



La riforma del *welfare*

Dieci anni dopo la «Commissione Onofri»

Sostenibilità della spesa sanitaria, fondi pubblici a capitalizzazione, e schemi di *asset-based welfare*

di Edwin Morley-Fletcher¹

Le compatibilità macroeconomiche

Al di là dei molti omaggi verbali a una terminologia divenuta di uso corrente dopo la pubblicazione del cosiddetto Rapporto Brundtland², il tema della sostenibilità del *welfare* è uno di quelli che continua a suscitare reazioni imbarazzate, che oscillano – come spesso avviene – dal volerlo nella sostanza ignorare, volgendo lo sguardo altrove, al tentare di teorizzarne una pretesa irrilevanza.

Non fu quindi merito da poco, quello della “Commissione Onofri”, quando, facendosi carico dell’esplicita missione di sviluppare una “analisi delle compatibilità macroeconomiche della spesa sociale”, ruppe di fatto un tabù nel 1997, che ha poi ripreso a essere in buona misura tale negli anni successivi³.

Da allora nessuno sforzo di comparabile ampiezza è stato più compiuto in Italia, e sarebbe pertanto del tutto opportuno che venisse dato oggi impulso a un’analoga iniziativa. Rispetto a un compito di così

¹ Edwin Morley-Fletcher insegna Scienza dell’Amministrazione all’Università “La Sapienza” di Roma, ed è presidente di Lynkeus. Ha guidato i lavori del comitato “Mercato sociale” del Cnel fra il 1995 e il 2000.

Per il contributo apportato alla elaborazione delle presenti note ringrazia i collaboratori di Lynkeus, e in particolare William McFadden e Alessandro Sattanino.

² Dal nome della ex Primo Ministro norvegese che presiedette ai lavori che hanno condotto alla costituzione, nell’ambito del Comitato Economico e Sociale l’Onu, della “Commissione sullo sviluppo sostenibile”, in funzione dal 1992. Il Rapporto iniziale fu approvato dall’Assemblea generale dell’Onu nel dicembre 1987: United Nations World Commission on Environment and Development, *Our Common Future*, Oxford University Press, Oxford 1987.

³ Salvo qualche lodevole eccezione, fra cui, con riferimento all’ambito specifico di queste pagine, si segnala: V. Mapelli, *La sostenibilità della spesa sanitaria*, in: M.C. Guerra, A. Zanardi (a cura di), *La finanza pubblica italiana: rapporto 2004*, Il Mulino, Bologna 2004.

vasta portata, ben poco può peraltro essere fatto in questa sede. In coerenza con tale assunto, le considerazioni che seguono si propongono solo di offrire qualche spunto intorno al tema della sostenibilità del sistema sanitario, muovendo dalle conclusioni che, con l'adamantina onestà intellettuale che lo caratterizza, trae al riguardo, in questo volume, lo stesso principale protagonista della omonima Commissione.

“La stabilizzazione della spesa pensionistica – ha scritto Paolo Onofri – è il massimo che in questi anni si è potuto fare e, a maggior ragione, si potrà fare nei prossimi”, mentre non sembra che si sia avuta “la stessa capacità di fermare la crescita di medio periodo della spesa sanitaria in rapporto al Pil”⁴. La riforma Amato aveva compresso la spesa sanitaria “al 4,8 per cento del 1996, ma gli anni seguenti l'hanno vista di nuovo crescere fino al 6,4 per cento del 2006, mentre le valutazioni della Commissione indicavano una sua stabilizzazione poco sotto il 5 per cento. L'inseguimento provvedimenti-spesa è stato il copione degli ultimi 10 anni”⁵.

L'errore di valutazione della Commissione – ha rilevato Onofri – “fu molto probabilmente il risultato di una sottostima dell'evoluzione della domanda di servizi sanitari non solamente dal punto di vista dell'invecchiamento della popolazione, ma anche in considerazione del fatto che essa si è andata sempre più rivelando come un bene la cui domanda ha una elasticità al reddito superiore all'unità”⁶.

Preveggenza critica o “morbo della compatibilità”?

D'altra parte, già nel 1997 la Relazione finale dei lavori della Commissione aveva posto in guardia dalle “tendenze di lungo periodo che segnalano possibili situazioni di instabilità intrinseca dei sistemi di spesa sociale, oppure una loro palese incompatibilità prospettica con vincoli macroeconomici”, e dal rischio che nel corso del successivo ventennio si verificasse un'espansione della spesa per pensioni e per prestazioni sanitarie tale da determinare l'aumento di due punti percentuali del Pil, ai quali si sarebbero dovuti aggiungere altri 0,7 punti percentuali per il necessario adeguamento del sistema di ammortizzatori sociali. Un aumento tendenziale di 2,5/3 punti di Pil della spesa per la protezione sociale – concludeva la Relazione – “sarebbe decisamente incompatibile con il mantenimento dell'attuale pressione tributaria e contributiva, giudicata già politicamente insopportabile, economicamente disincentivante e penalizzante per quanto riguarda le capacità concorrenziali del nostro sistema economico”⁷.

Paolo Bosi, in questo stesso volume, ravvede “ombre e ambiguità” nel rapporto della Commissione Onofri, di cui la più evidente sarebbe connessa al titolo stesso che le era stato assegnato, e che costituiva, a suo dire, “un esempio del morbo della compatibilità” derivante dal mancato riconoscimento che uno sforzo di riforma significativo richieda comunque uno sforzo anche

⁴ P. Onofri, La “*Commissione per l'analisi delle compatibilità macroeconomiche della spesa sociale*”, in questo stesso volume.

⁵ Ibid.

⁶ Ibid.

⁷ P. Onofri, *Relazione finale*, Commissione per l'analisi delle compatibilità macroeconomiche della spesa sociale.

finanziario. Di qui – egli afferma – il necessario “sospetto che il radicalismo degli equilibri macroeconomici sia incompatibile con l’attuazione delle riforme”⁸.

A meno che, potremmo obiettare, non sia proprio a partire dalla constatazione dell’incompatibilità che è necessario prendere avvio per delineare riforme capaci realmente di far fronte alla situazione data; com’è per l’appunto avvenuto, sul terreno delle pensioni, con l’avvio nel ’95 della riforma Dini.

Andamento della spesa sanitaria e del Pil

In riferimento alla sostenibilità della spesa sanitaria, Marco Geddes da Filicaia richiama, in questo stesso volume, la tesi che essa non sia definibile a priori. E’ interessante il richiamo che egli fa in nota al dibattito svoltosi sul “Canadian Medical Association Journal”. In quella sede, una docente dell’Università di Saskatchewan, Janice MacKinnon, muovendo dalla tesi che sarebbe ingiusto che i giovani, già oberati dal debito pubblico accumulato dalla generazione dei genitori, debbano farsi carico anche di una pressione fiscale accresciuta per servizi sanitari sempre più costosi di cui fruiscono soprattutto le persone anziane, approdava alla conclusione che il problema della sostenibilità delle spese per la salute renda inevitabile procedere a mutamenti di sistema e del modo in cui la sanità è finanziata⁹. Alla MacKinnon ha poi risposto François Béland, dell’Università McGill di Montréal, contestando i dati attinenti alla spesa pubblica posti alla base sia delle affermazioni della collega, sia di un recente Rapporto Ménard del *Ministère de la Santé et des Services sociaux* del Quebec.¹⁰ Da ultimo è però intervenuto un medico ospedaliero di Toronto, Irfan Dhalla, il quale, pur presentando il grafico di cui alla figura 1, ha proposto di prendere atto di quello che definisce il *sustainability paradox*: non è importante quanto si spende per la sanità, purché non risulti ridotta, grazie alla crescita complessiva dell’economia, la capacità di acquisto degli altri beni richiesti dai cittadini.¹¹

Posizione, questa, che per un verso coincide con l’argomento sobriamente esposto da Onofri con il linguaggio dell’economista, quando fa cenno all’elasticità superiore all’unità, rispetto al reddito, della domanda per servizi attinenti alla salute¹², e che per altro verso non fa certo venir meno il problema delle compatibilità macroeconomiche.

E’ vero – come scrive Geddes – che si deve avere “consapevolezza del contributo che la ‘industria della salute’ nel suo insieme apporta al Prodotto interno lordo di un paese a economia avanzata”¹³, ma questo non toglie che nella misura in cui la sanità poggia sulla spesa pubblica, quest’ultima deve essere globalmente sostenibile dalle finanze dello Stato, e se la spesa per la sanità tende a crescere a un ritmo superiore a quello del Pil, e la pressione fiscale risulta già essere particolarmente elevata, diviene impossibile garantirne la copertura finanziaria poggiando esclusivamente sulla tassazione. Sarà allora

⁸ P. Bosi, *L’irresistibile attrazione dei trasferimenti monetari*.

⁹ J. MacKinnon, *The arithmetic of health care*, CMAJ, September 14, 2004; 171 (6)

¹⁰ François Béland, *Arithmetic failure and the myth of the unsustainability of universal health insurance*, CMAJ, July 3, 2007; 177 (1).

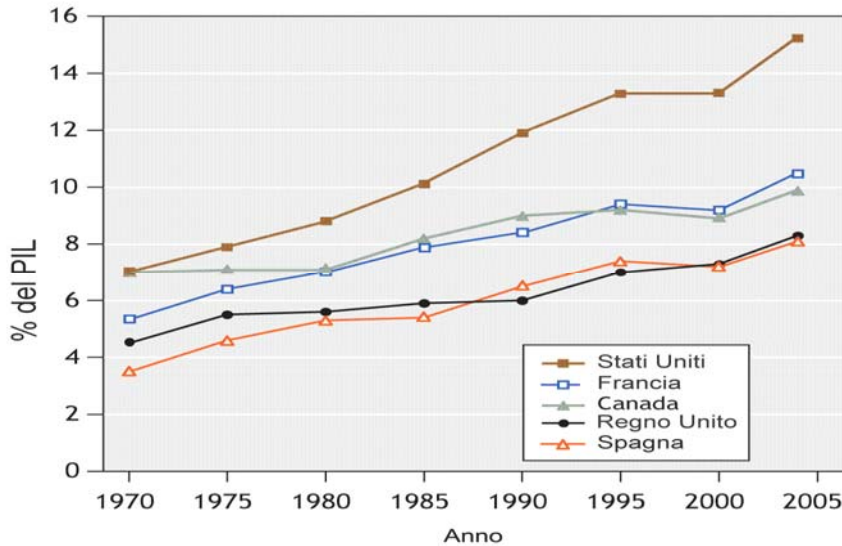
¹¹ I. Dhalla, *Canada’s health care system and the sustainability paradox*, CMAJ, July 3, 2007; 177(1).

¹² Ossia al fatto che la spesa sanitaria non solo cresce con il reddito, ma il suo incremento è più che proporzionale, tanto che dividendo la variazione della spesa per la variazione del Pil si ha un risultato superiore all’unità.

¹³ M. Geddes da Filicaia, *Il sistema sanitario: questioni aperte nel sistema sanitario e linee di intervento*.

necessario trovare il modo di ridurre tale ritmo di crescita, o di affiancare al finanziamento pubblico altre e più dinamiche fonti di sostegno finanziario.

Figura 1: Andamento della spesa sanitaria in rapporto al Pil in 5 paesi selezionati



Il co-payment

Com'è noto, per agire sul problema dal lato delle entrate la Commissione Onofri aveva proposto di far perno su di un accresciuto autofinanziamento delle Regioni. La Relazione finale evidenziava la previsione che queste ultime, per ampliare le entrate proprie al di là della quota capitolaria, potessero introdurre “compartecipazioni sul ricovero in regime ordinario e di *day-hospital*, all’interno di importi minimi e massimi fissati dal Ministero della Sanità” e “compartecipazioni sulle prestazioni aggiuntive erogate dalla medicina generale (visite domiciliari e assistenza domiciliare programmata)”¹⁴.

Il controverso, ma efficace strumento del *co-payment*, utilizzato in varia misura in molti paesi europei e negli Stati Uniti¹⁵ per contenere la spesa sanitaria, è stato riproposto recentemente da Fabio Pammolli e

¹⁴ P. Onofri, *Relazione finale*, cit.

¹⁵ F. Sassi, *Forme alternative di finanziamento della medicina generale*, in: F. Sassi (a cura di), *Gestione e finanziamento della medicina generale in Italia*, Fondazione Smith Kline, Il Mulino, Bologna 1997; M. Ferrera, M. Rhodes (eds.), *Recasting European Welfare States*, Cass, London and Portland 2000; R. Tamblyn, et al., *Adverse Events Associated with Prescription Drug Cost-Sharing among Poor and Elderly Persons*, “Journal of the American Medical Association”, 285 (4), January 2001; N. Pavcnik, *Do Pharmaceutical Prices Respond to Potential Patient Out-of-Pocket Expenses?*, “Rand Journal of Economics”, 33, 201002; J. Hudman, M. O’Malley, *Health Insurance Premiums and Cost-Sharing: Findings from the Research on Low-Income Populations*, Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, April 2003; R. Winkelmann, *Co-payments for prescription drugs and the demand for doctor visits - Evidence from a natural experiment*,

Nicola Salerno sulla base di una forte argomentazione di principio: “di fronte al possibile ‘fallimento sistemico’, la completa gratuità non è un obiettivo finale e non rimane neppure un valore, perché l’insostenibilità della spesa è destinata a travolgere anche (se non soprattutto) le funzioni redistributive ed equitative dell’universalismo sanitario”¹⁶.

In questo stesso volume, tuttavia, Francesco Taroni afferma drasticamente che “la letteratura scientifica (non senza sporadici oppositori) ha da tempo collocato la compartecipazione alla spesa fra gli ‘zombie, idee intellettualmente defunte che non trovano pace nella sepoltura che meritano’”¹⁷. Su tale abbrivio, Taroni liquida anche la prospettiva degli *Health Saving Accounts* come nuove strategie finalizzate a “indurre i pazienti a divenire aggressivi consumatori di servizi sanitari”, trascurandone le potenzialità, evidenziate da Steffan Fölster e da altri¹⁸, di ovviare al limite più grave della compartecipazione al costo, grazie alla possibilità concettualmente propria dello strumento dei “conti personali di *welfare*” (di cui gli *Health Saving Accounts* rappresentano una possibile variante), di disporre di una capacità di pagamento anche quando il saldo è nullo o negativo.

Incentivi, governance, tecnologie

Non è mia intenzione approfondire qui tale *querelle*. In ogni caso, quale che possa essere l’apporto derivante da un ricorso più o meno esteso alla compartecipazione della spesa in ambito sanitario, può essere qui sufficiente rinviare alla valutazione d’assieme che dà oggi conclusivamente lo stesso Onofri: “da una permanente azione di efficientamento e risparmio” ci si può realisticamente attendere solo “un rallentamento della crescita del peso della spesa sanitaria pubblica sul Pil, ma difficilmente una sua stabilizzazione”¹⁹.

“Health Economics”, 13, 2004; E. Silverman, *Copayments: Too Much, Yet Not Enough?*, “Biotechnology Healthcare”, April 2006; B. Augurzky, T.K. Bauer, S. Schaffner, *Copayments in the German Health System - Do They Work?*, RWI, Discussion Paper No. 43, August 2006; J. Gruber, *The Role of Consumer Copayments for Health Care: Lessons from the RAND Health Insurance Experiment and Beyond*, Kaiser Family Foundation, Massachusetts Institute of Technology, National Bureau of Economic Research, October 2006; D. Esposito, *Copayments And The Demand For Prescription Drugs*, *Routledge International Studies in Health Economics*, New York 2006; M.E. Chernew, A.B. Rosen, A.M. Fendrick, Value-Based Insurance Design, “Health Affairs”, January, 2007; Jean-Pierre de Raad, *Copayments, Utilisation and health outcomes: Summary of literature review*, NZIER, Wellington 2007.

¹⁶ F. Pammolli, N.C. Salerno, *Il copayment a difesa del sistema sanitario universale*, CERM, Nota 08/2006. Vedasi anche, degli stessi autori: *Il copayment coordinato Stato-Regioni e il principio di mutuo riconoscimento tra Regioni: Osservazioni e proposte “futuriste” tra politica ed economia della sanità*, CERM, Nota 11/2006.

¹⁷ F. Taroni, *Il sistema sanitario: per un bilancio delle politiche del decennio*. Il riferimento è qui ad alcuni autori nordamericani che a più riprese sono tornati a insistere su di un giudizio così liquidatorio: R.G. Evans, M.L. Barer, G.L. Stoddart, *User fees for health care: why a bad idea keeps coming back (or what’s health got to do with it?)*, “Canadian Journal on Aging”, 14 (2), 1995; M.L. Barer, R.G. Evans, C. Hertzman, M. Johri, *Lies, damned lies and health care zombies: discredited ideas that will not die*, Health policy Institute Discussion Paper No. 10, March 1998.

¹⁸ S. Fölster, L’assicurazione sociale basata sui conti di risparmio personal: una possibile strategia di riforma per i welfare state in crisi, in: M. Buti, D. Franco e L.R. Pench (a cura di), *Il welfare state in Europa: la sfida della riforma*, Il Mulino, Bologna 1999. Sia consentito rinviare anche a E. Morley-Fletcher, *Vouchers e conti personali di welfare*, in: A. Montebugnoli (a cura di), *Questioni di Welfare*, F. Angeli, Milano 2002.

¹⁹ P. Onofri, La “Commissione per l’analisi delle compatibilità macroeconomiche della spesa sociale”, cit.

Con tale riferimento al più generale concetto di “efficientamento e risparmio”, l’affermazione di Onofri consente anche di evitare di addentrarsi ora in un altro ben più sterminato dibattito: quello circa la struttura istituzionale che meglio può attivare gli incentivi per un’accresciuta efficienza del sistema sanitario²⁰.

Si tratta infatti di un tipo di riflessione nella quale, fra istanze programmatiche e/o di promozione di mercati o quasi-mercati, sembra sovente che si riviva in altre forme (ma con minore consapevolezza teorica) il dibattito sulle economie pianificate che da Barone²¹, a von Mises²², von Hayek²³, Lange²⁴, Lerner²⁵, ha condotto da un lato alle teorizzazioni del socialismo di mercato²⁶, e dall’altro alla dura diagnosi terminale di Janos Kornai²⁷ sull’intrinseca autoproduzione di scarsità (per correlata generazione di sprechi) connessa all’operare dei meccanismi di pianificazione.

Analogamente potrà anche evitarsi di discutere qui della corrente di nuovo ottimismo che ha preso corpo, anche in riferimento alle questioni della sanità, sulla base dell’aspirazione a importarvi riforme orientate al cosiddetto *New Public Management*: riforme, cioè, miranti a “reingegnerizzare” l’amministrazione complessiva della sanità sulla base di criteri gestionali, sperimentati da tempo con successo nel settore privato, che fanno perno contemporaneamente sull’autonomia e la concorrenza fra le aziende sanitarie e su di un netto potenziamento del ruolo degli utenti all’interno del servizio pubblico²⁸.

Esula parimente dall’ambito di questo mio contributo anche una riflessione sulle straordinarie potenzialità di accresciuta efficacia della cura della salute che sono connesse con le nuove tecnologie dell’informatica biomedica e della gestione elettronica dei dati sanitari, nonché sui risparmi che potrebbero rendersi in tal modo possibili, ma anche sui costi maggiori che risultano stimolati dal riproporsi in questa forma tecnologica del classico “paradosso della salute”, in base al quale il

²⁰ Una lettura stimolante è data, al riguardo, dal recente libro di Michael Porter dedicato alla sanità: M.E. Porter, E. Olmsted Teisberg, *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*, Harvard business School Press, Boston 2006. Si veda anche il documento per la *2007 Bipartisan Congressional Health Policy Conference*, predisposto da una commissione che si intitola “Commission on a high performance Health System”: K. Davis, C. Schoen, S. Guterman, T. Shih, S.C. Schoenbaum, H. Weinbaum, *Slowing the Growth of U.S. Health Care Expenditures: What are the Options?*, The Commonwealth Fund, New York 2007.

²¹ E. Barone, *Il ministro della produzione nello Stato collettivista*, “Giornale degli economisti”, settembre-ottobre 1908.

²² L.E. von Mises, *Die Gemeinwirtschaft: Untersuchungen über den Sozialismus*, Fischer, Jena 1922.

²³ F.A. Hayek (ed.), *Collectivist Economic Planning*, Routledge, London 1935, fino poi all’ultimo scritto: *The Fatal Conceit: The Errors of Socialism*, University of Chicago Press, Chicago 1988.

²⁴ O. Lange, *On the Economic theory of Socialism*, in: B.E. Lippincott (ed.), *On the Economic Theory of Socialism*, University of Minnesota Press, Minneapolis 1938; *The Computer and the Market*, in: C.H. Feinstein (ed.), *Capitalism, Socialism and Economic Growth*, Cambridge University Press, Cambridge 1967.

²⁵ A.P. Lerner, *The Economics of Control*, Macmillan, New York 1944.

²⁶ J. Le Grand, S. Elstrin, *Market Socialism*, Clarendon, Oxford 1989; P.K. Bardhan, J.E. Roemer, *Market Socialism: The Current Debate*, Oxford University Press, New York 1993.

²⁷ J. Kornai, *Economics of Shortage*, North-Holland, Amsterdam 1980.

²⁸ Caratterizzanti, in questo senso, due libri di una nota studiosa di Harvard, Regina Herzlinger: *Market-Driven Health Care: Who Wins, Who Loses in the Transformation of America’s Largest Service Industry*, Addison-Wesley, Reading (Mass.) 1997; *Consumer-Driven Health Care: Implications for Providers, Payers, and Policy-Makers*, Jossey-Bass, 2004.

progresso della medicina non riduce il numero delle persone da curare, ma lo accresce in misura proporzionale al successo scientifico riportato sulle malattie prima “incurabili”.

Potrà essere sufficiente, per i nostri fini argomentativi, limitarsi qui a due semplici accenni, rinviando poi a qualche ulteriore sviluppo in sede di conclusione.

Da un lato, meritano di essere riportate le risultanze di un’analisi prospettica svolta in Australia nel 2002, in base alla quale quasi due terzi della crescita inevitabile dei costi della sanità sarà dovuta al crescere della domanda di consumo di nuove tecnologie e modalità di cura, mentre il rimanente terzo dipenderà dal crescente invecchiamento della popolazione²⁹.

Dall’altro, va segnalato il singolare paragone, sviluppato in uno scritto molto recente, specificamente dedicato alla sostenibilità dei sistemi sanitari, nel quale viene sostenuta la tesi che ci si trova ad affrontare, per il XXI secolo, una sfida equivalente a quella malthusiana del XIX secolo. Lì in questione era la capacità dell’agricoltura di soddisfare una domanda crescente, con risorse e rendimenti agricoli che si ipotizzavano stabili o in via di diminuzione³⁰. Oggi – affermano questi autori - “dobbiamo mettere in conto che nella maggior parte delle nazioni i sistemi sanitari si saranno sostanzialmente trasformati entro il 2020, oppure avranno fallito”, e che per vincere questa sfida sarà determinante che la loro governance poggi sull’adeguata consapevolezza della necessità di perseguire la sostenibilità complessiva dell’intero sistema di cura della salute. Il che presuppone di tener sempre presente un vecchio adagio ingegneristico: “ciò che non si può misurare, non si può gestire”. E presuppone anche che si perseguano “efficienze ottimali realizzando l’interoperabilità semantica tra i sistemi informativi sanitari, così da rendere possibile il trasferimento, la condivisione, lo scambio e l’uso significativo di informazioni per alimentare *decision support systems*, un’adeguata reportistica istituzionale, il monitoraggio sanitario della popolazione, la valutazione della pratica clinica con analisi dell’*outcome*, e altro ancora”³¹.

Non è peraltro affatto mia intenzione, al termine di questi brevi accenni alle prospettive della sanità, sottovalutare minimamente il moltissimo che potrà essere fatto per informatizzare e tecnologizzare tale settore, nel suo trasformarsi verso una cura della salute individualizzata, capace, anche attraverso gli sviluppi di genomica, proteomica, medicina molecolare, *imaging* avanzato, ecc, di prevenire molto più efficacemente l’insorgere delle patologie. Né tanto meno vorrei trascurare gli auspicabili sviluppi, in termini di migliore *governance*, riorganizzazione, e più efficace articolazione degli incentivi, che potranno anch’essi incidere positivamente sui costi della sanità.

Nondimeno, appare ragionevole attestarsi, in questa sede, sull’iniziale affermazione di Onofri: permane il rischio, per gli anni a venire, del marcato accentuarsi dei fenomeni di non compatibilità macroeconomica che hanno già ricorrentemente caratterizzato la sanità.

²⁹ P. Costello, Treasurer of the Commonwealth of Australia, *Intergenerational Report 2002-03*, 2002-03 Budget Paper No. 5, Canberra, 14 May 2002.

³⁰ E. Coiera, E.J.S. Havenga, *Building a Sustainable Health System*, in: *Yearbook of Medical Informatics, Biomedical Informatics for Sustainable Health Systems*, Schattauer, Stuttgart 2007.

³¹ *Ibid.* Per un esame degli sviluppi in tale direzione di alcune forme di e-health a livello internazionale, e delle applicazioni che se ne possono ravvisare per l’Italia, sia consentito rinviare a: E. Morley-Fletcher, *La ricetta elettronica: preconditione per l’informatizzazione sanitaria e per l’effettivo monitoraggio della spesa farmaceutica*, di imminente pubblicazione in: G. Macciotta (a cura di), *Sistemi regolativi e prezzi dei prodotti farmaceutici*, ASTRID, Il Sole 24 Ore, Milano 2007.

Invecchiamento della popolazione e sostenibilità della spesa

A ben vedere, questo primo approdo dell'argomentazione qui svolta risulta corroborato anche da quelli che appaiono essere gli scenari globali più rassicuranti. Prendiamo il caso del Rapporto che il Comitato di Politica Economica dell'UE³² ha dedicato nel 2006 al tema degli effetti dell'invecchiamento della popolazione europea sulla spesa pubblica.

Il Rapporto ha definito uno scenario demografico in base al quale simulare l'andamento, a politiche invariate, della finanza pubblica nei paesi europei. In tal modo ha perseguito l'obiettivo di isolare l'effetto della sola componente demografica sulla spesa pubblica per pensioni, sanità, assistenza agli anziani, istruzione e indennità di disoccupazione, lungo una proiezione temporale che dal 2005 va fino al 2050.

Tale quadro di riferimento, oggetto del convergere del consenso ufficiale dei governi europei, è stato poi ovviamente utilizzato dal Ministero dell'economia e delle finanze per definire, sulla base della Legge Finanziaria 2007, l'Aggiornamento del Programma di stabilità dell'Italia, pubblicato nel dicembre 2006³³.

Il profilo temporale dell'andamento della spesa pubblica e le ipotesi sottostanti lo scenario sono riportate nella tavola seguente, ripresa dal Programma di stabilità.

³² Economic Policy Committee (EPC) and the European Commission, *The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long term care, education and unemployment transfers (2004-2050)*, Special Report n.° 1/2006.

³³ Ministero dell'Economia e delle Finanze, *Il Programma di stabilità dell'Italia*. Aggiornamento, Dicembre 2006.

SPESA PUBBLICA PER PENSIONI, SANITÀ, ASSISTENZA AGLI ANZIANI, ISTRUZIONE E INDENNITÀ DI DISOCCUPAZIONE (2005-2050) (1)

	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Spesa totale primaria (1)	-	-	41,7	42,0	42,4	43,2	44,0	44,6	44,4	43,8
di cui: Spesa age-related	26,2	25,9	25,9	26,3	26,7	27,6	28,5	29,1	29,0	28,5
Spesa pensionistica (2)	14,0	14,0	13,9	14,1	14,4	15,0	15,5	15,7	15,3	14,5
di cui: Pensioni di vecchiaia e anzianità (2)	13,7	13,7	13,6	13,9	14,2	14,8	15,4	15,6	15,1	14,4
Spesa sanitaria (2) (3)	6,7	6,8	7,0	7,2	7,4	7,7	8,0	8,2	8,5	8,6
Assistenza agli anziani (2)	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	1,0	1,1	1,1	1,2	1,3
Spesa per istruzione (2) (4)	4,3	3,9	3,8	3,8	3,7	3,6	3,6	3,6	3,7	3,7
Spesa per indennità di disoccupazione (2)	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Spese per interessi (2)	4,6	4,7	4,1	3,0	2,1	1,2	0,4	-0,2	-0,8	-1,6
Entrate totali (2)	-	-	47,0	47,0	47,0	47,0	47,0	47,0	47,0	47,0
Ipotesi										
Tasso di crescita della produttività del lavoro	0,4	1,1	1,7	1,7	1,8	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7
Tasso di crescita del PIL reale	0,0	1,9	1,8	1,6	1,3	0,9	0,8	0,8	1,1	1,2
Tasso di partecipazione maschile (20-64)	79,2	81,7	83,1	82,9	82,9	83,2	83,7	84,1	84,6	84,4
Tasso di partecipazione femminile (20-64)	53,6	57,4	60,3	61,7	62,1	62,3	62,6	63,5	64,3	64,7
Tasso di partecipazione totale (20-64)	66,4	69,6	71,8	72,3	72,5	72,8	73,3	73,9	74,6	74,7
Tasso di disoccupazione	7,7	6,7	6,5	6,4	6,4	6,4	6,4	6,4	6,4	6,4
Popolazione con 65 e oltre/totale popolazione	19,5	20,6	22,0	23,2	24,7	27,1	29,9	32,3	33,7	33,9
Indice di dipendenza degli anziani (65 e oltre/[20-64])	31,9	33,9	36,9	39,4	42,5	48,0	55,0	62,1	66,5	67,4

(1) Gli arrotondamenti alla prima cifra decimale possono determinare incongruenze fra i valori presentati in tabella.

(2) In percentuale del PIL

(3) Inclusiva della spesa sanitaria pubblica per assistenza agli anziani

(4) Non comprende la spesa per istruzione degli adulti (formazione continua)

Fonte: *Il Programma di stabilità dell'Italia*. Aggiornamento, Dicembre 2006.

Lo scenario evidenzia due andamenti diversi per le pensioni e per la sanità. Indica una prospettiva di stabilità sino al 2016 della spesa pensionistica (intorno al 14 per cento del Pil), seguita dapprima da una fase di crescita, culminante al 15,8 per cento nel 2039, e successivamente da una diminuzione, sino al 14,5 per cento nel 2050, per la piena entrata a regime del sistema contributivo. Per la spesa sanitaria si ha invece una crescita costante nell'intero periodo, con un aumento complessivo di quasi 2 punti percentuali, così da raggiungere l'8,6 per cento del Pil nel 2050.

Al contrario, la spesa per l'istruzione presenta una riduzione (legata alla contrazione demografica che farà diminuire il numero degli studenti) dal 4,3 al 3,7 per cento nel 2050.

Per quanto riguarda il problema della sostenibilità del debito nel medio e nel lungo periodo, il Programma di stabilità 2006 indica un andamento del rapporto debito/Pil costantemente decrescente nei 45 anni, tanto da farlo scendere al disotto della soglia del 60 per cento già nel 2020 (quindi con 4 anni di anticipo rispetto al Programma di stabilità presentato nel 2005).

La sostenibilità fiscale di lungo periodo viene analizzata nel Programma di stabilità anche in base a due ipotesi di tasso di interesse reale più alto o più basso dell'1% rispetto al 3% assunto come ipotesi di

base, pervenendo alla conclusione che anche con tassi di interesse stabilmente più elevati il debito diminuirebbe e si manterrebbe nel lungo periodo al disotto della soglia critica del 60% del Pil.

Una metodologia a base di scenari quale quella utilizzata in ambito europeo e applicata nel piano di sostenibilità del nostro paese non serve a prevedere con reale attendibilità il futuro remoto (in effetti lo scenario non ingloba, per esempio, un'ipotesi di ciclo economico) quanto a evidenziare le dinamiche strutturali della spesa pubblica.

E' dunque rilevante comprendere se la sostenibilità del sistema sia frutto di un equilibrio difficile da conseguire, oppure se il sentiero della compatibilità risulti sufficientemente ampio da consentire azioni e reazioni di politica economica in risposta a quelli che saranno i reali andamenti della congiuntura internazionale.

Un equilibrio vulnerabile

Un'analisi di scenario analoga a quella presentata nel Programma di stabilità 2006 è stata realizzata dal Centro Europa Ricerche nel Rapporto 1/2007³⁴, utilizzando un modello di lungo periodo che descrive nell'arco di 45 anni un trend della finanza pubblica in effetti molto simile a quello del piano di stabilità. Secondo lo scenario del CER, la spesa previdenziale non subisce variazioni di rilievo sino al 2025; poi, nell'arco di 15 anni aumenta di quasi 1 punto di Pil, ma successivamente diminuisce, a partire dal 2040, grazie all'entrata a regime del sistema contributivo e all'andamento demografico stabilizzato.

Per la sanità il *trend* risulta lineare: in 45 anni un incremento di spesa pari a 2 punti percentuali di Pil (dal 4,2 al 6,2, non contando in questo livello la retribuzione dei dipendenti). Il calcolo riflette le propensioni alla spesa delle diverse classi di età.

Previdenza e sanità sono spese a "trazione demografica" che nello scenario risultano controbilanciate da spese che diminuiscono: la spesa per interessi e la spesa per il pubblico impiego.

Se lo scenario risulta confermare, come per il Programma di stabilità 2006, l'esistenza di un equilibrio di finanza pubblica, alcune simulazioni aggiuntive rendono tuttavia evidente come la compatibilità del sistema sia una condizione incerta e difficile da conservare.

Secondo l'analisi condotta nel Rapporto, le dinamiche strutturali della finanza pubblica si reggono su di un equilibrio estremamente delicato. Gli esiti di lungo periodo sono infatti molto sensibili a modifiche anche di lieve entità della crescita economica. Le simulazioni condotte come variazioni rispetto allo scenario di base mostrano che un decimo di punto percentuale, di crescita in più nell'intero periodo, ha come effetto di anticipare di 5 anni il pareggio di bilancio, mentre una minore crescita annuale di 1 decimo di punto potrebbe ritardare di ben 22 anni il pareggio stesso. Allo stesso modo, una crescita solo lievemente inferiore rispetto allo scenario di base sposta di 15 anni il raggiungimento della soglia del 60 per cento del rapporto debito/Pil.

Poca crescita in più permette di anticipare di diversi anni l'alleggerimento della pressione fiscale che nello scenario di base era inizialmente prevista nell'ultimo decennio, ma potrebbe avvenire già nel 2020, nell'ipotesi di una lieve maggior crescita. Mentre la minor crescita economica si accompagna a

³⁴ CER, *Una ripresa duratura?*, "Rapporto CER" 1/2007, Roma

un marcato aumento della pressione fiscale che potrebbe dover raggiungere il 48 per cento nel 2045 (scenderebbe invece al 45% nella simulazione con lieve maggior crescita).

A conclusioni analoghe, ma nell'ambito di una lettura d'assieme nettamente più allarmata, erano giunti l'anno precedente anche il compianto Riccardo Faini, Silvia Giannini, Daniele Gros, Fiorella Kostoris e Giuseppe Pisauro. "L'ottimismo sulla sostenibilità di lungo periodo – avevano scritto – si fonda sull'ipotesi che gli obiettivi di rientro dal disavanzo nei prossimi anni siano pienamente conseguiti"³⁵, mentre la vulnerabilità dei conti pubblici italiani rimane "non solo elevata, ma è anche aumentata"³⁶. In particolare la loro sostenibilità risulta "fortemente esposta a variazioni dei tassi d'interesse", in quanto gli effetti di lungo periodo di questi ultimi sono funzione anche del livello iniziale del rapporto fra debito e Pil: "più elevato è tale rapporto e più sensibile è la dinamica del debito nel lungo periodo a variazioni del tasso di interesse e quindi maggiore è la vulnerabilità dei conti pubblici a un aumento del costo del debito"³⁷. La loro conclusione era pertanto che "il risanamento non può considerarsi compiuto se la spesa pubblica continuerà a crescere a un tasso superiore a quello dell'economia".³⁸

Cercare un equilibrio meno precario

Ecco quindi che, sulla base dell'insieme di queste considerazioni, diviene possibile trovare conferma nel filo argomentativo qui svolto: anche in uno scenario "ottimista", nel quale sia complessivamente garantita nel lungo periodo la salvaguardia delle compatibilità macroeconomiche, il sentiero che sarà necessario percorrere, per tener conto della strutturale tendenza della spesa sanitaria a lievitare con ritmo nettamente superiore a quello del Pil, risulterà in ogni caso non solo particolarmente "stretto", ma anche sottoposto al rischio continuo di ingenerare facilmente "sforamenti" che avranno ripercussioni particolarmente cogenti.

Ogni disallineamento della spesa, specie se accompagnato da un contemporaneo incremento del tasso d'interesse, avrebbe infatti la conseguenza di rendere sempre più prolungato il gravoso sforzo necessario per vivere nella "camicia di Nesso" delle compatibilità: come si è visto, farebbe subito ritardare, in misura drammaticamente più che proporzionale, la riduzione dei costi, necessaria per garantire l'equilibrio finanziario, in un contesto così pesantemente vincolato per la compresenza del massiccio stock di debito accumulato, di livelli elevati di pressione fiscale, e di una struttura demografica nella quale si accresce velocemente l'incidenza degli anziani in rapporto ai giovani.

Possibile però, che a 15 anni dalla crisi del '92, con la lunga esperienza di sviluppo frenato già vissuta, e dopo aver già consumato il "dividendo" ricavato dall'ingresso nell'euro e dal conseguimento di tassi d'interesse sul debito nettamente più contenuti, non riesca ancora a maturare la temperie ideale in cui delineare un percorso, magari inizialmente un po' più aspro, ma meno precario? Un percorso sul quale il paese possa affidabilmente incamminarsi con passo più veloce, perché consapevole di essere così sulla via di un durevole risanamento strutturale?

³⁵ R. Faini, S. Giannini, D. Gros, G. Pisauro, F. Kostoris Padoa Schioppa. *I conti a rischio: la vulnerabilità della finanza pubblica italiana*, Il Mulino, Bologna 2006

³⁶ Ibid.

³⁷ Ibid.

³⁸ Ibid.

Certo, per la credibilità di un simile percorso, una condizione fondamentale dovrebbe consistere nel rendere possibile al paese di individuare un traguardo diverso dal costante riproporsi di situazioni di vincolo sempre analoghe, e sempre penalizzanti per l'aspirazione dell'Italia a crescere finalmente potendo respirare a pieni polmoni.

In realtà è del tutto possibile prefigurare un simile percorso, capace di costruire nel tempo le valide premesse per una stabile fuoriuscita dalla situazione estenuante di relativa stagnazione economica e di ristrettezza delle finanze pubbliche costantemente vissuta negli ultimi due decenni.

Si tratta di porsi l'obiettivo di iniziare a destinare con continuità un ammontare limitato di risorse alla predisposizione di un Fondo permanente che possa in prospettiva concorrere a far fronte stabilmente, e con una crescente ampiezza di risorse, alla domanda, anch'essa crescente, di cura della salute.

Il tasso d'interesse composto

Il problema – lo si è visto – deriva dalla difficoltà (e, in linea prospettica, dalla vera e propria impossibilità) di assicurare stabilmente tramite entrate di natura fiscale un finanziamento adeguato a coprire le voci di spesa sociale che crescono strutturalmente con ritmo superiore al Pil.

Se per magia, dall'oggi all'indomani, emergessero nuove abbondanti risorse naturali³⁹ capaci di far affluire nelle casse dello Stato un flusso di risorse aggiuntive, tale da poter ricondurre il costo sostenuto annualmente per il servizio del debito entro il livello che questo dovrebbe avere secondo i parametri di Maastricht, le finanze pubbliche disporrebbero, sulla base dell'attuale capacità di gettito fiscale, di oltre due punti di Pil, circa 35 miliardi l'anno, di *surplus* da poter destinare alla copertura di investimenti infrastrutturali, riduzione della pressione fiscale, spese per il *welfare*, ecc.

Siccome non sembra esistere la necessaria bacchetta magica, in assenza del miracoloso rinvenimento di simili risorse naturali sarà necessario continuare a convivere con l'eccesso dello stock di debito pubblico, e con il conseguente servizio del debito, ancora per molti anni.

Tuttavia, con un piccolo sforzo ulteriore può essere possibile attivare un percorso che inneschi la costruzione di un diverso e permanente meccanismo strutturale di finanziamento di un settore di spesa così cruciale quale quello della sanità, garantendo anche un'adeguata capacità dinamica alla sua espansione, facendo perno su di un altro e più realistico tipo di magia che gli economisti ben conoscono: quella dell'operare del tasso di interesse composto. Per una nazione è insomma possibile, agendo accortamente, supplire alla carenza di risorse naturali che determinino entrate aggiuntive a quelle fiscali.

³⁹ Come da ultimo nel caso del Brasile, dove l'annuncio ai primi di novembre del 2007, da parte della *Petroleo Brasileiro SA*, della scoperta nella zona di Tupi di giacimenti di petrolio a grande profondità, da cui sarà possibile estrarre fino a 8 miliardi di barili, ha avuto non solo immediate ripercussioni di borsa, ma modifica le prospettive economiche del paese, accrescendone strategicamente le riserve petrolifere del 40 per cento: A. Clendenning, *Oil Find Could Transform Brazil*, "Time", November 9, 2007.

L'Alaska Permanent Fund

La via è quella tracciata da ormai 30 anni dall'*Alaska Permanent Fund*, che alla data del giugno 2007 risultava fosse già giunto ad accumulare complessivamente 37,8 miliardi di dollari, così da distribuire per l'anno in corso 1.654 dollari di dividendo a ogni cittadino dell'Alaska .

Questo meccanismo aveva preso avvio quando nel 1976, su impulso del Governatore Jay Hammond, i cittadini di tale Stato si trovarono a votare un emendamento alla Costituzione per destinare a un Fondo permanente almeno il 25 per cento (successivamente divenuto il 50 per cento) dei proventi petroliferi pubblici, derivanti dalla temporanea disponibilità di risorse aggiuntive connesse alla scoperta degli importanti giacimenti di Prudhoe Bay.

L'iniziativa si voleva finalizzata a tre obiettivi: costituire una fonte di risparmio idonea a tradursi in investimenti fruibili anche dalle future generazioni; accumulare via via uno stock crescente di ricchezza pubblica che potesse generare stabilmente un reddito sostitutivo rispetto alle entrate petrolifere, così da trasformare queste ultime da risorsa deperibile in ricchezza rinnovabile; sottrarre alla disponibilità dei decisori pubblici l'uso di una parte significativa dei proventi petroliferi, così da evitare in radice il rischio di quelle forme di crescita eccessiva o inefficace della spesa pubblica, di cui già era stata data infelice prova con l'utilizzazione del primo miliardo di dollari derivante dalla vendita iniziale dei diritti di estrazione (*Prudhoe Bay bonus lease sales*).

L'*Alaska Permanent Fund* (APF) si articola in due diverse entità, il *Principal* e la *Earnings Reserve*. Il *Principal* è alimentato dalle *Dedicated Oil Revenues* (la quota annuale dei proventi del petrolio), da eventuali *Special Appropriations* (ossia conferimenti *una tantum* di risorse pubbliche addizionali), e da una quota del reddito accumulato nella *Earnings Reserve*, destinato ogni anno a compensare la perdita di valore del *Principal* dovuta all'inflazione. La *Earnings Reserve* consente così di distribuire un dividendo annuale ai cittadini, senza mai intaccare il capitale.

Questa finalizzazione degli impieghi non può essere modificata se non con emendamento costituzionale, e nel settembre 1999, l'apposito referendum consultivo, in cui veniva posto il quesito se consentire una parziale utilizzazione delle risorse accumulate con l'APF per dare copertura al bilancio pubblico, ha determinato l'eccezionale afflusso alle urne del 95 per cento degli elettori, e il nettissimo prevalere del "no", con il 70 per cento dei voti espressi.

Di media la composizione del portafoglio dell'APF è consistita nell'investire il 35 per cento in azioni sul mercato statunitense e un altro 20 per cento su quello internazionale, 35 per cento in strumenti a reddito fisso, e il rimanente 10 per cento in impieghi immobiliari. Il rendimento medio annuo sull'intero periodo è stato del 10,34 per cento, superando così di larga misura l'obbligo statutario di garantire un rendimento annuo di almeno 4 per cento al netto dell'inflazione. Grazie alla sua natura di fondo pubblico permanente, l'AFP ha potuto mantenere obiettivi di lungo termine, così da compensare nel medio periodo le oscillazioni di breve, anche se la volatilità dei mercati ha inciso, a seconda degli anni, sulla distribuzione del dividendo, che è comunque definita in riferimento alla media degli ultimi cinque esercizi: per esempio il rendimento del 2007 è nettamente inferiore a quello del 2000, quando il dividendo annuale raggiunse la cifra di 1.963, 86 dollari.⁴⁰

⁴⁰ Sia consentito rinviare, come fonte essenziale, al sito internet dell'*Alaska Permanent Fund Corporation*: <http://www.apfc.org>, e a: J.P. O'Brien, D. Olson, *The Alaska Permanent Fund and Dividend Distribution Program*, "Public

Va detto, tornando ora al caso italiano, che se è per l'appunto la temporanea abbondanza di risorse naturali la necessaria premessa da cui ha preso avvio l'esperienza qui descritta dell'*Alaska Permanent Fund*, tuttavia nulla osta a che l'approccio metodologico che ne discende possa trovare applicazione in contesti anche del tutto diversi. Per esempio, le risorse da destinare a un fondo di tale natura potrebbero essere reperite, invece, per via fiscale, oppure trasferendo al fondo stesso la titolarità di *asset* pubblici privatizzabili, o di beni culturali e paesaggistici della nazione, vincolando così questi ultimi a una trasparente logica di valorizzazione e inalienabilità, e sottraendoli nel contempo al rischio di utilizzazioni immotivate e improduttive, arbitrariamente determinate dai pubblici poteri.

Il punto cruciale non è dato dalla provenienza delle risorse, ma dalla loro forma economica di impiego, e dalla possibilità di avvalersi della forza di accumulazione del tasso di interesse composto⁴¹.

Il caso norvegese e i *Sovereign Funds*

Un esempio non meno interessante è dato dall'esperienza dell'*Oliefondet* norvegese, costituito nel 1990. Anche questo un fondo alimentato da proventi del petrolio e finalizzato a garantirne una gestione di lungo periodo, ha tuttavia significativamente mutato nel gennaio 2006 la propria denominazione, per

Finance Review”, Vol. 18, 2, 1990; A. Hartzok, *The Alaska Permanent Fund: A Model of Resource Rents for Public Investment and Citizen Dividends*, McKeever Institute of Economic Policy Analysis, 1991; W.S. Brown, C.S. Thomas, *The Alaska Permanent Fund: good sense or political expediency?*, “Challenge”, Vol. 37, 1994.

Da segnalarsi anche la diffusa ripresa d'interesse per lo schema alaskano in connessione all'eventualità di una qualche riproposizione per la gestione delle risorse petrolifere irachene: S. Clemons, *Sharing, Alaska-Style*, “The New York Times”, April 9, 2003; S. Tsalik, *Oil Revenue Accountability in Iraq: Breaking the Resource Curse*, Revenue Watch, Briefing No. 5, Open Society Institute, New York 2003; V. L. Smith, *The Iraqi People's Fund: The people, not the Government, should own the natural resource*, “The Wall Street Journal”, December 27, 2003; N. Birdsall, A. Subramanian, *Saving Iraq From Its Oil*, “Foreign Affairs”, July/August 2004.

⁴¹ Esempio, al riguardo, il confronto con l'esperienza parallela dello *Heritage Savings Trust Fund* della vicina provincia dell'Alberta in Canada. Tale Fondo ha anch'esso fruito delle risorse petrolifere pubbliche, e si è articolato in diverse sezioni: la *Alberta Investment Division*, la *Canada Investment Division*, la *Capital Projects Division*, la *Energy Investment Division*, con solo una piccola sezione di *Commercial Investment Division*, vincolata a operare solo su titoli azionari canadesi. Dopo una rapida crescita iniziale, l'*Alberta Heritage Fund* si è fermato su di una soglia divenuta ormai stazionaria, per l'effetto di continua dispersione delle risorse determinato dal ruolo che ha assunto come agenzia di reperimento di finanziamenti a tassi non di mercato al servizio del governo dell'Alberta e di altre amministrazioni provinciali o enti pubblici, nonché per le funzioni assegnategli come banca di sviluppo per la diversificazione dell'economia e l'avvio di progetti a redditività differita: M. Pretes, *Conflict and Cooperation: The Alaska Permanent Fund, The Alberta Heritage Fund and Federalism*, “American Review of Canadian Studies”, XVIII, 1, 1988; P.J. Smith, *Politics of Plenty: Investing Natural Resources Revenues in Alberta and Alaska*, “Canadian Public Policy”, Vol. XVII, 2, 1991; A.A. Warrack, *Alberta Heritage Fund: Opportunity to Restructure Toward Sustainable Economic Development*, in: F. Zerker (ed.), *Change and Impact: Essays in Canadian Social Sciences*, International Canadian Studies Conference Proceedings, Magnes, Hebrew University, Jerusalem 1994; R. Hannesson, *Investing for Sustainability: The Management of Mineral Wealth*, “The Canadian Journal of Economics / Revue canadienne d'Economique”, Vol. 34, 4, 2001; A.A. Warrack, R.R. Keddie, *Natural Resource Trust Funds: A Comparison of Alberta and Alaska Resource Funds*, “Western Centre for Economic Research Bulletin”, No. 72, University of Alberta, September 2002; A.A. Warrack, *Alberta Heritage Fund: Blessing Becoming Curse?*, “Western Centre for Economic Research Bulletin”, No. 85, University of Alberta, November 2005.

divenire lo *Statens Pensjonsfond Utland*: il fondo pensionistico pubblico globale, gestito dalla Norges Bank, la banca centrale di Norvegia.

Questo Fondo è autorizzato a investire sino al 50 per cento delle proprie risorse sul mercato borsistico internazionale, ma è vincolato ad attenersi alle linee-guida di carattere etico definite nel 2004 sulla base dei lavori della Commissione Graver e della successiva istituzione di un apposito Consiglio di supervisione etica sugli investimenti effettuati⁴².

Avendo raggiunto un valore di quasi 260 miliardi di euro a fronte di una popolazione di appena 4,7 milioni di abitanti, costituisce ormai il più grande fondo pensionistico europeo, e il secondo al mondo, dopo quello giapponese (che però è alimentato dai contributi dei lavoratori, investe all'estero solo il 10 per cento, ed è strutturato in conti personali).

Con tale livello di capitalizzazione – e il suo continuo accrescersi a tasso di interesse composto, secondo un ritmo che, negli ultimi dieci anni, è stato del 4,6 per cento all'anno, al netto di tutti i costi di gestione – lo *Statens Pensjonsfond* non dovrebbe certo incontrare particolari difficoltà nel conseguire durevolmente rendimenti idonei a bilanciare l'atteso rapido incremento della spesa pensionistica. La Norvegia potrà in tal modo evitare di ricorrere in avvenire a inasprimenti fiscali o contributivi.

Si conferma così la grande potenza di questo tipo di strumenti, non a caso imitati ormai dai molteplici altri fondi di proprietà pubblica che hanno preso avvio negli ultimi anni, purtroppo in condizioni di trasparenza ben diverse da quelle dei limpidi precedenti alaskano e norvegese, e che vengono usualmente denominati *Sovereign Funds*, per sottolinearne la natura di soggetti economici statali.

Con un patrimonio globale stimato dalla Morgan Stanley in quasi 2.000 miliardi di euro, e la prospettiva di raggiungere la soglia dei 20.000 di qui a 15 anni, i *Sovereign Funds* si sono affermati come una realtà finanziaria già più importante degli *Hedge Funds*⁴³, e che non manca di creare crescenti allarmi, data l'alta probabilità che molti governi, alla guida di economie fortemente esportatrici, non vorranno più limitarsi a trasformare unicamente in buoni del tesoro americani ed europei le loro imponenti eccedenze valutarie, ma tenderanno ad assumere partecipazioni potenzialmente condizionanti per gli equilibri dei mercati azionari.

D'altra parte, com'è noto “non può darsi vuoto in politica”. Né deve perciò sorprendere se la Cina, la Russia, e altre grandissime, medie o piccole realtà statuali, imbocchino ora con decisione la via dei *Sovereign Funds*, tanto più perché si tratta di un contesto ancora privo di regole.

In effetti, è da troppo tempo che, soprattutto negli Stati Uniti, il tema di come e quanto usare un così poderoso strumento aleggia nel dibattito sui modi di finanziamento del *welfare*, senza essere ancora giunto a un approdo condiviso, né tanto meno a sbocchi operativi, mentre in Europa va segnalata la

⁴² Tale Consiglio ha, per esempio, imposto che venissero dismesse, fra le azioni detenute dallo *Statens Pensjonsfond Utland*, quelle di 12 gruppi stranieri, fra cui l'italiana Finmeccanica, in quanto quest'ultima è stata specificamente valutata espressione anche di società impegnate nella produzione di armamenti. Si rinvia, per le informazioni sul Fondo, al sito internet governativo: <http://www.regjeringen.no/en/dep/fin/Selected-topics/The-Government-Pension-Fund>.

⁴³ M.R. Sesit, The limits of free market principles: Sovereign-wealth funds raise hackles in the West , “International Herald Tribune”, July 23, 2007.

originale applicazione integrativa, circoscritta peraltro solo al 2,5 per cento dei contributi, fattane in Svezia nell'ambito della riforma pensionistica del 1998.⁴⁴

La riflessione su questi temi aveva preso avvio negli Stati Uniti già nel 1975, quando Martin Feldstein avanzò la proposta di far accumulare gradualmente un grande fondo a capitalizzazione all'interno del sistema previdenziale a ripartizione, al fine di garantire un uso più produttivo delle risorse raccolte.⁴⁵ Il medesimo tema fu riproposto dal Presidente Clinton, nel suo discorso sullo stato dell'Unione del gennaio 1999⁴⁶; successivamente, nel febbraio del 2005 il Presidente George W. Bush ne ha presentato a sua volta una variante, orientata però all'istituzione di conti previdenziali individuali⁴⁷.

Di fatto, l'oggetto della discussione non si colloca più tanto sul terreno dei principi, in quanto ormai non suscita repulsioni ideologiche la valutazione dell'opportunità, ossia se avvalersi, o no, delle eccedenze temporanee del sistema a ripartizione, per attivare investimenti azionari che alimentino un Fondo previdenziale pubblico a capitalizzazione. Piuttosto, è la definizione dei vincoli entro i quali regolamentare tale attività sui mercati di borsa a costituire l'elemento di sfida intellettuale, cui si aggiunge il tema aggiuntivo del se, e come, e quando, far eventualmente gemmare da un Fondo siffatto i conti individuali.

Un'ipotesi per l'Italia

E l'Italia? Non vi sarebbe bisogno di aprire almeno una riflessione parallela, con riferimento a come finanziare nel medio e lungo periodo la spesa sanitaria, ossia il settore con maggiori elementi di rischio rispetto all'esigenza di garantirne la sostenibilità?

La speranza dell'autore di queste note è che qualche embrionale calcolo possa valere ad attizzare la curiosità di voler sottoporre poi in altra sede, e con altri strumenti, a una rigorosa verifica la singolare portata che può evidenziare un'ipotesi di applicazione al caso italiano.

⁴⁴ Sono stati introdotti conti previdenziali individuali obbligatori, amministrati in forma centralizzata – per ridurre i costi di raccolta dei contributi, e per gli adempimenti di comunicazione, reportistica e allocazione – ma con ampia possibilità di scelta fra una molteplicità di gestori di Fondi prevalentemente privati. Vedasi: J. Estelle, J. Smalhout, D. Vitas, *Administrative Costs and the Organization of Individual Account Systems: A Comparative Perspective*, in: R. Holzmann, J.E. Stiglitz (eds.), *New Ideas About Old Age Security: Toward Sustainable Pension Systems in the 21st Century*, World Bank, Washington 2001; R. K. Weaver, *Design and Implementation Issues in Swedish Individual Pension Accounts*, "Social Security Bulletin", Vol. 65, 4, 2003/2004.

La Svezia presentava peraltro una antica tradizione di riflessione su temi in parte analoghi, legata al cosiddetto Piano Meidner del 1976. Si rinvia, al riguardo, a: R. Meidner, *Capitale senza padrone: Il progetto svedese per la formazione collettiva del capitale*, Edizioni Lavoro, Roma 1980; J. Pontusson, *The Limits of Social Democracy: Investment Politics in Sweden*, Cornell University, Ithaca 1992.

⁴⁵ M. Feldstein, *Toward a Reform of Social Security*, "The Public Interest", No. 40, 1975. Tale autore ha peraltro cambiato poi posizione, facendosi fautore della privatizzazione del sistema previdenziale: M. Feldstein (ed.), *Privatizing Social Security*, NBER, Chicago 1998.

⁴⁶ Si rinvia, per un interessante esame, in quello stesso anno, dell'insieme delle posizioni teoriche espresse sul problema, a: L.S. Seidman, *Funding Social Security: A Strategic Alternative*, Cambridge University Press, New York 1999.

⁴⁷ Per una critica meditata dell'orientamento verso i conti previdenziali individuali, ma non ostile alla prospettiva di istituire un Fondo pubblico a capitalizzazione, si veda: P.A. Diamond, P.R. Orszag, *Saving Social Security: The Diamond-Orszag Plan*, "The Economist Voice", Vol. 2, 1, 2005.

Sia sufficiente prospettarne qui un semplice abbozzo, imperniato su sei assunti principali:

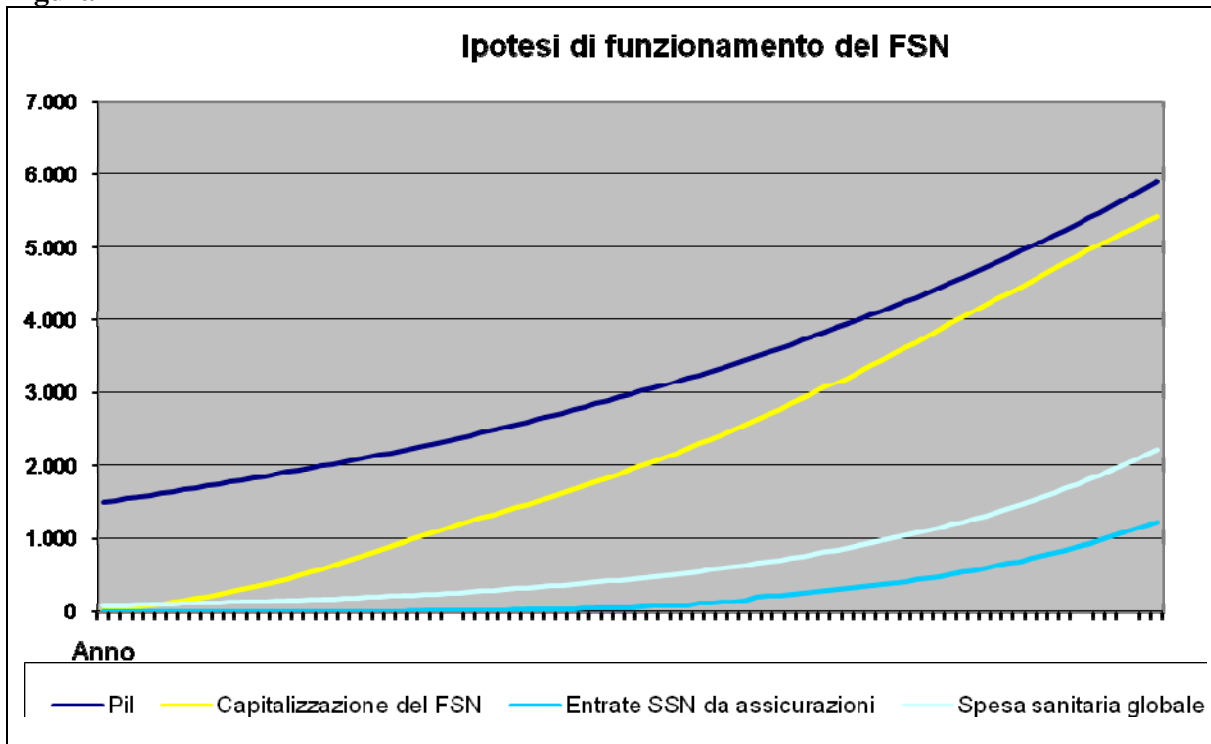
- 1) la costituzione di un Fondo sanitario nazionale (FSN) che possa fare conto annualmente su di un costante apporto di risorse pubbliche, pari al 1,0 per cento del Pil;
- 2) la possibilità che tale Fondo, affidato in gestione, per esempio, alla Banca d'Italia, operi senza vincolo territoriale di portafoglio e con l'obiettivo di ottenere rendimenti netti pari in media almeno al 5,5 per cento annuo, cioè superiori di quasi un punto percentuale a quelli del Fondo norvegese per le pensioni, ma ancora poco più della metà di quelli conseguiti dall'*Alaska Permanent Fund*;
- 3) la disposizione permanente che, per ogni cittadino nato nel primo anno di costituzione del Fondo, e negli anni seguenti, a partire dal suo diciottesimo anno e fino al trentacinquesimo, e poi di nuovo a partire dal settantesimo, un ammontare pari alla quota capitaria sanitaria venga dedotto dal reddito generato annualmente da tale Fondo (reddito che, invece, per la parte residua è continuamente reinvestito dal Fondo) e versato sul "conto sanitario personale (CSP)" del cittadino stesso;
- 4) la disposizione che il cittadino debba imputare a carico del suo CSP, dal diciottesimo anno in poi, la sottoscrizione di un'assicurazione sanitaria obbligatoria, equalizzata a prescindere dallo stato di salute dell'assistito, ma progrediente nel costo in relazione all'età dell'assicurato, potendo così capitalizzare il differenziale fra l'assicurazione stessa e la quota capitaria versatagli dal Fondo;
- 5) l'ipotesi che il Pil cresca in termini reali del 1,5 per cento;
- 6) il vincolo che la crescita della spesa sanitaria (sia per le quote capitarie, sia per la spesa assicurativa) venga contenuta entro la media del 3,5 per cento all'anno, ossia entro un incremento massimo di 2 punti percentuali rispetto al Pil.

Un esercizio di simulazione

I risultati di una prima sommaria simulazione appaiono sorprendenti. Per tutta la durata del versamento della quota capitaria sui conti personali sanitari, fra i 18 e i 35 anni, e poi a partire nuovamente dai 70 anni, gli interessi sul capitale consentono al Fondo, insieme con l'operare dei CSP, di dare annualmente copertura alla spesa sanitaria assicurativa dei cittadini. A 18 anni dal suo avvio, il Fondo pubblico per la salute avrà già accumulato 540 miliardi di euro, che diventeranno più di 1.100 dopo trent'anni, quasi 2.200 dopo 50, oltre 3.600 dopo 70, quasi 4.500 dopo 80. Insomma, a ottant'anni dal suo avvio, il Fondo potrebbe aver capitalizzato una cifra pari al 90 per cento del Pil per l'anno corrispondente.

A questo punto, ipotizzando una popolazione sostanzialmente stazionaria, i versamenti pubblici pari all'uno per cento del Pil potrebbero via via diminuire fino a cessare completamente: il paese disporrà allora di una base di capitale sufficiente per coprire stabilmente gran parte dei costi della salute. Nel frattempo, la spesa sanitaria oggi a carico delle finanze pubbliche si sarà venuta riducendo man mano che i nuovi nati troveranno a intrattenere con il Servizio sanitario nazionale un rapporto tariffato sulla base delle polizze assicurative obbligatorie sottoscritte a partire dal compimento del loro diciottesimo anno.

Figura 1



Fonte: Elaborazione Lynkeus

Nell'arco di tre generazioni, sarà così stato possibile, impiegando l'1 per cento del Pil, venire progressivamente a coprire più del 50 per cento delle spese del Servizio sanitario nazionale, costruendo nel contempo la base permanente per gestire senza rischi di insostenibilità spese sanitarie che si suppone continuino comunque a crescere al ritmo del 3,50 per cento all'anno. Parallelamente si sarà anche contribuito a innescare, per il tramite delle assicurazioni, un regolato confronto di efficacia e di efficienza con l'offerta privata o *non profit* di cura della salute.

I versamenti effettuati da Fondo consentiranno infatti che per vari anni si accumulino crescenti eccedenze nei conti sanitari personali. Se ipotizziamo, per semplicità di analisi, che ogni CSP sia gestito anch'esso con vincolo di rendimento uguale a quello del Fondo, sulla base di impieghi bilanciati coordinati da quest'ultimo, e allocati, a seconda delle convenienze economiche, sui più affidabili e promettenti mercati internazionali, il conto sanitario di ciascun cittadino potrà disporre di risorse sufficienti per far fronte fra i 35 e i 70 anni al pagamento dell'assicurazione obbligatoria.

Il continuo innalzarsi nel tempo, sino a un sostanziale allineamento con la quota capitaria, delle spese di copertura assicurativa per gli ultra settuagenari, verrà invece ulteriormente sostenuto dalla ripresa, da parte del Fondo, dal versamento annuale, su ciascun CSP dei cittadini di questa fascia di età, di un ammontare pari alle quota capitaria incrementata del 3,5 per cento.

Positivi effetti di retroazione sul sistema sanitario

Sarà peraltro attendibile che il tasso di crescita della spesa sanitaria possa progressivamente diminuire, pur essendo già inferiore di un punto percentuale rispetto al ritmo di incremento degli ultimi anni, perché il sistema di finanziamento configurato eserciterà positivi effetti di retroazione, derivanti da un'accresciuta e più efficace pressione da parte degli utenti sull'intero funzionamento della cura della salute.

Mentre la quota capitaria, che attualmente è di quasi 1.600 euro, presenta un costo tendenzialmente superiore a quello ottenibile da una assicurazione sanitaria a copertura anche elevata, lo strumento dei CSP offrirà una concreta modalità di *opting out* dall'attuale accesso, non strutturato e solo "molecolare", all'assistenza gratuita offerta dal Servizio sanitario nazionale. Rimarrà immutata la possibilità per i cittadini di continuare ad avvalersi universalmente delle capacità di offerta del SSN, ma sulla base, ormai, sia di un vaglio competitivo delle tariffe (per il tramite delle assicurazioni), sia dell'operare di forti incentivi a conseguire un miglior rapporto prezzo-qualità anche da parte degli utenti.

Il vantaggio di un più oculato impiego delle risorse diverrebbe infatti fruibile da loro stessi, traducendosi in maggiori disponibilità finanziarie sui conti sanitari personali. Di anno in anno, ogni risparmio ottenuto nella spesa sanitaria personale resterebbe ad accumularsi sul proprio CSP, così da costituire una sorta di "air bag di sicurezza", integrabile – volendo – anche con apporti volontari fiscalmente incentivati, e destinabile a determinate condizioni a impieghi ulteriori (per esempio: formazione permanente, integrazione della pensione, o al trattamento di non autosufficienza, ecc.). Tale "cuscinetto", via via crescente, concorrerebbe ad alimentare il sentimento di proprietà personale del conto da parte di ciascun cittadino titolare, così da incentivare vieppiù a un uso accorto e responsabile dell'insieme delle risorse ivi transitanti a seguito dei versamenti annuali effettuati dal Fondo, e all'esercizio di una vigile attenzione sul rendimento offerto al CPS dal gestore del medesimo.

Unitamente alla presenza degli operatori assicurativi privati, potrebbero così maturare anche efficaci forme associative in grado di negoziare tariffe sanitarie più competitive e più alti standard qualitativi con gli ospedali e gli altri presidi sanitari. In tal modo l'acquisto delle prestazioni verrebbe sottratto al monopolio dell'amministrazione pubblica e verrebbe a prendere davvero corpo un diffuso meccanismo di "quasi-mercato" sanitario, nel quale universalità e gratuità sostanziali della cura della salute risulterebbero ancor meglio garantiti che non con un servizio pubblico continuamente costretto a praticare di fatto forme di razionamento per contenere costi privi di copertura finanziaria.

Nel sistema qui prefigurato opererebbe un'effettiva separazione, anche di natura sostanziale, fra un ampio numero di soggetti, in grado di avvalersi delle necessarie competenze e forza economica, preposti alla funzione di selezione e acquisto di servizi di qualità, e una molteplicità di aziende sanitarie abilitate a erogarli nelle condizioni più competitive. Queste ultime, anziché limitarsi semplicemente a un'azione di contenimento dei costi, sarebbero sospinte ad agire anche sui modelli organizzativi, così da avere un reale incentivo a modernizzare e informatizzare tutte le funzioni dei servizi da loro offerti.

“Le prospettive economiche per i nostri nipoti”

Insomma, stando all'ipotesi prospettata, e che – com'è ovvio – non è che uno dei molteplici esercizi di simulazione immaginabili su linee analoghe, emerge un'evidenza sulla quale riflettere.

Con uno sforzo aggiuntivo di un punto percentuale di Pil, destinato per lungo tempo alla costituzione di un Fondo pubblico per la salute, capitalizzato a un tasso di interesse composto di almeno, in media, 5,3 per cento, diverrebbe possibile:

- 1) risolvere stabilmente il problema del finanziamento dei costi crescenti della sanità, rendendo ampiamente sostenibile, anche con l'apporto di conti personali sanitari individuali, la garanzia per ogni cittadino del costo di un'assicurazione sanitaria a elevata copertura;
- 2) conseguire progressivamente risparmi strutturali nei costi del servizio sanitario nazionale, tali da portare a un sostanziale esaurimento le sue esigenze di finanziamento su base fiscale;
- 3) porre in essere nel contempo le premesse funzionali e gli incentivi economici per innescare il processo di cambiamento organizzativo e la pressione competitiva necessari per la una efficiente valorizzazione del sistema della cura della salute in Italia.

Non varrebbe la pena di provare a ragionare più approfonditamente su tale ipotesi, a distanza di dieci anni dalla conclusione dei lavori della Commissione Onofri sulle compatibilità macroeconomiche della spesa sociale?

Trovandoci, in questo contesto, a riflettere sulle “prospettive economiche per i nostri nipoti”, faremmo bene a non dimenticare la “conclusione sconcertante” cui era già approdato negli anni ‘30 John Maynard Keynes: “il problema economico può essere risolto, o per lo meno giungere in vista di soluzione nel giro di, un secolo... Dovrebbe diventare un problema da specialisti, come la cura dei denti”⁴⁸

Cos'altro significa, d'altronde, un sistema sostenibile, se non cercare appunto di costruire meccanismi omeostatici, capaci di garantirne stabilmente un equilibrio evolutivo?

Molte voci hanno iniziato, nell'ultimo decennio, a ispirarsi più o meno consapevolmente a un tipo di riflessione che era stata peraltro già efficacemente formulata da un noto storico del pensiero politico, Crawford Brough Macpherson: è sovente prevalsa l'idea – egli aveva scritto – di “far perno sui diritti umani in contrapposizione con i diritti di proprietà”, ma sarebbe ora di ipotizzare che ciò abbia magari costituito “un errore, e che si andrà più lontano trattando i diritti umani come diritti proprietari”⁴⁹.

Ha cominciato positivamente a fiorire tutta una letteratura dedicata agli strumenti proprietari che possono essere posti alla base del perseguimento di obiettivi di *welfare*: dall'*Agathotopia* del *new-keynesian* premio Nobel James Meade⁵⁰ alla *stakeholder society* di Bruce Ackerman e Anne Alstott⁵¹,

⁴⁸ J.M. Keynes, *esortazioni e profezie*, Garzanti, Milano 1975

⁴⁹ C.B. Macpherson, *Human Rights as Property Rights*, in *The Rise and Fall of Economic Justice and Other Essays*, Oxford University Press, Oxford 1997

⁵⁰ J.E. Meade, *Agathotopia: Istruzioni per l'uso imprenditoriale della ricchezza pubblica, del lavoro e della proprietà privata*, con presentazione di E. Morley-Fletcher, Feltrinelli, Milano 1989; Id., *Can We Learn a 'Third Way' from the Agathotopians?*, in: A.B. Atkinson (ed.), *Alternatives to Capitalism. The Economics of Partnership*, Proceedings of a conference held in honour of James Meade by the International Economic Association at Windsor, Macmillan, London 1993; Id., *Libertà, eguaglianza ed efficienza*, Feltrinelli, Milano 1995. Ma si vedano anche, in precedenza: J.E. Meade, *efficiency, Equality and the Ownership of Property*, Allen & unwin, London 1964; Il numero monografico *Dibattito sulle proposte di Meade*, con interventi, fra gli altri, di G. Rodano, G. Napoletano, A. Occhetto, M. Salvati, “La Rivista Trimestrale”, 2, 1985.

fino agli autori del New Labour⁵², dal *left-libertarianism*⁵³ alle tesi di Charles Murray⁵⁴, dai lavori di Hernado De Soto⁵⁵ al “microcredito” di un altro premio Nobel, Muhammad Yunus⁵⁶ e alla nuova attenzione della Banca Mondiale a forme proprietarie e *conditional cash transfers*⁵⁷, dall’*asset-based welfare*⁵⁸ ai sistemi di *asset building*⁵⁹, fino al diffondersi degli schemi di “dotazioni per i neonati”⁶⁰. E’ in questo più generale arco di riferimenti che si collocano le riflessioni abbozzate nelle pagine precedenti, ed è nell’ambito di tale quadro concettuale che varrebbe la pena di proseguire, insieme con altri, il filo dei ragionamenti avviati.

⁵¹ B. Ackerman, A. Alstott, *The Stakeholder society*, Yale University Press, Yale 1999; B. Ackerman, *The Case for Stakeholding*, relazione introduttiva al convegno internazionale *Towards New Forms of Welfare* (Stresa, 26-27 aprile 2001), Osservatorio “Giordano Dell’ Amore” sui rapporti fra diritto ed economia, Milano.2002

⁵² F. Field, *Stakeholder Welfare*, con commenti di A. Deacon, P. Alcock, D.G. Green, M. Phillips, IEA, London 1996; W. Paxton, S. White, D. Maxwell (eds.), *The Citizen’s Stake: Exploring the future of universal asset policies*, Policy Press, Bristol 2006; K. Dowding , J. De Wispelaere, S. White (eds.), *The Ethics of Stakeholding*, Palgrave, Houndsmills and New York 2003.

⁵³ P. Vallentyne, H. Steiner, *Left-Libertarianism and Its Critics: The Contemporary Debate*, Palgrave, Houndsmills and New York 2000.

⁵⁴ C. Murray,

⁵⁵ H. De Soto, *The Other Path: The Economic Answer to Terrorism*, Harper & Row, New York 1989; Id., *The Mystery of Capital: Why Capitalism Triumphs in the West and Fails Everywhere Else*, Basic books, New York 2000.

⁵⁶ M. Yunus, *Il banchiere dei poveri*, con la collaborazione di A. Jolis, Feltrinelli, Milano 1997.

⁵⁷ The World Bank, *Building Institutions for Markets*, World Development Report 2002, Washington 2002; Id., *Development and the Next Generation*, World Development Report 2007, Washington 2006; A.A. Dani , C. Moser, *Assets, Livelihoods, and Social Policy*, The World Bank, Washington 2007.

⁵⁸ M. Sherraden, *Rethinking Social Welfare: Towards Assets*, “Social Policy”, Vol. 18, 3, 1988; Id., *Assets and the Poor: A new American welfare policy*, ME Sharpe, Armonk (N.Y.) 1991; T.M. Shapiro, E.N. Wolff (eds.), *Assets and the Disadvantaged: The benefits of Spreading Asset Ownership*, Russel Sage, New York 2001; S. Regan, W. Paxton, *Asset-Based Welfare: International Experiences*, IPPR, London 2001.

⁵⁹ R. Cornell, *Asset Building and the Escape from Poverty: A New Welfare Policy Debate*, OECD Paris 2003.

⁶⁰ J. Le Grand, *A Capital Idea : Start-Up Grants for Young People*, Fabian Society Policy Report No. 49, February 2000; G. Kelly, J. Le Grand, *The Rise of the “Baby Bond” : where did it come from?*, relazione al convegno internazionale *Towards New Forms of Welfare* (Stresa, 26-27 aprile 2001), Osservatorio “Giordano Dell’ Amore” sui rapporti fra diritto ed economia, Milano 2002; M. Livi Bacci, *A Fund for the Newborn. A Proposal for Italy*, relazione al congresso annuale della Population Association of America, 1-3 aprile 2004I, <http://paa2004.princeton.edu>; A. Brandolini, *La “dotazione di capitale”*, in: L. Guerzoni (a cura di), *Le politiche di sostegno alle famiglie con figli: Il contesto e le proposte*, Fondazione Ermanno Gorrieri, Il Mulino, Bologna 2007.