

## Le risorse per il welfare del futuro. Insufficienza del *pay-as-you-go* e disegno multipilastro

Nicola C. Salerno

*Sommario:* 1. Il problema “a colpo d’occhio”. – 2. Introduzione. – 3. Il PAYGO nei programmi di stabilità. – 3.1. Il carico su attivi e occupati nei programmi 2013. – 4. Il PAYGO pubblico e privato: davvero diversi? – 4.1. La ripartizione nei sistemi pubblici universalistici. – 4.2. La mutualità nei sistemi pubblici categoriali. – 4.3. La mutualità privata. – 4.4. L’assicurazione privata (*pooling*). – 4.5. Il peso del finanziamento negli Stati Uniti. – 5. Quale modello per il futuro? – 6. La proposta del fondo welfare aperto. – 7. Conclusioni.

### 1. Il problema “a colpo d’occhio”

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

Gary Becker, Premio Nobel per l’economia 1992, Chicago University  
*Business Week*, 8 aprile 1996 <sup>(1)</sup>

*Yet, as the UK and Western Europe contemplate adapting more to the “American model”, it is worth noticing a more menacing side. Economic inequality has continued to widen. All the rungs on the economic ladder are now further apart than a generation ago, and the space between them continues to spread. This widening of inequality leads to distress and misery for those at or near the bottom and anxiety for those in the middle. Left un-*

---

\* ADAPT research fellow e Direttore ODEP – Osservatorio Diritto e economia della previdenza.

<sup>(1)</sup> M. BUTI, D. FRANCO, L. PENCH, *Reconciling the welfare state with sound public finances and high employment*, in M. BUTI, D. FRANCO, L. PENCH (a cura di), *The Welfare State in Europe. Challenges and Reforms*, Edward Elgar, 1999, 3.

*checked it could also undermine the stability and moral authority of the Nation.*

Robert Reich, ex Ministro del lavoro degli Stati Uniti, Brandeis University  
*Financial Times*, 3 marzo 1997 <sup>(2)</sup>

Ma se è auspicabile che gli Stati Uniti non imitino *tout court* l'Europa (Gary Becker) e, nel contempo, altrettanto auspicabile che l'Europa non imiti *tout court* gli Stati Uniti (Robert Reich), e se entrambi i modelli stanno sperimentando difficoltà e problemi di sostenibilità, allora quale futuro progettare per i *welfare systems*? Quello europeo e quello statunitense sono i due principali (per certi aspetti unici) macro-modelli strutturati di welfare esistenti al mondo. Questo scritto prova a suscitare riflessioni, avanzando chiavi di lettura e alcune proposte.

## 2. Introduzione

Ha quasi due secoli di alto onorato servizio. Ha dato le fondamenta allo sviluppo dei *welfare systems* durante tutto il Novecento, dopo che la sua idea originaria era comparsa, con forme e modalità diverse, nell'Europa di metà Ottocento (Inghilterra di Beveridge e Germania di Bismarck). Si tratta del *pay-as-you-go* (PAYGO) o della *ripartizione* nella traduzione italiana: il criterio che permette, con il concorso di tutti i redditi, di finanziare anno per anno le prestazioni del *welfare system*. È grazie a questa idea che è stato possibile allargare gradualmente la copertura dei *welfare systems*, sino ad includere tutti i cittadini e, in alcuni casi, riconoscere anche diritti di cittadinanza universale. È sempre grazie ad esso che è stato possibile abbattere le conseguenze negative dei rischi che possono manifestarsi nel corso della vita dei singoli e delle famiglie: dai rischi della salute al rischio di incapienza dei redditi, dal rischio di inflazione ai rischi del mercato dei capitali, dal rischio di disoccupazione a quello di infortuni sul lavoro, ecc. È sempre il *pay-as-you-go* che ha permesso di gestire questi rischi con strumenti contrattuali semplici e poco costosi dal punto di vista amministrativo. Ha saputo e sa sfruttare al massimo i grandi numeri. Dal lato dei finanziatori, se tutti partecipano ognuno è chiamato a contribuire con importi contenuti e poco distorsivi; dal lato dei beneficiari, più ampia è la platea coperta meglio si può contrastare l'*adverse selection* e bilanciare tra loro

---

<sup>(2)</sup> *Ibidem*.

profili di rischio diversi (rischi non perfettamente correlati, o specifici, alle varie fasi della vita, ecc.).

Un assoluto protagonista della costruzione dei moderni sistemi di sicurezza sociale, che ha permesso di fare degli istituti welfaristi dei motori di sviluppo umano, sociale e economico. Le condizioni ideali per il suo funzionamento sono quelle realizzatesi nel secolo scorso: da un lato la popolazione giovane e in aumento, dall'altro lato i significativi (rispetto alle medie di oggi) tassi di crescita delle economie, con buoni livelli occupazionali fatti per lo più di carriere stabili e continue. Le due condizioni non erano indipendenti ma si rafforzavano endogenamente.

Queste condizioni oggi stanno venendo meno e, se ci si sforza di investigare il medio-lungo periodo, nei prossimi decenni continueranno a deteriorarsi, se non si interverrà con dei cambiamenti nella struttura delle economie, dei sistemi sociali e dei criteri per il loro finanziamento. Fare il punto sullo "stato di salute" del *pay-as-you-go* significa fare il punto sullo "stato di salute" del *welfare system*. E, si badi, al centro dell'analisi non c'è solo il sistema di sicurezza sociale pubblico (quello che per antonomasia in Italia e in Europa si fonda sul *pay-as-you-go*). I punti deboli del *pay-as-you-go* pubblico hanno delle corrispondenze molto nette sia nella mutualità privata (le società di mutuo soccorso italiane, per fare un esempio), sia nel *pooling* assicurativo privato (su cui si fonda una parte considerevole del welfare statunitense). Il *pooling* assicurativo può esser visto come un particolare *pay-as-you-go* deciso per via contrattuale privatistica, e applicato a bacini di utenza che sono sottoinsiemi molto più piccoli della platea dei cittadini occupati e produttori di reddito.

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

### 3. Il PAYGO nei programmi di stabilità

La sostenibilità del *pay-as-you-go* viene investigata a partire dai programmi di stabilità o di convergenza (PdS) presentati dai partner UE. L'analisi viene calata direttamente nel quadro economico-finanziario. Utilizzare i PdS permette anche di avere una visione complessiva sui capitoli di spesa del *welfare system* che si reggono sul finanziamento *pay-as-you-go*.

### 3.1. Il carico su attivi e occupati nei programmi 2013

È possibile calcolare quattro indicatori di sostenibilità:

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

I quattro indicatori possono esser letti direttamente come indicatori di sostenibilità del *pay-as-you-go* pubblico.

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

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

L'analisi dei PdS degli altri Paesi mette in evidenza criticità simili a quelle dell'Italia.

Persino la Germania, nonostante le profonde riforme del mercato del lavoro e del welfare condotte agli inizi degli anni Duemila, non può dire di avere con certezza esaurito gli aggiustamenti. Nonostante parta da

carichi di *pay-as-you-go* inferiori a quelli italiani e degli altri Paesi, la Germania sperimenterà la crescita più forte degli indicatori di sostenibilità, come conseguenza di un processo di invecchiamento della popolazione che accelererà dal 2030-2035 in poi, quando entreranno nella terza età tutte le generazioni di immigrati arrivate negli anni Sessanta e Settanta <sup>(3)</sup>. In Germania, oggi ogni attivo contribuisce al finanziamento delle prestazioni sanitarie acute e per assistenza ai non autosufficienti con risorse annue pari ad oltre il 19% del Pil pro capite. Questa proporzione è destinata a crescere sino a sfiorare il 30% nel 2060. Ogni occupato oggi sostiene il finanziamento della sanità con risorse pari al 20,7% del Pil pro capite, destinato ad aumentare mano a mano sino a toccare il 32% nel 2060. Se si aggiunge anche la voce di spesa pensionistica, il peso su ogni attivo passa dall'odierno 41,3% a circa il 62% nel 2060 (+18), mentre il peso su ogni occupato dal 44,5% al 65,8% (+20 circa).

In Francia, oggi ogni attivo contribuisce al finanziamento delle prestazioni sanitarie acute e per assistenza ai non autosufficienti con risorse annue pari a quasi il 23% del Pil pro capite. Questa proporzione è destinata a crescere sino a superare il 27% nel 2060. Ogni occupato oggi sostiene il finanziamento della sanità con risorse pari ad oltre il 25% del Pil pro capite, destinato ad aumentare mano a mano sino a sfiorare il 30% nel 2060. Se si aggiunge anche la voce di spesa pensionistica, il peso su ogni attivo passa dall'odierno 55,5% a circa il 63,5% nel 2060 (+8), mentre il peso su ogni occupato dal 61% a oltre il 68% (+7 circa). Una condizione relativamente migliore sembra avere il Regno Unito, anche grazie al suo sistema pensionistico che ha già assunto da tempo un assetto multipilastro maturo e contribuisce ad alleviare il carico corrente del *pay-as-you-go* pubblico. Tuttavia, anche per il Regno Unito gli incrementi nel tempo degli indicatori di sostenibilità, compresi tra i 12 e i 14 punti percentuali da oggi al 2060, segnalano la necessità di mantenere alta l'attenzione per gli aggiustamenti strutturali futuri.

In Spagna, oggi ogni attivo contribuisce al finanziamento delle prestazioni sanitarie acute e per assistenza ai non autosufficienti con risorse annue pari a quasi il 15% del Pil pro capite. Questa proporzione è destinata a crescere sino al 22% nel 2060. Ogni occupato oggi sostiene il finanziamento della sanità con risorse pari a circa il 19% del Pil pro capite, destinato ad aumentare mano a mano sino a sfiorare il 24% nel 2060. Se si aggiunge anche la voce di spesa pensionistica, il peso su

---

<sup>(3)</sup> Per la Germania l'afflusso di capitale umano dall'estero ha creato un vero e proprio secondo baby boom.

ogni attivo passa dall'odierno 35,4% a oltre il 54% nel 2060 (+20 circa), mentre il peso su ogni occupato da circa il 44% a oltre il 58% (+14 circa).

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

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

I dati appena descritti riguardano Paesi di prima industrializzazione, storici fondatori dell'UE. Adesso che l'Unione si sta sempre più allargando verso Est, inglobando Paesi che si sono avviati all'economia di mercato e allo sviluppo industriale solo dopo gli anni Novanta, è utile capire quali saranno le prospettive a medio-lungo termine delle *new entries*, anche perché la sostenibilità dei loro *welfare systems* si riverbererà sulla dinamica e sulla tenuta dell'intera Unione.

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

Prendendo ad esempio la Lituania, ogni attivo contribuisce al finanziamento delle prestazioni sanitarie acute e per assistenza ai non autosuffi-

cienti con risorse annue pari a poco più del 10% del Pil pro capite. Questa proporzione è destinata a crescere sino al 13% nel 2060. Ogni occupato oggi sostiene il finanziamento della sanità con risorse pari a circa il 12,3% del Pil pro capite, destinato ad aumentare mano a mano sino a superare il 14% nel 2060. Se si aggiunge anche la voce di spesa pensionistica, il peso su ogni attivo passa dall'odierno 28% a oltre il 37% nel 2060 (+9 circa), mentre il peso su ogni occupato da circa il 34% a poco meno del 40 (+6 circa).

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

#### **4. Il PAYGO pubblico e privato: davvero diversi?**

Ma sarà solo il *pay-as-you-go* dei sistemi pubblici ad essere posto sotto pressione? Porsi questa domanda ha una duplice importanza: non solo per ricercare le soluzioni migliori e durature, ma anche per deideologizzare e depoliticizzare il dibattito, liberandolo dagli schematismi, spesso pretestuosi, di “lotta” tra pubblico e privato, tra obiettivo di coesione sociale ed 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 significative e dirimenti di fronte a dinamiche di spesa come quelle prefigurate nei prossimi decenni?

##### **4.1. La ripartizione nei sistemi pubblici universalistici**

I sistemi sanitari pubblici universalistici à la Beveridge (come l'italiano Servizio sanitario nazionale) si basano sul finanziamento a ripartizione o *pay-as-you-go* (tramite la fiscalità generale). Già ora non vale più il c.d. “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 fi-

nanziamento 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).

#### **4.2. 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 sia 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.

#### **4.3. 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 del 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.

#### **4.4. L'assicurazione privata (*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. 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? Spostare il finanziamento dal *pooling* assicurativo al *pay-as-you-go* di *Medicare* e *Medicaid* costituisce per davvero un cambiamento di struttura, se questi sono i livelli di partenza della “gamba” privata e di quella pubblica?

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

#### 4.5. 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. I dati sono di fonte Congressional Budget Office e Census Bureau's 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 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 pensionistiche <sup>(4)</sup>. Per tutte le grandezze (spesa, demografia e Pil) si selezionano gli scenari "centrali" <sup>(5)</sup>.

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

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 (livello essenziale di assistenza sanitaria o livello essenziale nelle prestazioni). 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 ad 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 circa), mentre il peso su ogni occupato da circa il 24% a oltre il 43 (+19 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, il carico per attivo e per occupato ovviamente aumenta, ma non solo nei primi anni e nei livelli. Il pur ristretto orizzonte di proiezione disponibile per questo aggregato di spesa

<sup>(4)</sup> Il finanziamento delle pensioni private si basa prevalentemente sull'accumulazione reale del risparmio, e per questa ragione tali pensioni non sono prese in considerazione.

<sup>(5)</sup> Tutte le elaborazioni sono disponibili facendo richiesta all'Autore (*info@reforming.it*).

permette di dire che aumenta anche il trend: gli incrementi di pressione tra il 2010 e il 2020 raddoppiano o più che raddoppiano nel passaggio dal primo al secondo blocco, come conseguenza di una più rapida dinamica impressa dalla spesa sanitaria classificabile come non di base (non LEA/LEP).

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

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

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

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

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

Solo per avere una intuizione di quali sproporzioni emergerebbero se l'organizzazione del finanziamento della spesa restasse la stessa, si possono confrontare le proiezioni a medio-lungo periodo inglobate nei PdS con quelle sviluppate dall'Ocse. Nello scenario "*cost-pressure*", le proiezioni Ocse incorporano tutte le principali variabili che nel medio-lungo periodo possono avere impatto sulla dinamica della spesa sanitaria acuta e per le lungodegenze. Si prefigurano potenziali di aumento che farebbero raddoppiare o più che raddoppiare l'incidenza sul Pil. Ancora una volta, questi trend si realizzano dappertutto, in Europa e in USA, senza distinzione di sistemi a prevalenza pubblica o privata, affidati a *pay-as-you-go* pubblico o a coperture assicurative private, con radici bismarckiane o beveridgiane <sup>(6)</sup>.

## 5. Quale modello per il futuro?

Se sistemi così diversi, pubblici e privati, prestano il fianco agli scenari di crescita della spesa welfare (la sanità in particolar modo) e del carico su attivi/occupati, esiste una soluzione percorribile, o siamo di fronte a cadute inesorabili? Al di là degli sforzi di efficientamento (organizzazione dei sistemi sanitari nazionali, concorrenza tra provider, concorrenza nel mercato assicurativo, responsabilizzazione dei cittadini fruitori e dei medici prescrittori, ecc.), 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.

---

<sup>(6)</sup> Un'altra utile prospettiva di analisi è quella di correggere i valori del carico del *pay-as-you-go* su attivi/occupati per tener conto dei diversi livelli di produttività del lavoro, esprimendo tutti gli attivi/occupati in unità produttivo-equivalenti. Alcune elaborazioni sono disponibili in [www.reforming.it](http://www.reforming.it).

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

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

In questa convergenza "transatlantica" verso un sistema sanitario 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 capita-

lizzazione 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 intra e inter generazionale e alle finalità redistributive) <sup>(7)</sup> sia della mutualità e della copertura assicurativa (contro grandi eventi avversi, l'accumulazione potrebbe non essere capiente o, se lo fosse, 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 disinvestimento) <sup>(8)</sup>.

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, sia 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 implica il rafforzamento del canale di finanziamento ad accumulazione reale sia per l'Europa che per gli Stati Uniti, 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 da 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 sia nel privato), oppure rinunce dei diretti interessati a dotarsi di coperture sanitarie (nel privato). È quanto si può già osservare nei sistemi sanitari europei, a prevalenza pubblica con finanziamento *pay-as-*

---

<sup>(7)</sup> Alcuni obiettivi redistributivi possono essere perseguiti anche dal pilastro privato, previa un opportuno disegno delle agevolazioni fiscali (detraibilità vs deducibilità), un coordinamento completo e organico con il pilastro di base universale e selettivo, e regole di funzionamento che favoriscano la copertura assicurativa collettiva dei rischi maggiori (come la *long-term care*).

<sup>(8)</sup> Esiste un rischio di *over-reliance* sulla accumulazione reale che è speculare e simmetrico a quello di *over-reliance* sulla ripartizione.

*you-go*, e nel sistema sanitario statunitense, a prevalenza privata con finanziamento basato su principi assicurativi di *pooling*.

Tutti i Paesi, con sistemi pubblici o privati, e tra i pubblici sia quelli di tradizione bismarckiana sia 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 identico sia per la sanità che per le pensioni, anche se sinora più indagato e discusso, e in parte affrontato, per queste ultime che per la sanità.

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

## 6. La proposta del fondo welfare aperto

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

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

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

Nel medio-lungo termine le dinamiche della spesa sanitaria e pensionistica porranno due problematiche diverse: per le pensioni, se i tassi di occupazione non riassorbiranno i gap nei confronti dei partner UE, la vita lavorativa non si allungherà e il pilastro privato non riuscirà ad integrare a sufficienza, emergerà una questione di sostenibilità sociale (adeguatezza degli importi con il criterio di calcolo contributivo nozionale a regime); per la sanità si porrà, in maniera drastica, un vero e proprio problema finanziario, di pressioni insostenibili sul bilancio pubblico. Lo sviluppo del pilastro privato porterebbe con sé anche effetti positivi in termini di incentivo al lavoro, alla produttività e al prolungamento della vita attiva, dal momento che, sostenuti dalle agevolazioni fiscali, i risparmi del singolo aderente si accumulerebbero a suo esclusivo vantaggio, con garanzia di piena appropriabilità dei frutti. Da questo punto di vista, il pilastro privato rafforzerebbe le proprietà virtuose delle regole di calcolo contributive a capitalizzazione nozionale introdotte dalla riforma pensionistica Dini del 1995.

Per favorire lo sviluppo del canale di finanziamento a capitalizzazione, appare utile riflettere sulla possibilità di una convergenza delle due coperture complementari: quella pensionistica e quella per prestazioni sanitarie e socio-sanitarie (i casi di non autosufficienza). Questo tema riguarda soprattutto i fondi (pensione e sanitari), che di semplificazione, standardizzazione e massa critica fanno leve importanti nell'abbattimento dei costi. Con una maggiore convergenza tra finalità pensionistiche e finalità sanitarie e socio-sanitarie, si potrebbe mutuare direttamente l'assetto di base dei fondi pensione, completandolo e perfezionandolo. Più precisamente, le tre prestazioni – la pensionistica, la sanitaria e la socio-sanitaria – potrebbero far capo ad uno stesso soggetto giuridico, di natura privata, identificabile come “fondo welfare a ca-

pitalizzazione”, aperto (i.e. non categoriale o settoriale), operante attraverso l’accumulazione finanziaria dei contributi su conti individuali degli aderenti, collegato con coperture assicurative collettive per i rischi sanitari maggiori e la non autosufficienza. Per inciso, la normativa vigente già permetterebbe che il fondo pensione perseguisse finalità di natura sanitaria/socio-sanitaria attraverso la possibilità di smobilizzo di una percentuale prefissata del capitale in accumulazione e l’inserimento nel patrimonio del fondo di una polizza assicurativa per la copertura di eventi gravi e, in particolare, *long-term care*.

Dalla convergenza in un unico prodotto di finalità pensionistiche e sanitarie possono discendere diversi vantaggi. Li si ripercorre sinteticamente qui di seguito.

- 1) L’omogeneizzazione del trattamento fiscale farebbe guadagnare trasparenza ed efficacia al complesso degli incentivi, che oggi sono diversi per la copertura pensionistica e quella sanitaria. Ci si potrebbe concentrare sul disegno della fiscalità per trasmettere incentivi efficaci alle platee più ampie, contenendo la *tax expenditure*.
- 2) Sia i fondi sanitari che i fondi pensione fanno oggi appello, “contendendosele”, alle stesse fonti di finanziamento: i contributi dei lavoratori dipendenti e delle imprese sponsor, i contributi dell’aderente indipendentemente dal rapporto di lavoro, il TFR. Il fondo aperto per il welfare canalizzerebbe queste risorse in un unico programma di accumulazione.
- 3) Il fondo welfare offrirebbe opportunità di abbattimenti dei costi di amministrazione e, soprattutto, renderebbe possibile una gestione integrata dei flussi finanziari, in grado di sfruttare i benefici della capitalizzazione composta su orizzonti temporali medio-lunghi e di attuare un’ampia diversificazione del rischio.
- 4) Per quanto riguarda l’erogazione delle prestazioni, l’assolvimento delle diverse funzioni potrebbe essere garantito in condizioni di maggiore flessibilità, efficienza ed efficacia:
  - 4.1) il montante in maturazione all’interno del fondo potrebbe essere smobilizzabile nel corso della vita lavorativa dell’aderente, entro i limiti e per le finalità specificatamente individuate, per far fronte a spese sanitarie proprie e dei familiari; in particolare, si potrebbe prevedere la disponibilità di una quota annuale del montante a copertura delle partecipazioni ai costi dei LEA;
  - 4.2) per le prestazioni acute non incluse nei LEA e che comportano spese elevate, così come per le prestazioni socio-sanitarie non incluse nei LEA, si potrebbero acquisire tra gli asset del fondo

coperture assicurative collettive per gli aderenti, pagandone i premi sempre a valere sul montante in accumulazione nei conti individuali. I premi assicurativi del singolo aderente sarebbero finanziati dai frutti dell'accumulazione sul suo conto (restano intatti gli incentivi individuali a massimizzare l'accumulazione di risorse), e contro i rischi sanitari e socio-sanitari si godrebbe dei vantaggi della copertura collettiva (cfr. i successivi punti 4.5, 4.6 e 4.7) <sup>(9)</sup>;

- 4.3) utilizzando una parte del montante maturato al momento del pensionamento e fruibile *una tantum* in forma di capitale, il fondo potrebbe stipulare una polizza sanitaria collettiva di tipo *long-term care* per tutto il periodo di quiescenza degli aderenti;
- 4.4) poiché uno degli aspetti ritenuti meno soddisfacenti per i fondi pensione è proprio la rigidità della suddivisione delle prestazioni tra rendita e capitale *una tantum*, si potrebbe consentire la richiesta di prestazioni più elevate in forma di capitale da parte di coloro che, aderendo alla polizza collettiva *long-term care*, già onorano parte della funzione previdenziale pura associata alla rendita e non assolta dal capitale;
- 4.5) le polizze collettive avrebbero i vantaggi di abbattere i costi di contrattazione individuale per gli aderenti e di facilitare la gestione dell'esposizione al rischio da parte delle assicurazioni;

---

<sup>(9)</sup> Le spese sanitarie “minori” (*co-payment* ma anche altre di importo assoluto non elevato non rientranti nei LEA) possono essere direttamente finanziate accedendo ai frutti dell'accumulazione individuale (al montante). Per le spese più grandi (come per la non autosufficienza, ma anche altre non rientranti nei LEA) è indispensabile mantenere la copertura di natura assicurativa, per non indebolire troppo l'accumulazione e non esporre a rischio gli aderenti. Qui si giustifica la connessione tra il modello fondo, basato sull'accumulazione di contributi individuali su conti individuali, e l'acquisto di polizze collettive, con premi finanziati a valere sul montante in accumulazione nei singoli conti individuali. È il modello solo assicurativo che non è idoneo a fronteggiare le dinamiche di spesa future, perché, come dimostrano le difficoltà che le compagnie assicurative americane stanno attraversando, finisce col ripresentare in ambito privatistico gli stessi difetti del finanziamento a ripartizione dei sistemi pubblici. Di fronte all'aumento della domanda di prestazioni e della spesa, le assicurazioni tendono a tutelarsi facendo levitare i premi, operando uno *screaming* più selettivo (per escludere i soggetti a più elevato rischio o richiedere loro premi più elevati), ricorrendo a compartecipazioni crescenti ai costi delle prestazioni. Un modello che non solo ha meno capacità, rispetto a quello dei fondi, di riequilibrare il finanziamento *pay-as-you-go* pubblico con iniezioni di capitalizzazione reale, ma che, se le tendenze restano quelle attuali, si troverà presto di fronte a problemi di sostenibilità finanziaria della stessa natura di quelli oggi coinvolgenti i sistemi sanitari pubblici.

- 4.6) le polizze collettive, inoltre, ridurrebbero le distorsioni dovute alla selezione avversa da parte degli aderenti (tendono a ricorrere a coperture sanitarie e socio-sanitarie i soggetti più esposti agli eventi avversi) e allo *screaming* o, addirittura, alla mancata offerta del prodotto da parte delle compagnie assicurative (l'offerta si rivolge preferibilmente ai soggetti meno a rischio);
  - 4.7) gli effetti virtuosi descritti ai due precedenti punti sarebbero rinforzati se il fondo, pur rimanendo volontario nell'adesione, avesse l'obbligo normativo di acquisire le polizze collettive (una sorta di condizione "doc", qualificante per l'accesso alle agevolazioni fiscali), perché in tal caso il rischio sanitario/socio-sanitario sarebbe sicuramente diffuso su una platea molto differenziata (quella di tutti coloro che nel contempo stanno costituendo una pensione integrativa);
  - 4.8) infine, con il fondo aperto per il welfare si realizzerebbe una più forte responsabilizzazione dell'aderente nei confronti della richiesta di finanziare prestazioni sanitarie: le risorse non utilizzate per finalità sanitarie continuano, infatti, ad accumularsi all'interno del conto di capitalizzazione individuale per formare i benefici per la pensione, riducendo così la possibilità di comportamenti opportunistici di *moral hazard*.
- 5) La natura aperta del fondo, da un lato, non impedirebbe l'adesione collettiva, ma sempre volontaria, da parte di interi gruppi (dipendenti di un'impresa, di un settore, di un comparto, ecc.); dall'altro, è quella che, assieme alla piena portabilità delle posizioni individuali e alla separazione delle competenze e dei ruoli, permette di mantenere la più alta trasparenza, a tutela dell'aderente e a beneficio della concorrenza e dell'efficienza nei costi.
  - 6) Ai vantaggi elencati se ne può aggiungere un altro. All'interno di una idonea cornice normativa e regolamentare, i fondi welfare avrebbero le caratteristiche adatte per fungere da selettori degli erogatori di prestazioni, incanalando la domanda dei loro iscritti verso i migliori, pubblici o privati che siano. Un meccanismo che, supportato da ampia e certificata informazione sulle performance dei fondi, potrebbe divenire presidio non solo di efficienza nei costi, ma anche di qualità. Per non dire che, ponendo in positiva concorrenza erogatori pubblici e privati (senza vincoli di appartenenza o convenzionamento con Regioni o Asl), si potrebbe cercare di ricomporre quel confine tra sfera della politica e sfera della organizzazione sanitaria e della prestazione professionale spesso zona grigia in Italia.

Uno strumento nuovo, come quello qui proposto, necessita sicuramente di un disegno accurato e anche di uno sforzo innovativo da parte dei gestori finanziari e delle compagnie di assicurazione. Tuttavia, la convergenza tra fondi pensione e fondi sanitari può aprire potenzialità importanti nella riforma del finanziamento dei due maggiori capitoli di spesa del welfare. Potrebbe derivarne l'impulso decisivo allo sviluppo di un pilastro di finanziamento ad accumulazione reale, integrandolo con coperture assicurative per prestazioni non LEA che, per loro natura, non possono ricercare il finanziamento solo nei frutti degli investimenti sui mercati che si accumulano in conti individuali. I fondi aperti per il welfare avrebbero il pregio di affiancare al finanziamento *pay-as-you-go* quello basato sull'accumulazione reale di risorse, mantenendo, attraverso il concorso della fiscalità agevolata e delle coperture assicurative collettive collegate, quei principi di solidarietà e coesione che sono alla base del nostro *welfare system* e del nostro sistema fiscale. Sostenibilità, responsabilizzazione individuale e gestione efficiente dei rischi senza restrizioni di accesso: un pilastro privato "alleato" del pilastro di base e "alleato" delle altre prestazioni del *welfare system* che, senza un riequilibrio tra ripartizione e accumulazione reale, andranno incontro a crescenti problemi di reperimento delle risorse.

I due argomenti – quello del "ridosaggio" della ripartizione/accumulazione e quello del fondo welfare – meritano un serio approfondimento sia in sede tecnica che politica. E siccome si toccano cambiamenti strutturali comuni a tutti i Paesi ad economia e welfare sviluppati, sarebbe opportuno che il dibattito si svolgesse e si incanalasse ad un livello internazionale o quantomeno europeo, coinvolgendo da subito Ecofin, la Commissione europea e l'EIOPA, la neocostituita *authority* europea per le assicurazioni e i fondi pensione <sup>(10)</sup>.

---

<sup>(10)</sup> In particolare, riuscire da subito ad imprimere un coordinamento europeo in questa riforma di struttura dei *welfare systems* può evitare di dover attraversare fasi complesse e costose di contrattazione e convergenza *ex post*. Le caratteristiche del finanziamento del *welfare system* incidono, oltretutto, sulla mobilità dei lavoratori e dei fattori produttivi, ulteriore motivo che suggerisce di sforzarsi di ideare un "veicolo" comune – il Fondo Welfare – che possa operare dappertutto all'interno dell'Unione e combaciare in maniera fruttuosa con tutti i sistemi Paese. Un modello di Fondo Welfare europeo.

## 7. Conclusioni

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

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

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

Più la visione riesce ad essere ampia, tenendo assieme questi tasselli e curandone il raccordo all'interno del sistema economico-sociale, meglio ogni tassello riuscirà ad esprimere proprietà positive. Il fondo welfare va visto come il miglior alleato del *pay-as-you-go* pubblico per confermare, nei decenni a venire, la stessa adeguatezza di risorse su cui

i *welfare systems* hanno potuto contare per il loro sviluppo nel Novecento. Il dibattito sui fondi welfare potrebbe essere inserito in un processo di coordinamento aperto tra partner europei (*method of open coordination*) <sup>(11)</sup>.

**Le risorse per il welfare del futuro. Insufficienza del *pay-as-you-go* e disegno multipilastro – Riassunto.** *Se si analizzano le serie storiche e le proiezioni a medio-lungo termine della spesa per il welfare nei Paesi occidentali, emerge con chiarezza un fatto comune. Tutti i sistemi dovranno fronteggiare pressioni crescenti, non sostenibili dal *pay-as-you-go* pubblico che è il criterio di finanziamento cui si affidano i partner europei, e non sostenibili neppure dalle coperture assicurative private cui oggi si affidano in larga misura gli Stati Uniti. Su entrambi i fronti, il punto debole è e sarà sempre più l'eccessivo ricorso alla ripartizione dei costi sulle generazioni in età attiva e sui giovani, con ripercussioni sul funzionamento del mercato del lavoro e sull'occupabilità. Le tendenze di spesa fanno passare in secondo piano le diverse qualità originarie dei sistemi e sia il *pay-as-you-go* pubblico (bismarckiano o beveridgiano non fa differenza), sia il pooling assicurativo privato si mostrano non più all'altezza. Se si spinge l'occhio verso il medio-lungo periodo, si colgono i termini di una sfida comune all'Italia, all'Europa, agli USA: ridisegnare le fondamenta strutturali del finanziamento del welfare, bilanciando cum grano salis ripartizione e accumulazione reale. Per la sua portata, questa trasformazione diviene crocevia essenziale dei welfare systems del futuro.*

**The resources for the welfare of the future. Weaknesses of *pay-as-you-go* and multi-pillar design (Article in Italian) – Summary.** *Historical trends and long-term projections of welfare spending show a fact common to all Western countries. They will all face increasing pressures, that will put under unsustainable stress the *pay-as-you-go* criterion for financing public systems, as well as the insurance pooling on which private systems largely rely on (as in the Us). On both fronts (public and private), the weak point is and will continue to be the excessive use of sharing on working/active people the costs of benefits for retired elder people. To share increasing costs on shrinking numbers of working/active people affects negatively the functioning of the labor market and the level of employability. Future spending trends are moving in the background the original characteristics of different welfare systems, and both the public *pay-as-you-go* (Bismarckian or Beveridgian makes no difference) and the private insurance pooling will be no longer able to provide enough resources. If we look forward to the medium-long term, we can capture the terms of a clear heavy challenge common to Italy, Europe, and the Us: they need to redesign the structural foundations of the financing of their welfare systems, in order to re-balance *pay-as-you-go* and pooling with real accumulation of resources. Because of its scope, this transformation represents a crucial crossroads in the future of welfare systems.*

---

<sup>(11)</sup> Per una definizione di *method of open coordination* si veda lo *European Industrial Relations Dictionary* dell'osservatorio *EurWORK*, in [www.eurofound.europa.eu](http://www.eurofound.europa.eu).