

COSTRUIRE IL WELFARE DI DOMANI

Limiti del finanziamento Pay-As-You-Go e proposta del Fondo Welfare

NICOLA C. SALERNO

Il problema "a colpo d'occhio"

<<Many intellectuals in the US and Asia believe that European social welfare policies should be a blueprint for action in their own countries. But those policies, financed by high taxes and costly mandates on business, are mainly responsible for the enormous increase in European unemployment during the past decade and a half. This "European disease" is hardly a model for othr Nations.>>

Gary Becker, 1992 Nobel laureate, Chicago University,
Business Week, 8th of April 1996¹

<<Yet, as the UK and Western Europe contemplate adapting more to the "American model", it is worth noticing a more menacing side. Economic inequality has continued to widen. All the rungs on the economic ladder are now further apart than a generation ago, and the space between them continues to spread. This widening of inequality leads to distress and misery for those at or near the bottom and anxiety for those in the middle. Left unchecked it could also undermine the stability and moral authority of the Nation.>>

Robert Reich, former US Secretary of Labour, Brandeis University,
Financial Times, 3rd of March 1997²

Ma se è auspicabile che gli Stati Uniti non imitino tout court l'Europa (Gary Becker) e, nel contempo, altrettanto auspicabile che l'Europa non imiti tout court gli Stati Uniti (Robert Reich), e se entrambi i modelli stanno sperimentando difficoltà e

problemi di sostenibilità, allora quale futuro progettare per i welfare system? Quello europeo e quello statunitense sono i due principali (per certi aspetti unici) macro-modelli strutturati di welfare esistenti al mondo. Questo scritto prova a suscitare riflessioni, avanzando chiavi di lettura e alcune proposte.

1. Introduzione

Ha quasi due secoli di alto onorato servizio. Ha dato le fondamenta allo sviluppo dei welfare system durante tutto il Novecento, dopo che la sua idea originaria era comparsa, con forme e modalità diverse, nell'Europa di metà Ottocento (Inghilterra di Beveridge e Germania di Bismark). Si tratta del pay-as-you-go, o della ripartizione nella traduzione italiana: il criterio che permette, con il concorso di tutti i redditi, di finanziare anno per anno le prestazioni del welfare system.

È grazie a questa idea che è stato possibile allargare gradualmente la copertura dei welfare system, sino ad includere tutti i cittadini e, in alcuni casi, riconoscere anche diritti di cittadinanza universale. È sempre grazie a lui che è stato possibile abbattere le conseguenze negative dei rischi che possono manifestarsi nel corso della vita dei singoli e delle famiglie: dai rischi della salute al rischio di incapienza dei redditi, dal rischio inflazione ai rischi del mercato dei capitali, dal rischio disoccupazione a quello di infortuni sul lavoro, etc.. È sempre il pay-as-you-go che ha permesso di gestire questi rischi con strumenti contrattuali semplici e poco costosi dal punto di vista amministrativo. È lui che ha saputo e sa sfruttare al massimo i grandi numeri: dal lato dei finanziatori, se tutti partecipano ognuno è chiamato a contribuire con importi contenuti e poco distorsivi; dal lato dei beneficiari, più ampia è la platea coperta meglio si può contrastare l'adverse selection e bilanciare tra loro profili di rischio diversi (rischi non perfettamente correlati, o specifici alle varie fasi della vita, etc.).

Un assoluto protagonista della costruzione dei moderni sistemi di sicurezza sociale, che ha permesso di fare degli istituti welfaristi dei motori di sviluppo umano, sociale e economico. Le condizioni ideali per il suo funzionamento sono quelle realizzatesi nel secolo scorso: da un lato la popolazione giovane

¹ Fonte: "Reconciling the Welfare State with sound public finances and high employment", M. Buti, D. Franco, L. Pench, sta in "The Welfare State in Europe: Challenges and Reforms" (1999).

e in aumento, dall'altro lato i significativi (rispetto alle medie di oggi) tassi di crescita delle economie, con buoni livelli occupazionali fatti per lo più di carriere stabili e continue. Le due condizioni non erano indipendenti ma si rafforzavano endogenamente.

Queste condizioni oggi stanno venendo meno e, se ci si sforza di investigare il medio-lungo periodo, nei prossimi decenni continueranno a deteriorarsi, se non si interverrà con dei cambiamenti nella struttura delle economie, dei sistemi sociali e dei criteri per il loro finanziamento.

Fare il punto sullo "stato di salute" del pay-as-you-go significa fare il punto sullo "stato di salute" del welfare system. E, si badi, al centro dell'analisi non c'è solo il sistema di sicurezza sociale pubblico (quello che antonomasia in Italia e in Europa si fonda sul pay-as-you-go). I punti deboli del pay-as-you-go pubblico hanno delle corrispondenze molto nette sia nella mutualità privata (le società di mutuo soccorso italiane, per fare un esempio), sia nel pooling assicurativo privato (su cui si fonda una parte considerevole del welfare statunitense). Il pooling assicurativo può esser visto come un particolare pay-as-you-go deciso per via contrattuale privatistica, e applicato a bacini di utenza che sono sottinsiemi molto più piccoli della platea dei cittadini occupati e produttori di reddito.

Questo lavoro vuole portare alcune evidenze della necessità e dell'urgenza di riformare il modello di finanziamento su cui si sono sinora basati i Paesi industrializzati occidentali.

2. Il PayGo nei programmi di Stabilità

La sostenibilità del pay-as-you-go viene investigata a partire dei Programmi di Stabilità o di Convergenza (anche "PdS") presentati dai Partner Ue. L'analisi viene calata direttamente nel quadro economico-finanziario. Utilizzare i PdS permette anche di avere una visione complessiva sui capitoli di spesa de welfare system che si reggono sul finanziamento pay-as-you-go.

2.1 Il carico su attivi e occupati nei Programmi 2013

Le Tavole 1-6 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 2013², 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 vari Programmi. Allo stesso modo sono ottenuti i tassi di attività e quelli di occupazione. La demografia è, per tutti i Paesi, quella dello scenario "convergence" sviluppato da Eurostat. I risultati rimarrebbero sostanzialmente immutati se, al posto della demografia Eurostat, si ricorresse agli scenari demografici "centrali" sviluppati dagli Istituti nazionali di statistica dei vari Paesi³.

È possibile calcolare quattro indicatori di sostenibilità:

1. il peso su ogni attivo delle risorse necessarie per finanziare in pareggio la spesa sanitaria e di assistenza ai non autosufficienti;
2. il peso su ogni attivo delle risorse necessarie per finanziare in pareggio la spesa per sanità, assistenza ai non autosufficienti e pensioni;
3. l'indicatore 1. Espresso non per attivo ma per occupato effettivo;
4. l'indicatore 2. Espresso 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

² Cfr.: European Commission (2013), "Programmi di Stabilità / Programmi di Convergenza".

³ Per l'Italia si presentano entrambi gli scenari (Tavola 1 e Tavola 2).

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, se la maggior parte del pay-as-you-go è assorbito dal finanziamento delle pensioni, il trend dei quattro indicatori è 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.

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.

In Germania, oggi ogni attivo contribuisce al finanziamento delle prestazioni sanitarie acute e per assistenza ai non autosufficienti con risorse annue pari a oltre il 19% del Pil pro-capite. Questa proporzione è destinata a crescere sino a sfiorare il 30% nel 2060. Ogni occupato oggi sostiene il

finanziamento della sanità con risorse pari al 20,7% del Pil pro-capite, destinato ad aumentare mano a mano sino a toccare il 32% nel 2060. Se si aggiunge anche la voce di spesa pensionistica, il peso su ogni attivo passa dall'odierno 41,3% a circa il 62% nel 2060 (+18 p.p.), mentre il peso su ogni occupato dal 44,5% al 65,8% (+20 p.p. circa).

In Francia, oggi ogni attivo contribuisce al finanziamento delle prestazioni sanitarie acute e per assistenza ai non autosufficienti con risorse annue pari a quasi il 23% del Pil pro-capite. Questa proporzione è destinata a crescere sino a superare il 27% nel 2060. Ogni occupato oggi sostiene il finanziamento della sanità con risorse pari a oltre il 25% del Pil pro-capite, destinato ad aumentare mano a mano sino a sfiorare il 30% nel 2060. Se si aggiunge anche la voce di spesa pensionistica, il peso su ogni attivo passa dall'odierno 55,5% a circa il 63,5% nel 2060 (+8 p.p.), mentre il peso su ogni occupato dal 61% a oltre il 68% (+7 p.p. circa).

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 strutturali futuri.

In Spagna, oggi ogni attivo contribuisce al finanziamento delle prestazioni sanitarie acute e per assistenza ai non autosufficienti con risorse annue pari a quasi il 15% del Pil pro-capite. Questa proporzione è destinata a crescere sino al 22% nel 2060. Ogni occupato oggi sostiene il finanziamento della sanità con risorse pari a circa il 19% del Pil pro-capite, destinato ad aumentare mano a mano sino a sfiorare il 24% nel 2060. Se si aggiunge anche la voce di spesa pensionistica, il peso su ogni attivo passa dall'odierno 35,4% a oltre il 54% nel 2060 (+20 p.p. circa), mentre il peso su ogni occupato da circa il 44% a oltre il 58% (+14 p.p. circa).

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

Sono coinvolti tutti, sia sistemi à la Bismarck che sistemi à la Beveridge. Variazioni significative (sopra gli 8 p.p. e con punte 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 essere ignorata, 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.

Tavola 1 – ITALIA (dati economici del Pds e demografia Eurostat)

	2010	2015	2020	2025	2030	2060
1. Spesa sanitaria pubblica, acuta e per lungodegenti	7,3	6,9	6,8	7,0	7,2	8,0
2. Spesa pensionistica pubblica	15,3	16,1	15,6	15,2	15,2	14,6
3. Altra spesa pubblica per lungodegenti	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1	1,6
1. var Pds 2013 / Pds 2012	0,0	0,0	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2
2. var Pds 2013 / Pds 2012	0,0	0,5	0,4	0,4	0,4	0,2
3. var Pds 2013 / Pds 2012	0,0	0,0	-0,1	-0,1	0,0	-0,1
Pil (Euro/milioni)	1.551.886	1.544.772	1.678.964	1.851.882	2.012.747	2.994.686
Popolazione	60.626.442	61.787.648	62.876.781	63.737.079	64.491.289	64.989.319
Pil pro-capite (Euro)	25.597,51	25.001,31	26.702,45	29.055,18	31.209,60	46.079,82
Popolazione 20-64 anni	36.877.066	37.029.609	37.324.687	37.370.095	36.902.079	33.388.736
Attivi di 20-64 anni	24.523.249	25.439.341	25.791.359	25.710.625	25.425.532	23.372.815
Occupati di 20-64 anni	22.463.296	22.488.378	23.392.762	23.833.750	23.671.171	21.788.464
Carico del PayGo						
Carico su ogni attivo per finanziare 1. e 3. (Euro)	5.252,43	4.797,18	5.077,64	5.762,26	6.570,48	12.300,22
Carico su ogni occupato per finanziare 1. e 3. (Euro)	5.734,09	5.426,67	5.598,28	6.216,03	7.057,45	13.197,66
Carico su ogni attivo per finanziare 1., 2. e 3. (Euro)	14.934,61	14.573,70	15.232,91	16.710,56	18.603,17	31.006,81
Carico su ogni occupato per finanziare 1., 2. e 3. (Euro)	16.304,16	16.486,08	16.794,83	18.026,49	19.981,92	33.269,11
Carico su ogni attivo per finanziare 1. e 3. / Pil pro-capite	20,52%	19,19%	19,02%	19,83%	21,05%	26,69%
Carico su ogni occupato per finanziare 1. e 3. / Pil pro-capite	22,40%	21,71%	20,97%	21,39%	22,61%	28,64%
Carico su ogni attivo per finanziare 1., 2. e 3. / Pil pro-capite	58,34%	58,29%	57,05%	57,51%	59,61%	67,29%
Carico su ogni occupato per finanziare 1., 2. e 3. / Pil pro-capite	63,69%	65,94%	62,90%	62,04%	64,02%	72,20%
var vs. 2010		-1,33%	-1,50%	-0,69%	0,53%	6,17%
		-0,70%	-1,44%	-1,01%	0,21%	6,24%
		-0,05%	-1,30%	-0,83%	1,26%	8,95%
		2,25%	-0,80%	-1,65%	0,33%	8,50%

fonte: elaborazioni Ncs

Tavola 2 – ITALIA (dati economici del Pds e demografia Istat)

%PIL	2010	2015	2020	2025	2030	2060
1. Spesa sanitaria pubblica, acuta e per lungodegenti	7,3	6,9	6,8	7,0	7,2	8,0
2. Spesa pensionistica pubblica	15,3	16,1	15,6	15,2	15,2	14,6
3. Altra spesa pubblica per lungodegenti	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1	1,6
1. var Pds 2013 / Pds 2012	0,0	0,0	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2
2. var Pds 2013 / Pds 2012	0,0	0,5	0,4	0,4	0,4	0,2
3. var Pds 2013 / Pds 2012	0,0	0,0	-0,1	-0,1	0,0	-0,1
Pil (Euro/milioni)	1.551.886	1.544.772	1.678.964	1.851.892	2.012.747	2.994.696
Popolazione	60.626.442	61.636.886	62.497.034	63.081.253	63.482.851	61.305.219
Pil pro-capite (Euro)	25.597,51	25.062,47	26.864,70	29.357,25	31.705,37	48.848,96
Popolazione 20-64 anni	36.877.066	36.902.900	36.959.344	36.728.830	35.921.153	30.784.391
Attivi di 20-64 anni	24.523.249	25.352.292	25.538.907	25.269.435	24.749.674	21.549.074
Occupati di 20-64 anni	22.463.296	22.411.426	23.163.788	23.424.766	23.041.947	20.083.737
Carico del PayGo						
Carico su ogni attivo per finanziare 1. e 3. (Euro)	5.252,43	4.813,65	5.127,83	5.862,87	6.749,91	13.341,21
Carico su ogni occupato per finanziare 1. e 3. (Euro)	5.734,09	5.445,30	5.653,62	6.324,56	7.250,17	14.314,61
Carico su ogni attivo per finanziare 1., 2. e 3. (Euro)	14.934,61	14.623,74	15.383,49	17.002,32	19.111,18	33.630,98
Carico su ogni occupato per finanziare 1., 2. e 3. (Euro)	16.304,16	16.542,69	16.960,85	18.341,23	20.527,59	36.084,74
Carico su ogni attivo per finanziare 1. e 3. / Pil pro-capite	20,52%	19,21%	19,09%	19,97%	21,29%	27,31%
Carico su ogni occupato per finanziare 1. e 3. / Pil pro-capite	22,40%	21,73%	21,04%	21,54%	22,87%	29,30%
Carico su ogni attivo per finanziare 1., 2. e 3. / Pil pro-capite	58,34%	58,35%	57,26%	57,92%	60,28%	68,85%
Carico su ogni occupato per finanziare 1., 2. e 3. / Pil pro-capite	63,69%	66,01%	63,13%	62,48%	64,74%	73,87%
var vs. 2010		-1,31%	-1,43%	-0,55%	0,77%	6,79%
		-0,67%	-1,36%	-0,86%	0,47%	6,90%
		0,01%	-1,08%	-0,43%	1,93%	10,50%
		2,31%	-0,56%	-1,22%	1,05%	10,18%

fonte: elaborazioni Ncs

Tavola 3 – FRANCIA (dati economici del Pds e demografia Eurostat)

%PIL	2010	2015	2020	2025	2030	2060
1. Spesa sanitaria pubblica	8,0	8,3	8,3	8,5	8,9	9,4
2. Spesa pensionistica pubblica	14,6	14,4	14,4	14,4	14,9	15,1
3. Altra spesa pubblica per lungodegenti (Dép. de Dependance)	2,2	2,2	2,2	2,1	2,0	2,0
1. var Pds 2013 / Pds 2012	-0,2			-0,1	0,0	0,0
2. var Pds 2013 / Pds 2012	1,1			1,6	1,3	1,5
3. var Pds 2013 / Pds 2012	0,7			0,3	2,0	-0,2
Pil (Euro/milioni)	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	69.125.3(Y)	70.302.983	73.724.251
Pil pro-capite (Euro)	29.927,34	30.499,98	32.466,55	34.893,98	37.289,89	57.248,71
Popolazione 20-64 anni	37.989.976	37.948.905	37.779.599	37.719.344	37.600.045	37.903.908
Attivi di 20-64 anni	28.910.372	29.296.555	29.921.442	30.364.072	30.343.236	30.740.069
Occupati di 20-64 anni	26.327.053	26.829.876	27.616.887	28.176.350	28.162.434	28.617.451
Carico del PayGo						
Carico su ogni attivo per finanziare 1. e 3. (Euro)	6.833,03	7.253,80	7.800,44	7.800,44	9.417,36	15.652,22
Carico su ogni occupato per finanziare 1. e 3. (Euro)	7.503,52	7.920,70	8.451,36	8.451,36	10.146,61	16.813,18
Carico su ogni attivo per finanziare 1., 2. e 3. (Euro)	16.613,64	17.201,87	18.397,26	18.397,26	22.290,64	36.384,56
Carico su ogni occupato per finanziare 1., 2. e 3. (Euro)	18.243,84	18.783,37	19.932,46	19.932,46	24.016,75	39.083,28
Carico su ogni attivo per finanziare 1. e 3. / Pil pro-capite	22,83%	23,78%	24,03%	24,03%	25,25%	27,34%
Carico su ogni occupato per finanziare 1. e 3. / Pil pro-capite	25,07%	25,97%	26,03%	26,03%	27,21%	29,37%
Carico su ogni attivo per finanziare 1., 2. e 3. / Pil pro-capite	55,51%	56,40%	56,67%	56,67%	59,78%	63,56%
Carico su ogni occupato per finanziare 1., 2. e 3. / Pil pro-capite	60,96%	61,58%	61,39%	61,39%	64,41%	68,27%
var vs. 2010		0,95%	1,19%	1,19%	2,42%	4,51%
		0,90%	0,96%	0,96%	2,14%	4,30%
		0,89%	1,15%	1,15%	4,26%	8,04%
		0,62%	0,43%	0,43%	3,45%	7,31%

fonte: elaborazioni Ncs

Tavola 4 – GERMANIA (dati economici del Pds e demografia Eurostat)

	%Pil	2010	2015	2020	2025	2030	2060
1. Spesa sanitaria pubblica (Statutory health insurance)		8,0		8,6		9,0	9,4
2. Spesa pensionistica pubblica		10,8		10,9		12,0	13,4
3. Altra spesa pubblica per lungodegenti		1,4		1,7		2,0	3,1
1. var Pds 2013 / Pds 2012		0,6		0,5		0,5	0,2
2. var Pds 2013 / Pds 2012		0,4		0,4		0,5	0,6
3. var Pds 2013 / Pds 2012		0,5		0,5		0,2	0,7
Pil (Euro/milioni)		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)		30.537,21	33.080,76	35.278,80	37.223,43	38.908,84	57.073,45
Popolazione 20-64 anni		49.560.809	49.233.178	47.837.086	45.797.923	42.856.845	33.400.637
Attivi di 20-64 anni		39.946.012	40.272.740	39.322.085	37.645.893	35.399.754	27.789.330
Occupati di 20-64 anni		37.121.046	37.811.081	36.930.230	35.355.997	33.256.912	26.119.298
Carico del PayGo							
Carico su ogni attivo per finanziare 1. e 3. (Euro)		5.874,00		7.401,81		9.415,00	17.036,23
Carico su ogni occupato per finanziare 1. e 3. (Euro)		6.321,02		7.881,20		10.021,64	18.125,50
Carico su ogni attivo per finanziare 1., 2. e 3. (Euro)		12.622,85		15.234,79		19.685,91	35.299,07
Carico su ogni occupato per finanziare 1., 2. e 3. (Euro)		13.583,46		16.221,50		20.954,33	37.556,04
Carico su ogni attivo per finanziare 1. e 3. / Pil pro-capite		19,24%		20,98%		24,20%	29,85%
Carico su ogni occupato per finanziare 1. e 3. / Pil pro-capite		20,70%		22,34%		25,76%	31,76%
Carico su ogni attivo per finanziare 1., 2. e 3. / Pil pro-capite		41,34%		43,18%		50,59%	61,85%
Carico su ogni occupato per finanziare 1., 2. e 3. / Pil pro-capite		44,48%		45,98%		53,85%	65,80%
		var vs. 2010		1,75%		4,96%	10,61%
				1,64%		5,06%	11,06%
				1,85%		9,26%	20,51%
				1,50%		9,37%	21,32%

fonte: elaborazioni Ncs

Tavola 5 – SPAGNA (dati economici del Pds e demografia Eurostat)

	%Pil	2010	2015	2020	2025	2030	2060
1. Spesa sanitaria pubblica (Gasto en sanidad)		6,5		6,5		7,0	7,8
2. Spesa pensionistica pubblica		10,1		10,6		10,6	13,7
3. Altra spesa pubblica per lungodegenti (Cuididos larga duracion)		0,8		0,9		0,9	1,5
1. var Pds 2013 / Pds 2012		0,0		0,0		0,0	0,0
2. var Pds 2013 / Pds 2012		0,0		0,0		0,0	0,0
3. var Pds 2013 / Pds 2012		0,0		0,0		0,0	0,0
Pil (Euro/milioni)		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)		22.807,25	22.259,09	23.925,57	26.274,57	28.803,80	41.644,87
Popolazione 20-64 anni		29.130.991	29.055.780	29.215.008	29.468.460	29.534.119	26.700.202
Attivi di 20-64 anni		22.634.780	23.215.568	23.781.017	24.193.606	24.395.182	22.161.168
Occupati di 20-64 anni		18.236.000	18.770.034	19.836.990	21.276.228	22.298.260	20.612.556
Carico del PayGo							
Carico su ogni attivo per finanziare 1. e 3. (Euro)		3.382,78		3.570,69		4.660,21	9.136,54
Carico su ogni occupato per finanziare 1. e 3. (Euro)		4.198,75		4.280,62		5.098,45	9.822,96
Carico su ogni attivo per finanziare 1., 2. e 3. (Euro)		8.063,06		8.685,47		10.913,14	22.595,74
Carico su ogni occupato per finanziare 1., 2. e 3. (Euro)		10.007,99		10.412,33		11.939,41	24.293,35
Carico su ogni attivo per finanziare 1. e 3. / Pil pro-capite		14,83%		14,92%		16,18%	21,94%
Carico su ogni occupato per finanziare 1. e 3. / Pil pro-capite		18,41%		17,89%		17,70%	23,59%
Carico su ogni attivo per finanziare 1., 2. e 3. / Pil pro-capite		35,35%		36,30%		37,89%	54,26%
Carico su ogni occupato per finanziare 1., 2. e 3. / Pil pro-capite		43,88%		43,52%		41,45%	58,33%
		var vs. 2010		0,09%		1,35%	7,11%
				-0,52%		-0,71%	5,18%
				0,95%		2,53%	18,91%
				-0,36%		-2,43%	14,45%

fonte: elaborazioni Ncs

Tavola 6 – REGNO UNITO (dati economici del Pds e demografia Eurostat)

%PIL	2010	2015	2020	2025	2030	2060
1. Spesa sanitaria pubblica	8,1		7,1		7,7	9,1
2. Spesa pensionistica pubblica	9,0		8,4		9,0	10,8
3. Altra spesa pubblica per lungodegenti	1,3		1,2		1,5	2,0
1. var Pds 2013 / Pds 2012	-0,1		-0,5		-0,7	-0,7
2. var Pds 2013 / Pds 2012	3,3		3,2		3,0	2,9
3. var Pds 2013 / Pds 2012	0,0		0,0		0,0	0,0
Pil (Pound/milioni)	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 (Pound)	23.651,27	24.152,57	25.879,70	27.631,50	29.555,01	45.653,98
Popolazione 20-64 anni	37.073.049	37.685.311	38.304.199	38.502.509	38.604.742	41.494.204
Attivi di 20-64 anni	29.287.709	30.072.878	30.605.055	30.763.505	30.883.794	33.485.823
Occupati di 20-64 anni	27.248.691	28.037.871	28.766.453	29.107.897	29.339.604	31.867.549
Carico del PayGo						
Carico su ogni attivo per finanziare 1. e 3. (Pound)	4.707,01		4.652,72		6.181,20	11.944,19
Carico su ogni occupato per finanziare 1. e 3. (Pound)	5.059,23		4.950,10		6.506,53	12.550,73
Carico su ogni attivo per finanziare 1., 2. e 3. (Pound)	9.213,72		9.361,50		12.228,03	23.565,57
Carico su ogni occupato per finanziare 1., 2. e 3. (Pound)	9.903,18		9.959,84		12.871,61	24.762,26
Carico su ogni attivo per finanziare 1. e 3. / Pil pro-capite	19,90%		17,98%		20,91%	26,16%
Carico su ogni occupato per finanziare 1. e 3. / Pil pro-capite	21,39%		19,13%		22,01%	27,49%
Carico su ogni attivo per finanziare 1., 2. e 3. / Pil pro-capite	38,96%		36,17%		41,37%	51,62%
Carico su ogni occupato per finanziare 1., 2. e 3. / Pil pro-capite	41,87%		38,49%		43,55%	54,24%
var vs. 2010			-1,92%		1,01%	6,26%
			-2,26%		0,62%	6,10%
			-2,78%		2,42%	12,66%
			-3,39%		1,68%	12,37%

fonte: elaborazioni Ncs

Tavola 7 – LITUANIA (dati economici del Pds e demografia Eurostat)

%PIL	2010	2015	2020	2025	2030	2060
1. Spesa sanitaria pubblica	3,8		3,5		3,3	3,2
2. Spesa pensionistica pubblica	8,6		6,3		7,0	9,6
3. Altra spesa pubblica per lungodegenti	1,1		0,9		1,0	2,0
1. var Pds 2013 / Pds 2012	0,0		0,2		0,2	0,1
2. var Pds 2013 / Pds 2012	0,0		-0,7		-0,8	-1,7
3. var Pds 2013 / Pds 2012	0,0		0,0		0,0	0,0
Pil (Litas/milioni)	95.323		131.014		153.835	222.633
Popolazione	3.329.039		3.179.986		3.043.919	2.676.297
Pil pro-capite (Litas)	28.633,85		41.199,59		51.201,99	83.187,00
Popolazione 20-64 anni	2.054.264		1.957.576		1.731.511	1.338.222
Attivi di 20-64 anni	1.608.489		1.550.400		1.381.746	1.069.239
Occupati di 20-64 anni	1.322.178		1.291.483		1.262.916	991.183
Carico del PayGo						
Carico su ogni attivo per finanziare 1. e 3. (Litas)	2.903,86		3.718,15		4.787,35	10.827,25
Carico su ogni occupato per finanziare 1. e 3. (Litas)	3.532,68		4.463,56		5.237,80	11.679,90
Carico su ogni attivo per finanziare 1., 2. e 3. (Litas)	8.000,43		9.041,86		12.580,72	30.816,01
Carico su ogni occupato per finanziare 1., 2. e 3. (Pound)	9.732,88		10.854,57		13.764,46	33.242,79
Carico su ogni attivo per finanziare 1. e 3. / Pil pro-capite	10,14%		9,02%		9,35%	13,02%
Carico su ogni occupato per finanziare 1. e 3. / Pil pro-capite	12,34%		10,83%		10,23%	14,04%
Carico su ogni attivo per finanziare 1., 2. e 3. / Pil pro-capite	27,94%		21,95%		24,57%	37,04%
Carico su ogni occupato per finanziare 1., 2. e 3. / Pil pro-capite	33,99%		26,35%		26,88%	39,96%
var vs. 2010			-1,12%		-0,79%	2,87%
			-1,50%		-2,11%	1,70%
			-5,99%		-3,37%	9,10%
			-7,64%		-7,11%	5,97%

fonte: elaborazioni Ncs

Le Tavole 1-6 riguardano Paesi di prima industrializzazione, storici fondatori dell'Ue. Adesso che l'Unione si sta sempre più allargando verso Est, inglobando Paesi che si sono avviati all'economia di mercato e allo sviluppo industriale solo dopo gli anni Novanta, è utile capire quali saranno le prospettive a medio-lungo termine dei new enter, anche perché la sostenibilità del loro welfare system si riverbererà sulla dinamica e sulla tenuta dell'intera Unione.

Le proiezioni demografiche (Eurostat e nazionali) mettono in evidenza uno sfasamento temporale ampio, con i Paesi dell'Est che sembrano collocarsi all'inizio della transizione demografica in cui l'Europa Occidentale si trovava negli anni Cinquanta e Sessanta. Questo si traduce in carichi da pay-as-you-go sugli attivi e sugli occupati significativamente inferiori, come si evince dall'esempio della Lituania in Tavola 7. Tuttavia, pur con livelli inferiori alla media dei Partner occidentali sia nel 2010 che nel 2060, l'incremento del carico del pay-as-you-go sarà significativo anche per i Paesi dell'Est, nell'ordine di una decina di punti percentuali. Questa dinamica suggerisce di non sottovalutare il problema e di non posticiparne la soluzione, facendo tesoro dei ritardi e degli errori compiuti dai Partner occidentali.

In Lituania, per continuare con l'esempio, ogni attivo contribuisce al finanziamento delle prestazioni sanitarie acute e per assistenza ai non autosufficienti con risorse annue pari a poco più del 10% del Pil pro-capite. Questa proporzione è destinata a crescere sino al 13% nel 2060. Ogni occupato oggi sostiene il finanziamento della sanità con risorse pari a circa il 12,3% del Pil pro-capite, destinato ad aumentare mano a mano sino a superare il 14% nel 2060. Se si aggiunge anche la voce di spesa pensionistica, il peso su ogni attivo passa dall'odierno 28% a oltre il 37% nel 2060 (+9 p.p. circa), mentre il peso su ogni occupato da circa il 34% a poco meno del 40 (+6 p.p. circa).

Le stesse elaborazioni possono essere prodotte per gli altri Paesi dell'Europa dell'Est, con identica evidenza.

3. Il PayGo pubblico e privato: davvero diversi?

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 distorsivo 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 beveridgiani 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.

3.5 Il peso del finanziamento negli Stati Uniti

Una conferma che le criticità del pay-as-you-go non sono circoscritte al sistema pubblico, ma coinvolgono anche il pooling assicurativo, giunge dall'analisi delle proiezioni a medio-lungo termine degli Stati Uniti, riportati alla Tavola 8. I dati sono di fonte Congress Budget Office e Census Bureau Population Division, e coprono:

- la spesa pubblica sanitaria di base per i programmi Medicare, Medicaid e CHIP (l'assistenza ai minori);
- la spesa sanitaria pubblica totale;
- la spesa sanitaria pubblica e privata;
- la spesa pensionistica pubblica.

Soltanto per l'assistenza sanitaria di base e per le pensioni le proiezioni si spingono sino al 2060. Per le altre due voci l'orizzonte disponibile è quello a medio termine del 2020. Nel complesso, le quattro voci riportate nella tavola completano il quadro del carico che attivi/occupati devono sostenere per finanziare, via pay-as-you-go e pooling assicurativo, l'erogazione delle prestazioni sanitarie e pensionistiche⁵. Per tutte le grandezze (spesa, demografia e Pil) si selezionano gli scenari "centrali"⁶.

L'analisi delle proiezioni può essere scomposta in tre blocchi: il primo relativo alla spesa pubblica per assistenza sanitaria di base e pensioni; il secondo relativo alla spesa sanitaria pubblica complessiva e alle pensioni; il terzo relativo alla spesa sanitaria complessiva pubblica e privata e alle pensioni. Si tratta, come si evince facilmente dalla tavola, di tre blocchi di perimetro crescente, in cui il blocco successivo ingloba il precedente e vi aggiunge ulteriori voci di spesa.

⁵ Il finanziamento delle pensioni private si basa prevalentemente sull'accumulazione reale del risparmio, e per questa ragione non sono prese in considerazione.

⁶ Tutte le elaborazioni sono disponibili facendone richiesta all'autore (info@reforming.it).

Tavola 8 - STATI UNITI (dati economici del Congress Budget Office e demografia Bureau of Census)

% PII	2010	2015	2020	2025	2030	2060
1. Medicare, Medicaid, CHIP (i.e. assistenza sanitaria di base)	5,6	5,9	6,7	7,5	8,4	13,3
2. Spesa pensionistica pubblica	4,6	4,8	4,9	4,9	4,9	4,7
3. Spesa sanitaria pubblica complessiva di cui: contributi per coperture assicurative per i dipendenti pubblici	8,0	9,4	11,3			
4. Spesa sanitaria totale, pubblica e privata	1,2	1,2	1,4			
PII (\$/milioni)	17,9	18,2	19,2			
Popolazione	14.526.000	17.100.000	19.500.000	21.700.000	24.000.000	45.900.000
PII pro-capite (\$)	308.700.000	321.362.000	333.898.000	346.408.000		409.871.000
Popolazione 20-64 anni	47.055,39	53.211,02	58.401,07	62.642,90	66.951,02	111.986,45
Attivi di 20-64 anni	183.244.320	190.746.000	193.392.000	194.632.000		225.126.000
Occupati di 20-64 anni	145.129.501	150.995.408	153.006.494	154.440.954		179.155.271
Carico del PayGo - Assistenza sanitaria di base e Pensioni [blocco primo]	131.487.328	142.992.652	145.050.156	146.410.024		170.197.507
Carico su ogni attivo per finanziare 1. (\$)	5.605,04	6.681,66	8.538,85	10.538,01	12.869,94	34.074,91
Carico su ogni occupato per finanziare 1. (\$)	6.186,57	7.055,61	9.007,23	11.116,04	13.547,30	35.868,33
Carico su ogni attivo per finanziare 1. e 2. (\$)	10.209,17	12.117,59	14.783,69	17.422,84	20.377,40	46.116,42
Carico su ogni occupato per finanziare 1. e 2. (\$)	11.268,40	12.795,76	15.594,61	18.378,52	21.449,90	48.543,60
Carico su ogni attivo per finanziare 1. / PII pro-capite	11,91%	12,56%	14,62%	16,82%	19,22%	30,43%
Carico su ogni occupato per finanziare 1. / PII pro-capite	13,15%	13,26%	15,42%	17,75%	20,23%	32,03%
Carico su ogni attivo per finanziare 1. e 2. / PII pro-capite	21,70%	22,77%	25,31%	27,81%	30,44%	41,18%
Carico su ogni occupato per finanziare 1. e 2. / PII pro-capite	23,95%	24,05%	26,70%	29,34%	32,04%	43,35%
var vs. 2010		0,65%	2,71%	4,91%	7,31%	18,52%
		0,11%	2,28%	4,60%	7,09%	18,88%
		1,08%	3,62%	6,12%	8,74%	19,48%
		0,10%	2,76%	5,39%	8,09%	19,40%

Fonte: elaborazioni Ncs su Congress Budget Office e Census Bureau – Population Division <continua>

Tavola 8 - STATI UNITI (dati economici del Congress Budget Office e demografia Bureau of Census)

	2010	2015	2020	2025	2030	2060
Carico del PayGo - Assistenza sanitaria pubblica e Pensioni [blocco secondo]						
Carico su ogni attivo per finanziare 3. (\$)	8.007,19	10.645,36	14.401,35			
Carico su ogni occupato per finanziare 3. (\$)	8.837,96	11.241,14	15.191,30			
Carico su ogni attivo per finanziare 2. e 3. (\$)	12.611,33	16.081,28	20.646,18			
Carico su ogni occupato per finanziare 2. e 3. (\$)	13.919,79	16.981,29	21.778,67			
Carico su ogni attivo per finanziare 3. / PII pro-capite	17,02%	20,01%	24,66%			
Carico su ogni occupato per finanziare 3. / PII pro-capite	18,78%	21,13%	26,01%			
Carico su ogni attivo per finanziare 2. e 3. / PII pro-capite	26,80%	30,22%	35,35%			
Carico su ogni occupato per finanziare 2. e 3. / PII pro-capite	29,58%	31,91%	37,29%			
var vs. 2010		2,99%	7,64%			
		2,34%	7,23%			
		3,42%	8,55%			
		2,33%	7,71%			
Carico del PayGo - Assistenza sanitaria totale (pubblica e privata) e Pensioni [blocco terzo]						
Carico su ogni attivo per finanziare 4. (\$)	17.916,10	20.611,22	24.469,55			
Carico su ogni occupato per finanziare 4. (\$)	19.774,94	21.764,75	25.811,76			
Carico su ogni attivo per finanziare 2. e 4. (\$)	22.520,23	26.047,15	30.714,38			
Carico su ogni occupato per finanziare 2. e 4. (\$)	24.856,77	27.504,91	32.399,14			
Carico su ogni attivo per finanziare 4. / PII pro-capite	38,07%	38,73%	41,90%			
Carico su ogni occupato per finanziare 4. / PII pro-capite	42,02%	40,90%	44,20%			
Carico su ogni attivo per finanziare 2. e 4. / PII pro-capite	47,86%	48,95%	52,59%			
Carico su ogni occupato per finanziare 2. e 4. / PII pro-capite	52,82%	51,69%	55,48%			
var vs. 2010		0,66%	3,82%			
		-1,12%	2,17%			
		1,09%	4,73%			
		-1,13%	2,65%			

Fonte: elaborazioni Ncs su Congress Budget Office e Census Bureau – Population Division

Considerato che la spesa pubblica per pensioni conta il 4,6% del Pil nel 2010 e non supera mai il 5% del Pil lungo tutto l'orizzonte temporale, il primo blocco può riferirsi all'assistenza di base, quella che in Italia definiremmo Lea o Lep. Ogni attivo contribuisce al finanziamento delle prestazioni sanitarie di base con risorse annue pari a circa l'11% del Pil pro-capite. Questa proporzione è destinata a crescere sino al 30,5% nel 2060. Il carico su ogni occupato è pari a oltre il 13% del Pil pro-capite, destinato ad aumentare mano a mano sino a superare il 32% nel 2060. Se si aggiunge anche la voce di spesa pensionistica, il peso su ogni attivo passa dall'odierno 21,7% a oltre il 41,1% nel 2060 (+20 p.p. circa), mentre il peso su ogni occupato da circa il 24% a oltre il 43 (+19 p.p. circa). Rispetto all'Europa, il peso dell'assistenza di base parte da livelli più bassi ma, in prospettiva, sperimenterà trend acuti, paragonabili a quelli più intensi in Europa registrabili per la Germania.

Se, invece dell'assistenza sanitaria di base, si prende in considerazione il complesso della sanità pubblica (secondo blocco in Tavola 8), il carico per attivo e per occupato ovviamente aumenta, ma non solo nei primi anni e nei livelli. Il pur ristretto orizzonte di proiezione disponibile per questo aggregato di spesa permette di dire che aumenta anche il trend: gli incrementi di pressione tra il 2010 e il 2020 raddoppiano o più che raddoppiano nel passaggio dal primo al secondo blocco, come conseguenza di una più rapida dinamica impressa dalla spesa sanitaria classificabile come non di base (non Lea/Lep).

Ogni attivo contribuisce al finanziamento delle prestazioni sanitarie pubbliche complessive con risorse annue pari a circa il 17% del Pil pro-capite. Questa proporzione è destinata a crescere sino al 26,6% nel 2020. Il carico su ogni occupato è pari a quasi il 19% del Pil pro-capite, destinato ad aumentare mano a mano sino a superare il 26% nel 2020. Se si aggiunge anche la voce di spesa pensionistica, il peso su ogni attivo passa dall'odierno 26,8% a oltre il 35,3% nel 2020 (+9 p.p. circa in 10 anni), mentre il peso su ogni occupato da circa il 29,6% a circa il 37,3 (+8 p.p. circa). I livelli di partenza sono inferiori a quelli dei Paesi dell'Europa occidentale, ma la dinamica appare subito intensa e guidata quasi interamente dalla sanità.

Se, infine, si passa al terzo blocco e la spesa sanitaria presa in considerazione è quella complessiva pubblica e privata, il carico su attivi/occupati diviene ancora più alto, posizionandosi da subito su livelli molto simili a quelli europei. La differenza riscontrabile consiste in livelli un po' più bassi per gli Stati Uniti nell'immediato, a fronte di trend che appaiono un po' più intensi e che, prolungati sino al 2060, produrrebbero livelli prospettici superiori negli Stati Uniti rispetto all'Europa.

Ne emerge una considerazione chiara: la pressione su attivi e occupati ha gli stessi ordini di grandezza dappertutto e si pone, in altri termini, come un problema non europeo ma "transatlantico". Una sfida per tutti i Paesi occidentali industrializzati.

Quest'ultima evidenza è, oltre che nuova nel dibattito sul welfare, anche interessante per il confronto Europa vs. Stati Uniti. La letteratura teorica e empirica ha sinora sottolineato come il diverso livello di impegno di risorse pubbliche a fini welfaristi, apparentemente più alto in Europa, finisca per equivalersi una volta tenute in conto le agevolazioni fiscali (deduzioni e detrazioni) al welfare privato. Il risultato mostrato in questo capitolo aggiunge una similitudine "transatlantica" in più, anche più forte della prima se si vuole, visto che mette in luce una criticità strutturale comune, laddove la prima similitudine lasciava spazio a valutazioni positive su quale fosse la combinazione migliore per canalizzare risorse pubbliche a fini welfaristi (se la spesa diretta o l'incentivo fiscale alla spesa privata).

I dati appena mostrati potrebbero diventare ancora più esplicativi e rappresentativi dell'importanza e dell'urgenza di questa sfida comune a Italia, Europa, Us se, in luogo delle proiezioni di spesa incentrate sulla demografia e sull'invecchiamento della popolazione (quelli dei PdS), le elaborazioni del carico di pay-as-you-go fossero svolte a partire dalle proiezioni che inglobano anche altri fattori di probabile crescita della spesa, e tra questi l'innovazione tecnologica e l'aumento della domanda di prestazioni a tassi anche superiori a quelli di crescita del Pil pro-capite o del Pil per lavoratore occupato.

Solo per avere una intuizione di quali sproporzioni emergerebbero se l'organizzazione del finanziamento della spesa restasse la stessa, si possono confrontare le proiezioni a medio-lungo periodo delle Tavole 1-8 con quelle della Tavola 9, tratta dai lavori dell'Ocse. Nello scenario "cost-pressure", le proiezioni Ocse incorporano tutte le principali variabili che nel medio-lungo periodo possono avere impatto sulla dinamica della spesa sanitaria acuta e per le lungodegenze. Si prefigurano potenziali di aumento che farebbero raddoppiare o più che raddoppiare l'incidenza sul Pil. Ancora una volta, questi trend si realizzano dappertutto, in Europa e in Us, senza distinzione di sistemi a prevalenza pubblica o privata, affidati a pay-as-you-go pubblico o a coperture assicurative private, con radici bismarkiane o Beveridgeane⁷.

Tavola 9 - Proiezioni di spesa sanitaria acuta e di lungodegenza, % Pil

% Pil	Spesa sanitaria acuta			Spesa di assistenza lungodegenti			Spesa sanitaria complessiva		
	media 2006-2010	2060		media 2006-2010	2060		media 2006-2010	2060	
		cost-pressure	cost-containment		cost-pressure	cost-containment		cost-pressure	cost-containment
Belgio	5,8	11,6	7,7	1,7	3,0	2,5	7,5	14,6	10,2
Canada	5,8	12,2	8,3	1,2	2,5	1,9	7,1	14,6	10,2
Danimarca	6,3	12,2	8,3	2,2	3,3	2,8	8,5	15,4	11,1
Finlandia	5,2	11,2	7,3	0,8	1,8	1,3	6,0	13,0	8,6
Francia	7,4	13,5	9,6	1,1	2,1	1,7	8,5	15,5	11,3
Germania	7,3	13,5	9,6	0,9	2,1	1,6	8,2	15,5	11,2
Grecia	5,4	11,8	7,9	0,5	1,9	1,5	5,9	13,7	9,3
Irlanda	5,5	11,9	8,0	0,4	1,3	1,1	5,9	13,3	9,1
Italia	6,1	12,6	8,7	0,7	1,9	1,5	6,9	14,5	10,2
Giappone	6,1	12,5	8,6	0,7	2,0	1,4	6,8	14,5	10,0
Olanda	6,4	12,7	8,8	2,3	3,7	3,1	8,7	16,4	12,0
Norvegia	5,1	11,2	7,3	2,1	3,1	2,7	7,2	14,3	10,0
Polonia	4,1	10,5	6,7	0,4	2,2	1,4	4,5	12,7	8,0
Portogallo	6,5	13,0	9,1	0,1	1,4	0,9	6,6	14,3	9,9
Spagna	5,6	12,3	8,5	0,5	2,0	1,6	6,1	14,3	10,0
Svezia	6,6	12,4	8,6	0,7	1,6	1,1	7,2	14,0	9,7
Regno Unito	6,5	12,4	8,5	0,9	1,8	1,4	7,4	14,2	9,9
Us	7,1	13,2	9,3	0,6	1,3	1,0	7,6	14,5	10,3

fonte: elaborazioni Ncs su C. de la Maisonneuve e J. Oliveira Martins (2013)

4. Quale modello per il futuro?

Se sistemi così diversi, pubblici e privati, prestano il fianco agli scenari di crescita della spesa welfare (la sanità in particolar modo) e del carico su attivi/occupati, esiste una soluzione percorribile, o siamo di fronte cadute inesorabili? 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

⁷ Un'altra utile prospettiva di analisi è quella di correggere i valori del carico del pay-as-you-go su attivi/occupati per tener conto dei diversi livelli di produttività del lavoro, esprimendo tutti gli attivi/occupati in unità produttivo-equivalenti. Alcune elaborazioni sono liberamente disponibili su www.reforming.it.

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 (una riflessione di policy già avviata da tempo); dall'altra parte, in Europa sta lentamente maturando il processo opposto, con le difficoltà dei sistemi pubblici beveridgiani e bismarckiani che richiamano l'esigenza di rafforzare la copertura complementare privata.

In questa convergenza "transatlantica" verso un sistema sanitario multi-pilastro 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 trovasse 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 redistributive⁸) 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 disinvestimento⁹).

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 raf-

⁸ Alcuni obiettivi redistributivi possono essere perseguiti 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).

⁹ Esiste un rischio di overreliance sulla accumulazione reale che è speculare e simmetrico a quello di overreliance sulla ripartizione.

forzamento del canale di finanziamento ad accumulazione reale, è necessario vagliare a fondo le sinergie e le complementarità con i fondi pensione, anche gettando da subito le basi di una cornice regolamentare condivisa e, progressivamente nel tempo, coordinata a livello internazionale.

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 Beveridgeana, 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.

Per rispondere alla domanda "Quale modello per il futuro?" è necessario interrogarsi sulla nostra capacità di creare e regolare il "giusto dosaggio" di ripartizione e accumulazione reale. È alla nostra portata? Ne saremo capaci?

5. La proposta del Fondo Welfare

Da questo "giusto dosaggio" delle modalità di finanziamento dipenderà anche la possibilità di dare copertura finanziaria agli altri istituti di welfare a carattere redistributivo (famiglia, figli/minori, conciliazione vita-lavoro, accesso/mantenimento casa di abitazione, contrasto povertà, etc.), che non possono prescindere dalla copertura pubblica e dal finanziamento a ripartizione. Se la ripartizione sarà "monopolizzata" dalla sanità, in aggiunta al carico di finanziamento assorbito dalle pensioni, poco o nullo spazio rimarrà per dare copertura agli altri istituti di welfare e agli altri bisogni.

Sostenibilità finanziaria e sostenibilità sociale sono intrinsecamente connesse e passano per il crocevia di un multipillar che, nel mix di finanziamento, abbia una sufficiente quota di accumulazione reale delle risorse. Se sul piano logico progettuale, del disegno architettonico, questa prospettiva si sta, pur lentamente e con difficoltà, affermando, le modalità concrete con cui il multipilastro vada edificato e mantenuto nel tempo necessitano ancora di approfondimento. I dati appena mostrati suggeriscono che il tema ha una valenza "transatlantica", anche se coinvolge Europa e Stati Uniti in maniera diversa (la ripartizione è soprattutto pubblica in Europa, mentre negli Stati Uniti prende soprattutto la forma di pooling assicurativo),

In Italia, il dibattito sui limiti del sistema pay-as-you-go si è sviluppato quasi esclusivamente con riguardo alle pensioni. Per le pensioni, anche se il pilastro privato mantiene ancora una dimensione ridotta e non si può certo dire che la fiscalità sia approdata a un assetto trasparente e consolidato, si è raggiunta una sufficiente consapevolezza del problema, ed esistono sia un corpo normativo di riferimento che un'autorità di sorveglianza (la Covip). Per la sanità, la strada è ancora lunga e coinvolge aspetti complessi, sul piano politico e tecnico, come la riorganizzazione federalista dello Stato, la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni (Lea/Lep), l'individuazione di benchmark per le quantità e i costi unitari delle stesse prestazioni. Eppure, la diversificazione multipilastro ha per la sanità un rilievo ancora più critico,

alla luce delle considerazioni svolte in precedente sulle proiezioni di spesa.

Nel medio-lungo termine le dinamiche della spesa sanitaria e pensionistica porranno due problematiche diverse: per le pensioni, se i tassi di occupazione non riassorbiranno i gap nei confronti dei Partner Ue, la vita lavorativa non si allungherà e il pilastro privato non riuscirà ad integrare a sufficienza, emergerà una questione di sostenibilità sociale (adeguatezza degli importi con il criterio di calcolo contributivo nozionale a regime); per la sanità si porrà, in maniera drastica, un vero e proprio problema finanziario, di pressioni insostenibili sul bilancio pubblico.

Lo sviluppo del pilastro privato porterebbe con sé anche effetti positivi in termini di incentivo al lavoro, alla produttività e al prolungamento della vita attiva, dal momento che, sostenuti dalle agevolazioni fiscali, i risparmi del singolo aderente si accumulerebbero a suo esclusivo vantaggio, con garanzia di piena appropriabilità dei frutti. Da questo punto di vista, il pilastro privato rafforzerebbe le proprietà virtuose delle regole di calcolo contributive a capitalizzazione nozionale introdotte dalla riforma pensionistica "Dini" del 1995.

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). Questo tema riguarda soprattutto i fondi (pensione e sanitari), che di semplificazione, standardizzazione e massa critica fanno leve importanti nell'abbattimento dei costi. Con una maggiore convergenza tra finalità pensionistiche e finalità sanitarie e socio-sanitarie, si potrebbe mutuare direttamente l'assetto di base dei fondi pensione, completandolo e perfezionandolo. 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.

Per inciso, la normativa vigente già permetterebbe che il fondo pensione perseguisse finalità di natura sanitaria / socio-sanitaria attraverso la possibilità di smobilizzo di una percentuale prefissata del capitale in accumulazione e l'inserimento nel patrimonio del fondo di una polizza assicurativa sia per eventi acute che, in particolare, long-term care.

Dalla convergenza in un unico prodotto di finalità pensionistiche e sanitarie possono discendere diversi vantaggi. Li si ripercorre sinteticamente 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, "contendendosi", 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, 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 compartecipazioni ai costi dei Lea;

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. successivi punti 5-6-7)¹⁰;

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

¹⁰ 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 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.

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.

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.

Uno strumento nuovo, come quello qui proposto, necessita sicuramente di un disegno accurato e anche di uno sforzo innovativo da parte dei gestori finanziari e delle compagnie di assicurazione. Tuttavia, la convergenza tra fondi pensione e fondi sanitari può aprire potenzialità importanti nella riforma del finanziamento dei due maggiori capitoli di spesa del welfare. Potrebbe derivarne l'impulso decisivo allo sviluppo di un pilastro di finanziamento ad accumulazione reale, integrandolo con coperture assicurative per prestazioni non Lea che, per loro natura, non possono ricercare il finanziamento solo nei frutti degli investimenti sui mercati che si accumulano in conti individuali. 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 welfare system e del nostro sistema fiscale. 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.

I due argomenti - quello del "ridosaggio" ripartizione-accumulazione e quello del Fondo Welfare - meritano un serio approfondimento sia in sede tecnica che politica. E siccome si toccano cambiamenti strutturali comuni a tutti i Paesi ad economia e welfare sviluppati, sarebbe opportuno che il dibattito si svolgesse e si incanalasse ad un livello internazionale o quantomeno europeo, coinvolgendo da subito Ecofin, la Commissione Europea e l'Eiopa, la neocostituita Authority europea per le assicurazioni e i fondi pensione (<https://eiopa.europa.eu>)¹¹.

Conclusioni

Il finanziamento del welfare ha bisogno di un rinnovamento di concezione e di struttura, Così come lo osserviamo oggi, è il frutto di condizioni economiche e sociali che non esistono più. Insistere con gli assetti attuali, sia sul lato degli istituti di spesa che su quello del reperimento delle risorse, significa chiudersi in un cul-de-sac da cui sarà sempre più difficile riemergere. I numeri qui mostrati evidenziano che il problema non è solo italiano, e nemmeno soltanto europeo. Si ha di fronte una sfida di cambiamento che, trasversale a tutte le forme di ripartizione (pay-as-you-go pubblico, mutualità privata e pooling assicurativo), coinvolge anche gli Stati Uniti. Non è una competizione tra pubblico e privato, o tra modello europeo mediterraneo e modello continentale, o tra sistemi a radici europee e sistemi a radici americane.

Questo messaggio non vuole in alcun modo apparire carico di pessimismo

¹¹ In particolare, riuscire da subito a imprimere un coordinamento europeo in questa riforma di struttura dei welfare system può evitare di dover attraversare fasi complesse e costose di contrattazione e convergenza ex-post. Le caratteristiche del finanziamento del welfare system incidono, oltretutto, sulla mobilità dei lavoratori e dei fattori produttivi, ulteriore motivo che suggerisce di sforzarsi di ideare uno "veicolo" comune - il Fondo Welfare - che possa operare dappertutto all'interno dell'Unione e combaciarsi in maniera fruttuosa con tutti i sistemi Paese. Un modello di Fondo Welfare Europeo.

malthusiano, Non si sta sostenendo alcuna ineluttabile legge di decadimento. Sulla base di dati demografici ed economici e di elaborazioni su proiezioni ufficiali dei Paesi occidentali, si pongono in evidenza i termini di una sfida che può e deve essere raccolta. La prospettiva che si propone è positiva e soprattutto profondamente welfarista. Mettere in evidenza i punti deboli degli assetti attuali dei welfare system significa preoccuparsi del loro mantenimento e della loro continuità nel prossimo futuro. Significa aver chiara l'importanza del welfare system per l'equilibrio della società e dell'economia.

Se forse la prima parte dello scritto può sembrar soffrire di un po' di pessimismo malthusiano (quando si descrive il carico del pay-as-you-go e le sue tendenze alla crescita), la seconda parte sicuramente aggiunge diversi spunti per una visione costruttiva. Al centro di questi spunti c'è l'idea dei Fondi Welfare, che però non si esaurisce in sé ma funziona anche come raccordo per altre innovazioni di struttura, come la diversificazione degli istituti del welfare system (praticabile solo se si irrobustiscono le fonti di finanziamento), l'avvio di schemi di selettività nell'accesso alle prestazioni (con esenzioni e abbattimenti in base a reddito/patrimonio e condizioni sanitarie del singolo e/o della famiglia), la revisione sistemica e organica della fiscalità riservata agli istituti/strumenti di welfare.

Più la visione riesce ad essere ampia, tenendo assieme questi tasselli e curandone il raccordo all'interno del sistema economico-sociale, meglio ogni tassello riuscirà ad esprimere proprietà positive. Il Fondo Welfare va visto come il miglior alleato del pay-as-you-go pubblico per confermare, nei decenni a venire, la stessa adeguatezza di risorse su cui i welfare system hanno potuto contare per il loro sviluppo nel Novecento. Il dibattito sui Fondi Welfare potrebbe essere inserito in un processo di coordinamento aperto tra Partner europei (method of open coordination ¹²).

¹² Cfr.: <http://www.eurofound.europa.eu/areas/industrialrelations/dictionary/definitions/openmethodofcoordination.htm>.

Principali riferimenti

de la Maisonneuve C, , J, Oliveira Martins (2013), "Public Spending on Health and Long-term care: a new set of Projections",

<http://www.oecd.org/eco/growth/Health%20FINAL.pdf>

Ecofin (2012), Awg Projections on Age-related Expenditures, 2012

Ecofin (2012), The 2012 Ageing Report,

http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2012/pdf/ee-2012-2_en.pdf e

http://europa.eu/epc/working_groups/ageing_en.htm

Ecofin, Programmi di Stabilità, edizione 2013

Oecd, Health database, ultima versione disponibile

Oecd (2013), What future for Health Spending?,

<http://www.oecd.org/eco/growth/aaaaaawhatfuture.pdf>

Oecd(2006), Projecting OECD Health and Long-Term Care Expenditures: What Are the Main Drivers?, <http://dx.doi.org/10.1787/736341548748>

Reforming (2014), Finanziare il Welfare, volume disponibile su www.reforming.it

US Census Bureau, Public budgets projections database, ultima versione disponibile

World Health Organization, Health for All database, ultima versione disponibile