & 65+) / (15-64)t	51.81%	(0-14 & 65+) / (15-64)t	61.46%	(0-14 & 65+) / (15-64)t	71.48%
(0-24 & 70+) / (25-69)t	74.46%	(0-24 & 70+) / (25-69)t	69.62%	(0-24 & 70+) / (25-69)t	91.86%
65+	14.84%	65+	25.48%	65+	24.53%
80+	3.76%	80+	8.19%	80+	9.28%
SPAGNA		SPAGNA 2030		US	
(0-14 & 65+) / (15-64)t	50.18%	(0-14 & 65+) / (15-64)t	55.51%	(0-14 & 65+) / (15-64)t	65.60%
(0-24 & 70+) / (25-69)t	61.97%	(0-24 & 70+) / (25-69)t	67.12%	(0-24 & 70+) / (25-69)t	85.49%
65+	18.00%	65+	22.84%	65+	21.90%
80+	5.65%	80+	6.84%	80+	7.49%

fonte: elaborazioni Ncs su Eurostat e CBO

n.b.: la "t" alla fine del primo indicatore di dipendenza sta a significare che si considerano tutti i residenti di età compresa tra 15 e 64 anni, e non solo gli attivi o gli occupati effettivi

2. Il Pay-as-you-go nei Programmi di Stabilità

Le Tavole 4-8 alle pagine successive riportano i quadri di finanza pubblica a medio-lungo termine per Italia, Francia, Germania, Spagna e Regno Unito. I dati sono quelli dei Programmi di Stabilità (Programma di Convergenza per il Regno Unito) del 2013³, che per le voci di spesa per prestazioni sanitarie acute, assistenza ai non autosufficienti e pensioni incorporano le proiezioni dello scenario “reference” di Awg-Ecofin. I tassi di crescita del Pil sono ottenuti tramite interpolazioni lineari dei tassi di crescita riportati, a cadenza quinquennale, nei Programmi di Stabilità. Allo stesso modo sono ottenuti i tassi di attività e quelli di occupazione. La demografia è, per tutti i Paesi, quella dello scenario “convergence” di Eurostat.

È possibile calcolare quattro indicatori di sostenibilità: il peso su ogni attivo delle risorse necessarie per finanziare in pareggio la spesa sanitaria e di assistenza ai non autosufficienti; il peso su ogni attivo delle risorse necessarie per finanziare in pareggio la spesa per sanità, assistenza ai non autosufficienti e pensioni; i precedenti due indicatori espressi non per attivo ma per occupato effettivo. I quattro indicatori possono esser letti direttamente come indicatori di sostenibilità del pay-as-you-go pubblico.

In Italia, oggi ogni attivo contribuisce (virtualmente se non è occupato) al finanziamento delle prestazioni sanitarie acute e per assistenza ai non autosufficienti con risorse annue pari a circa il 20,5% del Pil pro-capite. Questa proporzione è destinata a crescere sino a superare il 26,6% nel 2060. Ogni occupato oggi sostiene (effettivamente) il finanziamento della sanità con risorse pari al 22,4% del Pil pro-capite, destinato ad aumentare mano a mano sino a superare il 28,6%. Se si aggiunge anche la voce di spesa pensionistica, il peso su ogni attivo passa dall'odierno 58,3% al 67,3% nel 2060 (+9 p.p.), mentre il peso su ogni occupato dal 63,7% al 72,2% (+8,5 p.p.).

Sono percentuali elevate, che gettano luce sui volumi del pay-as-you-go, quelli già raggiunti e quelli che saranno raggiunti in prospettiva, in assenza di interventi su composizione e struttura del finanziamento. Inoltre, dai dati emerge con chiarezza come la maggior parte del pay-as-you-go sia assorbito dal finanziamento delle pensioni, mentre il trend dei quattro indicatori sia guidato quasi interamente dalla dinamica della spesa sanitaria acuta e per assistenza ai non autosufficienti. Quest'ultima evidenza lascia intendere quali livelli il volume del pay-as-you-go potrebbe raggiungere in futuro se le proiezioni della spesa sanitaria e per le non autosufficienze non fossero quelle dello scenario “reference” di Awg-Ecofin, che hanno come driver principale la demografia, ma quelle in cui sono in azione e si combinano tra loro driver demografici ed extra demografici.

³ Cfr.: European Commission (2013), “Programmi di Stabilità / Programmi di Convergenza”.

L'analisi dei Programmi di Stabilità degli altri Paesi mette in evidenza criticità simili a quelle dell'Italia. Persino la Germania, nonostante le profonde riforme del mercato del lavoro e del welfare condotte agli inizi degli anni Duemila, non può dire di avere con certezza esaurito gli aggiustamenti. Nonostante parta da carichi di pay-as-you-go inferiori a quelli italiani e degli altri Paesi, la Germania sperimenterà la crescita più forte degli indicatori di sostenibilità, come conseguenza di un processo di invecchiamento della popolazione che accelererà dal 2030-2035 in poi, quando entreranno nella terza età tutte le generazioni di immigrati arrivate negli anni Sessanta e Settanta⁴. Una condizione relativamente migliore sembra avere il Regno Unito, anche grazie al suo sistema pensionistico che ha già assunto da tempo un assetto multipilastro maturo e contribuisce ad alleviare il carico corrente del pay-as-you-go pubblico. Tuttavia, anche per il Regno Unito gli incrementi nel tempo degli indicatori di sostenibilità (compresi tra i 12 e i 14 p.p. da oggi al 2060) segnalano la necessità di mantenere alta l'attenzione per gli aggiustamenti strutturali⁵.

Sono coinvolti tutti, sia sistemi à la Bismarck che sistemi à la Beveridge. Variazioni significative (sopra gli 8 p.p. sino addirittura ai 20) del carico sugli attivi e sugli occupati si realizzeranno, a policy invariata, anche per Paesi, come la Francia e la Germania, che sinora hanno "convissuto" bene, sicuramente meglio dell'Italia, con elevati cunei fiscali e contributivi sui redditi da lavoro.

Se il pay-as-you-go per sostenere sanità, assistenza ai non autosufficienti e pensioni assumerà le dimensioni descritte, quale spazio rimarrà per finanziare gli altri istituti di welfare? Questa domanda non può rimanere senza risposta, tenuto conto che la diversificazione degli istituti di welfare (per famiglia, minori, povertà, accesso alla casa, education, mercato del lavoro, etc.) ha effetti positivi sia sullo stato di salute (fisica e mentale) che sullo sviluppo economico, e con ciò rientra a pieno titolo nelle azioni di policy su cui puntare per governare il trade-off tra esigenze di spesa sanitaria e disponibilità di risorse. E tenuto altresì conto che gli istituti di welfare a finalità redistributiva non possono fare a meno del finanziamento a ripartizione, oggi e in prospettiva "monopolizzato" dalla sanità e dalle pensioni.

⁴ Per la Germania l'afflusso di capitale umano dall'estero ha creato un vero e proprio secondo baby boom.

⁵ Per un'analisi più ampia e dettagliata degli indicatori di sostenibilità, cfr. Nicola C. Salerno (2013), "Il presente e il futuro del Pay-as-you-go nel finanziamento del welfare", in corso di pubblicazione; un volume dedicato interamente a pregi e difetti del finanziamento a ripartizione nelle economie e nelle società "del primo secolo del terzo millennio".

Tavola 4

Programma di Stabilità Italia 2013

	% Pil	2010	2015	2020	2025	2030	...	2060
Sanità Ssn		7,3	6,9	6,8	7,0	7,2	...	8,0
Pensioni		15,3	16,1	15,6	15,2	15,2	...	14,6
Ltc extra Ssn		1,0	1,0	1,0	1,0	1,1	...	1,6
Sanità Ssn - var PdS 2013 / PdS 2012		0,0	0,0	-0,2	-0,2	-0,2	...	-0,2
Pensioni - var PdS 2013 / PdS 2012		0,0	0,5	0,4	0,4	0,4	...	0,2
Ltc extra Ssn - var PdS 2013 / PdS 2012		0,0	0,0	-0,1	-0,1	0,0	...	-0,1
Pil (Euro/mln)		1.551.886	1.544.772	1.678.964	1.851.892	2.012.747	...	2.994.696
Popolazione		60.626.442	61.787.648	62.876.781	63.737.079	64.491.289	...	64.989.319
Pil pro-capite (Euro)		25.597.510,74	25.001.313,85	26.702.451,05	29.055.179,14	31.209.601,79	...	46.079.819,06
Popolazione nella fascia di età 20-64		36.877.066	37.029.609	37.324.687	37.370.095	36.902.079	...	33.389.736
Popolazione attiva nella fascia di età 20-64		24.523.249	25.439.341	25.791.359	25.710.625	25.425.532	...	23.372.815
Occupati nella fascia di età 20-64		22.463.296	22.488.378	23.392.762	23.833.750	23.671.171	...	21.783.464
Onere di finanziamento via Paygo								
Peso Paygo sanitario per attivo (Euro)		5.252.425,51	4.797.176,79	5.077.638,85	5.762.262,79	6.570.483,38	...	12.300.222,26
Peso Paygo sanitario per occupato (Euro)		5.734.088,98	5.426.670,57	5.598.278,78	6.216.033,22	7.057.447,24	...	13.197.663,37
Peso Paygo complessivo per attivo (Euro)		14.934.607,47	14.573.701,63	15.232.916,55	16.710.562,09	18.603.175,83	...	31.006.810,28
Peso Paygo complessivo per occupato (Euro)		16.304.156,62	16.486.087,82	16.794.836,33	18.026.496,33	19.981.928,93	...	33.269.109,74
Peso Paygo sanitario per attivo/Pil pro-capite		20,52%	19,19%	19,02%	19,83%	21,05%	...	26,69%
Peso Paygo sanitario per occupato/Pil pro-capite		22,40%	21,71%	20,97%	21,39%	22,61%	...	28,64%
Peso Paygo complessivo per attivo/Pil pro-capite		58,34%	58,29%	57,05%	57,51%	59,61%	...	67,29%
Peso Paygo complessivo per occupato/Pil pro-capite		63,69%	65,94%	62,90%	62,04%	64,02%	...	72,20%

fonte: elaborazioni Ncs su Programmi di Stabilità e proiezioni demografiche dei Paesi Ue ((Maggio 2013)

n.b.: Ltc sta per long-term care o assistenza ai non autosufficienti

Tavola 5

Programma di Stabilità Francia 2013

	% Pil	2010	2015	2020	2025	2030	...	2060
Sanità		8,0	8,3	8,5		8,9	...	9,4
Pensioni		14,6	14,4	14,4		14,9	...	15,1
Ltc (Dépence de dépendance)		2,2	2,2	2,1		2,0	...	2,0
Sanità Ssn - var PdS 2013 / PdS 2012		-0,2		-0,1		0,0	...	0,0
Pensioni - var PdS 2013 / PdS 2012		1,1		1,6		1,3	...	1,5
Ltc extra Ssn - var PdS 2013 / PdS 2012		0,7		0,3		-0,2	...	-0,2
Pil (Euro/mln)		1.936.720	2.023.918	2.201.890	2.412.057	2.621.590	...	4.220.618
Popolazione		64.714.074	66.358.014	67.820.253	69.125.300	70.302.983	...	73.724.251
Pil pro-capite (Euro)		29.927.338,53	30.499.980,90	32.466.554,87	34.893.975,57	37.289.888,15	...	57.248.709,71
Popolazione nella fascia di età 20-64		37.989.976	37.948.905	37.779.599	37.719.344	37.600.045	...	37.903.908
Popolazione attiva nella fascia di età 20-64		28.910.372	29.296.555	29.921.442	30.364.072	30.343.236	...	30.740.069
Occupati nella fascia di età 20-64		26.327.053	26.829.876	27.616.887	28.176.350	28.162.434	...	28.617.451
Onere di finanziamento via Paygo								
Peso Paygo sanitario per attivo (Euro)		6.833.030,09	7.253.802,00	7.800.437,33		9.417.365,62	...	15.652.224,91
Peso Paygo sanitario per occupato (Euro)		7.503.515,01	7.920.700,35	8.451.363,02		10.146.614,23	...	16.813.184,64
Peso Paygo complessivo per attivo (Euro)		16.613.641,79	17.201.873,31	18.397.257,86		22.290.645,24	...	36.384.557,91
Peso Paygo complessivo per occupato (Euro)		18.243.840,41	18.783.375,10	19.932.459,95		24.016.756,62	...	39.083.280,08
Peso Paygo sanitario per attivo/Pil pro-capite		22,83%	23,78%	24,03%		25,25%	...	27,34%
Peso Paygo sanitario per occupato/Pil pro-capite		25,07%	25,97%	26,03%		27,21%	...	29,37%
Peso Paygo complessivo per attivo/Pil pro-capite		55,51%	56,40%	56,67%		59,78%	...	63,56%
Peso Paygo complessivo per occupato/Pil pro-capite		60,96%	61,58%	61,39%		64,41%	...	68,27%

fonte: elaborazioni Ncs su Programmi di Stabilità e proiezioni demografiche dei Paesi Ue (Maggio 2013)

Tavola 6

Programma di Stabilità Germania 2013

	% Pil	2010	2015	2020	2025	2030	...	2060
Sanità (Statutory health insurance)		8,0		8,6		9,0	...	9,4
Pensioni		10,8		10,9		12,0	...	13,4
Ltc (Ltc health insurance)		1,4		1,7		2,0	...	3,1
Sanità Ssn - var PdS 2013 / PdS 2012		0,6		0,5		0,5	...	0,2
Pensioni - var PdS 2013 / PdS 2012		0,4		0,4		0,5	...	0,6
Ltc extra Ssn - var PdS 2013 / PdS 2012		0,5		0,5		0,2	...	0,7
Pil (Euro/mln)		2.496.200	2.678.006	2.825.773	2.943.541	3.029.897	...	3.787.403
Popolazione		81.742.884	80.953.582	80.098.347	79.077.629	77.871.675	...	66.360.154
Pil pro-capite (Euro)		30.537.214,71	33.080.756,11	35.278.797,22	37.223.429,27	38.908.842,99	...	57.073.448,88
Popolazione nella fascia di età 20-64		49.560.809	49.233.178	47.837.086	45.797.923	42.856.845	...	33.400.637
Popolazione attiva nella fascia di età 20-64		39.946.012	40.272.740	39.322.085	37.645.893	35.399.754	...	27.789.330
Occupati nella fascia di età 20-64		37.121.046	37.811.081	36.930.230	35.355.997	33.256.912	...	26.119.298
Onere di finanziamento via Paygo								
Peso Paygo sanitario per attivo (Euro)		5.873.998,13		7.401.811,38		9.414.998,92	...	17.036.227,84
Peso Paygo sanitario per occupato (Euro)		6.321.018,01		7.881.203,31		10.021.635,45	...	18.125.500,72
Peso Paygo complessivo per attivo (Euro)		12.622.847,04		15.234.796,25		19.685.906,83	...	35.299.064,09
Peso Paygo complessivo per occupato (Euro)		13.583.464,24		16.221.505,85		20.954.328,66	...	37.556.037,49
Peso Paygo sanitario per attivo/Pil pro-capite		19,24%		20,98%		24,20%	...	29,85%
Peso Paygo sanitario per occupato/Pil pro-capite		20,70%		22,34%		25,76%	...	31,76%
Peso Paygo complessivo per attivo/Pil pro-capite		41,34%		43,18%		50,59%	...	61,85%
Peso Paygo complessivo per occupato/Pil pro-capite		44,48%		45,98%		53,85%	...	65,80%

fonte: elaborazioni Ncs su Programmi di Stabilità e proiezioni demografiche dei Paesi Ue (Maggio 2013)

Tavola 7

		Programma di Stabilità Spagna 2013						
	% Pil	2010	2015	2020	2025	2030	...	2060
Sanità (Gasto en sanidad)		6,5		6,5		7,0	...	7,8
Pensioni		10,1		10,6		10,6	...	13,7
Ltc (Gasto en cuiddos de larga duración)		0,8		0,9		0,9	...	1,5
Sanità Ssn - var PdS 2013 / PdS 2012		0,0		0,0		0,0	...	0,0
Pensioni - var PdS 2013 / PdS 2012		0,0		0,0		0,0	...	0,0
Ltc extra Ssn - var PdS 2013 / PdS 2012		0,0		0,0		0,0	...	0,0
Pil (Euro/mln)		1.048.883	1.044.464	1.147.496	1.288.185	1.439.071	...	2.177.165
Popolazione		45.989.016	46.923.019	47.961.070	49.027.829	49.961.157	...	52.279.310
Pil pro-capite (Euro)		22.807.250,32	22.259.091,89	23.925.574,51	26.274.566,30	28.803.804,37	...	41.644.867,29
Popolazione nella fascia di età 20-64		29.130.991	29.055.780	29.215.008	29.468.460	29.534.119	...	26.700.202
Popolazione attiva nella fascia di età 20-64		22.634.780	23.215.568	23.781.017	24.193.606	24.395.182	...	22.161.168
Occupati nella fascia di età 20-64		18.236.000	18.770.034	19.836.990	21.276.228	22.298.260	...	20.612.556
		Onere di finanziamento via Paygo						
Peso Paygo sanitario per attivo (Euro)		3.382.779,02		3.570.693,26		4.660.208,67	...	9.136.537,45
Peso Paygo sanitario per occupato (Euro)		4.198.752,88		4.280.624,91		5.098.453,46	...	9.822.961,24
Peso Paygo complessivo per attivo (Euro)		8.063.062,33		8.685.470,09		10.913.146,88	...	22.595.737,77
Peso Paygo complessivo per occupato (Euro)		10.007.986,31		10.412.330,86		11.939.416,32	...	24.293.345,01
Peso Paygo sanitario per attivo/Pil pro-capite		14,83%		14,92%		16,18%	...	21,94%
Peso Paygo sanitario per occupato/Pil pro-capite		18,41%		17,89%		17,70%	...	23,59%
Peso Paygo complessivo per attivo/Pil pro-capite		35,35%		36,30%		37,89%	...	54,26%
Peso Paygo complessivo per occupato/Pil pro-capite		43,88%		43,52%		41,45%	...	58,33%

fonte: elaborazioni Ncs su Programmi di Stabilità e proiezioni demografiche dei Paesi Ue (Maggio 2013)

Tavola 8

		Programma di Convergenza Regno Unito 2013							
		% Pil	2010	2015	2020	2025	2030	...	2060
Sanità			8,1		7,1		7,7	...	9,1
Pensioni (State pensions, Pensioner benefits, Public service pensions)			9,0		8,4		9,0	...	10,8
Ltc			1,3		1,2		1,5	...	2,0
Sanità Ssn - var PdS 2013 / PdS 2012			-0,1		-0,5		-0,7	...	-0,7
Pensioni - var PdS 2013 / PdS 2012			3,3		3,2		3,0	...	2,9
Ltc extra Ssn - var PdS 2013 / PdS 2012			0,0		0,0		0,0	...	0,0
Pil (Pound/mln)			1.466.569	1.549.332	1.715.624	1.888.621	2.074.989	...	3.603.253
Popolazione			62.008.048	64.147.689	66.292.265	68.350.294	70.207.694	...	78.925.262
Pil pro-capite (Euro)			23.651.268,62	24.152.574,12	25.879.704,75	27.631.503,50	29.555.010,29	...	45.653.984,20
Popolazione nella fascia di età 20-64			37.073.049	37.685.311	38.304.199	38.502.509	38.604.742	...	41.494.204
Popolazione attiva nella fascia di età 20-64			29.287.709	30.072.878	30.605.055	30.763.505	30.883.794	...	33.485.823
Occupati nella fascia di età 20-64			27.248.691	28.037.871	28.766.453	29.107.897	29.339.604	...	31.867.549
			Onere di finanziamento via Paygo						
Peso Paygo sanitario per attivo (Pound)			4.707.008,23		4.652.721,99		6.181.203,04	...	11.944.190,54
Peso Paygo sanitario per occupato (Pound)			5.059.233,34		4.950.099,69		6.506.529,52	...	12.550.731,46
Peso Paygo complessivo per attivo (Pound)			9.213.718,24		9.361.500,87		12.228.032,10	...	23.565.565,11
Peso Paygo complessivo per occupato (Pound)			9.903.180,15		9.959.839,14		12.871.612,74	...	24.762.253,97
Peso Paygo sanitario per attivo/Pil pro-capite			19,90%		17,98%		20,91%	...	26,16%
Peso Paygo sanitario per occupato/Pil pro-capite			21,39%		19,13%		22,01%	...	27,49%
Peso Paygo complessivo per attivo/Pil pro-capite			38,96%		36,17%		41,37%	...	51,62%
Peso Paygo complessivo per occupato/Pil pro-capite			41,87%		38,49%		43,55%	...	54,24%

fonte: elaborazioni Ncs su Programmi di Stabilità e proiezioni demografiche dei Paesi Ue (Maggio 2013)

3. Pay-as-you-go pubblico e Pay-as-you-go privato

Ma sarà solo il pay-as-you-go dei sistemi pubblici ad essere posto sotto pressione? Porsi questa domanda ha una duplice importanza: non solo per ricercare le soluzioni migliori e durature, ma anche per deideologizzare e depoliticizzare il dibattito, liberandolo dagli schematismi, spesso pretestuosi, di "lotta" tra pubblico e privato, tra obiettivo di coesione sociale e efficientismi conservatori.

Nel seguito si passano in rassegna i tratti fondamentali dei meccanismi di ripartizione della spesa / dei costi nei sistemi pubblici e privati. Esistono sicure differenze strutturali tra i vari sistemi, ma restano queste significative e dirimenti di fronte a dinamiche di spesa come quelle prefigurate nei prossimi decenni?

3.1 La ripartizione nei sistemi pubblici universalistici

I sistemi sanitari pubblici universalistici à la Beveridge (come l'italiano Ssn) si basano sul finanziamento a ripartizione o pay-as-you-go (tramite la fiscalità generale). Già ora non vale più il cosiddetto «teorema di Aaron» che, nelle fasi demografiche di espansione, identifica la ripartizione come il meccanismo più efficiente sia per spostare risorse nel tempo (le pensioni) sia per finanziare prestazioni sanitarie per l'intera cittadinanza.

Nel Dopoguerra e sino a tutti gli anni Settanta, quando quel teorema trovava riscontro nella demografia, con un contributo relativamente contenuto e poco distortivo a carico di tutti i redditi si potevano reperire risorse adeguate. In prospettiva, quel contributo dovrà aumentare sino a toccare soglie insostenibili, con effetti depressivi sul mercato del lavoro, sugli investimenti e sulla produttività. Sistemi a prevalente finanziamento a ripartizione dovranno necessariamente ristrutturarsi, e la soluzione non potrà limitarsi a restringere il perimetro delle prestazioni fornite oppure ad aumentare la compartecipazione dei cittadini ai costi (per le proporzioni in cui si manifesteranno le pressioni della spesa, sarebbero due non-soluzioni).

3.2 La mutualità nei sistemi pubblici categoriali

La criticità appena descritta abbraccia anche i sistemi pubblici à la Bismarck, basati sulla mutualità obbligatoria interna a comparti, settori, categorie. Per tenere il passo della spesa, i contributi a carico degli iscritti e dei loro datori di lavoro dovranno necessariamente aumentare riproducendo quella stessa pressione sugli occupati che, nei sistemi universalistici, passa per la via fiscale. C'è da dire, inoltre, che le differenze tra sistemi beveridgiani e bismarckiani, nette sino a tutta la metà del Novecento, si sono poi ridotte notevolmente quando i bismarckiani hanno mano a mano esteso, sempre con logica categoriale, la copertura della platea degli occupati. L'affidarsi alla fiscalità generale, piuttosto che a contribuzioni specifiche levate per comparti/settori/categorie, non crea di per

sé diverse capacità di fronteggiare una dinamica di spesa così intensa, soprattutto quando entrambi i sistemi si prefiggono obiettivi di ampia copertura sia in termini di beneficiari che di prestazioni. In entrambi i casi, la necessità di reperire risorse crescenti si trasforma in una pressione sempre più alta sui redditi che il sistema economico genera anno per anno.

3.3 La mutualità privata

In effetti, la mutualità categoriale obbligatoria nei sistemi bismarckiani altro non fa che applicare il finanziamento a ripartizione, anno per anno, non sul complesso dei redditi, ma sui singoli sottogruppi di redditi individuati a seconda di comparto/settore/categoria. L'insostenibilità della ripartizione, quando utilizzata come criterio esclusivo di finanziamento, si estende tout court anche ai sistemi bismarckiani. E per la stessa ragione arriva a coinvolgere anche le forme di mutualità privata (come le nostre società di mutuo soccorso), con cui gruppi di persone scelgono volontariamente di mettere in comune delle risorse per fare risk sharing.

Di fronte a dinamiche di spesa così intense, le organizzazioni di mutualità privata saranno costrette o ad aumentare significativamente i contributi dei partecipanti (anche a titolo di compartecipazione ai costi), o a restringere il novero delle prestazioni, oppure a selezionare (screaming) in maniera più stringente i partecipanti all'ingresso (rimedio in contrasto con la definizione stessa di mutualità). Non è un caso che, scostandosi dallo spirito originario con cui sono sorte nell'Ottocento, molte società di mutuo soccorso oggi si rivolgano esclusivamente alle fasce dei quadri e dei dirigenti.

Fintantoché la mutualità privata si affida, per il finanziamento, ad una ripartizione della spesa sui propri iscritti, emergono le stesse criticità evidenziate per i sistemi pubblici Beveridgeiani e bismarckiani, con una aggravante: quando la ripartizione si svolge su gruppi piccoli, essa rimane statisticamente più esposta sia all'assottigliarsi del numero degli aderenti in età attiva e contributiva, sia all'aumentare della frequenza e del costo medio delle richieste di prestazioni (la ripartizione delle spese trova le condizioni ideali di funzionamento sui grandi numeri). Se nei prossimi anni il remix di finanziamento della sanità dovesse avvenire con trasferimento di quote dal carico dei sistemi pubblici alla mutualità privata, si rimarrebbe, in realtà, sempre all'interno del criterio a ripartizione, senza superarne le difficoltà strutturali.

3.4 L'assicurazione privata (il pooling)

Non è immune da criticità anche la copertura assicurativa privata, cui spesso in Italia le organizzazioni di mutuo soccorso ricorrono svolgendo funzioni "passacarte". La logica assicurativa differisce da quella della mutualità per le modalità con cui contribuzioni e prestazioni attese sono poste in connessione tra di loro: la mutualità non ricerca un proporzionamento specifico tra contributi e prestazioni attese (normalmente, si erogano prestazioni sino ad esaurimento delle risorse anno per anno); al contrario, nella copertura

assicurativa questa connessione è centrale, e i premi da corrispondere sono dimensionati a seconda delle caratteristiche del singolo (polizza individuale) o di quelle medie della platea (polizza collettiva), oltre che delle tipologie di prestazioni assicurate.

A parte questa distinzione (che è comunque sostanziale dal punto di vista dei rapporti con gli iscritti), le assicurazioni gestiscono la loro esposizione finanziaria facendo pooling dei profili di contribuzione/rischio dei loro sottoscrittori (a fronte del pagamento dei premi da parte di tutti, non tutti incorreranno contemporaneamente negli eventi avversi), e mantenendo una base di riserve matematiche investite sui mercati. La proporzione tra pooling e risorse investite è cruciale. Quanto più la copertura assume la forma assicurativa pura (tutto o prevalentemente pooling), tanto più si ricade nelle stesse criticità del finanziamento a ripartizione dei sistemi pubblici, con premi destinati ad aumentare per tenere il passo della spesa sanitaria, assieme alle compartecipazioni e allo screaming. Il pooling assicurativo riproduce, in ambito privatistico e su platee più ristrette, il meccanismo della ripartizione nei sistemi pubblici, con l'aggravante, da un punto di vista della sostenibilità sociale, che gli aumenti dei premi possono variare a seconda delle caratteristiche sanitarie soggettive (la differenza rispetto alla mutualità volontaria).

È qualcosa cui si sta già assistendo negli Stati Uniti (il Paese in cui la copertura assicurativa è più diffusa), dove i premi delle assicurazioni sanitarie hanno fatto registrare, negli ultimi anni, una dinamica a doppia cifra, inducendo la prima Amministrazione "Obama" a parlare apertamente di insostenibilità del sistema (è del 22 Febbraio 2010 l'Health Insurance Industry Fair Competition Act, H. R. n. 4626), e di necessità di ampliare l'"ombrello" di Medicare e Medicaid, i due principali programmi sanitari pubblici, per ribilanciare il carico di finanziamento. Ma sarà una soluzione duratura, considerando che, se la spesa sanitaria privata ha raggiunto circa il 10% del Pil, la pubblica si attesta all'8? Sposare il finanziamento dal pooling assicurativo al pay-as-you-go di Medicaid e Medicare costituisce per davvero un cambiamento di struttura, se questi sono i livelli di partenza della "gamba" privata e di quella pubblica?

Alla luce delle considerazioni prima sviluppate, la risposta appare negativa. Alleggerire il pooling assicurativo privato e caricare il pay-as-you-go pubblico significa continuare a muoversi tra due diversi tipi di pay-as-you-go che soffrono degli stessi limiti.

4. La convergenza dei modelli: ma verso dove?

Se sistemi così diversi, pubblici e privati, prestano il fianco agli scenari di crescita della spesa sanitaria e del carico su attivi/occupati, esiste una soluzione? Al di là degli sforzi di efficientamento (organizzazione dei sistemi sanitari nazionali, concorrenza tra provider, concorrenza nel mercato assicurativo, responsabilizzazione dei cittadini fruitori e dei medici prescrittori, etc.), il punto critico appare proprio quello del criterio di finanziamento. Se alla maggior spesa si tenterà di far fronte utilizzando quote crescenti dei redditi prodotti anno per anno dal sistema economico, l'effetto sarà quello di una crescente pressione fiscale e/o contributiva.

All'interno dei sistemi pubblici obbligatori tale pressione, evitabile solo nella misura in cui si restringano le prestazioni, porterà con sé effetti distorsivi e depressivi. All'interno dei sistemi privati, è probabile che la pressione crescente si traduca anche in una rinuncia alla copertura, con conseguenze che potrebbero generare maggior spesa in futuro (per la minore attenzione alle cure e l'aggravarsi delle condizioni di salute) e pressioni su altri capitoli del welfare system.

Fintantoché il finanziamento sarà ricercato esclusivamente/prevalentemente nella ripartizione (i sistemi pubblici), nella mutualità diretta tra gruppi e nel pooling assicurativo (i sistemi privati), o in pagamenti diretti dei cittadini, trasferimenti di quote delle prestazioni e della domanda dal pubblico al privato e viceversa non incideranno sulla capacità sistemica di governare le tendenze di spesa. Eppure, apparentemente è proprio questa la tendenza in atto: da una parte, gli Stati Uniti si stanno impegnando a rinforzare la copertura pubblica finanziata a ripartizione per sopperire all'insostenibilità economica e sociale delle assicurazioni sanitarie private; dall'altra parte, in Europa sta lentamente maturando il processo opposto, con le difficoltà dei sistemi pubblici Beveridge e Bismarckiani che richiamano l'esigenza di rafforzare la copertura complementare privata.

In questa convergenza transatlantica verso un sistema sanitario multipilastro maggiormente equilibrato nelle componenti pubbliche e private manca, per adesso, una caratteristica essenziale per ovviare alle criticità del finanziamento basato su ripartizione / mutualità / pooling assicurativo e sovraccarico sui redditi prodotti anno per anno: il finanziamento tramite i frutti di programmi di investimento di lungo termine sui mercati. L'"ingrediente" ancora non adoperato o sottoutilizzato è questo.

Laddove i criteri di finanziamento oggi prevalenti utilizzano redditi già prodotti (intervengono ex-post, per dedicare alla finalità sanitaria quote di risorse già prodotte), i programmi di investimento entrano nei processi di generazione delle risorse e le preparano per tempo. Tramite una idonea gestione di portafoglio, i risparmi andrebbero a selezionare le migliori opportunità di rendimento a livello internazionale, potendosi rivolgere anche ai Paesi più giovani, quelli dove le fasce di età attive saranno ancora per molto tempo più numerose di quelle anziane (una sorta di riequilibrio internazionale degli effetti dell'invecchiamento). Diminuirebbe la pressione sugli attivi, si guadagnerebbe base

imponibile al Fisco nazionale e, nella misura in cui i risparmi trovassero valide opportunità di investimento all'interno, si darebbe impulso alla capitalizzazione dell'economia e alla crescita.

Ovviamente l'accumulazione non è una panacea e non le vanno assolutamente attribuite automatiche virtù taumaturgiche. Le mancano alcune proprietà positive e salienti sia della ripartizione (è il canale più adatto alla coesione inter e inter generazionale e alle finalità redistributive⁶) che della mutualità e della copertura assicurativa (contro grandi eventi avversi, l'accumulazione potrebbe non essere capiente o, se lo è, potrebbe venire in larga parte assorbita). Inoltre, un eccesso di accumulazione reale esporrebbe troppo al rischio di mercato e potrebbe essere esso stesso fonte di instabilità dei mercati (in concomitanza con i flussi di investimento e di disinvestimento⁷).

Queste considerazioni, qui ripercorse in sintesi, lasciano intendere come uno degli aspetti più importanti di quel "territorio di mezzo", verso cui cominciano ad avvicinarsi i sistemi sanitari dell'Europa e degli Stati Uniti, è proprio il riproporzionamento dei diversi criteri di finanziamento, in un mix che permetta di coglierne gli aspetti positivi e di controbilanciarne quelli negativi.

Lungo questa strada, che sia per l'Europa che per gli Stati Uniti implica il rafforzamento del canale di finanziamento ad accumulazione reale, è necessario vagliare a fondo le sinergie e le complementarietà con i fondi pensione, anche gettando da subito le basi di una cornice regolamentare condivisa e, progressivamente nel tempo, coordinata a livello internazionale.

5. La proposta del "Fondo Welfare"

Per favorire lo sviluppo del canale di finanziamento a capitalizzazione, appare utile riflettere sulla possibilità di una convergenza delle due coperture complementari: quella pensionistica e quella per prestazioni sanitarie e socio-sanitarie (i casi di non autosufficienza). Più precisamente, le tre prestazioni, la pensionistica, la sanitaria e la socio-sanitaria, potrebbero far capo a uno stesso soggetto giuridico, di natura privata, identificabile come *fondo aperto a capitalizzazione per il welfare*, operante attraverso l'accumulazione finanziaria dei contributi su conti individuali degli aderenti, e collegato con coperture assicurative collettive per i rischi sanitari maggiori e la non autosufficienza.

Dalla convergenza in un unico prodotto di finalità pensionistiche e sanitarie possono discendere diversi vantaggi. Si cala il progetto "Fondo Welfare" all'interno del contesto italiano, per dare concretezza al discorso. Tuttavia, un strumento come questo potrebbe

⁶ Quantunque obiettivi redistributivi possono esser veicolati anche dal pilastro privato, previa un opportuno disegno delle agevolazioni fiscali (detraibilità vs. deducibilità), un coordinamento completo e organico con il pilastro di base universale e selettivo, e regole di funzionamento che favoriscano la copertura assicurativa collettiva dei rischi maggiori (come la *Ltc*).

⁷ Esiste un rischio di *over-reliance* sulla accumulazione reale che è speculare e simmetrico a quello di *over-reliance* sulla ripartizione.

trovare diffusione a livello internazionale, e anzi, proprio la scala internazionale e la possibilità di operare senza barriere ne accentuerebbe le potenzialità. I vantaggi sono sinteticamente ripercorsi qui di seguito:

1. L'omogeneizzazione del trattamento fiscale farebbe guadagnare trasparenza ed efficacia al complesso degli incentivi, che oggi sono diversi per la copertura pensionistica e quella sanitaria. Ci si potrebbe concentrare sul disegno della fiscalità per trasmettere incentivi efficaci alle platee più ampie, contenendo la *tax expenditure*.
2. Sia i fondi sanitari che i fondi pensione fanno oggi appello, "contendendosele", alle stesse fonti di finanziamento: i contributi dei lavoratori dipendenti e delle imprese *sponsor*, i contributi dell'aderente indipendentemente dal rapporto di lavoro, il Tfr (trattamento di fine rapporto). Il fondo aperto per il *welfare* canalizzerebbe queste risorse su un unico programma di accumulazione.
3. Il fondo aperto per il *welfare* aprirebbe possibilità di abbattimenti dei costi di amministrazione e, soprattutto, renderebbe possibile una gestione integrata dei flussi finanziari, in grado di sfruttare i benefici della capitalizzazione composta su orizzonti temporali medio-lunghi, e di attuare un'ampia diversificazione del rischio.
4. Per quanto riguarda l'erogazione delle prestazioni, l'assolvimento delle diverse funzioni potrebbe essere garantito in condizioni di maggiore flessibilità, efficienza ed efficacia:

4.1 Il montante in maturazione all'interno del fondo potrebbe essere smobilizzabile nel corso della vita lavorativa dell'aderente, entro i limiti e per le finalità specificatamente individuate, per far fronte a spese sanitarie proprie e dei familiari; in particolare, si potrebbe prevedere la disponibilità di una quota annuale del montante a copertura delle partecipazioni ai costi dei Lea (i livelli essenziali di assistenza che il sistema pubblico dovrebbe garantire in maniera omogenea su tutto il territorio nazionale);;

4.2 Per le prestazioni *acute* non incluse nei Lea e che comportano spese elevate, così come per le prestazioni socio-sanitarie non incluse nei Lea, si potrebbero acquisire tra gli *asset* del fondo coperture assicurative collettive per gli aderenti, pagandone i premi sempre a valere sul montante in accumulazione nei conti individuali. I premi assicurativi del singolo aderente sarebbero finanziati dai frutti dell'accumulazione sul suo conto (restano intatti gli incentivi individuali a massimizzare l'accumulazione di risorse), ma contro i rischi sanitari e socio-sanitari si godrebbe dei vantaggi della copertura collettiva (*cfr.* punti 5-6-7)⁸;

⁸ Le spese sanitarie "minori" (*copayment* ma anche altre di importo assoluto non elevato non rientranti nei Lea) possono essere direttamente finanziate accedendo ai frutti dell'accumulazione individuale (al montante). Per le spese più grandi (come per la non autosufficienza, ma anche altre non rientranti nei Lea) è indispensabile mantenere la copertura di natura assicurativa, per non indebolire troppo l'accumulazione e non esporre a rischio gli aderenti. Qui si giustifica la connessione tra modello fondo, basato sull'accumulazione di

4.3 Utilizzando una parte del montante maturato al momento del pensionamento e fruibile *una-tantum* in forma di capitale, il fondo potrebbe stipulare una polizza sanitaria collettiva di tipo *long-term care* per tutto il periodo di quiescenza degli aderenti;

4.4 Poiché uno degli aspetti ritenuti meno soddisfacenti per i fondi pensione è proprio la rigidità della suddivisione delle prestazioni tra rendita e capitale *una tantum*, si potrebbe consentire la richiesta di prestazioni più elevate in forma di capitale da parte di coloro che, aderendo alla polizza collettiva *long-term care*, già onorano parte della funzione previdenziale pura associata alla rendita e non assolta dal capitale;

4.5 Le polizze collettive avrebbero i vantaggi di abbattere i costi di contrattazione individuale per gli aderenti, e di facilitare la gestione dell'esposizione al rischio da parte delle assicurazioni;

4.6 Le polizze collettive, inoltre, ridurrebbero le distorsioni dovute alla selezione avversa da parte degli aderenti (tendono a ricorrere a coperture sanitarie e socio-sanitarie i soggetti più esposti agli eventi avversi), e allo *screaming*, o addirittura alla mancata offerta del prodotto, da parte delle compagnie assicurative (l'offerta si rivolge preferibilmente ai soggetti meno a rischio);

4.7 Gli effetti virtuosi descritti ai due precedenti punti sarebbero rinforzati se il fondo, pur rimanendo volontario nell'adesione, avesse l'obbligo normativo di acquisire le polizze collettive (una sorta di condizione "doc", qualificante per l'accesso alle agevolazioni fiscali), perché in tal caso il rischio sanitario / socio-sanitario sarebbe sicuramente diffuso su una platea molto differenziata (quella di tutti coloro che nel contempo stanno costituendo una pensione integrativa);

4.8 Infine, con il fondo aperto per il *welfare* si realizzerebbe una più forte responsabilizzazione dell'aderente nei confronti della richiesta di finanziare prestazioni sanitarie: le risorse non utilizzate per finalità sanitarie continuano, infatti, ad accumularsi all'interno del conto di capitalizzazione individuale a formare i benefici per la pensione, riducendo così la possibilità di comportamenti opportunistici di *moral hazard*.

contributi individuali su conti individuali, e l'acquisto di polizze collettive, con premi finanziati a valere sul montante in accumulazione nei singoli conti individuali. È il modello solo assicurativo che non è idoneo a fronteggiare le dinamiche di spesa future, perché, come dimostrano le difficoltà che le compagnie assicurative americane stanno attraversando, finisce col ripresentare in ambito privatistico gli stessi difetti del finanziamento a ripartizione dei sistemi pubblici. Di fronte all'aumento della domanda di prestazioni e della spesa, le assicurazioni tendono a tutelarsi facendo levitare i premi, operando *screaming* più selettivo (per escludere i soggetti a più elevato rischio o richiedere loro premi più elevati), ricorrendo a compartecipazioni crescenti ai costi delle prestazioni. Un modello che, non solo ha meno capacità, rispetto a quello dei fondi, di riequilibrare il finanziamento *pay as you go* pubblico con iniezioni di capitalizzazione reale, ma che, se le tendenze restano quelle attuali, si troverà presto di fronte a problemi di sostenibilità finanziaria della stessa natura di quelli oggi coinvolgenti i sistemi sanitari pubblici.

5. La natura aperta del fondo, da un lato, non impedirebbe l'adesione collettiva, ma sempre volontaria, da parte di interi gruppi (dipendenti di un'impresa, di un settore, di un comparto, etc.); dall'altro, è quella che, assieme alla piena portabilità delle posizioni individuali e alla separazione delle competenze e dei ruoli, permette di mantenere la più alta trasparenza, a tutela dell'aderente e a beneficio della concorrenza e dell'efficienza nei costi.
6. Ai vantaggi elencati se ne può aggiungere un altro. All'interno di una idonea cornice normativa e regolamentare, i *fondi welfare* avrebbero le caratteristiche adatte per fungere da selettori degli erogatori di prestazioni, incanalando la domanda dei loro iscritti verso i migliori, pubblici o privati che siano. Un meccanismo che, supportato da ampia e certificata informazione sui comportamenti dei fondi, potrebbe divenire presidio non solo di efficienza nei costi, ma anche di qualità. Per non dire che, ponendo in positiva concorrenza erogatori pubblici e privati (senza vincoli di appartenenza o convenzionamento a Regioni o Asl), potrebbe concorrere a ricomporre quel confine tra sfera della politica e sfera della organizzazione sanitaria e della prestazione professionale spesso zona grigia in Italia.

Su tutti questi punti, che sintetizzano caratteristiche del "Fondo Welfare" e sue potenzialità, si desidera richiamare l'attenzione per un dibattito costruttivo che possa prestare idee concrete e innovative alle riforme.

6. Conclusioni

Criteri di finanziamento, in ambito pubblico o privato, che si affidino esclusivamente o prevalentemente al concorso, anno per anno, di tutti gli assicurati per finanziare il fabbisogno sanitario espresso nello stesso anno, inevitabilmente produrranno effetti distorsivi e depressivi. È impensabile, infatti, che la massa reddituale disponibile anno per anno possa sostenere il confronto con una spesa a finanziare che crescerà continuamente nei prossimi decenni. E assieme agli effetti distorsivi/depressivi è certo che emergeranno fenomeni di razionamento e restringimento del perimetro delle prestazioni offerte (sia nel pubblico che nel privato), oppure rinunce dei diretti interessati a dotarsi di coperture sanitarie (nel privato). È quanto si può già osservare nei sistemi sanitari europei, a prevalenza pubblica con finanziamento *pay-as-you-go*, e nel sistema sanitario statunitense, a prevalenza privata con finanziamento basato su principi assicurativi di *pooling*.

Tutti i Paesi, con sistemi pubblici o privati, e tra i pubblici sia quelli di tradizione *bismarckiana* che *beveridgiana*, dovranno affrontare ristrutturazioni profonde nei meccanismi di finanziamento del loro *welfare*.

Un punto cardine dovrà essere la diversificazione multipilastro del finanziamento, per affiancare al criterio a ripartizione pubblico (*pay-as-you-go*), a quello privato di mutualità

pura, e a quello assicurativo privato (*pooling*), il criterio basato su investimenti reali di lungo termine sui mercati, sull'accumulazione reale. Un punto che, nei meccanismi fondamentali, si presenta *tel quel* sia per la sanità che per le pensioni, anche se sinora più indagato e discusso, e in parte affrontato, per queste ultime che per la sanità.

In questo scritto si avanzano i termini di una proposta per uno strumento nuovo, il "Fondo Welfare", funzionante ad accumulazione reale per erogare sia prestazioni sanitarie che pensionistiche, ma integrato con coperture assicurative per quelle prestazioni che, per loro natura e per i loro costi, non possono ricercare il finanziamento solo nei frutti degli investimenti sui mercati che si accumulano in conti individuali. La proposta necessita sicuramente di un disegno accurato e anche di uno sforzo innovativo da parte dei gestori finanziari e delle compagnie di assicurazione. Tuttavia, si ritiene che la convergenza tra fondi pensione e fondi sanitari possa aprire potenzialità importanti nella riforma del finanziamento dei due maggiori capitoli di spesa del *welfare*.

I fondi aperti per il *welfare* avrebbero il pregio di affiancare al finanziamento *pay-as-you-go* quello basato sull'accumulazione reale di risorse, mantenendo, attraverso il concorso della fiscalità agevolata e le coperture assicurative collettive collegate, quei principi di solidarietà e coesione che sono alla base del nostro e di tutti i *welfare system*.

Sostenibilità, responsabilizzazione individuale e gestione efficiente dei rischi senza restrizioni di accesso: un pilastro privato "alleato" del pilastro di base e "alleato" delle altre prestazioni del *welfare system* che, senza un riequilibrio tra ripartizione e accumulazione reale, andranno incontro a crescenti problemi di reperimento delle risorse.

Riferimenti bibliografici

Awg-Ecofin, [The 2012 Ageing Report - Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States \(2010-2060\)](#), edition 2012

Nicola C. Salerno, *Il presente e il futuro del Pay-as-you-go nel finanziamento del welfare*, volume in corso di pubblicazione

Fmi, *Long-Term Trends in Public Finances in the G-7 Economies*, Fiscal Affairs Department, Settembre 2010 (<http://www.imf.org/external/pubs/ft/spn/2010/spn1013.pdf>)

European Commission, *Programmi di Stabilità / Programmi di Convergenza*, varie edizioni sino a quella del 2012

Ocse, *Projecting OECD health care and long term care expenditures: what are the main drivers?*, 2006