



FFM, 30 Ottobre 2013

Il Pay-as-You-Go pubblico e privato: davvero diversi? Un confronto Europa - Us

di Nicola C. Salerno¹

1

Contatti:  nicola.salerno@tin.it,  [nicolacsalerno](https://twitter.com/nicolacsalerno),  +39 347-90.23.927, Via San Remo n. 3 (00182 Roma)

7. Il Pay-as-You-Go 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?

7.1 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).

7.2 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.

7.3 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.

7.4 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.

7.5 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 1. 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 pensionistiche².

Per tutte le grandezze (spesa, demografia e Pil) si selezionano gli scenari "centrali"³.

L'analisi delle proiezioni può esser 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.

² Il finanziamento delle pensioni private si basa prevalentemente sull'accumulazione reale del risparmio, e per questa ragione non sono prese in considerazione.

³ Il database completo è disponibile sul sito web di Nicola C. Salerno o a richiesta scrivendo a nicola.salerno@tin.it.

Tavola 1 – STATI UNITI

 Congress Budget Office Us 2013 and U.S. Census Bureau Population Division								
	% GDP	2010	2015	2020	2025	2030	...	2060
1. Medicare, Medicaid, Chip		5,6	5,9	6,7	7,5	8,4	...	13,3
2. Public pensions		4,6	4,8	4,9	4,9	4,9	...	4,7
3. Total public health care provision		8,0	9,4	11,3				
<i>of which: contributions to private health care insurance coverages for public employees</i>		1,2	1,2	1,4				
4. Total health care expenditure (private and public)		17,9	18,2	19,2			...	
							...	
Gdp (\$/mln)		14.526.000	17.100.000	19.500.000	21.700.000	24.000.000		45.900.000
Population		308.700.000	321.362.000	333.898.000	346.408.000	358.471.000	...	409.871.000
Per-capita Gdp (\$)		47.055.394	53.211.021	58.401.069	62.642.895	66.951.023	...	111.986.454
Aged 20-64		183.244.320	190.746.000	193.392.000	194.632.000	196.683.000	...	225.126.000
Active people aged 20-64		145.129.501	150.995.408	153.006.494	154.440.954	156.644.124	...	179.155.271
Employed aged 20-64		131.487.328	142.992.652	145.050.156	146.410.024	148.811.917	...	170.197.507
Pay-as-you-go Burden - Basic health care assistance and Pensions								
Burden per active to finance 1. (\$)		5.605.035,45	6.681.660,13	8.538.853,29	10.538.007,98	12.869.936,99	...	34.074.911,52
Burden per worker to finance 1. (\$)		6.186.573,34	7.055.607,32	9.007.229,20	11.116.042,17	13.547.302,09	...	35.868.327,91
Burden per active to finance 1. and 2. (\$)		10.209.171,71	12.117.587,01	14.783.686,29	17.422.839,86	20.377.400,23	...	46.116.421,60
Burden per worker to finance 1. and 2. (\$)		11.268.401,44	12.795.762,42	15.594.605,79	18.378.523,05	21.449.894,98	...	48.543.601,68
Burden per active to finance 1. / per-capita Gdp		11,91%	12,56%	14,62%	16,82%	19,22%	...	30,43%
Burden per worker to finance 1. / per-capita Gdp		13,15%	13,26%	15,42%	17,75%	20,23%	...	32,03%
Burden per active to finance 1. and 2. / per-capita Gdp		21,70%	22,77%	25,31%	27,81%	30,44%	...	41,18%
Burden per worker to finance 1. and 2. / per-capita Gdp		23,95%	24,05%	26,70%	29,34%	32,04%	...	43,35%
Pay-as-you-go and Pooling Burden - Total public health care assistance and Pensions								
Burden per active to finance 3. (\$)		8.007.193,50	10.600.057,43	14.401.349,57			...	
Burden per worker to finance 3. (\$)		8.837.961,92	11.193.302,46	15.191.297,02			...	
Burden per active to finance 2. and 3. (\$)		12.611.329,76	16.035.984,31	20.646.182,57			...	
Burden per worker to finance 2. and 3. (\$)		13.919.790,02	16.933.457,56	21.778.673,60			...	
Burden per active to finance 3. / per-capita Gdp		17,02%	19,92%	24,66%			...	
Burden per worker to finance 3. / per-capita Gdp		18,78%	21,04%	26,01%			...	
Burden per active to finance 2. and 3. / per-capita Gdp		26,80%	30,14%	35,35%			...	
Burden per worker to finance 2. and 3. / per-capita Gdp		29,58%	31,82%	37,29%			...	
Pay-as-you-go Burden - Total private and public health care assistance and Pensions								
Burden per active to finance 4. (\$)		17.916.095,45	20.611.222,77	24.469.549,72			...	
Burden per worker to finance 4. (\$)		19.774.939,79	21.764.754,78	25.811.761,30			...	
Burden per active to finance 2. and 4. (\$)		22.520.231,71	26.047.149,66	30.714.382,72			...	
Burden per worker to finance 2. and 4. (\$)		24.856.767,89	27.504.909,88	32.399.137,89			...	
Burden per active to finance 4. / per-capita Gdp		38,07%	38,73%	41,90%			...	
Burden per worker to finance 4. / per-capita Gdp		42,02%	40,90%	44,20%			...	
Burden per active to finance 2. and 4. / per-capita Gdp		47,86%	48,95%	52,59%			...	
Burden per worker to finance 2. and 4. / per-capita Gdp		52,82%	51,69%	55,48%			...	

fonte: elaborazioni Ncs

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 1), il carico per attivo e per occupato ovviamente aumenta, ma non solo nel primo 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.

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 livello 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".

Quest'ultima evidenza è, oltre che nuova nel dibattito sul welfare, anche interessante per il confronto Europa – 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).

Tavola 2 – Coefficienti di ponderazione degli attivi e degli occupati

	2012	2007	media
UE-27	0,777	0,766	0,771
Germania	0,882	0,890	0,886
Spagna	0,778	0,683	0,730
Francia	1,000	1,000	1,000
Italia	0,869	0,912	0,891
Uk	0,937	0,957	0,947
Us	1,099	1,031	1,065

fonte: elaborazioni Ncs

Come già avvenuto quando, nei capitoli precedenti, si è svolta la comparazione tra Regioni italiane e si sono sviluppati gli indicatori di dipendenza corretti per occupazione e produttività, anche in questo caso i confronti tra Paesi, e in particolare tra Europa e Stati Uniti, possono esser integrati per tener conto della produttività relativa del lavoro. La Tavola 2 mostra i livelli relativi del valore aggiunto per occupato, posto pari all’unità il valore della Francia, Paese che sia nel 2007 che nel 2012 ha mostrato la produttività più elevata.

Se, nel calcolare il carico per attivo e per occupato⁴, le teste sono ponderate con i valori della Tavola 2, la posizione degli Stati Uniti migliora nel confronto con l’Europa; e, all’interno dell’Europa, i Paesi con la produttività relativa più bassa vedono aumentare le criticità. Le simulazioni mostrano, ad ogni modo, che anche ipotizzando che tutti i Paesi condividano uno stesso livello di produttività (quello più alto o un valore intermedio di convergenza), le dinamiche di medio-lungo non cambiano e il carico del pay-as-you-go per attivo/occupato si conferma al di sopra di soglie sostenibili.

Per ristabilire equilibrio e sostenibilità servirebbero cambiamenti strutturali di portata maggiore che non la convergenza verso il valore aggiunto per occupato osservato negli ultimi dieci anni.

⁴ Si fa l’ipotesi che l’attivo occupabile sia in grado, se occupato, di generare valore aggiunto come i già occupati.

7.6 La convergenza dei modelli: ma verso dove?

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

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

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

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

Laddove i criteri di finanziamento oggi prevalenti utilizzano redditi già prodotti (intervengono ex-post, per dedicare alla finalità sanitaria quote di risorse già prodotte), i programmi di investimento entrano nei processi di generazione delle risorse e le preparano per tempo. Tramite una idonea gestione di portafoglio, i risparmi andrebbero a selezionare le migliori opportunità di rendimento a livello internazionale, potendosi

rivolgere anche ai Paesi più giovani, quelli dove le fasce di età attive saranno ancora per molto tempo più numerose di quelle anziane (una sorta di riequilibrio internazionale degli effetti dell'invecchiamento). Diminuirebbe la pressione sugli attivi, si guadagnerebbe base imponibile al Fisco nazionale e, nella misura in cui i risparmi trovassero valide opportunità di investimento all'interno, si darebbe impulso alla capitalizzazione dell'economia e alla crescita.

Ovviamente l'accumulazione non è una panacea e non le vanno assolutamente attribuite automatiche virtù taumaturgiche. Le mancano alcune proprietà positive e salienti sia della ripartizione (è il canale più adatto alla coesione inter e inter generazionale e alle finalità redistributive⁵) 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 disinvestimento⁶).

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

Lungo questa strada, che sia per l'Europa che per gli Stati Uniti implica il rafforzamento del canale di finanziamento ad accumulazione reale, è necessario vagliare a fondo le sinergie e le 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 sistemai 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.

⁵ Quantunque obiettivi redistributivi possono esser veicolati anche dal pilastro privato, previa un opportuno disegno delle agevolazioni fiscali (detraibilità vs. deducibilità), un coordinamento completo e organico con il pilastro di base universale e selettivo, e regole di funzionamento che favoriscano la copertura assicurativa collettiva dei rischi maggiori (come la *Ltc*).

⁶ Esiste un rischio di *overreliance* sulla accumulazione reale che è speculare e simmetrico a quello di *overreliance* sulla ripartizione.

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

Un punto cardine dovrà essere la diversificazione multipilastro del finanziamento, per affiancare al criterio a ripartizione pubblico (*pay-as-you-go*), a quello privato di mutualità pura, e a quello assicurativo privato (*pooling*), il criterio basato su investimenti reali di lungo termine sui mercati, sull'accumulazione reale. Un punto che, nei meccanismi fondamentali, si presenta *tel quel* sia per la sanità che per le pensioni, anche se sinora più indagato e discusso, e in parte affrontato, per queste ultime che per la sanità.

Nel prossimo capitolo 8 ("Il fondo Welfare") si presentano e discutono i termini di una proposta operativa già descritta in altri miei lavori precedenti⁷.

7

A handwritten signature in red ink, located in the bottom right corner of the page. The signature is stylized and appears to be the initials 'M. S.'.