

MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato

Ispettorato Generale per la Spesa Sociale

Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e sanitario

**Previsioni elaborate con i modelli del Dipartimento della Ragioneria
Generale dello Stato aggiornati al 2002**

Temi di finanza pubblica e protezione sociale

 **Quaderno**  **4**

MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE
Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato
Ispettorato Generale per la Spesa Sociale

Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e sanitario
Previsioni elaborate con i modelli del Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato
aggiornati al 2002

TEMI DI FINANZA PUBBLICA E PROTEZIONE SOCIALE

Quaderno n. 4 – dicembre 2002

Il presente rapporto è stato realizzato con la collaborazione di
Consip - Modelli di previsione della spesa sociale.

Per eventuali richieste contattare:

Dottor Francesco Massicci – Ispettore Generale Capo per la Spesa Sociale – francesco.massicci@tesoro.it

Dottor Rocco Aprile – Dirigente Ufficio III dell’I.Ge.Spe.S. – rocco.aprile@tesoro.it

Indice

Sintesi e conclusioni.....	I
1. Le ipotesi di scenario.....	1
1.1. Gli scenari nazionali.....	1
1.2. Gli scenari EPC-WGA.....	2
Box 1.1 - Le ipotesi sui tassi di attività negli scenari EPC-WGA.....	4
2. La spesa per pensioni.....	11
2.1. Lo scenario nazionale base.....	11
2.2. Le differenze con la previsione del 2001.....	13
2.3. Scenario nazionale “programmatico”.....	15
2.4. Le previsioni prodotte nell’ambito dell’EPC-WGA.....	16
Box 2.1 - L’istituto delle maggiorazioni sociali delle pensioni previdenziali e dell’assegno sociale.....	19
Box 2.2 - La definizione di spesa pensionistica pubblica.....	21
3. La spesa sanitaria.....	27
3.1. Lo scenario nazionale base.....	27
3.2. Analisi dei fattori esplicativi.....	30
3.3. Le differenze con la previsione del 2001.....	31
3.4. Lo scenario nazionale “programmatico”.....	32
3.5. Le previsioni prodotte nell’ambito dell’EPC-WGA.....	32
Box 3.1 - Il Consumo Pro capite Standardizzato (CPS).....	35
Box 3.2 - La definizione di spesa sanitaria pubblica.....	36
4. L’aggiornamento della base assicurativa dell’INPS.....	43
4.1. Premessa.....	43
4.2. Le differenze con la precedente base assicurativa.....	43
4.3. I miglioramenti apportati.....	45
5. La stima del consumo sanitario per età, sesso e tipologia di prestazione.....	52
5.1. Premessa.....	52
5.2. La stima dei profili del consumo sanitario per livello di assistenza.....	53
5.3. I macro livelli Acute e Long Term Care.....	61
Appendice: tabelle riepilogative dei risultati delle previsioni.....	65
Bibliografia.....	83

Sintesi e conclusioni

Nel presente rapporto verranno illustrati i risultati delle previsioni del sistema pensionistico e sanitario effettuate con i modelli del Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato (RGS) aggiornati al 2002. L'aggiornamento di tali modelli si è concluso per la metà di giugno in occasione della predisposizione del Documento di Programmazione Economica e Finanziaria (DPEF) 2003-2006. In particolare, tale documento ingloba, in appositi box riferiti, rispettivamente, al sistema pensionistico e sanitario, una descrizione sintetica delle previsioni aggiornate relative agli scenari nazionali base e programmatico. Successivamente, a distanza di qualche mese, queste stesse previsioni sono state leggermente riviste per tener conto della correzione delle stime di crescita economica per il 2002 riportate nella Relazione Previsionale e Programmatica (RPP) per il 2003.

I contenuti del
rapporto

Contestualmente, per garantire omogeneità di confronto, si è provveduto ad aggiornare anche le previsioni basate sugli scenari *baseline* e *Lisbon* definiti nell'ambito del gruppo di lavoro sugli effetti dell'invecchiamento demografico costituito presso il Comitato di Politica Economica del Consiglio Ecofin (*Economic Policy Committee - Working Group on Ageing, EPC-WGA*). I risultati analitici, strutturati secondo lo schema concordato nel gruppo di lavoro, sono stati inviati all'EPC-WGA i primi di ottobre accompagnati, come consuetudine, da una nota illustrativa delle procedure di aggiornamento e delle differenze rispetto alle precedenti previsioni del 2001. Tali risultati sono stati successivamente utilizzati ai fini della valutazione della sostenibilità di lungo periodo della spesa sociale nell'ambito del documento di aggiornamento del Programma di Stabilità dell'Italia (Ministero dell'Economia e delle finanze, 2002b)

Le previsioni aggiornate, per la parte relativa alla spesa per pensioni, sono state, inoltre, incluse nel rapporto italiano sulle strategie nazionali per la modernizzazione e la sostenibilità dei sistemi pensionistici (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2002) predisposto nell'ambito di un progetto congiunto che ha visto coinvolti i Comitati di Protezione Sociale e di Politica Economica dell'UE (European Commission, 2002).

Le procedure di aggiornamento, oltre che recepire i dati consolidati per l'anno 2000, hanno riguardato principalmente: i) la modificazione del quadro normativo-istituzionale, secondo quanto previsto dalla legge finanziaria per il 2002; ii) la revisione delle statistiche relative all'anno 2001; iii) l'aggiornamento delle previsioni di crescita del PIL per l'anno 2002; iv) la revisione delle basi assicurative del Fondo Pensione Lavoratori Dipendenti (FPLD) e delle tre gestioni dei lavoratori autonomi costituite presso l'INPS; v) alcuni miglioramenti metodologici finalizzati al potenziamento del modulo di previsione dei tassi di attività e, infine, vi) l'aggiornamento delle stime relative ai profili del consumo sanitario per età, sesso, tipologia di

L'aggiornamento
dei modelli

prestazione. Le previsioni aggiornate non tengono, ovviamente, conto delle misure inserite nel disegno di legge finanziaria per il 2003¹.

L'aumento delle
maggiorazioni
sociali

Per quanto attiene alle modifiche della normativa pensionistica, l'intervento di maggiore rilevanza ha riguardato l'aumento a 516 euro mensili delle pensioni di importo inferiore tramite lo strumento delle maggiorazioni sociali. Tale misura è stata introdotta con la legge finanziaria per il 2002 (L 448/2001, art. 38) ed i suoi effetti finanziari decorrono da gennaio dello stesso anno. L'aumento degli importi pensionistici ha interessato, prevalentemente, le pensioni sociali (assegni sociali se liquidati dopo il 1995) e i trattamenti previdenziali erogati a favore di soggetti con redditi personali e cumulati con il coniuge inferiori a determinati livelli (cfr. box 2.1). In coerenza con la definizione di spesa pensionistica adottata ai fini delle previsioni elaborate dalla RGS (cfr. box 2.2), l'effetto finanziario della misura in esame è stata inizialmente stimata in 1.800 milioni di euro nel 2002, che corrisponde allo 0,14% del PIL².

Il profilo dei
consumi sanitari

Relativamente alla spesa sanitaria, le previsioni aggiornate scontano gli effetti distributivi del quadro normativo-istituzionale vigente negli anni 2000 e 2001 a seconda della disponibilità di dati analitici per la stima del profilo, per età e sesso, dei consumi sanitari relativi alle diverse funzioni di spesa. Sulla base della metodologia concordata in ambito EPC-WGA, tali profili sono mantenuti costanti per l'intero periodo di previsione. Diversamente, il livello della spesa sanitaria del 2002 è stato previsto sulla base del quadro normativo-istituzionale vigente nello stesso anno.

Accordo stato-
regioni dell'8
agosto 2001

Nell'ambito degli scenari nazionali, le previsioni tengono conto, inoltre, di alcune misure già adottate a livello di governo centrale e regionale che puntano al contenimento della dinamica della spesa sanitaria negli anni immediatamente successivi al 2002. Si tratta, in particolare, degli effetti finanziari indotti dalla L 405/2001 emanata sulla base dell'accordo fra stato e regioni dell'8 agosto 2001. Tuttavia, negli scenari *baseline* e *Lisbon* non si è tenuto conto di tali effetti al fine di evitare deviazioni rispetto alla comune metodologia concordata in ambito EPC-WGA.

Revisione dei
dati iniziali

Per quanto riguarda la revisione dei dati iniziali del 2001, da cui prende avvio la previsione, occorre segnalare che il rapporto fra spesa pensionistica e PIL risulta leggermente più elevato di quello inizialmente previsto per lo stesso anno (13,83% contro 13,77%). La ragione di tale scostamento deve essere rinvenuta in una minore crescita del PIL nominale a fronte di una spesa pensionistica risultata appena più bassa di quanto previsto (circa 300 milioni

¹In particolare, le previsioni non scontano gli effetti conseguenti all'estensione della possibilità di cumulo pensione-reddito da lavoro per i soggetti che accedono al pensionamento con almeno 58 anni di età e 37 anni di contributi.

²In occasione della predisposizione del disegno di legge finanziaria per il 2003, gli oneri conseguenti all'applicazione dell'art. 38 della L 448/2001 sono stati accertati in misura inferiore a quanto preventivato. Tali risparmi sono stati, in buona parte, utilizzati per il rifinanziamento dei maggiori benefici pensionistici concessi ai lavoratori esposti all'amianto per effetto di un incremento del numero dei beneficiari.

di euro). La minore crescita del PIL nominale registrata nel 2001 è pari a circa lo 0,6% e dipende per 1/3 dalla dinamica reale e per 2/3 dal deflatore.

Il rapporto fra spesa sanitaria e PIL del 2001 è stato oggetto di una revisione al rialzo ben più marcata. Il valore aggiornato si attesta al 5,96% facendo segnare un incremento di circa 0,3 punti percentuali rispetto al valore precedentemente previsto di 5,69%. Tale crescita è dovuta per circa 4/5 ad un più elevato livello della spesa sanitaria e per circa 1/5 alla più bassa crescita del PIL nominale di cui si è detto. Circa la metà della correzione al rialzo della spesa sanitaria (1.300 milioni di euro) dipende dalla revisione dei dati comunicati dalle regioni al sistema informativo del Ministero della salute ed utilizzati per le stime pubblicate dall'Istat nel marzo 2002³. L'Istituto ha, successivamente, provveduto ad aggiornare le predette stime a giugno dello stesso anno sulla base dei nuovi elementi informativi scaturiti dalla rettifica dei dati trasmessi dalle regioni.

La crescita economica per il 2002, e la sua scomposizione in termini di produttività ed occupazione è coerente con le indicazioni contenute nella RPP 2003 la quale aggiorna le previsioni del quadro macroeconomico indicato nel DPEF 2003-2006⁴. Nel confronto con le precedenti previsioni ottenute con il modello aggiornato al 2001, la crescita del PIL presenta una revisione al ribasso in tutti gli scenari considerati. Per quanto riguarda gli scenari nazionali, la correzione è stata dell'1,8%, nello scenario nazionale base, e del 2,3%, in quello programmatico. Relativamente agli scenari EPC-WGA la riduzione è risultata dell'1,9%, nello scenario *baseline*, e del 2,7%, nello scenario *Lisbon*.

La crescita
economica del
2002

Nell'ambito delle procedure di aggiornamento "straordinario" del modello, particolare rilevanza assume la revisione della base assicurativa delle principali gestioni INPS. Più specificatamente, tale revisione ha interessato la distribuzione per età, sesso, anzianità contributiva, stato assicurativo (contribuente, silente, pensionato-contribuente) e regime pensionistico (retributivo, contributivo e misto) degli assicurati iscritti al 31/12/2000 al FPLD e alle tre gestioni dei lavoratori autonomi (artigiani, commercianti e coltivatori diretti, coloni e mezzadri). I risultati di tale attività sono stati messi a disposizione dall'INPS all'inizio del 2002. La nuova base dati ha sostituito quella utilizzata nel precedente aggiornamento del modello di previsione relativo all'anno 2001 (cfr. capitolo 4).

La revisione
della base
assicurativa
INPS

La stima della nuova base assicurativa ha potuto beneficiare del potenziamento delle procedure informatiche conseguito negli ultimi anni. In particolare, la possibilità di incrociare informazioni organizzate in archivi

³Tale revisione è stata apportata a seguito di un'approfondita attività di verifica, coordinata dal Ministero della salute, sui dati relativi al conto economico delle Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere inizialmente forniti dalle regioni.

⁴Ovviamente, le previsioni basate sugli scenari nazionali incluse nel DPEF 2003-2006 non tengono conto di questa ulteriore revisione.

prima separati e strutturati per soddisfare finalità prettamente amministrative, ha prodotto una significativa riduzione delle posizioni cosiddette “silenti”, cioè degli assicurati portatori di diritti pensionistici che non hanno contribuito al sistema nell’anno di rilevazione.

Per quanto riguarda la quota dei silenti che al 31/12/2002 aveva già maturato i requisiti minimi di contribuzione necessari per l’accesso alla pensione di vecchiaia, tale riduzione ammonta a oltre 400 mila posizioni quasi interamente concentrate nei dieci anni di età antecedenti l’età pensionabile. Conseguentemente, la corrispondente riduzione delle pensioni di vecchiaia risulterà in gran parte realizzata entro il 2010. Poiché il periodo medio di sopravvivenza di tale categoria di pensione è di circa un paio di decenni, la revisione della base assicurativa non produrrà effetti di rilievo nella seconda parte del periodo di previsione.

Profilo
generazionale dei
tassi di attività

L’aggiornamento dei modelli di previsione ha, inoltre, beneficiato di alcuni miglioramenti metodologici riguardanti la previsione dei tassi di attività effettuata secondo un approccio di tipo generazionale. Gli aggiustamenti apportati hanno consentito di migliorare la gradualità della fase transitoria di passaggio dai livelli attuali a quelli definiti come ipotesi di scenario tenendo adeguatamente conto delle componenti endogene dipendenti dalle interazioni con le caratteristiche del sistema formativo, del sistema pensionistico e delle dinamiche demografiche. La stima dei profili generazionali dei tassi di attività è stata effettuata sulla base dei risultati delle *Indagini delle forze di lavoro* relative al periodo 1993-2001, e quindi tiene conto dell’ultimo biennio 2000-2001 non compreso nella base dati utilizzata per le precedenti stime.

Profilo dei
consumi sanitari

Vale, infine, ricordare i miglioramenti apportati alla stima dei consumi sanitari per età, sesso e tipologia di prestazione (cfr. capitolo 5). Oltre alla acquisizione di elementi informativi nuovi, tali miglioramenti hanno riguardato essenzialmente l’individuazione di profili specifici per tipologia di prestazione la cui definizione risulta sostanzialmente in linea con quella adottata ai fini della predisposizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)

Lo scenario
nazionale base:

L’aggiornamento al 2002 dei modelli di previsioni della RGS non presenta modificazioni di rilievo per quanto attiene alla definizione dello scenario nazionale base (tab. A).

- il quadro
demografico

Il quadro demografico sottostante recepisce le ipotesi di fecondità, mortalità e flussi migratori dello scenario centrale elaborato dall’Istat, già utilizzato nel precedente aggiornamento. L’unica novità ha riguardato lo slittamento in avanti, dal 2000 al 2001, dell’anno iniziale da cui prende avvio la previsione (Ministero dell’economia e delle finanze - RGS, 2001).

- il quadro
macroeconomico

La definizione del quadro macroeconomico conferma sostanzialmente le ipotesi sulla produttività e sulle dinamiche occupazionali adottate nelle

precedenti previsioni. Nello scenario nazionale base, la produttività si attesta attorno all'1,7% medio annuo (2% a partire dal 2026 e gradualmente crescente verso tale valore negli anni precedenti) mentre le ipotesi relative al mercato del lavoro determinano una dinamica del tasso di occupazione che passa, nella fascia di età 20-64, dal 58,1% del 2001 al 68,8% del 2050 (Ministero dell'economia e delle finanze - RGS, 2001).

Al fine di cogliere gli andamenti di lungo periodo dei fattori che condizionano gli equilibri strutturali del sistema pensionistico e sanitario (quali le trasformazioni demografiche, la modificazione della struttura dei tassi di attività e di occupazione, la dinamica di lungo periodo della produttività), per il periodo 2003-2006, lo scenario nazionale base assume, in coerenza con la scelta già operata nelle precedenti previsioni, un tasso di crescita del PIL reale pari a circa il 2% l'anno, sostanzialmente in linea con l'andamento medio dell'ultimo ventennio.

Sulla base delle ipotesi demografiche e macroeconomiche sopra ricordate, la dinamica reale del PIL si attesta fra l'1,4 e l'1,5% medio annuo nell'intero periodo di previsione. - la dinamica reale del PIL

Nel lungo periodo, la previsione del sistema pensionistico obbligatorio aggiornata al 2002 conferma gli andamenti ormai noti in quanto nessuno dei fattori sottostanti la dinamica strutturale del fenomeno ha subito modificazioni rilevanti per effetto delle operazioni di aggiornamento sopra elencate (fig. A1). La previsione del sistema pensionistico:

Il rapporto fra spesa pensionistica e PIL presenta una crescita pressoché costante nel primo trentennio di previsione dove fa registrare un incremento di oltre 2 punti percentuali di PIL passando dal 13,8% del 2001 al valore massimo del 16% nel 2033. Dopodiché decresce rapidamente attestandosi al 13,6% nel 2050. La dinamica dei primi 15 anni, fatta eccezione per il primo quinquennio, è dovuta quasi esclusivamente ad un aumento del numero di pensioni in presenza di una sostanziale invarianza del rapporto fra pensione media e produttività. Quest'ultimo rapporto decresce nella parte centrale del periodo di previsione per effetto dell'introduzione graduale del sistema di calcolo contributivo (regime misto) provocando un rallentamento della crescita della spesa pensionistica. Nell'ultima fase, il rapporto spesa per pensioni/PIL cala rapidamente con il passaggio dal sistema di calcolo misto a quello contributivo in presenza di un rallentamento, prima, e di una inversione di tendenza, poi, del rapporto fra numero di pensioni e numero di occupati. Quest'ultimo fenomeno consegue alla progressiva eliminazione per morte delle generazioni del *baby boom*. - i risultati

Rispetto alla previsione del 2001, si registra un lieve aumento del rapporto spesa/PIL negli anni in cui la curva raggiunge i suoi valori massimi, in gran parte dovuto all'aumento a 516 euro mensili delle pensioni di importo più basso introdotto dalla legge finanziaria per il 2002. Nella prima parte del periodo di previsione, tale effetto è più che compensato dalla riduzione del - confronto con la previsione del 2001

numero di pensioni di vecchiaia conseguente alla revisione della base assicurativa del FPLD e delle gestioni dei lavoratori autonomi di cui si è detto.

La previsione del sistema sanitario:

La previsione del rapporto fra spesa sanitaria pubblica e PIL è stata effettuata sulla base delle indicazioni metodologiche concordate nell'ambito dell'EPC-WGA (Economic Policy Committee, 2001).

- i fattori esplicativi

In particolare, l'evoluzione di medio-lungo periodo della spesa sanitaria viene espressa in funzione di tre fattori. Il primo misura la variazione della spesa imputabile all'evoluzione per età e sesso della popolazione; il secondo esprime l'effetto della modificazione della struttura dei consumi specifici per età, sesso e tipologia di prestazione; il terzo misura la variazione della spesa sanitaria nell'ipotesi di invarianza della struttura demografica e dei consumi specifici. Più precisamente, quest'ultimo fattore esprime l'evoluzione del Consumo *Pro capite* Standardizzato (CPS) cioè l'evoluzione del consumo di un generico individuo a prescindere dalla classe di bisogno sanitario in cui si colloca (cfr. box 3.1).

- le ipotesi sul consumo sanitario

Coerentemente con le scelte metodologiche adottate dall'EPC-WGA, la struttura dei consumi specifici è stata assunta costante per l'intero periodo di previsione e il CPS è stato ipotizzato evolvere in linea con il PIL *pro capite*. Tuttavia, per il periodo 2002-2006, in parziale deroga alle indicazioni metodologiche sopra riportate, la previsione della spesa sanitaria è stata effettuata tenendo conto degli effetti finanziari conseguenti all'accordo fra stato e regioni dell'8 agosto 2001, delle misure di contenimento già previste dalla normativa vigente e delle risultanze del sistema informativo della Sanità relative al quarto trimestre del 2001.

- i risultati

La previsione del rapporto fra spesa sanitaria pubblica e PIL (fig. A2), nelle ipotesi dello scenario nazionale base (curva in grassetto), mostra una crescita piuttosto regolare fino al 2035. Solo nell'ultimo quindicennio il ritmo di crescita presenta una flessione per le ben note ragioni demografiche (uscita per morte delle generazioni del *baby boom*). Nell'intero periodo di previsione, il rapporto si incrementa di 2 punti percentuali passando dal 6% del 2001 all'8% del 2050.

- confronto con la previsione del 2001

Rispetto alla previsione ottenuta con il modello aggiornato al 2001, l'incidenza della spesa sanitaria sul PIL risulta mediamente più elevata di circa il 10% a partire dal 2006. A tale differenza contribuisce, in maniera significativa, la revisione del valore iniziale di cui si è detto.

- la componente *long term care*

L'analisi della dinamica della spesa sanitaria per macro-livelli evidenzia una crescita della componente *long term care* percentualmente più rilevante rispetto alla componente *acute*, secondo una tendenza comune a molti altri paesi economicamente avanzati. Tuttavia, occorre segnalare che l'incidenza della *long term care* risulta assai limitata in Italia (circa il 10% del totale della spesa sanitaria pubblica) a differenza dei paesi del nord Europa.

Nel complesso, l'evoluzione della spesa sociale pubblica per pensioni e sanità (fig. A3) presenta, rispetto al PIL, un andamento crescente per gran parte del periodo di previsione. Partendo dal 19,8% del 2001, essa raggiunge il valore massimo di 23,5% nel 2034, per poi scendere gradualmente al 21,6% nel 2050, oltre un punto percentuale in più rispetto al livello iniziale. Appare, inoltre, evidente il ruolo trainante della spesa pensionistica ampiamente maggioritaria sul piano dimensionale.

La spesa complessiva per sanità e pensioni

L'attuazione delle politiche programmate in termini di crescita occupazionale e di andamento della produttività inglobate nell'ultimo DPEF produce gli effetti indicati dalla curva sottile riportata nella figura A. In particolare, la maggiore crescita economica assunta nello scenario programmatico per il periodo 2003-2006 si traduce in una riduzione iniziale dell'incidenza sul PIL sia della spesa pensionistica che di quella sanitaria. Nel primo caso, tuttavia, il miglioramento iniziale si perde progressivamente man mano che i più elevati livelli occupazionali e la maggiore dinamica della produttività si traducono in un maggior numero di pensioni di importo mediamente più elevato. Diverso è il caso della spesa sanitaria per la quale il miglioramento iniziale del rapporto fra il CPS ed il PIL *pro capite*, risulterà acquisito, in modo pressoché costante, per l'intero periodo di previsione.

Lo scenario nazionale programmatico

L'attività previsionale basata sugli scenari nazionali è stata affiancata da quella condotta, a livello europeo, sulla base degli scenari demografici e macroeconomici definiti nell'ambito del progetto di ricerca promosso dall'EPC-WGA. Il principale obiettivo di tale progetto è quello di analizzare, in chiave comparata, la sostenibilità finanziaria della spesa sociale alla luce delle profonde trasformazioni demografiche in atto. Sul piano procedurale e metodologico, la soluzione adottata è stata quella di responsabilizzare gli stati membri nella produzione ufficiale delle proprie previsioni con gli strumenti in loro possesso recependo, tuttavia, le ipotesi di scenario definite, per ciascuno paese, nell'ambito del gruppo di lavoro. I risultati di tale attività, limitati al momento al comparto pensionistico e sanitario, sono stati pubblicati a cura del Comitato di Politica Economica nel novembre scorso (Economic Policy Committee, 2001).

Gli scenari EPC-WGA

Poiché, nel caso italiano, i modelli utilizzati per le previsioni elaborate nell'ambito dell'EPC-WGA sono esattamente gli stessi adottati per le previsioni nazionali, le differenze riscontrabili nei risultati dipendono interamente dalle ipotesi di scenario.

I principali elementi di diversità fra lo scenario *baseline* e lo scenario nazionale base sono desumibili dal confronto fra i valori riportati nelle tabelle B ed A. Le differenze non risultano particolarmente significative, specie se riferite ai valori medi dell'intero periodo di previsione. Il tasso di crescita del PIL è appena inferiore a quello dello scenario nazionale base, con uno scarto dello 0,1% interamente spiegato dalla dinamica occupazionale. Dal punto di vista del profilo temporale della crescita economica, si nota,

- lo scenario *baseline*

tuttavia, un maggior disallineamento: lo scenario *baseline* presenta un'accelerazione nel primo ventennio del periodo di previsione ed un rallentamento nel periodo successivo.

Anche per quanto attiene ai parametri demografici, relativi, rispettivamente, agli scenari centrali Istat ed Eurostat, le differenze non sembrano rilevanti: il primo sopravanza il secondo in termini di flussi migratori e, contestualmente, presenta valori della speranza di vita superiori al 2050. Lo scarto fra i tassi di fecondità assume, invece, un andamento alterno: il valore dello scenario Istat è superiore a quello Eurostat nella prima parte del periodo di previsione mentre è inferiore nella seconda parte. E' abbastanza intuitivo che le differenze fra le ipotesi di mortalità e quelle sui flussi migratori muovono in senso compensativo per quanto attiene agli effetti sulla spesa, per sanità e pensioni, in rapporto al PIL.

- lo scenario
Lisbon

Il confronto fra le ipotesi dello scenario *Lisbon* (tab. C) e quelle dello scenario base nazionale mette in evidenza differenze assai più marcate. Queste, tuttavia, non riguardano tanto la dinamica media del PIL, la quale si attesta ad un livello di poco inferiore allo scenario nazionale, ma la sua scomposizione nella componente produttività ed occupazione. La prima risulta inferiore, in media, di circa 0,6 punti percentuali l'anno mentre la seconda risulta superiore di una percentuale sostanzialmente equivalente. La maggiore crescita occupazionale è dovuta tanto ad ipotesi più ottimistiche circa l'evoluzione dei tassi di attività, specie in campo femminile, che ad una maggiore dinamica della popolazione in età di lavoro. In merito, si ricorda che lo scenario *Lisbon* recepisce l'ipotesi alta (*high variant*) delle previsioni demografiche Eurostat che assume, rispetto allo scenario centrale Istat, un aumento più sostenuto per tutti e tre i parametri demografici sottostanti, come emerge dal raffronto tra le tabelle A e C.

Le previsioni
EPC-WGA:

- lo scenario
baseline

I risultati delle previsioni elaborate nell'ambito dell'EPC-WGA sono illustrati nella figura B e posti a confronto con quelli che scaturiscono dall'adozione dello scenario nazionale base. Rispetto a quest'ultimo, lo scenario *baseline* genera un rapporto spesa pensionistica/PIL significativamente più basso nella prima parte del periodo di previsione e superiore nel periodo successivo con un'intersezione delle due curve attorno al 2032. Le differenze registrate dipendono prevalentemente dal diverso profilo temporale della dinamica del PIL il quale produce effetti diretti sul denominatore del rapporto ed indiretti sul numero e l'importo medio di pensione nella seconda parte del periodo di previsione. Diversamente, il rapporto fra la spesa sanitaria ed il PIL dello scenario *baseline* dell'EPC-WGA si colloca ad un livello percettibilmente inferiore, rispetto a quello dello scenario nazionale base, a partire dal 2030. Ciò è dovuto prevalentemente alle diverse dinamiche demografiche ed in particolare alle ipotesi sulla speranza di vita. Nel complesso, lo scenario *baseline* presenta, rispetto allo scenario nazionale base, una dinamica della spesa totale per pensioni e sanità in rapporto al PIL inizialmente più contenuta per diventare

più elevata nella parte finale del periodo di previsione con uno scostamento di circa 0,4 punti nel 2050.

Le ipotesi dello scenario *Lisbon*, invece, sono tali da generare una dinamica della spesa complessiva sul PIL assai più contenuta sia rispetto a quella dello scenario *baseline* dell'EPC-WGA che a quella dello scenario nazionale base. Tale risultato scaturisce principalmente dalla componente pensionistica, la cui incidenza in termini di PIL risulta di oltre un punto percentuale più bassa per gran parte del periodo di previsione. Il miglioramento del rapporto dipende prevalentemente dal forte aumento dei tassi di attività, specie in campo femminile, che produce immediatamente un aumento del PIL ma si traduce in un maggiore numero di pensioni con un ritardo medio di circa 35 anni. Particolarmente significativo è anche il consistente aumento dei tassi di attività nella fascia di età 57-65 anni il quale è stato possibile solo grazie ad un aumento di circa 3 anni dell'età media di accesso al pensionamento nell'ambito del sistema contributivo. In questo caso, l'effetto dovuto all'aumento del numero di occupati risulta rafforzato dalla contestuale riduzione del numero di pensioni. I maggiori importi pensionistici che conseguono alla posticipazione del pensionamento, dovuti sia all'aumento dell'anzianità contributiva che ai più elevati coefficienti di trasformazione, si realizzeranno solo gradualmente nel tempo determinando il sostanziale riallineamento fra le curve alla fine del periodo di previsione.

- lo scenario
Lisbon

Le differenze relative alla componente sanitaria della spesa sono più facilmente interpretabili. Esse dipendono, in larga misura, dal diverso andamento del PIL *pro capite* conseguente all'adozione di scenari demografici diversi. In particolare, rispetto allo scenario *baseline*, lo scenario *Lisbon* presenta un andamento della variabile sopra menzionata, a cui per ipotesi è agganciato il CPS, pari al 1,4% medio annuo contro l' 1,7%.

I dati analitici relativi ai risultati delle previsioni sono riportati in appendice. Nella prospettazione è stato seguito, quanto più possibile, lo schema concordato nell'ambito dell'EPC-WGA con l'eliminazione delle sole informazioni che costituivano una chiara duplicazione. Ne consegue, pertanto, che il quadro dei risultati relativi alle previsioni elaborate nell'ambito dell'EPC-WGA è esattamente lo stesso di quello formalmente consegnato all'EPC-WGA ed utilizzato nei documenti ufficiali del nostro paese elaborati in ambito UE (Documento di Aggiornamento del Programma di Stabilità, *National Strategy Report on pensions*).

Prospettazione
dei risultati

Per quanto attiene all'analisi di sensitività delle ipotesi demografiche, macroeconomiche e normativo-istituzionali, non vi sono ragioni che rendano utile e significativo un aggiornamento dei risultati pubblicati lo scorso anno. In particolare, per quanto attiene agli scenari nazionali, è possibile consultare il precedente rapporto del Dipartimento della RGS (Ministero dell'economia e delle finanze-RGS, 2001) mentre per gli scenari definiti in sede EPC-WGA

Analisi di
sensitività

si rinvia al rapporto del Comitato di Politica Economica pubblicato a novembre del 2001 (Economic Policy Committee, 2001).

L'analisi svolta nel presente rapporto ha consentito di enucleare i seguenti risultati:

Rilevanza delle
procedure di
aggiornamento

a) nell'ambito delle procedure di aggiornamento dei modelli di previsione intervenute nel corso del 2002, gli aspetti di maggiore rilievo hanno riguardato l'acquisizione della nuova base assicurativa relativa alle principali gestioni INPS, l'innalzamento a 516 euro delle pensioni più basse tramite l'istituto delle maggiorazioni sociali e il riaccertamento del livello iniziale della spesa sanitaria. La nuova base assicurativa ha determinato un significativo rallentamento del tasso di crescita della spesa pensionistica nel primo decennio di previsione, dovuto ad un minor numero di pensioni di vecchiaia, ma non ha alterato sostanzialmente gli equilibri di lungo periodo. La maggiorazione delle pensioni di importo più basso ha determinato un innalzamento del rapporto fra spesa pensionistica e PIL che ha interessato l'intero periodo di previsione seppure con un profilo decrescente. Il riaccertamento del livello iniziale della spesa sanitaria ha comportato, invece, un innalzamento del rapporto spesa/PIL acquisito, in misura percentualmente stabile, per tutto il periodo di previsione;

L'Italia
nell'ambito
dell'UE

b) le operazioni di aggiornamento, per quanto in alcuni casi significative, non hanno tuttavia modificato i fattori strutturali della dinamica della spesa sociale per pensioni e sanità in rapporto al PIL. Pertanto, le previsioni di crescita di tali componenti di spesa restano, per il nostro paese, più contenute rispetto alla media dei paesi dell'UE (Economic Policy Committee, 2001) nonostante un più intenso processo di invecchiamento. Tale risultato dipende essenzialmente da due circostanze: il processo di riforma del sistema pensionistico realizzato nel corso degli anni '90 e la modesta dimensione della componente *long term care* che costituisce il macro livello della spesa sanitaria pubblica maggiormente esposto all'invecchiamento della popolazione;

Rilevanza delle
ipotesi di
scenario

c) il quadro dei risultati non differisce molto a seconda che si adotti lo scenario nazionale base o lo scenario *baseline* definito nell'ambito EPC-WGA. In entrambi i casi, la spesa pubblica per pensioni e sanità in rapporto al PIL raggiunge il suo valore massimo nel quinquennio 2031-2035 attestandosi su livelli sostanzialmente equivalenti (23,5% nel primo caso e 23,6% nel secondo). Tuttavia, lo scenario *baseline* dell'EPC-WGA mostra una situazione meno preoccupante nella prima parte del periodo di previsione a fronte di un leggero peggioramento nella seconda parte. Ciò è dovuto, essenzialmente, al diverso profilo temporale della crescita economica che caratterizza i due scenari;

Lo scenario
Lisbon

d) lo scenario *Lisbon* dell'EPC-WGA, invece, produce un forte contenimento della crescita della spesa pubblica per pensioni e sanità in

termini di PIL. Tale risultato scaturisce essenzialmente dalla quasi stabilizzazione della componente pensionistica mentre i miglioramenti conseguiti in campo sanitario sono decisamente meno rimarchevoli. Tuttavia, le ipotesi sottostanti lo scenario *Lisbon* scontano l'adozione di politiche in grado di determinare effetti rilevanti sui livelli occupazionali. In particolare, si assume un forte aumento dei tassi di occupazione giovanili, un allineamento dei tassi di occupazione femminili a quelli maschili, già sensibilmente incrementati rispetto ai livelli attuali e un significativo innalzamento dei tassi di occupazione dei lavoratori anziani tramite il posticipo di circa tre anni dell'età media al pensionamento nell'ambito del regime contributivo;

- e) per quanto attiene al sistema pensionistico, le misure che più hanno contribuito al contenimento del rapporto fra spesa pensionistica e PIL sono: i) l'eliminazione della componente reale nell'aggiornamento degli importi pensionistici ed il passaggio ad un sistema di indicizzazione ai soli prezzi; ii) l'inasprimento dei requisiti minimi per il pensionamento di anzianità nella fase transitoria; iii) l'introduzione del regime contributivo le cui prestazioni sono relazionate, secondo una logica di equivalenza attuariale, sia ai contributi versati che alla speranza di vita dei beneficiari; iv) la revisione decennale dei coefficienti di trasformazione in funzione dell'evoluzione delle probabilità di morte;
- f) la scomposizione del rapporto fra spesa pensionistica e PIL mostra l'effetto espansivo della componente demografica (rapporto fra pensioni ed occupati) ed il contestuale effetto compensativo esercitato dalla componente normativo-istituzionale (rapporto tra pensione media e produttività). L'effetto espansivo della componente demografica è dovuto tanto ad un aumento del livello assoluto della popolazione anziana conseguente al calo della mortalità ed al progressivo invecchiamento delle generazioni del *baby boom*, quanto ad una forte riduzione delle generazioni in età di lavoro. Il contenimento del rapporto fra pensione media e produttività consegue all'eliminazione della componente reale dell'indicizzazione, nella prima parte del periodo di previsione, e dall'introduzione graduale del sistema di calcolo contributivo nella seconda parte;
- g) relativamente alla spesa sanitaria, il fattore che maggiormente contribuisce a limitare l'impatto dell'invecchiamento demografico sui costi del sistema è la modesta dimensione della componente *long term*. L'analisi per macro livello evidenzia, infatti, che la crescita di tale componente ha una velocità più che doppia rispetto alla componente *acute* con conseguente modificazione del peso relativo alla fine del periodo di previsione. Tale processo, comune a molti altri paesi economicamente avanzati (Economic Policy Committee, 2001), presenta connotati assai diversi nei paesi del sud Europa, in cui la componente *long term* assume un'incidenza limitata (circa il 10% del totale della

Le misure di contenimento della spesa pensionistica

I fattori esplicativi del rapporto spesa/PIL

La dimensione della componente *long term care*

spesa sanitaria pubblica in Italia) rispetto a quelli del nord Europa, in cui tale tipologia di spesa già assorbe diversi punti percentuali di PIL;

Efficienza ed
efficacia del
sistema sanitario

- h) la crescita della spesa sanitaria in rapporto al PIL potrà essere contrastata tramite l'adozione di politiche economiche finalizzate a ridurre il CPS in misura sufficiente a compensare l'effetto espansivo sui consumi dovuto all'invecchiamento demografico. Tale riduzione risulta, però, di proporzioni consistenti se rapportata al PIL *pro capite*. Ciò significa che per soddisfare i bisogni sanitari di ciascun cittadino si disporrà di un ammontare di risorse, in rapporto a quelle complessivamente prodotte, notevolmente inferiore a quello attuale. Sarà, pertanto, necessario aumentare in modo significativo l'efficienza e l'efficacia del sistema sanitario pubblico per evitare un peggioramento progressivo del livello di "benessere sanitario" raggiunto;

Fattori esplicativi
del rapporto
spesa sanitaria/PIL

- i) la scomposizione della dinamica del rapporto fra spesa sanitaria e PIL nei differenti fattori esplicativi evidenzia il forte impatto della componente demografica tanto al numeratore (aumento della spesa sanitaria) che al denominatore del rapporto (rallentamento della crescita del PIL). In senso inverso, tuttavia, operano sia la crescita dei tassi di occupazione, che compensano una parte del calo dimensionale della popolazione in età attiva, sia l'ipotesi di politica economica adottata. L'aggancio del CPS al PIL *pro capite*, di fatto, neutralizza gli effetti sul rapporto dovuti ad una modificazione degli occupati rispetto alla popolazione complessiva.

Tab. A: scenario nazionale base

		2001	2010	2020	2030	2040	2050
quadro demografico Istat, ipotesi centrale base 2001	Tasso di fecondità	1,3	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4
	Speranza di vita						
	- maschi	76,4	77,9	79,6	81,4	81,4	81,4
	- femmine	82,7	84,4	86,2	88,1	88,1	88,1
	Saldo migratorio (mgl)	111	113	116	119	121	124
	Indice di dipendenza degli anziani⁽¹⁾	29,4	34,1	40,3	50,0	64,9	68,8
quadro macroeconomico - valori in %	Tasso di attività [20-64]						
	- maschi	77,9	80,7	80,5	78,2	78,7	79,3
	- femmine	49,9	54,9	55,7	57,3	62,2	64,2
	- totale	63,9	67,9	68,2	67,9	70,6	71,9
	Tasso di disoccupazione						
	- maschi	7,3	6,5	6,4	5,6	4,3	3,5
	- femmine	13,0	11,2	10,7	8,8	6,9	5,8
	- totale	9,5	8,4	8,1	6,9	5,4	4,5
	Occupazione⁽²⁾						
	- maschi		0,4	-0,3	-0,8	-1,0	-0,6
	- femmine		1,0	-0,2	-0,2	-0,2	-0,4
	- totale		0,6	-0,3	-0,5	-0,6	-0,5
	Produttività⁽²⁾		1,0	1,6	1,9	2,0	2,0
PIL reale⁽²⁾		1,6	1,4	1,4	1,3	1,5	

(1) Popolazione con età 65 ed oltre su popolazione 20-64. Valori in %

(2) Percentuale di variazione media annua nel decennio precedente. Il primo valore è riferito al periodo 2002-2010

Tab. B: scenario EPC-WGA *baseline*

		2001	2010	2020	2030	2040	2050
quadro demografico Eurostat, ipotesi centrale base 1999	Tasso di fecondità	1,2	1,4	1,4	1,5	1,5	1,5
	Speranza di vita						
	- maschi	75,7	77,4	79,0	80,1	80,7	81,0
	- femmine	82,1	83,4	84,5	85,3	85,8	86,0
	Saldo migratorio (mgl)	51	80	80	80	80	80
	Indice di dipendenza degli anziani⁽¹⁾	29,3	33,8	39,7	49,2	63,9	66,8
quadro macroeconomico - valori in %	Tasso di attività [20-64]						
	- maschi	78,2	80,9	80,9	79,3	79,0	79,0
	- femmine	50,1	55,0	56,4	59,7	65,8	68,7
	- totale	64,1	68,0	68,8	69,7	72,6	74,0
	Tasso di disoccupazione						
	- maschi	7,3	6,9	6,6	6,2	5,6	5,4
	- femmine	13,0	11,8	11,0	10,2	9,4	9,0
	- totale	9,5	8,9	8,4	7,9	7,3	7,0
	Occupazione⁽²⁾						
	- maschi		0,2	-0,4	-0,9	-1,3	-0,8
	- femmine		0,8	-0,2	-0,3	-0,3	-0,4
	- totale		0,4	-0,3	-0,7	-0,9	-0,7
	Produttività⁽²⁾						
PIL reale⁽²⁾							
			1,6	1,75	1,75	1,75	1,75
			2,1	1,4	1,1	0,8	1,1

(1) Popolazione con età 65 ed oltre su popolazione 20-64. Valori in %

(2) Percentuale di variazione media annua nel decennio precedente. Il primo valore è riferito al periodo 2002-2010

Tab. C: scenario EPC-WGA Lisbon

		2001	2010	2020	2030	2040	2050
quadro demografico Eurostat, ipotesi alta base 1999	Tasso di fecondità	1,4	1,6	1,7	1,8	1,8	1,8
	Speranza di vita						
	- maschi	76,2	78,6	80,8	82,4	83,5	84,0
	- femmine	82,5	84,2	85,8	86,9	87,6	88,0
	Saldo migratorio (mgl)	76	106	100	100	100	100
	Indice di dipendenza degli anziani⁽¹⁾	29,4	34,4	40,8	49,9	63,1	64,7
quadro macroeconomico - valori in %	Tasso di attività [20-64]						
	- maschi	78,1	83,1	84,5	85,4	88,5	88,6
	- femmine	50,0	61,9	69,4	76,1	85,0	85,8
	- totale	64,1	72,6	77,1	80,9	86,8	87,2
	Tasso di disoccupazione						
	- maschi	7,3	6,4	5,5	4,8	4,0	3,1
	- femmine	13,0	11,1	9,6	8,3	6,6	4,9
	- totale	9,5	8,4	7,3	6,4	5,2	4,0
	Occupazione⁽²⁾						
	- maschi		0,7	0,0	-0,2	-0,4	-0,3
	- femmine		2,3	0,8	0,5	0,3	-0,1
	- totale		1,3	0,3	0,1	-0,1	-0,2
	Produttività⁽²⁾		1,2	1,2	1,1	1,0	0,9
PIL reale⁽²⁾		2,5	1,6	1,2	0,9	0,7	

(1) Popolazione con età 65 ed oltre su popolazione 20-64. Valori in %

(2) Percentuale di variazione media annua nel decennio precedente. Il primo valore è riferito al periodo 2002-2010

Figura A: spesa in rapporto al PIL - scenari nazionali

Figura A1: spesa pubblica per pensioni

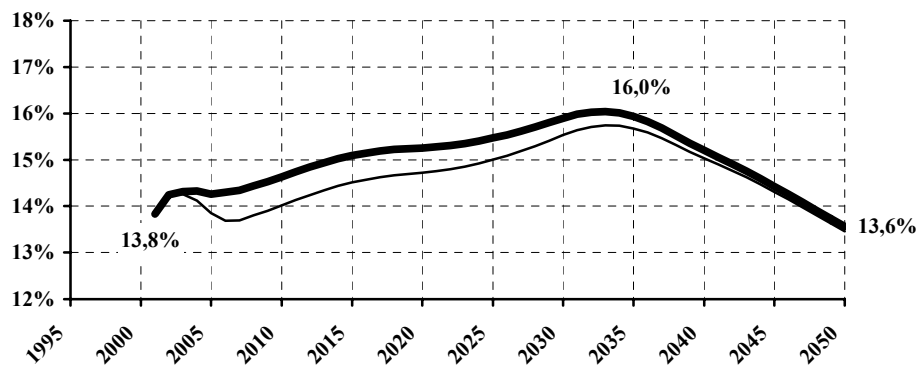


Figura A2: spesa pubblica per sanità

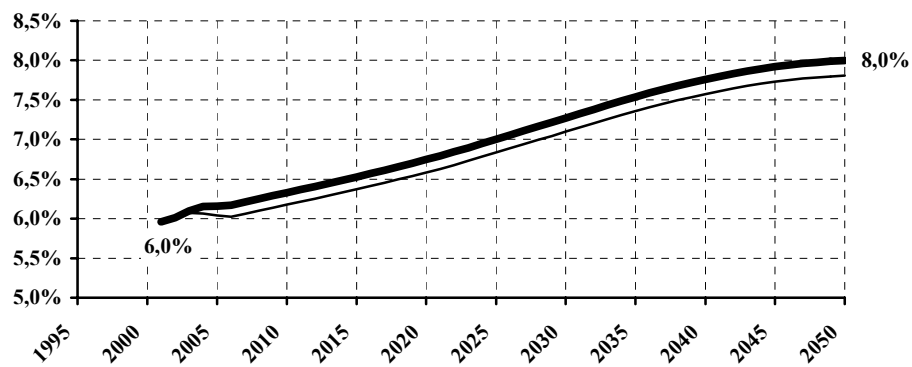


Figura A3: spesa pubblica per sanità e pensioni

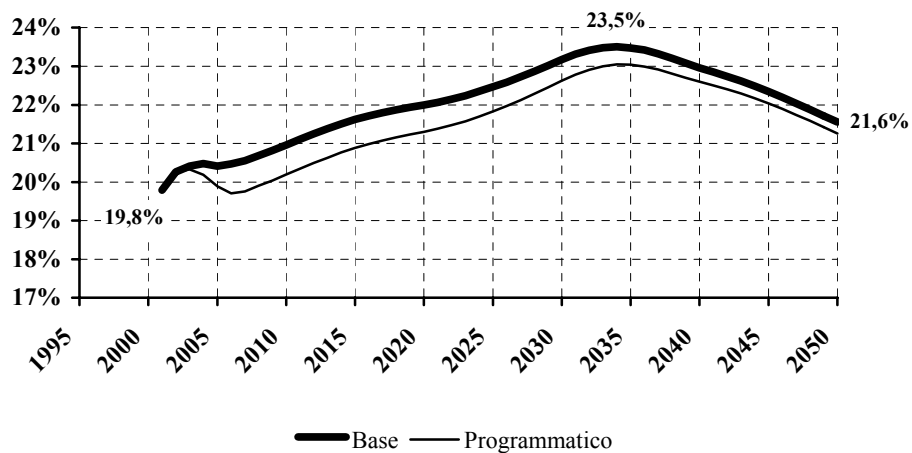


Figura B: spesa in rapporto al PIL - scenario nazionale base e scenari EPC-WGA

Figura B1: spesa pubblica per pensioni

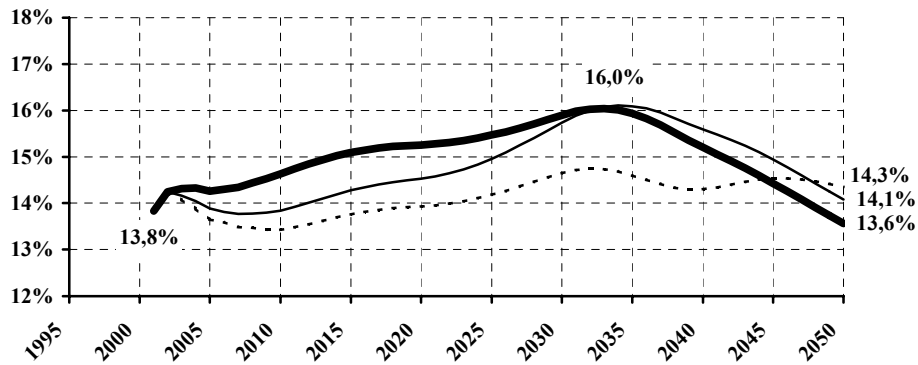


Figura B2: spesa pubblica per sanità

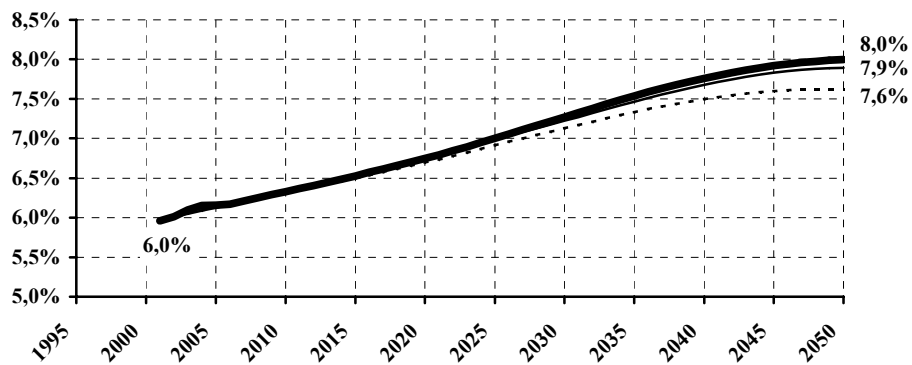
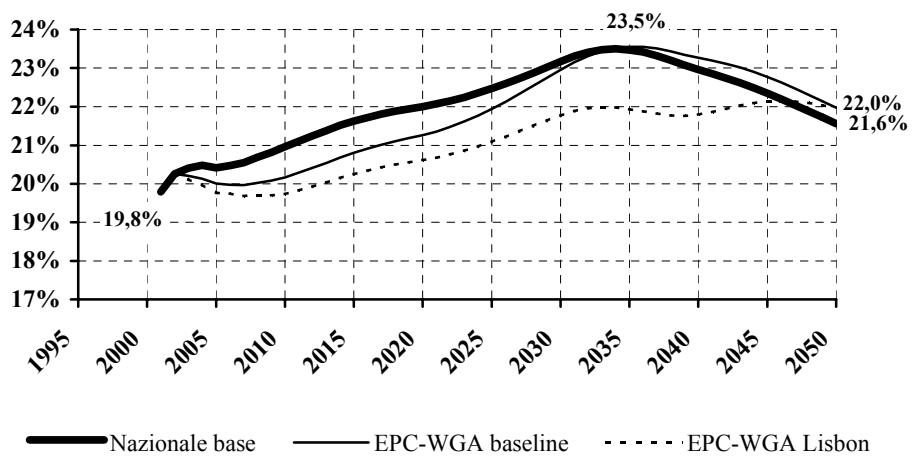


Figura B3: spesa pubblica per sanità e pensioni



Nazionale base
 EPC-WGA baseline
 EPC-WGA Lisbon

1. Le ipotesi di scenario

1.1. Gli scenari nazionali

Lo scenario nazionale base recepisce le ipotesi demografiche dello scenario centrale Istat⁵. Tale scenario assume: un aumento della speranza di vita, rispetto ai livelli del 2001, pari a 5 anni per i maschi e 5,4 anni per le femmine, un flusso netto di immigrati di circa 120 mila unità l'anno ed un incremento del tasso di fecondità dall'1,28 del 2001 all'1,42 del 2050.

Le ipotesi demografiche

Per quanto riguarda lo scenario macroeconomico, sono state confermate le ipotesi sottostanti le precedenti previsioni aggiornate al 2001. Il tasso di crescita della produttività si attesta su un livello medio annuo pari a circa l'1,7%, mantenendo il consueto profilo crescente nella prima parte del periodo di previsione in cui passa dallo 0,8% del periodo 2001-2006 al 2% del 2026. Il tasso di attività totale (maschi e femmine) nella fascia di età 20-64 anni cresce di circa 8 punti percentuali passando dal 64% del 2001 al 72% del 2050. Tale incremento è ottenuto prevalentemente in campo femminile con un aumento di circa 14 punti percentuali contro gli 1,4 punti dei maschi. Per questi ultimi, infatti, il recupero dei tassi di attività è limitato alla parte destra della distribuzione per età e consegue, prevalentemente, alla posticipazione dell'uscita dal mercato del lavoro. Per le donne, invece, a quest'effetto, comunque rilevante, si aggiunge l'innalzamento del livello medio dei tassi di partecipazione nelle fasce centrali di età (fig. 1.1)⁶.

I tassi di attività

Il tasso di disoccupazione si riduce dal 9,5% del 2001 al 4,5% del 2050. La distinzione per sesso evidenzia una riduzione molto più sostenuta per le donne il cui tasso di disoccupazione scende di 7,2 punti percentuali passando dal 13% del 2001 al 5,8% del 2050. Per i maschi, i valori corrispondenti sono, rispettivamente, 7,3% e 3,5%. Il profilo per età dei suddetti tassi è illustrato nella figura 1.2⁷.

I tassi di disoccupazione

In conseguenza delle ipotesi sui tassi di attività e di disoccupazione sopra riportate, il tasso di occupazione, calcolato nella fascia di età 20-64 anni, aumenta di quasi 11 punti percentuali nell'intero periodo di previsione

L'occupazione

⁵Per maggiori dettagli circa la specificazione delle ipotesi sottostanti tale scenario e le ragioni di coerenza interna che le caratterizzano cfr. Ministero dell'economia e delle finanze-RGS (2001). Inoltre, in merito alla coerenza fra ipotesi demografiche e macroeconomiche cfr. Ministero del tesoro-RGS (2000); appendice A.

⁶La previsione dei tassi di attività per età e sesso, che esprimono la propensione ad accedere al mercato del lavoro, viene effettuata secondo un approccio generazionale basato sui seguenti tre fattori esplicativi: i) il progressivo innalzamento dei tassi di partecipazione al sistema scolastico e formativo ed il conseguente effetto sui tassi di attività dovuti al miglioramento del livello medio di istruzione; ii) il graduale inasprimento dei requisiti minimi di accesso al pensionamento introdotto con le riforme degli anni '90 unitamente alla profonda trasformazione in atto della struttura per età ed anzianità contributiva degli assicurati al sistema pensionistico; iii) la modificazione delle condizioni di equilibrio del mercato del lavoro conseguente al forte calo dimensionale della popolazione in età lavorativa nella parte centrale del periodo di previsione. Per maggiori dettagli, cfr. Aprile *et al.* (2002).

⁷La riduzione del tasso di disoccupazione al 4,5% è stata applicata in misura proporzionale ai tassi di disoccupazione specifici per età e sesso. Inoltre, tale riduzione è stata modulata nel tempo in funzione dell'entità della contrazione delle forze lavoro.

passando da 58,1% a 68,8%. Tale aumento consente di contenere significativamente l'effetto sui livelli occupazionali dovuto al calo dimensionale della popolazione in età di lavoro. Infatti, a fronte di un calo di circa il 28% della popolazione fra 20 e 64 nel periodo 2001-2050, la riduzione del numero di occupati si aggira attorno al 14%, interamente realizzato nella seconda metà del periodo di previsione.

La dinamica del PIL – scenario nazionale base

Data la sostanziale invarianza del quadro macroeconomico e demografico rispetto al precedente esercizio previsionale, la dinamica endogena del PIL risulta confermata ad un livello di poco inferiore all'1,5% medio annuo nell'intero periodo di previsione. Rispetto al valore medio, il tasso di crescita risulta significativamente superiore nella prima parte del periodo di previsione ed inferiore nella seconda parte con un profilo temporale che muove in direzione opposta rispetto a quello della produttività. Ciò significa che il contributo crescente di quest'ultima risulta più che compensato dalla tendenza negativa della dinamica occupazionale. Questi andamenti sono riportati nella figura 1.3 insieme alla rappresentazione dei valori storici, a partire dal 1960. L'effetto riconducibile alla variazione dell'occupazione è meglio evidenziato nella figura 1.4 come differenza fra la dinamica del PIL e quella della produttività.

La dinamica del PIL – scenario nazionale programmatico

Lo scenario cosiddetto “programmatico” differisce dallo scenario base solo per le ipotesi del quadro macroeconomico relative al periodo 2003-2006 per il quale recepisce le indicazioni dalla RPP per il 2003 che aggiorna le stime contenute nel DPEF 2003-2006. In particolare, per il periodo 2003-2006, tale scenario ipotizza una crescita del PIL reale mediamente superiore di 0,8 punti percentuali (2,8% contro 2%) imputabili in gran parte alla dinamica occupazionale: nel 2006 il tasso di disoccupazione è ipotizzato al 6,9% rispetto all'8,7% dello scenario nazionale base e i tassi di attività per la popolazione di età 20-64 si collocano rispettivamente al 67,7% e al 67,3%.

1.2. *Gli scenari EPC-WGA*

Le ipotesi demografiche

Il quadro demografico sottostante lo scenario *baseline* dell'EPC-WGA (*Economic Policy Committee - Working Group on Ageing*) è quello elaborato da Eurostat nell'ipotesi centrale (*main variant*). Rispetto allo scenario centrale Istat, esso assume un minor flusso netto di immigrati (circa 80.000 contro 120.000), una più bassa speranza di vita al 2050 (81 e 86 anni, rispettivamente, per maschi e femmine, contro 81,4 e 88,1) ed una fecondità che, al termine del periodo di previsione si attesta ad un valore più elevato (1,5 contro 1,4), sebbene presenti una crescita meno rapida nei primi anni (tab. 1.1). Lo scenario *Lisbon* adotta, invece, le ipotesi demografiche dello scenario alto (*high variant*) prodotto da Eurostat il quale assume, per tutti e tre i parametri demografici, livelli significativamente più elevati rispetto all'ipotesi centrale. Al 2050 la speranza di vita risulta più elevata di 3 anni per i maschi e 2 per le femmine

mentre il tasso di fecondità converge su un valore più alto di circa 0,3 punti percentuali. Analogamente, il flusso netto di immigrati di ciascun anno è stato incrementato di circa 20.000 unità.

Per quanto riguarda le variabili del quadro macroeconomico, sono state formulate ipotesi specifiche sulla dinamica della produttività, dei tassi di attività e dei tassi di disoccupazione. Relativamente alla prima delle tre variabili, lo scenario *baseline* è stato definito assumendo un valore di convergenza uguale per tutti i paesi, pari all'1,75, ed un *trend* specifico per ciascuno di essi nella fase transitoria (per l'Italia, 1,9% annuo dal 2003 al 2010)⁸. Nell'intero periodo di previsione, il tasso di crescita medio della produttività (circa 1,7%) risulta sostanzialmente equivalente a quello adottato nello scenario nazionale base, anche se conseguito con un profilo temporale significativamente diverso (fig. 1.3.b).

Il quadro
macroeconomico

Le ipotesi di produttività sottostanti lo scenario *Lisbon* contemplano tassi di variazioni assai inferiori rispetto a quelle dello scenario *baseline*. Per l'Italia, il valore di convergenza è stato assunto pari a 0,9%⁹ nel 2050 il quale viene raggiunto gradualmente a partire dal valore di 1,45% del 2003.

La produttività

Nell'ambito dello scenario *baseline*, il tasso di attività della fascia di età 20-64 aumenta di 10 punti percentuali nell'intero periodo di previsione. Tale incremento risulta di circa due punti percentuali più elevato rispetto a quello registrato nello scenario nazionale base ed è conseguito prevalentemente in campo femminile (quasi 20 punti percentuali). Nel caso dello scenario *Lisbon*, l'incremento risulta di 23 punti percentuali, un valore più che doppio di quello dello scenario *baseline* (fig. 1.1). A questo risultato concorre in misura sostanziale l'innalzamento di circa tre anni dell'età media d'accesso al pensionamento nel sistema contributivo (cfr. box 1.1).

I tassi di attività

Nello scenario *baseline*, il tasso di disoccupazione, pari al 9,5% nel 2001, è stato fatto convergere gradualmente al 7% alla fine del periodo di previsione, applicando la riduzione di 1/3 consentita nella specificazione delle ipotesi di scenario¹⁰. Tale valore è, comunque, superiore di 2,5 punti percentuali rispetto al tasso di disoccupazione raggiunto al 2050 nello scenario nazionale base. Nello scenario *Lisbon*, il tasso di disoccupazione converge ad un valore di poco inferiore a quello dello scenario nazionale base (4% contro 4,5%) seppure con un diverso profilo temporale.

I tassi di
disoccupazione

⁸In realtà, per il periodo 2001-2005 era stato indicato, inizialmente, un tasso pari al 2,1%. Tuttavia, nell'ultimo aggiornamento, in considerazione sia del restringimento della parte previsiva del quinquennio che delle dinamiche registrate nel 2001 e 2002, si è ritenuto opportuno ridurre il tasso dal 2,1% all'1,9% che corrisponde al valore proposto per il quinquennio successivo. Per il 2002 è stato adottato un tasso di variazione pari a -0,31%, in linea con le indicazioni della RPP 2003.

⁹A differenza dello scenario *baseline*, il valore di convergenza è stato assunto diverso per ciascun paese. Il valore assegnato all'Italia è di 0,1% inferiore alla media di quelli assunti per i paesi dell'UE.

¹⁰Cfr. Economic-Policy Committee (2001), Italy's fiche.

Box 1.1 - Le ipotesi sui tassi di attività negli scenari EPC-WGA

Per quanto riguarda i tassi di attività, le indicazioni fornite dall'EPC-WGA per lo scenario *baseline* furono specificate per quinquennio di previsione e per grosse fasce di età (15-19; 20-54; 55-64; 65 ed oltre)¹¹. Tuttavia, tale rappresentazione non teneva conto della significativa correlazione esistente fra tassi di attività, da una parte, e tassi di scolarità e requisiti di accesso al pensionamento, dall'altra. Con particolare riferimento al sistema pensionistico italiano, il secondo aspetto assumeva una particolare rilevanza sia per le riforme approvate negli anni '90, che hanno previsto un graduale inasprimento dei requisiti minimi di pensionamento, e sia per il continuo posticipo dell'età media di ingresso nel mercato del lavoro in atto da diversi anni.

Al fine di superare tale limitazione ed elaborare previsioni il più possibile coerenti con il livello medio dei valori assegnati, senza rinunciare alla coerenza interna del modello, si è proceduto nel modo seguente.

In primo luogo, si è determinato il tasso di attività medio nella fascia 15-64 anni per entrambi i sessi, ponderando i valori per fascia di età con la popolazione delle previsioni demografiche elaborate da Eurostat. Successivamente, i valori endogenamente calcolati con il modello di previsione sono stati allineati il più possibile a quelli assegnati modificando gli opportuni parametri. Questo stesso procedimento è stato reiterato senza sostanziali differenze, nell'ambito della predisposizione delle previsioni EPC-WGA aggiornate al 2002.

La riproduzione dell'evoluzione dei tassi di attività per età e sesso associati allo scenario *Lisbon*, così come formulato dall'EPC-WGA, poneva problemi ulteriori rispetto a quelli sopra descritti. Tali problemi riguardavano sia la dimensione dell'incremento complessivo da conseguire nel periodo di previsione che la velocità con la quale tale incremento si assumeva dovesse realizzarsi. In particolare, l'aumento ipotizzato nell'intero periodo di previsione (più di 20 punti percentuali, rispetto al livello del 2001, nella fascia 15-64 anni) sembrava incompatibile con la struttura per età dei tassi di attività in considerazione del fatto che, nel lato destro e sinistro della distribuzione, molti soggetti si collocano fuori dal mercato del lavoro per ragioni connesse alla partecipazione al sistema scolastico e al possesso dei requisiti minimi necessari per l'accesso al pensionamento. Inoltre, l'aumento dei tassi di partecipazione femminili, anche nelle ipotesi più ottimistiche, non poteva non tener conto del ruolo riproduttivo della donna. Al fine di conciliare i diversi aspetti sopra ricordati, si è adottato un procedimento, interamente riproposto nell'aggiornamento del 2002, articolato nelle seguenti tre fasi,:

¹¹Più precisamente, tali indicazioni erano state mutuare dalle ipotesi di scenario specificate dall'OECD nell'ambito di un proprio progetto di ricerca sugli effetti dell'invecchiamento. Cfr. OECD (2000).

- a) in primo luogo, date le ipotesi sui tassi di attività e di disoccupazione, è stata calcolata l'evoluzione delle forze di lavoro coerente con il tasso di crescita del PIL sottostante lo scenario *Lisbon*;
- b) successivamente, i tassi di attività sono stati incrementati nel tempo con la massima velocità possibile, compatibilmente con l'approccio generazionale adottato dal modello, non intervenendo sui requisiti di accesso al pensionamento previsti dalla normativa vigente e sulle propensioni a pensionarsi nella fase transitoria. A tal fine, si è assunto che una larga parte dei giovani non studenti sarebbe gradualmente transitata nel mercato del lavoro e che i tassi di attività femminili nelle età centrali si collocassero poco al di sotto di quelli maschili i quali, a loro volta, venivano incrementati rispetto ai livelli iniziali (97,9% come valore medio nella fascia di età 30-49 anni);
- c) infine, intervenendo sulle propensioni a pensionarsi, l'età media di pensionamento per vecchiaia è stata aumentata di circa 3 anni (da 60/61 a 63/64) nel regime contributivo.

Tab. 1.1: previsioni demografiche per l'Italia - Istat ed Eurostat a confronto

			Istat 1997			Istat 2001			EUROSTAT ⁽¹⁾ 1997			EUROSTAT ⁽²⁾ 2000				
			Basso	Medio	Alto	Basso	Medio	Alto	Basso	Medio	Alto	Basso	Medio	Alto		
Caratteristiche	Tipo di modello		multiregionale			multiregionale			nazionale			nazionale				
	Anno base		1996			2001			1995			1999				
	Orizzonte di proiezione		2050			2050			2050			2050				
	Stratificazione		regione, sesso e età			regione, sesso e età			sesso e età			sesso e età				
	Emigrazione		endogena			endogena			esogena			esogena				
	Immigrazione		esogena			esogena			esogena			esogena				
Ipotesi	TFTM	2000 ⁽³⁾	1,21	1,31	1,45	1,24	1,28	1,31	1,20	1,37	1,58	1,14	1,22	1,30		
		2010	1,15	1,46	1,74	1,16	1,40	1,55	1,24	1,44	1,69	1,13	1,36	1,61		
		2020	1,12	1,45	1,76	1,14	1,41	1,63	1,27	1,50	1,80	1,19	1,43	1,71		
		2050	1,12	1,46	1,76	1,13	1,42	1,65	1,30	1,50	1,80	1,30	1,50	1,80		
		2000 ⁽³⁾	75,6	75,9	76,2	76,3	76,4	76,5	74,3	75,1	75,9	74,9	75,5	75,9		
	maschi	2020	76,9	78,3	80,1	77,9	79,6	81,4	75,6	78,3	80,4	76,6	79,0	80,8		
		2050	76,8	78,2	80,0	78,8	81,4	84,0	76,0	80,0	83,0	77,0	81,0	84,0		
		2000 ⁽³⁾	82,0	82,3	82,6	82,6	82,7	82,9	81,1	81,7	82,2	81,5	82,0	82,3		
	femmine	2020	83,3	84,7	86,3	84,5	86,2	87,8	82,1	84,0	85,4	82,7	84,5	85,8		
		2050	83,2	84,6	86,3	85,4	88,1	90,5	82,5	85,0	87,0	83,0	86,0	88,0		
		2000 ⁽³⁾	35,0	50,0	67,9	77,1	111,1	158,7	20,0	50,0	80,0	33,8	50,0	68,3		
	Immigrati netti	2010	32,3	52,4	71,8	81,2	113,3	159,0	60,0	80,0	100,0	56,9	80,0	105,9		
		2020	35,2	56,1	75,7	85,3	116,5	161,2	60,0	80,0	100,0	60,0	80,0	100,0		
2050		44,2	66,0	82,9	96,6	123,7	164,3	60,0	80,0	100,0	60,0	80,0	100,0			
2000 ⁽³⁾		57,4	57,5	57,6	57,8	57,8	57,8	56,9	57,5	58,0	57,5	57,6	57,6			
Risultati	Popolazione totale (mln)		2020	52,9	55,9	58,9	55,7	58,1	60,7	52,8	56,5	60,3	53,1	56,0	58,9	
			2050	38,0	46,0	54,3	44,4	52,3	61,0	40,5	49,3	59,6	40,3	48,1	56,8	
	Popolazione per fascia di età (%)	0-19	2000 ⁽³⁾	19,7	19,8	19,9	19,6	19,6	19,6	19,7	20,0	20,4	19,8	19,8	19,8	
			2020	15,2	18,0	20,2	16,3	17,8	19,1	16,3	18,7	21,1	15,2	17,3	19,5	
			2050	11,9	16,2	19,5	13,0	15,6	17,8	14,9	17,2	20,5	14,2	16,4	19,5	
		20-54	2000 ⁽³⁾	50,5	50,4	50,4	50,4	50,4	50,4	50,6	50,3	50,0	50,5	50,5	50,4	
			2020	46,0	44,3	42,9	45,3	44,4	43,7	46,2	44,4	42,9	46,4	44,6	43,2	
			2050	37,5	39,0	39,5	38,0	37,8	37,7	39,2	39,6	40,0	37,8	37,8	38,0	
		55-64	2000 ⁽³⁾	11,8	11,8	11,7	11,7	11,7	11,7	11,9	11,8	11,7	11,8	11,8	11,8	
			2020	15,1	14,4	13,8	14,7	14,2	13,8	15,0	14,2	13,5	15,2	14,6	14,0	
			2050	14,4	12,4	11,0	13,6	12,2	11,2	13,7	11,9	10,3	14,0	12,3	10,9	
		65+	2000 ⁽³⁾	17,9	17,9	16,8	18,2	18,2	18,2	17,8	17,8	17,9	17,9	18,0	18,0	
			2020	23,6	23,2	23,0	23,7	23,6	23,4	22,5	22,7	22,5	23,2	23,5	23,4	
			2050	36,1	32,3	29,9	35,4	34,4	33,3	32,2	31,3	29,2	33,9	33,5	31,6	
	Indici di dipendenza (%)	(Pop <20 ; >64) / (Pop 20-64)		2000 ⁽³⁾	60,4	60,6	60,8	61,0	61,0	61,0	60,0	61,0	62,0	60,5	60,6	60,7
				2020	63,6	70,1	76,2	66,6	70,6	74,0	63,4	70,6	77,3	62,4	68,9	74,9
				2050	92,4	93,9	97,6	93,9	100,1	104,7	89,1	94,2	98,7	92,9	99,5	104,6
		(Pop 65+) / (Pop 20-64)		2000 ⁽³⁾	28,8	28,8	28,8	29,4	29,4	29,4	28,4	28,7	28,9	28,8	28,8	28,9
				2020	38,6	39,5	40,6	39,5	40,3	40,8	36,8	38,7	39,9	37,7	39,7	40,8
				2050	69,5	62,6	59,0	68,7	68,8	68,1	60,9	60,8	58,0	65,5	66,8	64,7
(Pop 65+) / (Pop 15-64)		2000 ⁽³⁾	26,6	26,6	26,6	27,1	27,1	27,1	26,2	26,5	26,6	26,5	26,6	26,6		
		2010	31,0	31,3	31,7	31,4	31,5	31,6	29,9	31,0	31,7	30,5	31,3	31,8		
		2020	35,9	36,3	37,0	36,5	37,2	37,5	34,1	35,5	36,1	35,1	36,7	37,4		
		2030	44,9	44,1	44,2	45,4	46,4	46,7	42,0	43,0	42,9	44,0	45,6	45,8		
		2040	60,2	56,4	53,6	59,7	60,1	59,7	54,7	54,9	53,2	57,8	59,0	57,7		
		2050	65,1	57,6	53,7	64,1	63,5	62,3	56,4	55,7	52,3	60,7	61,3	58,6		

(1) Cfr. Eurostat (1997a) ed Eurostat (1997b)

(2) Cfr. Economic Policy Committee (2001)

(3) Per gli scenari relativi alle previsioni Istat 2001, il valore è riferito all'anno 2001.

Fig. 1.1: tassi di attività specifici per sesso ed età
Confronto tra scenari

Fig. 1.1.a: maschi

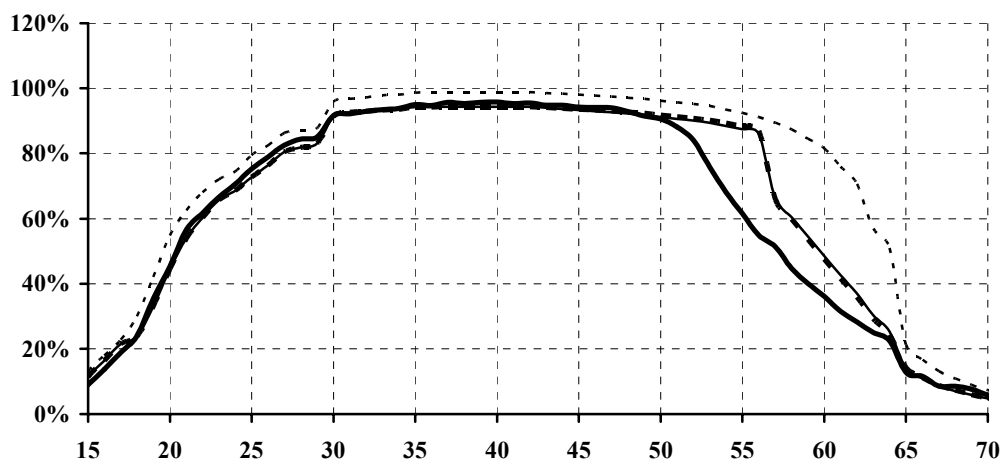
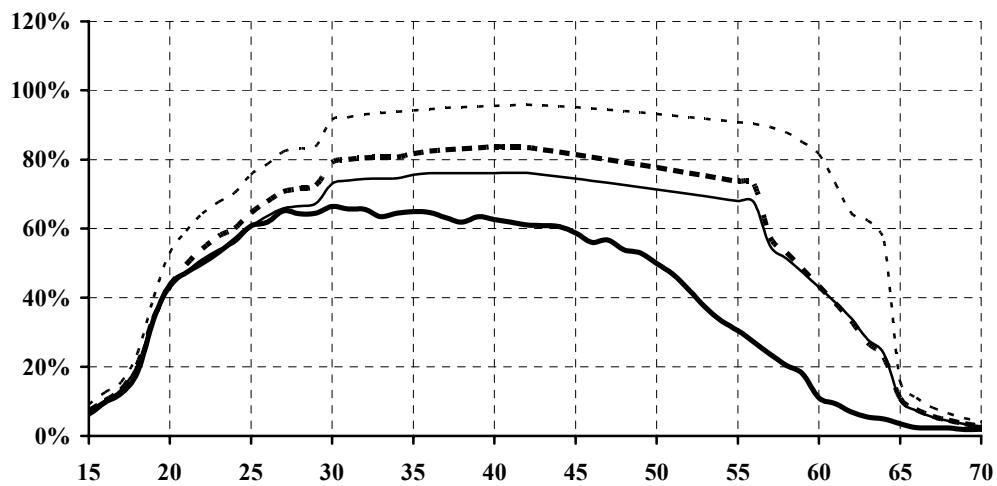


Fig. 1.1.b: femmine



- 2001
- 2050, nazionale base
- - 2050, EPC-WGA baseline
- 2050, EPC-WGA Lisbon

Fig. 1.2: tassi di disoccupazione specifici per sesso ed età
Confronto tra scenari

Fig. 1.2.a: maschi

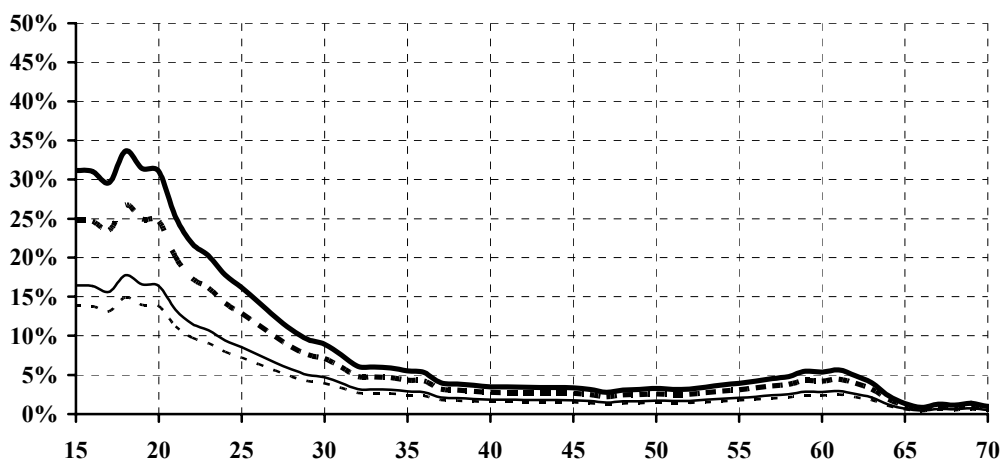
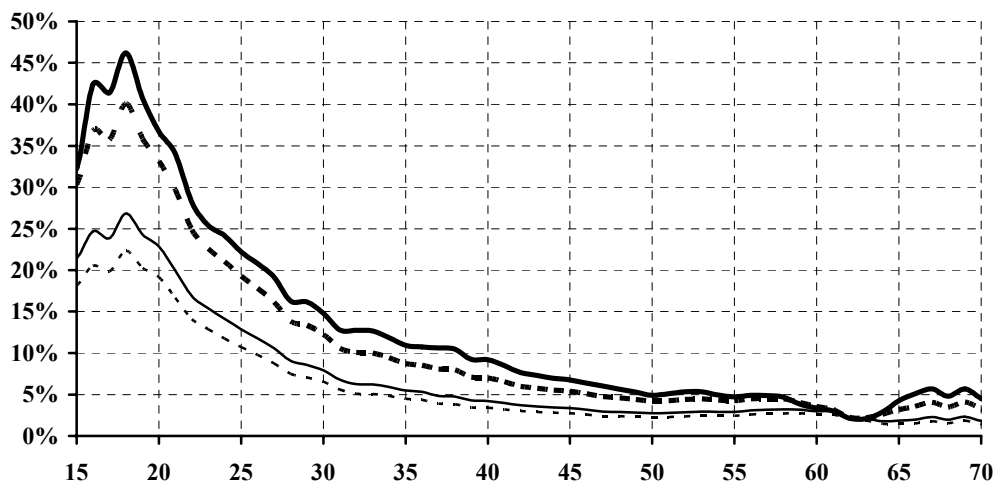


Fig. 1.2.b: femmine



- 2001
- 2050, nazionale base
- - 2050, EPC-WGA baseline
- · · 2050, EPC-WGA Lisbon

Fig. 1.3: scomposizione della dinamica reale del PIL in Italia
Dati storici e scenari di previsione

Fig. 1.3.a: tasso di variazione reale del PIL

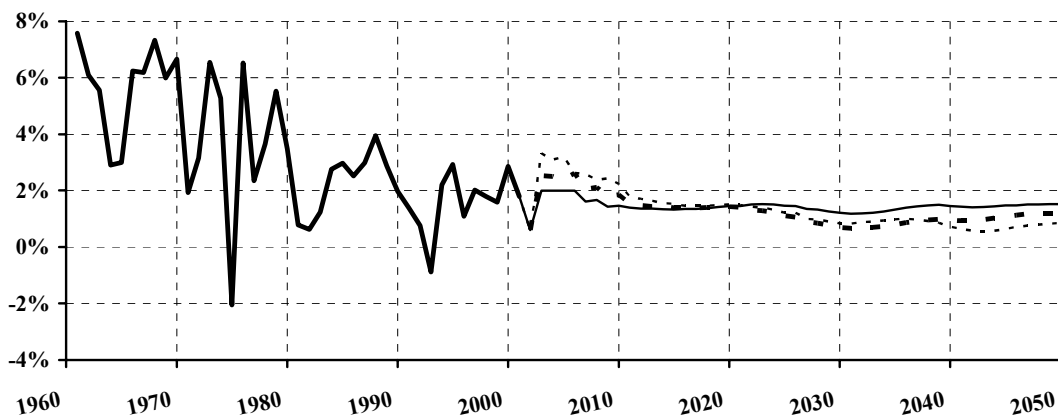


Fig. 1.3.b: tasso di variazione reale della produttività⁽²⁾

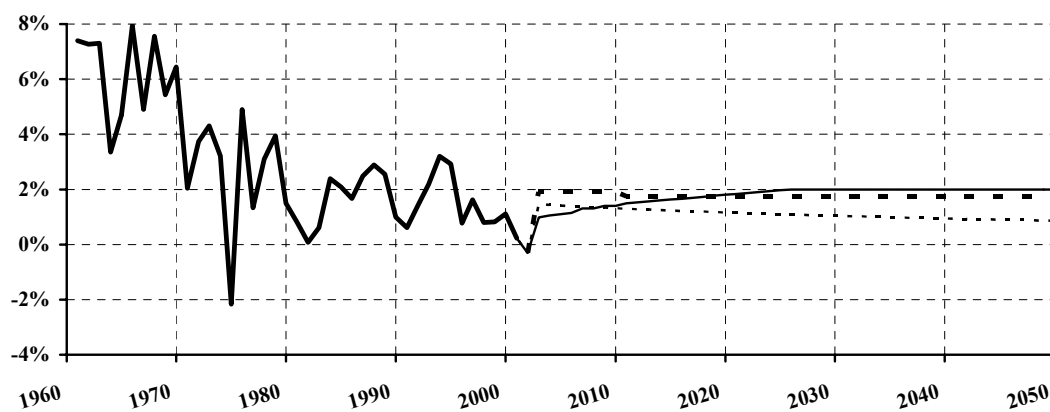
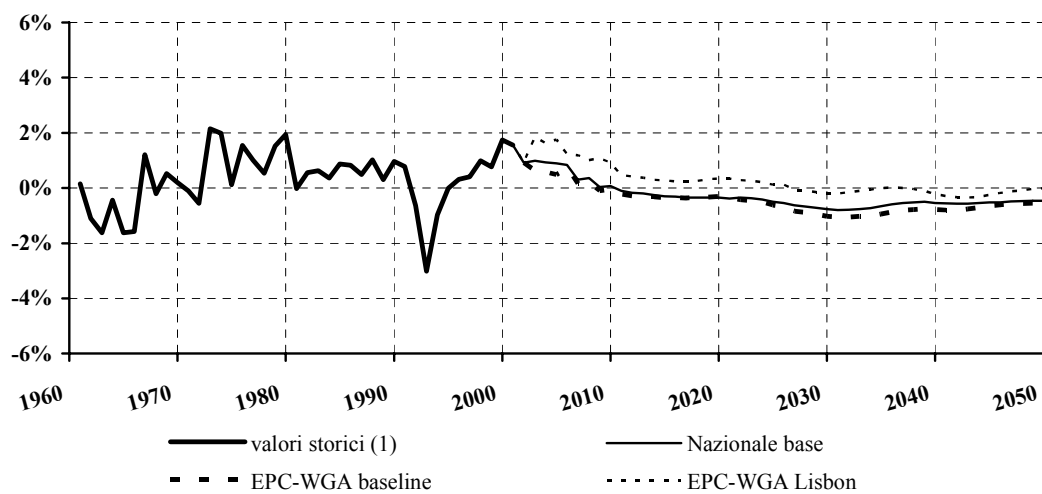


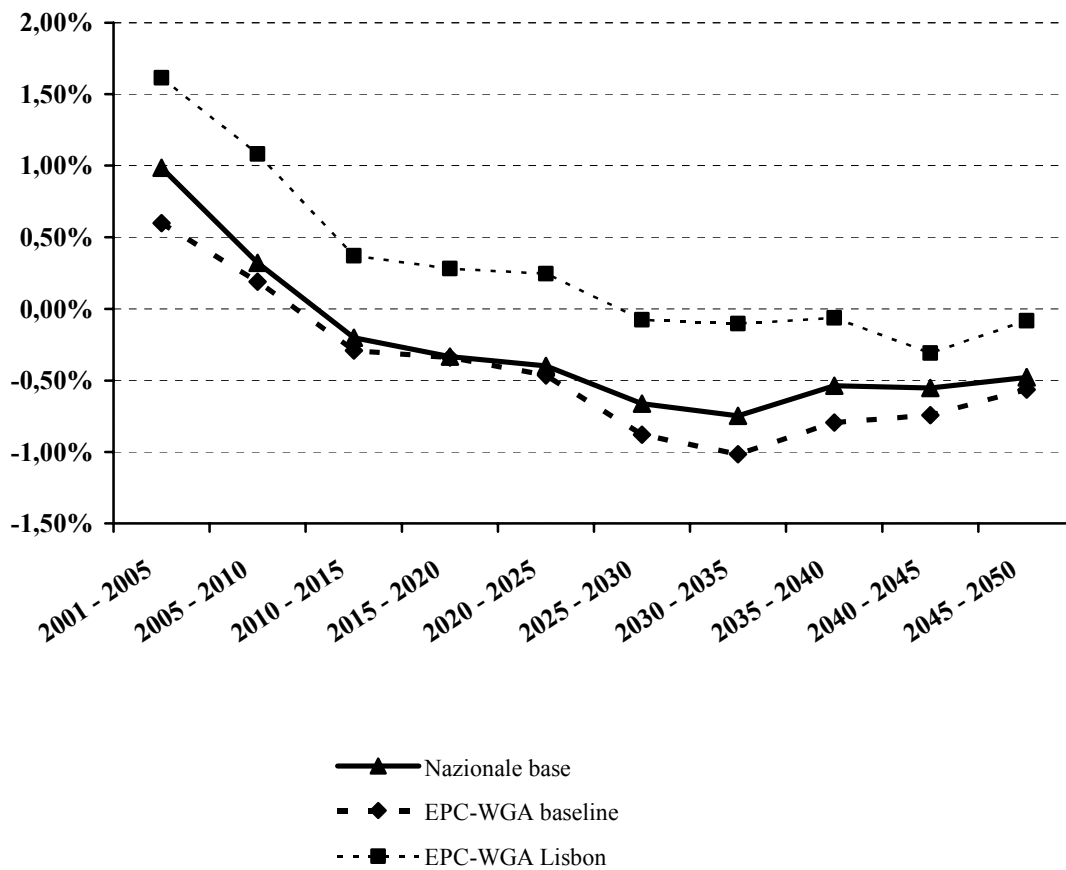
Fig. 1.3.c: tasso di variazione dell'occupazione⁽²⁾



(1) Fonte: dal 1961 al 1969, R. Golinelli (1992); dal 1970 al 2001, Istat.

(2) Relativamente ai dati storici, i tassi di variazione si riferiscono alla produttività per ULA ed alle ULA.

Fig. 1.4: scarto tra il tasso di variazione del PIL e della produttività
Tasso di variazione medio annuo per quinquennio



2. La spesa per pensioni

2.1. Lo scenario nazionale base

Nelle ipotesi demografiche e macroeconomiche dello scenario nazionale base il rapporto fra spesa pensionistica¹² e PIL presenta l'andamento ormai noto etichettato come "gobba" del sistema pensionistico. Ad una breve fase iniziale di stabilità fa seguito una crescita piuttosto rapida che si protrae per alcuni decenni fino a raggiungere il punto di massimo pari al 16% nel 2033; dopodiché, inizia una fase di decrescita altrettanto rapida che porta il rapporto al 13,6% nel 2050 (fig. 2.1.a).

La "gobba" del sistema pensionistico

Al fine di consentire un'analisi più accurata dei fattori esplicativi degli andamenti sopra evidenziati, il rapporto fra spesa pensionistica e PIL è stato, inizialmente, scomposto nel prodotto fra la componente cosiddetta "normativo-istituzionale" (pensione media su produttività del lavoro) e quella "demografica" (numero di pensioni su numero di occupati). In seconda battuta, quest'ultimo rapporto è stato ulteriormente scomposto nel prodotto di tre indicatori:

Scomposizione del rapporto spesa/PIL

- a) l'indice di dipendenza degli anziani (popolazione di 65 anni ed oltre su popolazione di età fra 20 e 64 anni) che esprime la componente demografica sottostante la dinamica del rapporto fra pensioni ed occupati;
- b) l'incidenza del numero di pensioni sulla popolazione anziana (di 65 anni ed oltre) che misura gli effetti riconducibili al quadro normativo-istituzionale del sistema pensionistico per quanto attiene alla regolamentazione dei requisiti di accesso;
- c) il numero degli occupati sulla popolazione in età di lavoro (20-64 anni) che riflette gli effetti relativi alla partecipazione al mercato del lavoro¹³ e ai tassi di disoccupazione.

La crescita registrata nel decennio 2006-2015 è dovuta, quasi esclusivamente, ad un aumento del numero di pensioni (solo parzialmente compensato dall'aumento del numero di occupati) in presenza di una sostanziale invarianza del rapporto fra pensione media e produttività. Ciò significa che, in questa fase, l'effetto rinnovo dovuto ai differenziali di importo fra le pensioni di nuova liquidazione e le pensioni cessate è all'incirca pari alla crescita reale della produttività media del lavoro, essendo le pensioni in essere rivalutate ai soli prezzi. La rilevanza dell'effetto rinnovo sull'evoluzione dell'importo medio di pensione dipende prevalentemente dagli alti rendimenti

Il decennio 2006-2015

¹²La definizione di spesa include i trattamenti erogati dal sistema pensionistico obbligatorio e le pensioni sociali (assegni sociali dopo il '95). Cfr., in particolare, il box 2.2.

¹³Ovviamente, tale indicatore risente anche delle uscite per pensionamento nella misura in cui queste condizionano i tassi di partecipazione nelle fasce di età più elevate (55-64 anni).

del sistema retributivo che trova applicazione integrale a favore dei soggetti che accedono al pensionamento nel periodo considerato. Nella stessa direzione operano il calo dimensionale delle pensioni di invalidità, di importo relativamente basso, e l'aumento del livello medio di contribuzione conseguente all'inasprimento dei requisiti minimi per l'accesso al pensionamento di anzianità.

La parte centrale
del periodo di
previsione...

Nella parte centrale del periodo di previsione, il rapporto fra spesa pensionistica e PIL rallenta la propria crescita per effetto di una riduzione del rapporto fra pensione media e produttività essenzialmente dovuto all'introduzione graduale del sistema contributivo. In questi anni, infatti, hanno accesso al pensionamento gli assicurati assoggettati parzialmente al nuovo sistema di calcolo (regime misto), i cui importi di pensione vedono progressivamente scemare la quota retributiva parametrata alle anzianità contributive maturate fino al '95. Ne consegue una significativa e continuativa contrazione del tasso di crescita della pensione media rispetto alla dinamica delle retribuzioni.

Il contenimento del rapporto fra pensione media e produttività esercitato dalla graduale introduzione del sistema di calcolo contributivo è tale da contrastare efficacemente il forte aumento del rapporto fra numero di pensioni e numero di occupati dovuto prevalentemente al deteriorarsi della struttura demografica. In particolare, il significativo aumento dell'indice di dipendenza degli anziani (fig. 2.1.f) si traduce in una corrispondente impennata del rapporto fra numero di pensioni e numero di occupati a cui concorrono entrambe le variabili coinvolte. L'aumento del numero delle pensioni risente del progressivo invecchiamento assoluto della popolazione conseguente all'innalzamento della speranza di vita. La riduzione del numero di occupati riflette, invece, il forte calo della popolazione in età di lavoro (invecchiamento relativo) solo parzialmente attenuato dall'aumento del tasso di occupazione. Oltre ai noti fattori demografici, il tasso di incremento del numero di pensioni è favorito dalla cessazione dell'effetto di contenimento prodotto dal calo delle pensioni di invalidità e dall'inasprimento dei requisiti minimi di accesso al pensionamento che avevano operato nel periodo precedente.

...e l'ultima fase

L'ultima fase del periodo di previsione vede un forte e rapido calo del rapporto fra spesa pensionistica e PIL dovuto al passaggio graduale dal regime misto al regime contributivo il quale prolunga il progressivo declino del rapporto fra pensione media e produttività iniziato nel periodo precedente. A tale risultato concorre anche il più elevato tasso di crescita della produttività che, a partire dal 2026, si attesta al 2% contro l'1,82% medio del decennio precedente. Contestualmente, si produce un rallentamento della crescita del rapporto fra numero di pensioni e numero di occupati che tende ad azzerarsi attorno al 2047, dove la curva raggiunge il livello massimo del 123,6%, per poi flettere leggermente negli ultimi anni del periodo di previsione. L'inversione di tendenza è prevalentemente determinata dalla progressiva eliminazione per morte delle generazioni del *baby boom*.

E' interessante notare che l'incremento del rapporto tra pensioni ed occupati (fig. 2.1.c) risulta significativamente inferiore a quello dell'indice di dipendenza degli anziani (fig. 2.1.f). La differenza si spiega sia con la diminuzione del rapporto tra numero di pensioni e popolazione anziana (fig. 2.1.d) che con l'incremento del rapporto tra occupati e popolazione di età 20-64 (fig. 2.1.e).

Il primo fenomeno è dovuto ad una serie di fattori normativi fra cui primeggiano l'inasprimento dei requisiti minimi di accesso al pensionamento di anzianità¹⁴ e l'attuazione della riforma delle pensioni di invalidità (L. 222/84) la quale, limitando l'accesso a tale tipologia di prestazione, ha determinato un calo progressivo dello *stock* di pensioni di invalidità che proseguirà per ancora qualche decennio¹⁵. In aggiunta, occorre segnalare l'effetto frenante dovuto alla crescita delle pensioni indirette significativamente più contenuta rispetto a quella delle pensioni dirette. Ciò è dovuto, principalmente, alla sostanziale indipendenza delle pensioni di reversibilità rispetto alla dinamica della mortalità in quanto l'aumento della speranza di vita, riguardando sia il titolare di pensione diretta che il suo superstite, non altera il periodo medio di percezione della pensione da parte di quest'ultimo. Al contenimento della crescita del numero di pensioni concorre anche la progressiva eliminazione delle pensioni supplementari¹⁶ e di quelle erogate a soggetti non residenti¹⁷ incluse nello *stock* di pensioni vigenti nell'anno iniziale della previsione.

L'incremento del rapporto tra occupati e popolazione di età 20-64 è dovuto sia all'aumento dei requisiti richiesti per il pensionamento, di cui si è detto, sia alle ipotesi sul mercato del lavoro che consentono una crescita significativa dei tassi di occupazione, soprattutto in campo femminile (cfr. tab. A).

2.2. Le differenze con la previsione del 2001

Al fine di analizzare gli effetti prodotti dalle procedure di aggiornamento del modello, la nuova previsione del sistema pensionistico è posta a confronto con quella precedentemente elaborata con il modello aggiornato al 2001. Entrambe le previsioni adottano lo scenario nazionale base il quale non ha subito variazioni di rilievo sia per la parte demografica che per quella macroeconomica, fatta eccezione per il consolidamento dei dati iniziali e la revisione delle stime per il 2002.

¹⁴Il processo di inasprimento dei requisiti minimi di età ed anzianità contributiva previsti dalla normativa vigente risulterà interamente concluso a partire dal 2008. Cfr. Ministero dell'economia e delle finanze (2001), tab. 6.

¹⁵Dopodiché, la riforma del pensionamento di invalidità (L. 222/84) raggiungerà una situazione pressoché di "regime" in quanto l'intero *stock* di pensioni in pagamento risulterà essere stato liquidato sulla base delle nuove regole.

¹⁶Si tratta di pensioni, generalmente di importo molto basso, relative a spezzoni di contribuzione maturati presso fondi diversi da quelli che erogano la pensione principale e per i quali non è prevista la possibilità della totalizzazione.

¹⁷Tali pensioni, che sono liquidate anche nella fase transitoria, sono destinate ad annullarsi verso la fine del periodo di previsione, quando il sistema contributivo sarà pienamente operante ed applicato integralmente ai nuovi ingressi nel sistema.

Confronto dei risultati

Tuttavia, dal confronto (fig. 2.2) emergono chiaramente gli effetti derivanti dall'adozione della nuova base assicurativa elaborata dall'INPS per il FPLD e le tre gestioni dei lavoratori autonomi. In particolare, la nuova previsione mostra una minore dinamica del rapporto spesa/PIL nei primi 10 anni del periodo di previsione la quale compensa il significativo incremento del rapporto registrato nel 2002 a causa della bassa crescita economica e dell'aumento delle pensioni a 516 euro mensili previsto dalla legge finanziaria per il 2002 (L 448/2001, art.38). Il rallentamento della dinamica della spesa pensionistica è essenzialmente dovuto al ridimensionamento dei flussi di pensionamento di vecchiaia conseguente alla contrazione del numero di silenti fatta registrare dalla nuova base assicurativa dell'INPS nelle fasce di età immediatamente antecedenti l'età pensionabile. L'effetto cumulato di tale riduzione emerge in modo evidente sia dal rapporto fra pensioni ed occupati (fig. 2.2.c) e sia dal rapporto fra pensioni e popolazione ultrasessantacinquenne (fig. 2.2.d)¹⁸.

Probabilità di pensionamento di invalidità

Nel senso di un contenimento della crescita del numero di pensioni opera anche la revisione a ribasso della stima delle probabilità di pensionamento di invalidità, quantunque l'effetto che ne consegue sia assai meno rilevante rispetto a quello sopra descritto. Tale revisione si è resa necessaria sulla base delle risultanze del monitoraggio dei flussi di pensionamento registrati negli ultimi anni.

Incremento delle maggiorazioni sociali

Dall'analisi della figura 2.2.b risulta, inoltre, che l'effetto di contenimento dovuto alla contrazione del numero di pensioni viene in parte compensato da un aumento dell'importo medio il quale, successivamente, si perde gradualmente muovendo verso la fine del periodo di previsione. Tale aumento deriva, prevalentemente, dall'elevamento a 516 euro mensili delle pensioni di importo più basso, di cui si è detto.

Fra il 2030 ed il 2035, si realizza un sostanziale riallineamento nel numero delle pensioni sottostanti le due previsioni a confronto (fig. 2.2.d). Tale risultato scaturisce, in primo luogo, dal fatto che il divario nello *stock* di pensioni di vecchiaia accumulato nei primi 10 anni di previsione tende naturalmente a ridursi nel tempo per effetto della mortalità. Inoltre, la nuova previsione sconta un maggior numero di pensioni dirette liquidate nel regime misto in conseguenza della revisione della struttura per età ed anzianità contributiva dei contribuenti.

Revisione della base assicurativa INPS

Come mostrato nel capitolo 4, tale revisione ha prodotto, nel caso del FPLD, una leggera redistribuzione delle numerosità verso le classi di età ed anzianità contributive più basse mentre, per le gestioni dei lavoratori autonomi, un aumento, in valore assoluto, dei contribuenti maschi al di sotto dei 45 anni di età e 20 anni di contribuzione. Quest'ultima circostanza, in particolare,

¹⁸Poiché la contrazione del numero di silenti risulta concentrata nel FPLD, la riduzione del numero di pensioni è da imputare prevalentemente al concorso di tale gestione. Cfr. capitolo 4.

contribuisce in modo significativo al recupero del numero di pensioni segnando, di conseguenza, un travaso dal FPLD alle gestioni degli autonomi. Ovviamente, ogni elemento di differenziazione legato alle basi assicurative si perde man mano che il numero di pensioni in pagamento tende a dipendere esclusivamente dagli ingressi in assicurazione immessi nel periodo di previsione.

Il riallineamento del numero di pensioni fra il 2030 ed il 2035 è favorito anche dall'accelerazione del processo di maturazione dell'anzianità contributiva conseguente al ridimensionamento dei periodi medi di silenza nel regime misto. Ciò implica, infatti, la possibilità che i soggetti coinvolti conseguano i requisiti minimi per l'accesso alla pensione con un lieve anticipo rispetto a quanto assunto nella precedente previsione. Tale circostanza spiega, inoltre, la leggera contrazione del numero di pensioni registrata nel quinquennio successivo quando i flussi di pensionamento del regime misto si esauriscono in entrambi gli esercizi previsionali a confronto.

2.3. Scenario nazionale “programmatico”

La figura 2.3 mette a confronto la previsione del sistema pensionistico che scaturisce dall'adozione dello scenario nazionale base descritta nel paragrafo 2.1 e quella ottenuta sulla base dello scenario cosiddetto “programmatico”. Quest'ultimo differisce dal primo solo per le ipotesi del quadro macroeconomico relative al periodo 2003-2006 per il quale recepisce le indicazioni della RPP per il 2003 che aggiorna le stime contenute nell'ultimo DPEF. Ne consegue che gli scostamenti che emergono dal confronto dei risultati devono essere interpretati esclusivamente in funzione delle differenti ipotesi di crescita economica assunte per i primi anni di previsione.

La definizione

In particolare, per il periodo 2003-2006, lo scenario programmatico, come già ricordato, ipotizza una crescita del PIL reale superiore, in media, di 0,8 punti percentuali (2,8% contro 2%) imputabile, per oltre 3/4 alla maggior dinamica occupazionale conseguente al minor livello del tasso di disoccupazione: nel 2006, esso è ipotizzato circa 1,8 punti percentuali inferiore a quello dello scenario nazionale base.

Le ipotesi

L'applicazione delle ipotesi del quadro programmatico comporta, rispetto allo scenario nazionale base, un notevole e rapido miglioramento del rapporto spesa/PIL nella parte iniziale del periodo di previsione. Come mostrato nella figura 2.3.a, tale miglioramento è massimo nel 2007, anno in cui si registra una riduzione del rapporto di 0,64 punti percentuali. Ricordando che nella parte iniziale del periodo di previsione la dinamica della spesa pensionistica, al netto dell'indicizzazione ai prezzi, è abbastanza indipendente dalla dinamica reale delle retribuzioni e dall'evoluzione dell'occupazione, l'andamento divergente delle curve si spiega interamente sulla base dei differenziali di crescita del PIL reale.

I risultati

Nel periodo successivo, lo scenario programmatico induce un'accelerazione della crescita del rapporto spesa/PIL cosicché nel punto di massimo (2033) la differenza rispetto allo scenario base si riduce a circa 0,3 punti percentuali. Tale differenza tende a restringersi ulteriormente muovendo verso la fine del periodo di previsione dove si attesta su un valore di appena 0,1 punti percentuali di PIL, nel 2050. La progressiva convergenza del rapporto spesa/PIL nei due scenari a confronto è dovuta alle stesse ragioni che hanno determinato la divaricazione iniziale. Infatti i maggiori livelli occupazionali e la più elevata produttività ipotizzate nello scenario programmatico per il quadriennio 2003-2006, si traducono gradualmente in un maggior numero di pensioni (fig. 2.3.c) con un importo medio più elevato (fig. 2.3.b)¹⁹. A ciò si deve aggiungere un leggero innalzamento dell'importo delle pensioni liquidate con il sistema contributivo a causa della maggiore crescita economica dei primi anni di previsione che si riflette sulla capitalizzazione dei contributi.

2.4. Le previsioni prodotte nell'ambito dell'EPC-WGA

Le previsioni
EPC-WGA

Nel seguito vengono posti a confronto i risultati dello scenario nazionale base con quelli delle previsioni elaborate nell'ambito del progetto "EPC-WGA" sotto due diversi scenari definiti, rispettivamente, "baseline" o a politiche correnti e "Lisbon" o a politiche variate. I risultati di tali previsioni, ottenuti con il modello della RGS aggiornato al 2001 sono illustrati e commentati, in termini comparativi, in un rapporto dell'EPC-WGA approvato dal Consiglio Ecofin il 7 novembre del 2001²⁰. I nuovi risultati ottenuti con la versione del modello aggiornata al 2002 sono stati inviati, formalmente, al gruppo di lavoro il 4 ottobre del 2002, con il livello di analiticità concordato per le precedenti forniture²¹. Queste stesse previsioni sono state inserite nel rapporto italiano sulle strategie nazionali di riforma del sistema pensionistico (*National Strategy Report on Pensions*) presentato alla Commissione Europea ad ottobre del 2002²².

Vale, preliminarmente, segnalare che il raffronto fra le previsioni prodotte nell'ambito del progetto EPC-WGA e quelle dello scenario nazionale base sono assolutamente omogenee dal punto di vista dell'aggiornamento del modello di previsione. Pertanto, le differenze nei risultati evidenziate nella figura 2.4 dipendono esclusivamente dalle ipotesi demografiche e macroeconomiche.

¹⁹In particolare, la figura 2.3.c mostra che il rapporto tra pensioni ed occupati dello scenario programmatico addirittura sopravanza quello dello scenario base alla fine del periodo di previsione. Ciò dipende dal fatto che i livelli occupazionali sono sostanzialmente coincidenti al 2050 (fig. 2.3.e) per cui, a parità di quadro demografico (fig. 2.3.f), l'unico effetto che residua è quello dovuto al maggior numero di pensioni (fig. 2.3.d).

²⁰Economic Policy Committee (2001).

²¹I risultati sono stati inviati assieme ad una nota illustrativa delle differenze rispetto alle previsioni aggiornate al 2001.

²²Cfr. Ministero del lavoro e delle politiche sociali (2002) e European Commission (2002).

Il rapporto spesa/PIL dello scenario base dell'EPC-WGA e quello dello scenario nazionale base sono messi a confronto nella figura 2.4.a. Entrambe le curve raggiungono il valore massimo tra il 2030 e il 2035 (rispettivamente 16,1% e 16,0%) tuttavia lo scenario *baseline* dell'EPC-WGA presenta valori più bassi nei primi trentadue anni di previsione (mediamente 0,5 punti di PIL) e più elevati negli ultimi diciotto, superando, nel 2050, il valore dello scenario nazionale base di 0,5 punti (14,1% contro 13,6%).

La differenza finale ed il diverso profilo temporale della dinamica del rapporto spesa pensionistica/PIL trovano spiegazione nella crescita economica implicita nei due scenari a confronto. Relativamente al primo aspetto, si rileva che la dinamica media del PIL nello scenario *baseline* è leggermente inferiore a quella registrata nello scenario nazionale base. Ciò è dovuto, essenzialmente, al minor numero di immigrati assunto dall'Eurostat nell'ipotesi demografica centrale rispetto a quello sottostante la corrispondente previsione Istat. Infatti, la crescita media annua della produttività risulta sostanzialmente equivalente nei due scenari mentre il tasso di occupazione dello scenario nazionale base è leggermente inferiore a quello dell'EPC-WGA.

Diversamente, il profilo temporale della crescita economica sottostante i due scenari presenta differenze assai più marcate che si riflettono nell'evoluzione del rapporto fra spesa pensionistica e PIL. In particolare, lo scenario *baseline* dell'EPC-WGA sconta una dinamica del PIL più alta fino al 2020 e più bassa nel trentennio successivo. Tale andamento è interamente spiegato dalle differenti ipotesi di crescita della produttività che li contraddistinguono.

Vale rilevare che la dinamica della produttività si trasforma gradualmente in importi di pensione più elevati, per cui il rapporto fra pensione media e produttività dello scenario *baseline* dell'EPC-WGA risulta più contenuto nei primi 20 anni mentre peggiora nei decenni successivi quando ad importi di pensione più elevati fa riscontro un tasso di crescita della produttività in forte calo rispetto a quanto ipotizzato nello scenario nazionale base.

Il peggioramento finale trova parziale compensazione in un miglioramento del rapporto fra numero di pensioni ed occupati (fig. 2.4.c) dipendente sia dal maggior tasso di occupazione sottostante lo scenario *baseline* dell'EPC-WGA (fig. 2.4.e) che da un indice di dipendenza degli anziani più basso nell'ultimo decennio di previsione (fig. 2.4.f). La somma dei due effetti sopravanza quantitativamente il più elevato rapporto tra numero di pensioni e popolazione di 65 anni ed oltre (fig. 2.4.d).

L'andamento del rapporto fra spesa pensionistica e PIL che scaturisce dall'adozione delle ipotesi demografiche e macroeconomiche sottostanti lo scenario *Lisbon* si differenzia radicalmente da quello prodotto dallo scenario nazionale base e dallo scenario *baseline* dell'EPC-WGA. Il punto di massimo, raggiunto nel 2032, risulta di circa 1,3 punti percentuali inferiore a quello dei due scenari sopra citati facendo segnare un incremento di appena un punto percentuale rispetto al livello del 2000, che si riduce a 0,9% se il confronto

viene effettuato con il 2001. Inoltre, nel primo decennio di previsione si registra una significativa flessione che porta il livello del rapporto dal 13,8% del 2000 al valore minimo di 13,4% nel 2010. Allo stesso tempo, si può notare (fig. 2.4.a) che, alla fine del periodo di previsione, il rapporto spesa/PIL risulta sostanzialmente in linea con quello dello scenario *baseline* mentre sopravanza quello dello scenario nazionale base.

La ragione che spiega il forte contenimento della crescita del rapporto fra spesa per pensioni e PIL deve essere rinvenuta nel più elevato tasso di crescita del PIL, durante la prima parte del periodo di previsione, e nell'aumento dell'età media di accesso al pensionamento nella seconda parte. In particolare, quest'ultimo fattore produce, oltre all'effetto espansivo sul tasso di crescita del PIL, un abbattimento del numero delle pensioni solo gradualmente compensato dalla crescita della pensione media.

E' interessante analizzare le implicazioni sui risultati analitici delle previsioni della diversa combinazione dei fattori esplicativi della crescita economica sottostanti gli scenari a confronto. Come anticipato, il tasso di crescita del PIL implicito nello scenario *Lisbon* non è molto differente da quello degli altri due scenari a confronto mentre assai diversa è la scomposizione fra produttività ed occupazione. In particolare, la produttività presenta un tasso di variazione significativamente più basso a cui si contrappone un tasso di variazione dell'occupazione corrispondentemente più elevato. La deviazione media annua nell'intero periodo di previsione ammonta a circa lo 0,6%. A causa della più contenuta crescita del prodotto per occupato, lo scenario *Lisbon* fa registrare solo una leggera flessione del rapporto fra pensione media e produttività nella seconda parte del periodo di previsione annullando quasi totalmente la forte contrazione evidenziata dagli altri due scenari a confronto (fig. 2.4.b). Diversamente, la maggiore crescita occupazionale contribuisce in maniera rilevante al contenimento del rapporto fra pensioni ed occupati il quale, alla fine del periodo di previsione, si colloca poco al di sopra del livello iniziale (fig. 2.4.c).

Come emerge dalla figura 2.4.e, tale effetto è da imputare al consistente incremento dei tassi di occupazione, specie in campo femminile e nelle fasce di età più elevate come conseguenza dell'innalzamento di circa tre anni dell'età media di pensionamento nel sistema contributivo. Il conseguente effetto di contenimento del numero di pensioni può essere apprezzato nella figura 2.4.d. La differenza evidenziata, tuttavia, rappresenta una sottostima del risultato in quanto sconta il maggior numero di pensioni conseguente ai più elevati livelli occupazionali della prima parte del periodo di previsione. Come è intuibile, tale effetto è crescente nel tempo cosicché alla fine del periodo di previsione quasi compensa interamente la contrazione del numero di pensioni dovuta all'aumento dell'età media di pensionamento.

Box 2.1 - L'istituto delle maggiorazioni sociali delle pensioni previdenziali e dell'assegno sociale

A. Maggiorazioni sociali delle pensioni previdenziali

L'art. 1 della L.544/88 ha introdotto l'istituto della maggiorazione sociale dei trattamenti pensionistici previdenziali con riferimento ai soggetti che si trovano in condizioni reddituali particolarmente disagiate. Tale istituto è stato recentemente rivisto, in modo significativo, nell'ambito delle leggi finanziarie per il 2001 e 2002 le quali hanno apportato miglioramenti sostanziali al sistema di maggiorazioni previgente. In particolar modo, l'art. 38 della L.448/2001 (finanziaria 2002) ha aumentato le predette maggiorazioni al fine di garantire ai soggetti beneficiari, con età elevate, un reddito mensile pari a 516,46 euro.

La concessione della maggiorazione sociale è subordinata al possesso di particolari requisiti reddituali. L'importo della maggiorazione è determinato in funzione degli "importi legali", differenziati per età, e della condizione reddituale del beneficiario.

La maggiorazione sociale è riconosciuta a favore dei soggetti in possesso di:

- un reddito personale, inferiore al TM (Trattamento Minimo INPS, pari a 392,7 euro mensili nel 2002) incrementato dell'importo della maggiorazione sociale (limite di reddito personale);
- un reddito cumulato, con quello del coniuge, inferiore al predetto limite di reddito personale incrementato dell'AS (Assegno Sociale, pari a 350,6 euro mensili nel 2002).

L'importo legale della maggiorazione esprime il livello massimo della maggiorazione. Esso è previsto in misura crescente per fascia di età e non è soggetto a rivalutazione. In merito, la normativa vigente indica la seguente articolazione:

- soggetti con età pari o superiore a 60 anni ed inferiore a 65 anni: 25,83 euro mensili;
- soggetti con età pari o superiore a 65 anni ed inferiore a 70 anni: 82,64 euro mensili;
- soggetti con età pari o superiore a 70 anni: 123,77 euro mensili.

Si noti che ai soggetti con età pari o superiore a 65 anni, ma inferiore a 70 anni, è concesso, ai fini della determinazione dell'importo della maggiorazione sociale, un bonus anagrafico di un anno per ogni quinquennio di anzianità contributiva maturata. Per i pensionati beneficiari di pensione di inabilità di età pari o superiore a 60 anni, l'importo della maggiorazione legale è pari a 123,77 euro mensili per tredici mensilità.

Il valore effettivo dell'importo annuo della maggiorazione sociale è pari al minore fra gli importi che scaturiscono dai seguenti due algoritmi:

$$\min[ML; LP - (RP + P)]$$
$$\min[ML; LC - (RF + RP + P)]$$

dove: ML è la maggiorazione sociale legale;
 LP è il limite reddituale personale ($TM + ML$)
 LC è il limite reddituale di coppia ($LP + AS$)
 RP è il reddito del pensionato (ai fini della maggiorazione sociale);
 RF è il reddito del coniuge del pensionato (ai fini della maggiorazione sociale);
 P è l'importo della pensione spettante nell'anno.

Il reddito preso in considerazione sia per l'accertamento del diritto che per il calcolo della maggiorazione, è costituito dal reddito complessivo (inclusivo dei redditi mobiliari e dei redditi derivanti da altre prestazioni assistenziali) con esclusione del reddito della casa di abitazione.

B. Maggiorazioni sociali degli assegni sociali

Relativamente ai beneficiari di AS, la maggiorazione sociale è concessa sulla base dei seguenti requisiti reddituali:

- il soggetto non deve possedere redditi propri pari o superiori alla somma fra l'AS e la maggiorazione sociale;
- il soggetto non deve possedere redditi cumulati con quello del coniuge pari o superiori alla somma fra l'AS, il TM e la maggiorazione sociale.

Gli importi legali della maggiorazione dell'assegno sociale risultano differenziati per età secondo le seguenti modalità:

- soggetti con età pari o superiore a 65 anni ed inferiore a 70 anni: 12,92 euro mensili per tredici mensilità;
- soggetti con età pari o superiore a 70 anni: 165,89 euro mensili per tredici mensilità.

Si noti che per i soggetti con età pari o superiore a 65 anni, ma inferiore a 70 anni è concesso, ai fini della determinazione dell'importo della maggiorazione sociale, un bonus anagrafico di un anno per ogni quinquennio di anzianità contributiva maturata. Per gli invalidi civili totali e i sordomuti, la cui prestazione dopo i 65 anni si trasforma in assegno sociale, l'importo della maggiorazione legale è pari a 165,89 euro mensili per tredici mensilità.

Il valore effettivo dell'importo annuo della maggiorazione sociale è pari al minore fra gli importi che scaturiscono dai seguenti due algoritmi:

$$\min[ML; LP - (RP + AS)]$$
$$\min[ML; LC - (RF + RP + AS)]$$

dove: ML è la maggiorazione sociale legale;

LP è il limite reddituale personale ($TM + ML$)
LC è il limite reddituale di coppia ($LP + AS$)
RP è il reddito del pensionato (ai fini della maggiorazione sociale);
RF è il reddito del coniuge del pensionato (ai fini della maggiorazione sociale).

Box 2.2 - La definizione di spesa pensionistica pubblica

Le previsioni basate sugli scenari EPC-WGA sono spesso impiegate per confrontare le prospettive di medio-lungo periodo dei diversi sistemi pensionistici in ambito OCSE ed UE²³. Appare pertanto utile evidenziare le differenze, qualitative e quantitative, tra la definizione di spesa pensionistica adottata dal modello RGS e quella Eurostat attualmente disponibile²⁴.

La definizione di spesa pensionistica pubblica sottostante le previsioni del sistema pensionistico della RGS comprende l'intero sistema pubblico obbligatorio e la spesa per pensioni sociali (assegni sociali, se liquidati dopo il '95). La prima di tali componenti riguarda tutte quelle pensioni concesse sulla base di un requisito contributivo generalmente connesso con l'età. La seconda componente è stata inclusa a causa della sua stretta relazione con l'invecchiamento della popolazione. Infatti, in aggiunta a requisiti di reddito, il diritto alla pensione sociale (o assegno sociale) non si consegue prima dei 65 anni.

La definizione della spesa pensionistica fornita dall'Eurostat include, innanzitutto, le pensioni di vecchiaia (*means-tested* e non *means-tested*), le pensioni al superstite, le pensioni di invalidità la cui attribuzione è subordinata al possesso di requisiti contributivi e le pensioni e assegni sociali. Si tratta, in particolare, delle stesse componenti ricomprese nella definizione utilizzata per le previsioni del sistema pensionistico di cui si è detto in precedenza. In aggiunta, però, la definizione Eurostat considera, come pensioni di invalidità e ai superstiti, alcune prestazioni la cui attribuzione è indipendente dal possesso di requisiti contributivi e che, allo stesso tempo, non assolvono alla funzione di vecchiaia (pensioni ai disabili e sordomuti con età inferiore al requisito di vecchiaia, pensioni di guerra, rendite infortunistiche e altre pensioni di benemerenzia). Infine, nella definizione dell'Eurostat restano incluse le pensioni integrative corrisposte dai fondi pensione privati le quali, ovviamente, non sono pensioni pubbliche. Le componenti aggiuntive precedentemente elencate sommano, nel 1999, a circa l'1% del PIL²⁵.

²³Cfr. Economic Policy Committee (2001, 2002).

²⁴Dal punto di vista quantitativo, il confronto si riferisce al 1999 che rappresenta l'ultimo anno per il quale sono disponibili le statistiche Eurostat

²⁵Tale differenza può essere ottenuta comparando il rapporto fra spesa pensionistica e PIL della definizione Eurostat (cfr. Eurostat 2002) con quello adottato dalla RGS per le previsioni del sistema pensionistico. La prima componente

Anche con riferimento alla classificazione per funzioni, la definizione Eurostat della spesa sociale per le funzioni vecchiaia e superstiti presenta un livello più elevato rispetto alla definizione di spesa pensionistica pubblica adottata nelle previsioni della RGS. In questo caso, la differenza ammonta ad 1,5% del PIL nel 1999 e scaturisce come somma algebrica di alcune componenti addizionali e di una in detrazione.²⁶

Le componenti addizionali ammontano, nel complesso, a circa l'1,8% nel 1999. Tra queste, la posta principale (circa 1,5% del PIL) è rappresentata dai pagamenti relativi al Trattamento di Fine Rapporto (TFR)²⁷, i quali non sono pensioni e non assolvono alla funzione vecchiaia. Essi, costituiscono, invece, erogazioni di capitale effettuate dai datori di lavoro a favore dei lavoratori che lasciano l'impresa. Le restanti componenti (0,3% del PIL) sono principalmente dovute alle prestazioni in natura, che non sono pensioni, ai fondi pensione integrativi privati, che non sono pubblici, e ad alcune tipologie di pensioni risarcitorie collocate nell'ambito della funzione superstiti (pensioni indirette di guerra e rendite infortunistiche indirette) la cui concessione non dipende dal possesso di requisiti contributivi.

La componente in detrazione è rappresentata dalla spesa per le pensioni di invalidità, legate ad una qualche forma di contribuzione, in pagamento a soggetti di età inferiore ai requisiti minimi richiesti per la pensione di vecchiaia. In termini di spesa pensionistica, questa componente pesava per circa lo 0,3% del PIL nel 1999.

risulta pari, nel 1999, a 15,1%, mentre la seconda componente ammonta, per lo stesso anno, a 14,1%. Occorre ricordare che i valori del PIL sottostanti i due rapporti sono leggermente diversi: 1.107,8 miliardi di euro, per la statistica Eurostat (comunicazione di Contabilità Nazionale del primo marzo 2001), 1.108,5 miliardi di euro per quella RGS che recepisce l'aggiornamento del PIL effettuata in sede di Contabilità Nazionale il primo marzo 2002.

²⁶Il valore di 1,5% è ottenuto come differenza tra il 15,6% ed il 14,1%. Il primo valore corrisponde alla spesa per la protezione sociale relativa alla funzione vecchiaia e superstiti nel 1999 (cfr. Eurostat 2002a e 2002b). Il secondo valore esprime, per lo stesso anno, il rapporto fra la spesa pensionistica pubblica ed il PIL adottato dalla RGS per le previsioni del sistema pensionistico. Per quanto riguarda i valori del PIL sottostanti i due rapporti, si veda la nota precedente.

²⁷Il TFR è determinato sulla base di accantonamenti annui effettuati presso l'azienda e capitalizzati nel tempo. Cfr. Ministero del lavoro e delle politiche sociali (2002), tab 2.2.c.

Fig. 2.1: spesa per pensioni in rapporto al PIL e sua scomposizione
Scenario nazionale base

Fig. 2.1.a: spesa in rapporto al PIL

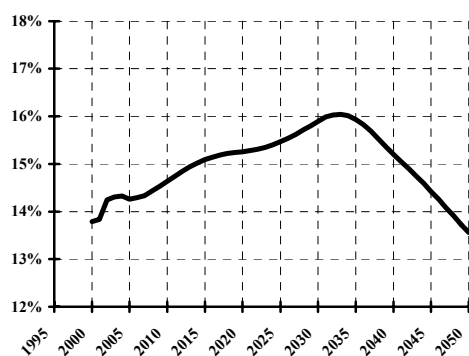


Fig. 2.1.d: numero di pensioni in rapporto alla popolazione di 65 anni ed oltre

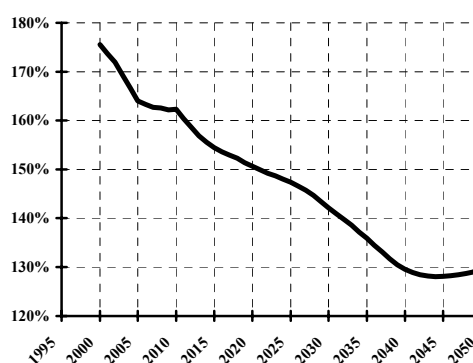


Fig. 2.1.b: pensione media in rapporto al PIL per occupato

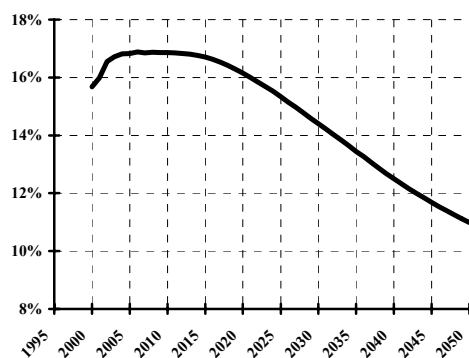


Fig. 2.1.e: numero di occupati in rapporto alla popolazione di età [20-64]

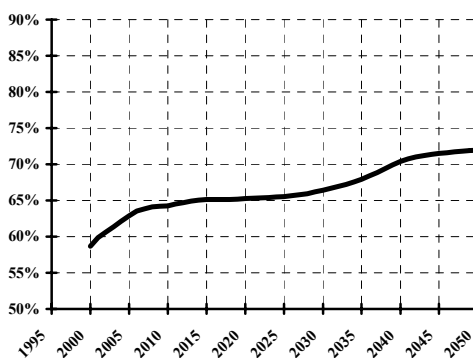


Fig. 2.1.c: numero di pensioni in rapporto al numero di occupati

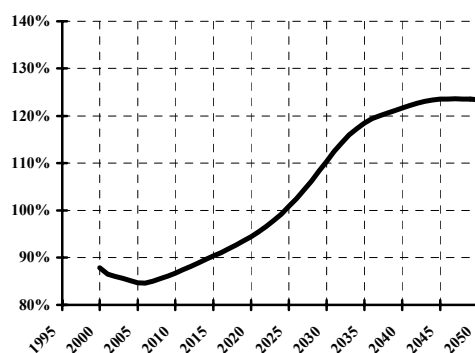


Fig. 2.1.f: popolazione con età 65 ed oltre in rapporto alla popolazione di età [20-64]

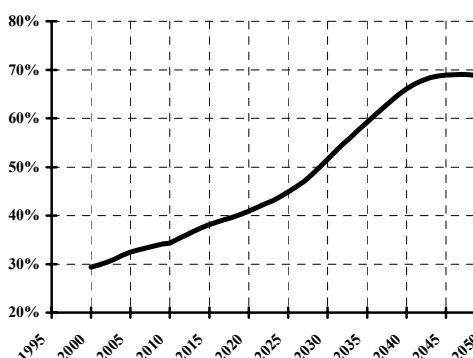


Fig. 2.2: spesa per pensioni in rapporto al PIL e sua scomposizione
Confronto tra previsioni

Fig. 2.2.a: spesa in rapporto al PIL

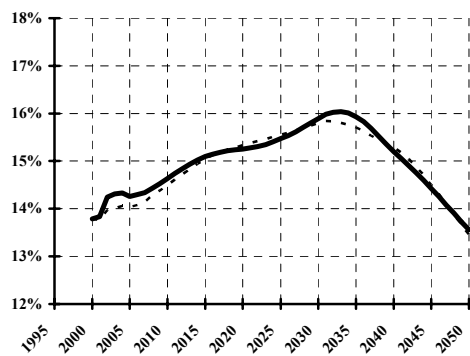


Fig. 2.2.b: pensione media in rapporto al PIL per occupato

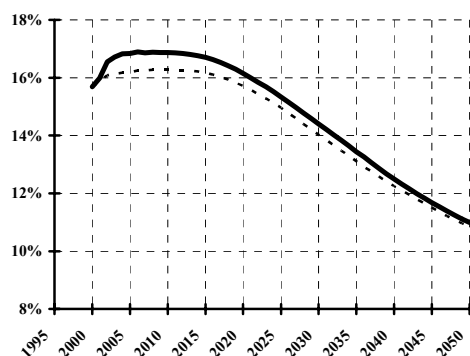


Fig. 2.2.c: numero di pensioni in rapporto al numero di occupati

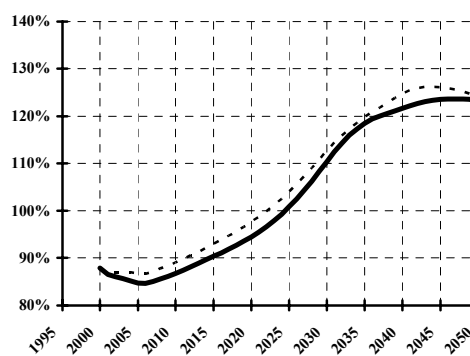


Fig. 2.2.d: numero di pensioni in rapporto alla popolazione di 65 anni ed oltre

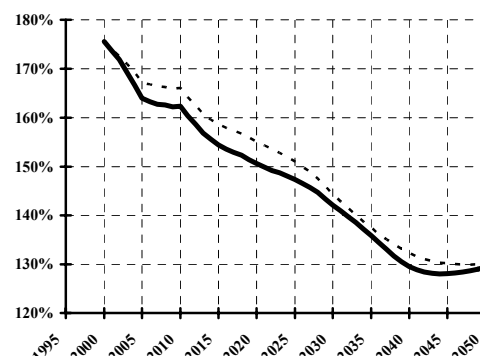


Fig. 2.2.e: numero di occupati in rapporto alla popolazione di età [20-64]

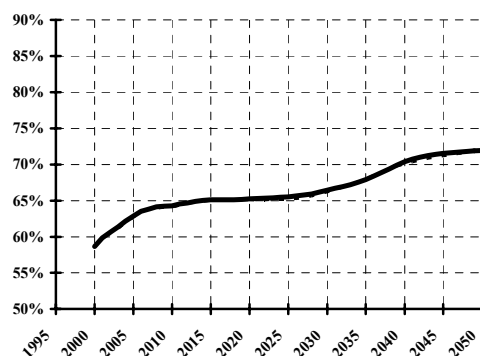
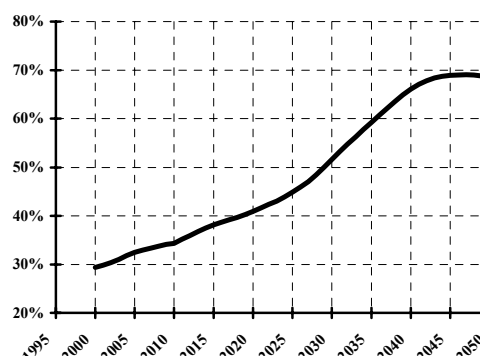


Fig. 2.2.f: popolazione con età 65 ed oltre in rapporto alla popolazione di età [20-64]



— Scenario nazionale base - Previsione 2002
 - - - - - Scenario nazionale base - Previsione 2001

Fig. 2.3: spesa per pensioni in rapporto al PIL e sua scomposizione
Confronto tra scenari nazionali

Fig. 2.3.a: spesa in rapporto al PIL

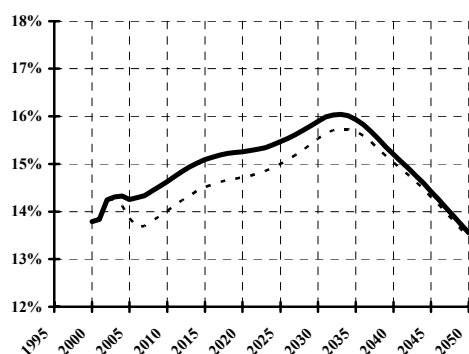


Fig. 2.3.b: pensione media in rapporto al PIL per occupato

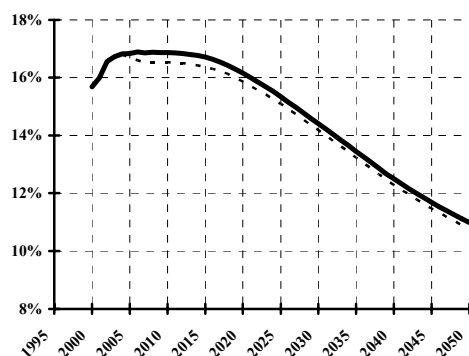


Fig. 2.3.c: numero di pensioni in rapporto al numero di occupati

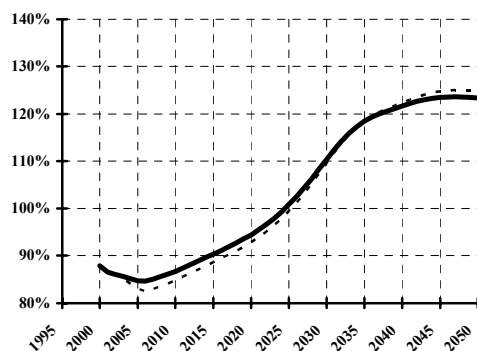


Fig. 2.3.d: numero di pensioni in rapporto alla popolazione di 65 anni ed oltre

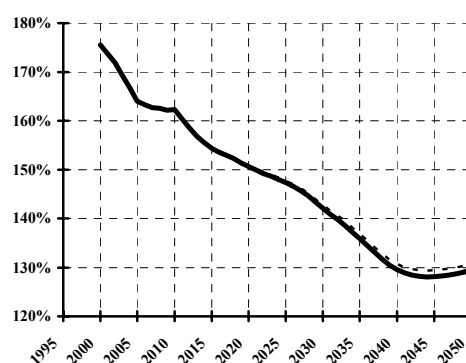


Fig. 2.3.e: numero di occupati in rapporto alla popolazione di età [20-64]

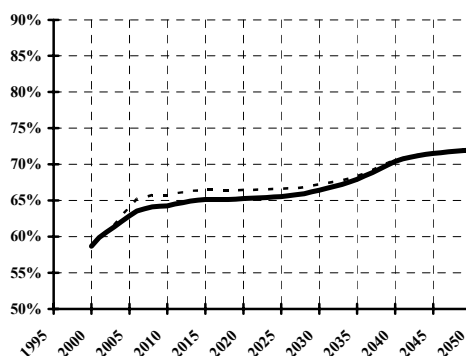
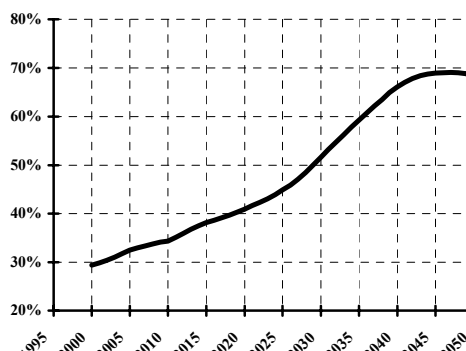


Fig. 2.3.f: popolazione con età 65 ed oltre in rapporto alla popolazione di età [20-64]



— Base
- - - - - Programmatico

Fig. 2.4: spesa per pensioni in rapporto al PIL e sua scomposizione
Confronto tra lo scenario nazionale base e gli scenari EPC-WGA

Fig. 2.4.a: spesa in rapporto al PIL

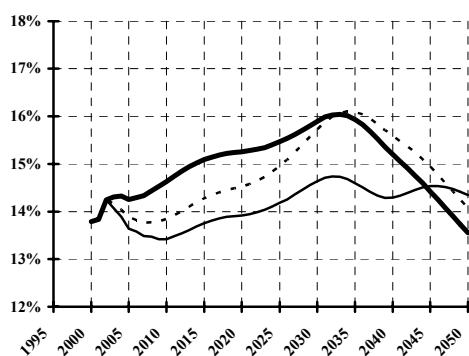


Fig. 2.4.d: numero di pensioni in rapporto alla popolazione di 65 anni ed oltre

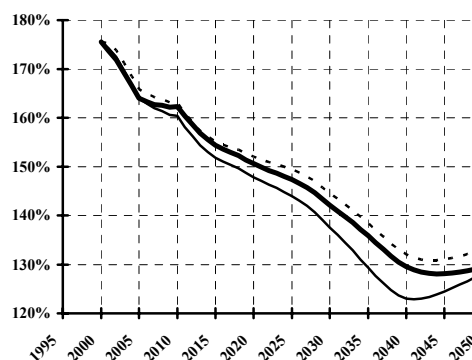


Fig. 2.4.b: pensione media in rapporto al PIL per occupato

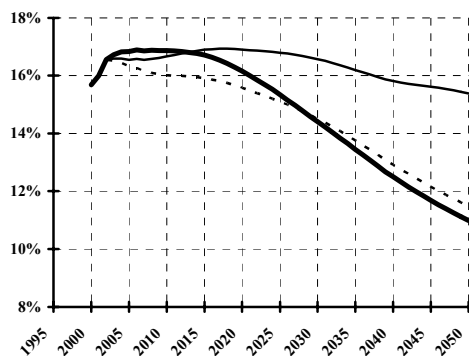


Fig. 2.4.e: numero di occupati in rapporto alla popolazione di età [20-64]

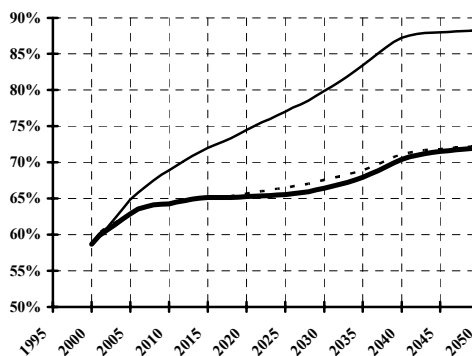


Fig. 2.4.c: numero di pensioni in rapporto al numero di occupati

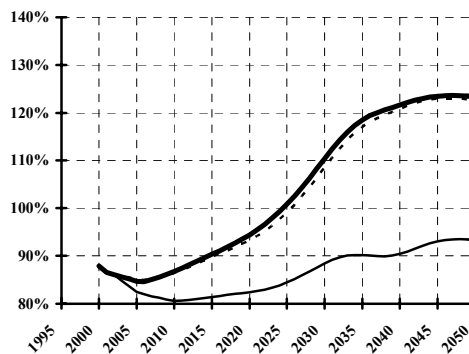
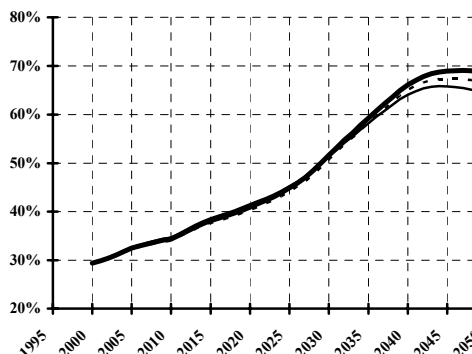


Fig. 2.4.f: popolazione con età 65 ed oltre in rapporto alla popolazione di età [20-64]



— Nazionale base
 - - - - EPC-WGA baseline
 — EPC-WGA Lisbon

3. La spesa sanitaria

3.1. Lo scenario nazionale base

Le ipotesi demografiche e macroeconomiche dello scenario nazionale base utilizzato ai fini della previsione della spesa sanitaria²⁸ sono le stesse impiegate nell'ambito della spesa pensionistica. Ne consegue, pertanto, che i risultati ottenuti nei due esercizi previsionali sono assolutamente omogenei e, quindi, aggregabili.

Ipotesi di scenario

Per quanto riguarda le altre ipotesi di scenario attinenti agli aspetti socio-sanitari, sono stati seguiti i criteri concordati nell'ambito dell'EPC-WGA. In tale contesto, è stato deciso di considerare, come ipotesi base, l'invarianza del profilo dei consumi specifici per età, sesso e tipologia di prestazione e l'aggancio della dinamica del Consumo *Pro capite* Standardizzato (CPS) al PIL *pro capite* (cfr. box 3.1) rinviando all'analisi di sensitività lo studio degli effetti connessi all'adozione di ipotesi alternative. Fra queste, assumono particolare rilevanza: l'evoluzione della struttura dei consumi sanitari per età in funzione del miglioramento delle condizioni di salute²⁹ e l'aggancio del CPS alla dinamica della produttività. Per tali aspetti si rinvia alle analisi sviluppate in precedenti documenti³⁰, non essendo intervenuti nel frattempo elementi di novità in grado di modificare sul piano qualitativo e quantitativo i risultati conseguiti.

Ipotesi relative alle componenti socio-sanitarie

Come consuetudine³¹, i risultati delle simulazioni vengono analizzati tramite due indicatori: la spesa pubblica per prestazioni sanitarie in percentuale del PIL e l'indice di variazione del CPS in rapporto al PIL *pro capite*. Il primo indicatore misura la quota delle risorse prodotte dal paese necessarie al finanziamento del sistema sanitario. Il secondo indicatore evidenzia in che misura le variazioni del reddito *pro capite* vengono destinate, in media, al soddisfacimento dei bisogni sanitari dei singoli individui.

Due indicatori:

- spesa/PIL

²⁸Per quanto attiene all'analisi delle prospettive di medio-lungo periodo della spesa sanitaria pubblica, l'attività previsionale della RGS ha avuto inizio nel 1996 (Ministero del tesoro-RGS, 1996). Per una descrizione delle tappe di tale attività, delle finalità conoscitive a cui essa è stata rivolta e dei principali risultati raggiunti, cfr. Ministero dell'economia e delle finanze (2001), §.4.1.

²⁹Il dibattito scientifico ha evidenziato essenzialmente due argomenti in base ai quali i consumi sanitari, a parità di età, potrebbero decrescere significativamente meno di quanto emerge dall'ipotesi di invarianza della struttura per età dei consumi sanitari. Una prima teoria sostiene che gli anni di vita guadagnati per effetto dell'aumento della speranza di vita sarebbero sostanzialmente anni goduti in buona salute mentre resterebbero pressoché invariati gli anni mediamente vissuti in cattiva salute prima della morte (Jacobson *et al.*, 2000). Una seconda linea di pensiero giunge ad un'analoga conclusione partendo da un presupposto, in realtà, non molto diverso. In merito, si fa osservare che una percentuale molto elevata del totale dei consumi sanitari conteggiati nell'arco della vita di un soggetto si concentra nell'anno antecedente la sua morte (Bartolacci *et al.*, 2001; Jacobson-Stephane, 2001). Ciò significa che la componente di spesa sanitaria relativa alla fase terminale della vita non risulterà significativamente condizionata dall'aumento degli anni di vita guadagnati.

³⁰In merito, cfr. Ministero dell'economia e delle finanze-RGS (2001) e Economic Policy Committee (2001).

³¹Cfr. Ministero del tesoro-RGS (1996, 1997, 1999) e Ministero dell'economia e delle finanze (2001).

- CPS/PIL *pro capite*

L'utilizzo del secondo indicatore è importante in quanto, nell'ipotesi di politiche economiche volte a contenere o stabilizzare il rapporto fra spesa sanitaria e PIL, l'impatto dell'invecchiamento demografico si riflette parzialmente o totalmente sul rapporto fra CPS e PIL *pro capite*. In altri termini, tale indicatore misura la riduzione delle risorse mediamente impiegate per il soddisfacimento dei bisogni sanitari di ciascun cittadino necessaria a compensare i costi dell'invecchiamento demografico imputabili alla ricomposizione per età e sesso della popolazione. Ovviamente, la riduzione del CPS in termini di PIL *pro capite* si traduce in un'analogia riduzione del livello di benessere sanitario solo nell'ipotesi che il livello di efficienza ed efficacia del sistema resti invariato³².

I risultati della previsione:

La parte superiore della figura 3.1 illustra i risultati della previsione del rapporto fra spesa sanitaria e PIL nelle ipotesi macroeconomiche e demografiche sottostanti lo scenario nazionale base. Le curve indicate nel grafico si riferiscono a due diversi indirizzi di politica economica circa la dimensione del finanziamento del sistema sanitario pubblico. La curva continua in grassetto mostra l'andamento del rapporto fra spesa sanitaria e PIL nell'ipotesi che il CPS cresca allo stesso tasso del PIL *pro capite* mentre la curva sottile esprime l'ipotesi di stabilizzazione del rapporto fra spesa sanitaria pubblica e PIL, a partire dal 2007. E' interessante notare che, per il periodo coperto dal DPEF 2003-2006, le due curve coincidono perfettamente in quanto entrambe le previsioni recepiscono i contenuti dell'accordo fra stato e regioni dell'8 agosto 2001 il quale stabilisce l'evoluzione temporale dell'ammontare delle risorse pubbliche assegnate al SSN. Vale inoltre osservare come, per gli anni 2004-06, la sostanziale stabilizzazione del rapporto fra spesa sanitaria e PIL, implicita nel suddetto accordo, produce una riduzione del CPS rispetto al PIL *pro capite* per effetto dell'invecchiamento demografico che si registrerà nel periodo (fig. 3.1.b).

- nel breve periodo

- nel medio lungo periodo

Assumendo l'invarianza del rapporto fra CPS e PIL *pro capite* (linea in grassetto), il rapporto spesa sanitaria/PIL passerebbe dal 6,0% del 2001 all'8% del 2050 con un aumento di 2 punti percentuali (+34%). A partire dal 2007, la curva presenta un andamento crescente con incrementi annui abbastanza stabili nel tempo. Solo nell'ultimo decennio la progressione, pur restando positiva, presenta un evidente rallentamento. La crescita del rapporto è dovuta essenzialmente al progressivo aumento della popolazione anziana, in termini assoluti e relativi, che caratterizza l'intero periodo di previsione.

³²Il livello di "benessere" sanitario dipende tanto dall'entità delle risorse prodotte e destinate al finanziamento della sanità, quanto dalla capacità del sistema di soddisfare la domanda di prestazioni (i bisogni sanitari). Nessuna previsione può essere fatta sulle caratteristiche qualitative della domanda e dell'offerta, sull'efficienza organizzativa delle aziende che gestiscono il servizio sanitario, sull'atteggiamento culturale con cui la popolazione usufruisce del sistema sanitario. Pertanto, la riduzione del rapporto fra CPS e PIL *pro capite* indica un peggioramento del benessere sanitario del cittadino nella misura in cui essa non trovi compensazione in recuperi di efficienza ed efficacia nella produzione ed erogazione delle prestazioni sanitarie.

La curva sottile di figura 3.1.b consente di analizzare quale sarebbe l'effetto dell'invecchiamento demografico sull'evoluzione del CPS, espresso in termini di PIL *pro capite*, qualora si perseguisse una politica economica finalizzata alla stabilizzazione del rapporto fra spesa sanitaria pubblica e PIL. A partire dal 2007, la distanza fra la curva sottile e la curva continua in grassetto (che è costante per ipotesi) misura di quanto il CPS si deve discostare dall'indice del PIL *pro capite* per garantire una crescita della spesa sanitaria coerente con la dinamica del PIL. Dalla figura risulta che la quota del CPS, misurata in termini di PIL *pro capite*, a cui i cittadini dovrebbero rinunciare al fine di poter conseguire l'obiettivo di politica economica, supera abbondantemente il 20% alla fine del periodo di previsione. Vale ricordare che lo scostamento fra le due curve misura sostanzialmente l'impatto delle trasformazioni demografiche sui costi del sistema sanitario. Infatti, nell'ipotesi di invarianza della struttura per età e sesso della popolazione, le due curve risulterebbero coincidenti a meno degli effetti imputabili all'evoluzione dei tassi di occupazione³³.

- nell'ipotesi di stabilizzazione della spesa

Le previsioni del rapporto fra spesa sanitaria e PIL per i macro-livelli *acute* e *long term care* sono illustrate nella figura 3.2³⁴. L'incidenza sul PIL della componente *acute* passa dal 5,3% del 2001 al 6,8% del 2050 con un incremento di 1,5 punti percentuali. Quella della componente *long term* cresce, nello stesso periodo, dallo 0,7% all'1,2% con un aumento di 0,5 punti percentuali. A fronte di una crescita media delle due componenti del 34%, la *long term care* presenta un incremento più che doppio rispetto all'*acute care*, pur avendo assunto per entrambe una dinamica del CPS pari al PIL *pro capite*. La ragione risiede essenzialmente nel diverso grado di correlazione dei due macro-livelli col processo di invecchiamento insito nelle future dinamiche demografiche. Il ricorso alla *long term care* è molto più concentrato nelle età elevate e, quindi, la rispettiva spesa è assai più sensibile all'evoluzione della numerosità degli anziani di quanto non lo sia la componente *acute*. Il differenziale di crescita porta il peso della componente *long term* dall'11% al 15% nel periodo 2001-2050.

- per macro livello

L'ipotesi di stabilizzazione dell'incidenza della spesa sul PIL al valore previsto per il 2006 (linea sottile) ripropone questi stessi risultati da un'angolazione diversa. In particolare, la figura 3.2 mostra che la spesa delle due componenti non rimane costante in termini di PIL pur assumendo per entrambe che il CPS evolva nel tempo allo stesso tasso necessario a garantire la stabilizzazione del rapporto spesa/PIL a livello aggregato. Nel periodo 2006-2050, per la componente *acute* il rapporto scende dal 5,5% al 5,3% mentre, per la componente *long term* cresce dallo 0,7% allo 0,9%. Questo

³³L'adozione di tassi di attività ed occupazione dinamici determina comunque uno scostamento fra la curva continua in grassetto e la curva sottile. Solo nell'ipotesi di costanza dei suddetti tassi si determinerebbe l'assoluta coincidenza fra le due curve.

³⁴Per la definizione e la stima dei macro livelli, cfr. §.5.3

significa che pur trasferendo le risorse al sistema in modo equo (il consumo *pro capite* di individui appartenenti a differenti categorie di assistenza evolvono allo stesso modo) e mirato sul piano della sostenibilità finanziaria (l'evoluzione del consumo *pro capite* del generico individuo stabilizza l'incidenza della spesa sul PIL) il peso relativo delle due componenti muta per effetto delle trasformazioni demografiche. In generale, facendo riferimento al recente accordo sui Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), il risultato mostra che, a parità di fattori esterni al quadro demografico, la distribuzione ottimale delle risorse fra i differenti LEA non può rimanere immutata nel tempo. Essa dovrebbe essere rettificata, volta per volta, in modo da considerare l'effetto finanziario dovuto alla distribuzione dei bisogni sanitari specifici nelle fasce di popolazione più numerose.

3.2. *Analisi dei fattori esplicativi*

Scomposizione
del rapporto
spesa/PIL

L'evoluzione del rapporto fra spesa sanitaria e PIL che scaturisce dalle previsioni è il risultato dell'interazione di una pluralità di variabili esplicative che possono essere opportunamente raggruppate in tre fattori principali, la cui evoluzione temporale è espressa in termini di numero indice. Tali fattori misurano, rispettivamente, l'effetto derivante: dalle scelte di politica economica, dall'evoluzione dei tassi di occupazione e dalle dinamiche demografiche.

CPS/ produttività

Il primo fattore esprime la variazione del rapporto fra consumo sanitario medio, non dipendente da ragioni demografiche, e la produttività media del lavoro. Tale indicatore evidenzia, principalmente, le scelte di politica economica in merito alla dimensione delle risorse che si intende destinare al soddisfacimento delle diverse classi di bisogno sanitario, a parità di efficienza ed efficacia del sistema. Nell'ipotesi di invarianza della struttura dei consumi sanitari per età, sesso e tipologia di prestazione, l'evoluzione del consumo sanitario medio, a parità di struttura della popolazione, coincide con l'evoluzione del CPS.

Effetto dei tassi
di occupazione

Il secondo fattore esprime l'effetto sul PIL imputabile alla variazione del numero di occupati conseguente ad una modificazione dei tassi di attività e dei tassi di disoccupazione a prescindere dalla dimensione delle generazioni coinvolte.

Effetto
demografico

Il terzo ed ultimo fattore esprime l'effetto demografico sulla variazione del rapporto fra spesa sanitaria e PIL. In particolare, esso misura l'effetto che la ricomposizione per età e sesso della popolazione produce sul consumo sanitario, tramite la redistribuzione delle numerosità per classi di bisogno, e sul PIL, tramite la modificazione dei livelli occupazionali³⁵.

³⁵Si fa notare che il valore del rapporto è indipendente dal valore assoluto della popolazione. Vale, inoltre, sottolineare che l'effetto demografico esprime l'effetto direttamente prodotto dall'evoluzione della struttura della popolazione a prescindere dai criteri di politica economica adottati. Tali criteri, tuttavia, possono essere specificati in modo tale da recepire effetti demografici "indiretti" o "aggiuntivi" come nel caso dell'ipotesi di invarianza del

La figura 3.3 consente di analizzare i risultati della previsione ottenuta con lo scenario nazionale base in funzione dei fattori esplicativi sopra illustrati. Come emerge dai grafici, la componente demografica costituisce un fattore di forte espansione del rapporto fra spesa sanitaria e PIL (fig. 3.3.d). Tale spinta risulta solo parzialmente contrastata dall'effetto di contenimento prodotto dall'aumento del tasso di occupazione (fig. 3.3.c) e dal criterio di politica economica adottato ai fini dell'evoluzione del CPS (fig. 3.3.b). In assenza di tale contenimento, il rapporto fra spesa sanitaria e PIL sarebbe cresciuto, nell'intero periodo di previsione, del 69% anziché del 34%. Inoltre, l'effetto prodotto dal fattore demografico opera tanto al numeratore che al denominatore del rapporto. L'effetto sulla spesa sanitaria (fig. 3.3.e) risulta preponderante nella prima parte del periodo di previsione. Ciò dipende dal fatto che, mentre la popolazione anziana aumenta fin da subito (invecchiamento assoluto), il calo della popolazione in età attiva (invecchiamento relativo) inizia a prodursi in maniera significativa solo a partire dal 2015. Nella seconda parte del periodo di previsione, quest'ultimo fenomeno (fig. 3.3.f) subisce una forte accelerazione in conseguenza della diminuzione della popolazione in età attiva.

Analisi dei fattori
esplicativi

3.3. Le differenze con la previsione del 2001

Nelle ipotesi dello scenario nazionale base, la previsione del rapporto fra spesa sanitaria pubblica e PIL ottenuta con il modello aggiornato al 2002 differisce da quella precedente, aggiornata al 2001, quasi interamente per i valori iniziali e la diversa dinamica prevista per i primi anni. Come si può rilevare dalla figura 3.4.a, lo scarto percentuale fra le due curve risulta sostanzialmente invariato nel tempo a partire dal 2006. Nel periodo precedente, invece, la previsione aggiornata al 2002 presenta valori più elevati con un progressivo incremento della differenza. Lo scostamento accumulato nel 2006, pari a 9,4%, risulta dovuto per circa il 50% alla differenza registrata nel periodo 2000-2001.

Le differenze nel
breve periodo...

Di quest'ultima differenza, i tre quarti sono imputabili al solo anno 2000. Per tale anno, la spesa sanitaria è risultata del 3,4% più elevata del valore stimato e, contestualmente, il tasso di crescita del PIL si è attestato ad un livello dello 0,1% più basso. Ciò ha determinato una revisione al rialzo del rapporto fra spesa sanitaria e PIL di 0,19 punti percentuali rispetto alle precedenti stime. Sulla correzione del 2001, pari 0,07 punti percentuali, hanno influito in maniera paritetica un maggiore livello della spesa ed un minore valore del PIL.

La differenza accumulata nel periodo 2002-2006 è dovuta, per circa il 50%, alla revisione al rialzo della previsione della spesa sanitaria (circa 2,3%

rapporto fra CPS e PIL *pro capite*. Infatti, sotto tale ipotesi, il rapporto fra CPS e produttività è perfettamente correlato con l'incidenza della popolazione in età di lavoro.

in più nel 2006) e, per l'altra metà, alla minore crescita del PIL, in gran parte concentrata nell'anno 2002.

...e nel medio
lungo periodo

A parte le differenze iniziali, la nuova previsione aggiornata al 2002 presenta un profilo di crescita del rapporto fra spesa sanitaria e PIL sostanzialmente allineato con quello della precedente previsione. Come emerge dal raffronto fra le curve di figura 3.4.a, l'incremento complessivo del rapporto nel periodo 2006-2050 è sostanzialmente equivalente. Ricordando le caratteristiche dell'approccio metodologico concordato nell'ambito dell'EPC-WGA e che le previsioni demografiche sottostanti lo scenario nazionale base non hanno subito modificazioni, se ne deduce che le nuove stime del profilo dei consumi sanitari non producono effetti di rilievo sui risultati in quanto le differenze di spesa per età e sesso tendono ad una sostanziale compensazione interna.

3.4. Lo scenario nazionale "programmatico"

La definizione

Lo scenario nazionale programmatico differisce dallo scenario nazionale base solo per le ipotesi macroeconomiche relative al periodo 2003-2006. Infatti, per tale periodo recepisce le indicazioni della RPP per il 2003 la quale aggiorna le stime contenute nell'ultimo DPEF. Pertanto, le differenze rispetto allo scenario nazionale base sono dovute esclusivamente alla diversa crescita economica iniziale.

I risultati

Come evidenziato nella figura 3.4.b, lo scenario programmatico (curva sottile) produce un miglioramento progressivo del rapporto fra spesa sanitaria e PIL fino al 2006, in conseguenza della maggiore crescita economica che, solo parzialmente, si riflette sulla crescita della spesa sanitaria. Tale miglioramento, che si traduce di fatto in un più basso livello del rapporto fra CPS e PIL *pro capite*, risulta acquisito, in termini percentuali, per tutto il periodo. Nel 2050, il rapporto fra spesa sanitaria e PIL si attesta al 7,8%, pari a circa 0,2 punti percentuali in meno rispetto al valore raggiunto dallo scenario nazionale base nello stesso anno.

3.5. Le previsioni prodotte nell'ambito dell'EPC-WGA

La definizione

Così come è stato fatto per la spesa pensionistica, i risultati dello scenario nazionale base vengono posti a confronto con quelli che scaturiscono dalle ipotesi macroeconomiche e demografiche degli scenari *baseline* e *Lisbon* definiti nell'ambito del progetto EPC-WGA (cfr. cap. 1). Ovviamente, essendo tutte e tre le previsioni effettuate con il modello della RGS aggiornato al 2002, le differenze nei risultati vanno interpretate, esclusivamente, in funzione delle ipotesi di scenario illustrate nel §.1.1.

Le ipotesi sul
consumo
sanitario

In relazione alle ipotesi del quadro socio-sanitario, valgono le indicazioni metodologiche concordate nell'ambito dell'EPC-WGA per tutti e tre gli scenari a confronto. In particolare, il CPS è supposto evolvere

proporzionalmente al PIL *pro capite* ed i profili di consumo specifico, per sesso, età e tipologia di prestazione, vengono mantenuti invariati nel tempo. L'unica differenza risiede nel quadro normativo-istituzionale di breve periodo. A differenza dello scenario nazionale base, gli scenari *baseline* e *Lisbon* dell'EPC-WGA non recepiscono, per il periodo 2003-2006, gli effetti di contenimento della crescita della spesa sanitaria riconducibili alle misure adottate in attuazione dell'accordo dell'8 agosto 2001. Tale scelta si spiega con l'esigenza di evitare, anche per un periodo limitato di tempo, deviazioni dalle indicazioni metodologiche dell'EPC-WGA che potrebbero inficiare la confrontabilità dei risultati con quelli degli altri paesi dell'UE.

La figura 3.5.a mette a confronto il rapporto spesa/PIL degli scenari *baseline* dell'EPC-WGA con quello dello scenario nazionale base. Nel medio-lungo termine, le due curve presentano sostanzialmente la stessa dinamica di crescita. Alla fine del periodo di previsione, lo scenario *baseline* si colloca appena al di sotto dello scenario nazionale base (7,9% contro l'8%). Ciò è dovuto prevalentemente alle diverse dinamiche demografiche ed in particolare alle ipotesi sulla speranza di vita. Sensibilmente più basso è il livello raggiunto dallo scenario *Lisbon* che si attesta al 7,6% anche se i benefici, in termini di sostenibilità del sistema, risultano assai meno rilevanti di quelli conseguiti nell'ambito del sistema pensionistico.

I risultati:
- EPC-WGA
baseline

Passando all'analisi degli indici di variazione dei fattori esplicativi della crescita del rapporto fra spesa sanitaria e PIL, lo scenario nazionale base e lo scenario *baseline* dell'EPC-WGA evidenziano un sostanziale allineamento anche per ciascuna delle tre componenti riportate nelle figure 3.5.b-3.5.d. Tuttavia, per quanto riguarda la componente demografica, l'allineamento registrato nella seconda parte del periodo di previsione è il risultato di una compensazione fra deviazioni di segno opposto per quanto attiene agli effetti sul rapporto fra spesa sanitaria e PIL. In particolare, le ipotesi demografiche sottostanti lo scenario nazionale base esercitano, rispetto allo scenario *baseline*, un effetto che è, allo stesso tempo, di maggiore crescita della spesa sanitaria e di maggiore crescita occupazionale. Ciò dipende dal fatto che lo scenario centrale Istat si caratterizza, rispetto allo scenario centrale dell'Eurostat, per un maggior numero di immigrati ed una mortalità più bassa.

Assai diverso è il caso dello scenario *Lisbon*. A fronte di un effetto demografico complessivo sostanzialmente in linea con quello degli altri due scenari a confronto, fatta eccezione per l'ultimo decennio, si evidenzia una forte compensazione fra la deviazione degli indici che misurano l'effetto imputabile alle scelte di politica economica e quella degli indici che misurano l'effetto dell'evoluzione dei tassi di occupazione. Tale deviazione è significativamente crescente nel tempo fino ad attestarsi, negli ultimi anni del periodo di previsione, oltre il 25% rispetto a quello degli scenari di confronto. Le ragioni di tale risultato si spiegano interamente con la diversa scomposizione della crescita economica sottostante lo scenario *Lisbon*, in

- EPC-WGA
Lisbon

termini di occupazione e produttività. Si ricorda che il tasso di crescita delle due variabili è, rispettivamente, di circa 0,6% superiore ed inferiore rispetto a quello contemplato dagli altri due scenari.

Rispetto allo scenario base nazionale, la scomposizione dell'effetto demografico complessivo indotto dallo scenario *Lisbon* evidenzia deviazioni assai più contenute, in termini assoluti, di quelle riscontrate per lo scenario *baseline* dell'EPC-WGA. Tali deviazioni, inoltre, muovono entrambe nel senso di un contenimento del rapporto fra spesa sanitaria e PIL tramite una riduzione del numeratore ed un aumento del denominatore.

Box 3.1 - Il Consumo Pro capite Standardizzato (CPS)

L'evoluzione del consumo di prestazioni sanitarie è esprimibile come somma di due componenti: quella imputabile alla ricomposizione per età e sesso della popolazione (componente "demografica" del consumo) e quella imputabile, in media, alle modificazioni della domanda individuale (componente "socio-economica" del consumo).

Una variazione dei costi del sistema sanitario imputabile alla componente demografica non produce alcun effetto sul livello di benessere sanitario dei soggetti appartenenti a ciascuna classe di età e sesso in quanto non riflette alcuna modificazione della domanda individuale.

La componente socio-economica dell'evoluzione del consumo sanitario esprime la variazione dei costi del sistema riconducibili ad una modificazione delle risorse mediamente destinate al soddisfacimento dei bisogni sanitari del singolo, a prescindere dal grado di soddisfazione percepito. Tale componente, a sua volta, è scindibile in due diverse tipologie a seconda che la modificazione delle risorse coinvolte avvenga in termini "relativi" o "assoluti". Si ha una modificazione relativa quando cambia il profilo dei consumi specifici per età, sesso e tipologia di prestazione ma non il livello medio, valutato nell'ipotesi di una popolazione stabile. Si ha una modificazione assoluta quando, sempre nell'ipotesi di popolazione stabile, cambia il livello medio dei consumi sanitari a parità di struttura per età, sesso e tipologia di prestazione. La modificazione assoluta del consumo sanitario è misurata dall'indice del Consumo *Pro capite* Standardizzato (CPS).

La definizione di uno scenario di medio-lungo periodo del CPS è una operazione "complessa" in quanto investe aspetti diversi che vanno dalle scelte microeconomiche di massimizzazione dell'utilità nell'impiego del reddito disponibile da parte dei cittadini alle scelte di politica sanitaria attuate dal governo. Riguardo al primo aspetto, rileva la struttura delle curve di utilità in base alle quali risulta determinata la quota di risorse aggiuntive destinate all'acquisto di prestazioni sanitarie in alternativa ad altri beni e servizi e la variazione della struttura delle preferenze conseguente al ricambio generazionale. Ci riferiamo, in particolare, alla possibilità che le nuove generazioni possano avere una diversa propensione a curarsi rispetto alle generazioni che le hanno precedute.

Tuttavia, poiché la variabile oggetto di previsione è la spesa sanitaria pubblica, le preferenze individuali possono essere fortemente condizionate dalle scelte di politica economica per quanto attiene alla quota di risorse destinate al finanziamento del sistema sanitario e alla modulazione per età, sesso e classi di reddito degli oneri di compartecipazione a carico degli utenti. In tal caso, il rapporto fra la spesa sanitaria ed il PIL può diventare direttamente o indirettamente un obiettivo di politica economica. Non per

questo, tuttavia, l'evoluzione per età e sesso della popolazione cessa di produrre i propri effetti sul sistema sanitario; solo che invece di riflettersi completamente sulla spesa si riflette totalmente, o in parte, sul consumo di prestazioni sanitarie.

La scelta metodologica concordata nell'ambito dell'EPC-WGA, di agganciare il CPS al PIL *pro capite*, corrisponde, in sostanza, alla scelta già effettuata dalla RGS nei suoi precedenti esercizi previsionali, a partire dal 1996. Tuttavia, in tale contesto, si è voluto analizzare l'impatto derivante dal possibile condizionamento dell'intervento pubblico, a livello centrale e regionale, sul sentiero di crescita del CPS rispetto a quello del PIL *pro capite*. In particolare, è sembrato utile evidenziare come una politica estrema di stabilizzazione della spesa sanitaria in percentuale del PIL scarichi l'effetto dell'invecchiamento demografico interamente sul CPS il quale crescerà meno del reddito *pro capite* in misura tale da compensare l'aumento del consumo sanitario medio imputabile alla ricomposizione per età e sesso della popolazione.

Ovviamente, le due ipotesi formulate rappresentano alternative concettualmente distinte che difficilmente potranno trovare attuazione nella forma estrema in cui sono state definite. Esse, pertanto, costituiscono due scenari estremi all'interno dei quali, presumibilmente, si collocherà l'evoluzione del fenomeno indagato.

In direzione opposta a quella precedentemente illustrata, muove l'ipotesi di un adeguamento del CPS alla dinamica della produttività per occupato, considerata come alternativa al PIL *pro capite*. Tale ipotesi si basa sulla considerazione che la dinamica della spesa sanitaria sia trainata prevalentemente dalle condizioni dell'offerta e, quindi, in ultima analisi dalla dinamica dei salari nel settore sanitario. E' possibile verificare che, se il numero di occupati scende rispetto alla popolazione complessiva, tale assunzione implica un'espansione del consumo medio ad un tasso superiore a quello dell'ipotesi base. Pertanto, essa configura una politica economica di tipo espansivo che consente una crescita della quota delle risorse mediamente attribuita a ciascun cittadino per il finanziamento del proprio consumo sanitario.

Box 3.2 - La definizione di spesa sanitaria pubblica

In base alla definizione adottata ai fini delle previsioni elaborate nell'ambito dell'EPC-WGA³⁶, la spesa sanitaria pubblica corrisponde all'ammontare complessivo delle risorse destinate al soddisfacimento dei bisogni sanitari "intermediate" da strutture pubbliche o imprese di

³⁶Economic Policy Committee (2001), Annex 4. In particolare, si richiede di adottare la definizione di spesa indicata nel *System of Health Accounts* formulato dall'OECD (OECD, 2000).

assicurazione sulla base di risorse acquisite in forma obbligatoria (imposte, tasse, contributi, premi assicurativi obbligatori). Tale scelta, oltre a risultare perfettamente in linea con quella adottata per la spesa pensionistica (cfr. box 2.2), risponde all'esigenza di analizzare gli effetti dell'invecchiamento demografico sulla sostenibilità di medio-lungo periodo della finanza pubblica che costituisce l'obiettivo principale delle attività del gruppo di lavoro.

Nel sistema italiano, la spesa sanitaria pubblica corrisponde sostanzialmente alle prestazioni sanitarie offerte dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL), dalle Aziende Ospedaliere (AO), dagli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) e dai Policlinici Universitari, al netto della compartecipazione alla spesa da parte di soggetti privati. A queste, si aggiungono altre componenti di spesa erogate da enti minori, come la Croce Rossa Italiana e la Caritas, o da enti pubblici diversi da quelli sopra citati, che erogano, marginalmente, prestazioni che possono avere un contenuto sanitario, come nel caso dei comuni, delle province e delle regioni.

L'aggregato di spesa sanitaria pubblica utilizzato ai fini della previsione corrisponde esattamente alla definizione di spesa corrente per prestazioni sanitarie delle amministrazioni pubbliche secondo i criteri stabiliti per l'elaborazione dei conti della PA. Tale definizione include sia la spesa sanitaria corrente in senso stretto che una stima degli ammortamenti relativi agli investimenti pubblici in campo sanitario effettuati nel tempo. Relativamente alla prima componente, la spesa relativa alle prestazioni gravate da compartecipazione viene conteggiata per il valore residuo a carico del sistema sanitario pubblico.

Un modo alternativo di definire la spesa sanitaria pubblica potrebbe essere quello di scorporare dalla spesa sanitaria corrente delle amministrazioni pubbliche gli ammortamenti ed aggiungervi l'ammontare annuo degli investimenti sanitari pubblici. Tuttavia, tale aggregato non è al momento disponibile fra le statistiche ufficiali nazionali, mentre il dato ricostruito dall'OCSE³⁷ include sia gli ammortamenti che l'ammontare annuo degli investimenti sanitari pubblici, con evidente duplicazione del costo degli investimenti³⁸.

³⁷Cfr. OECD (2000; 2002).

³⁸Ad es., il valore di spesa relativo all'anno 1999, pari a 63 mila milioni di euro, è ottenuto sommando la spesa per investimenti sanitari pubblici (2 mila milioni di euro) alla spesa corrente per prestazioni sanitarie erogate dalla pubblica amministrazione la quale, sulla base dei criteri di Contabilità Nazionale, già include una stima degli ammortamenti.

Fig. 3.1: spesa sanitaria pubblica e CPS
Scenario nazionale base

Fig. 3.1.a: spesa in rapporto al PIL

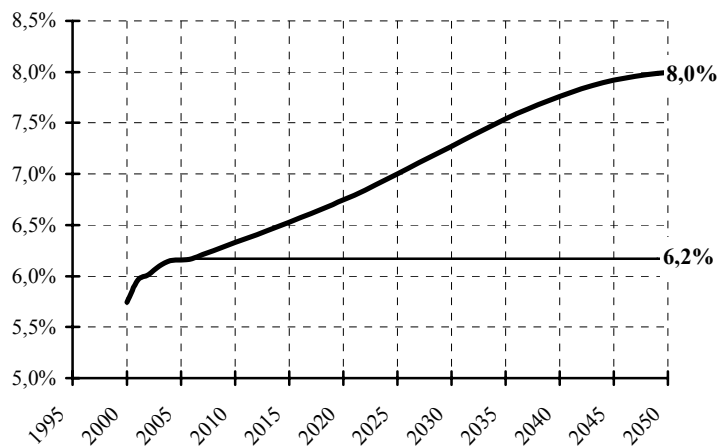
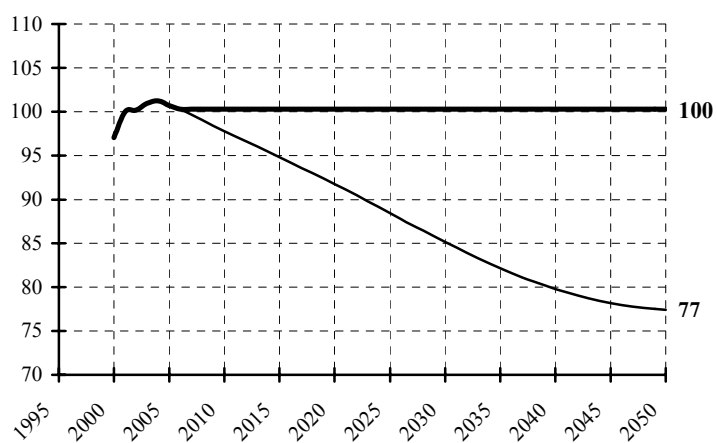


Fig. 3.1.b: rapporto fra CPS e PIL pro capite (2001=100)



— Dinamica del CPS pari a quella del PIL pro capite

— CPS che stabilizza il rapporto Spesa/PIL

Fig. 3.2: spesa sanitaria pubblica e CPS - Acute e Long Term Care

Scenario nazionale base

Fig. 3.2.a1: spesa in rapporto al PIL - Acute Care

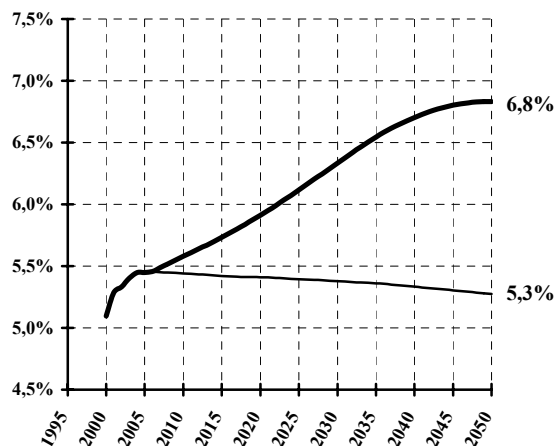


Fig. 3.2.b1: spesa in rapporto al PIL - Long Term Care

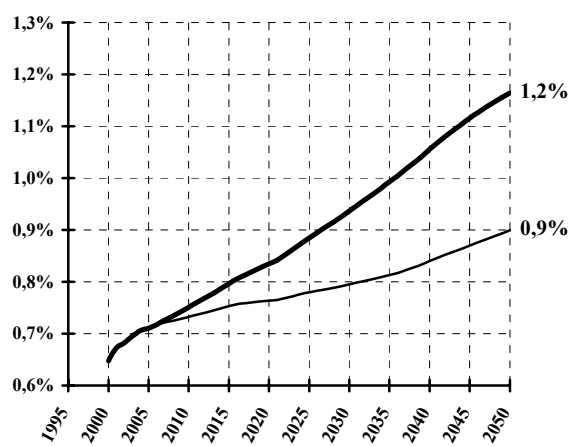


Fig. 3.2.a2: rapporto fra CPS e PIL pro capite - Acute Care (2001=100)

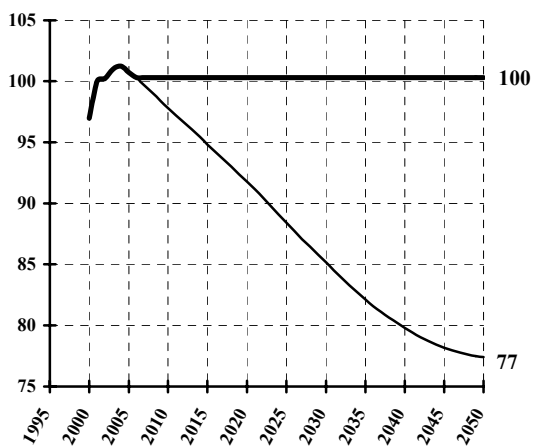
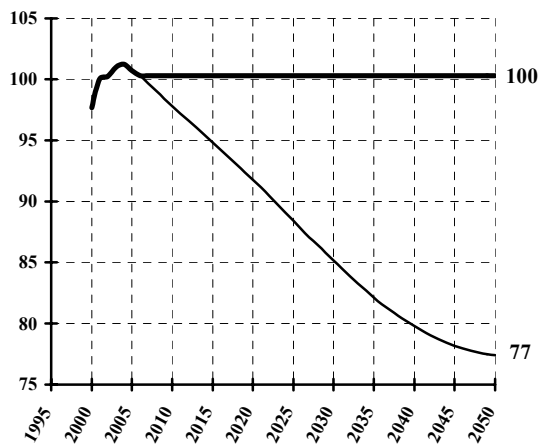


Fig. 3.2.b2: rapporto fra CPS e PIL pro capite - Long Term Care (2001=100)



— Dinamica del CPS pari a quella del PIL pro capite
 — CPS che stabilizza il rapporto Spesa/PIL

Fig.3.3: spesa sanitaria pubblica in rapporto al PIL e sua scomposizione
Scenario nazionale base

Fig. 3.3.a: spesa in rapporto al PIL

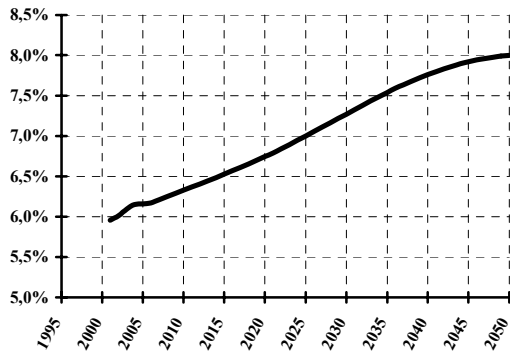


Fig. 3.3.d: effetto demografico complessivo (2001=100)

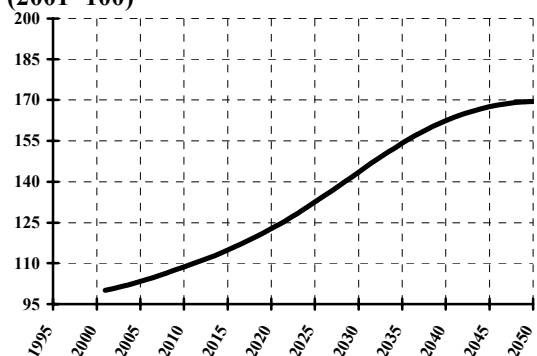


Fig. 3.3.b: effetto scelte di politica economica rapporto fra CPS e produttività (2001=100)

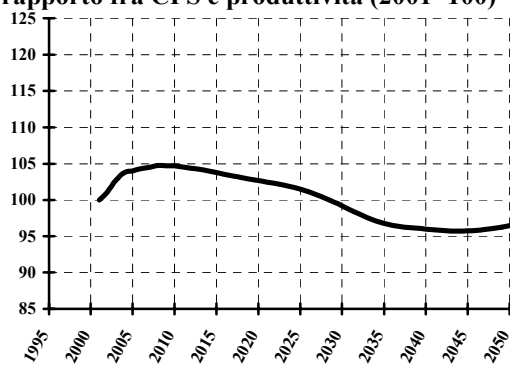


Fig. 3.3.e: effetto demografico sulla spesa (2001=100)

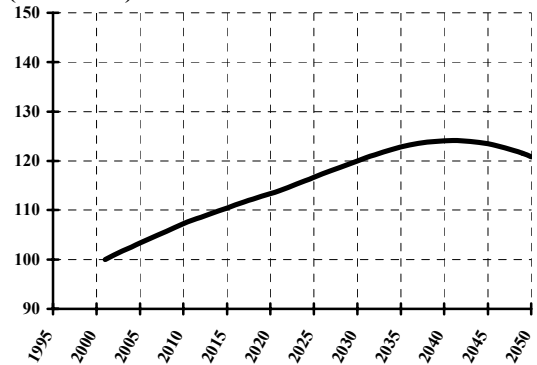


Fig. 3.3.c: effetto tassi di occupazione (2001=100)

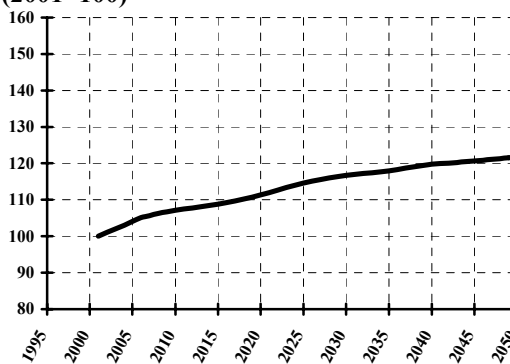


Fig. 3.3.f: effetto demografico sul PIL (2001=100)

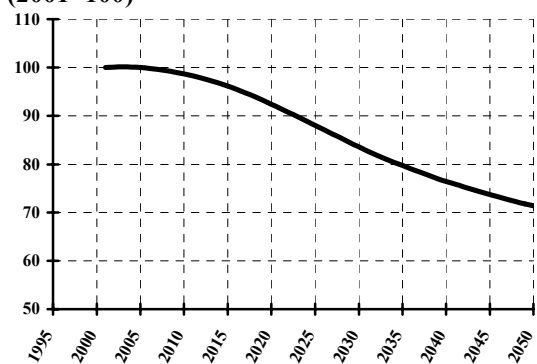


Fig. 3.4: spesa sanitaria pubblica in rapporto al PIL

Fig. 3.4.a: confronto tra previsioni con scenario nazionale base

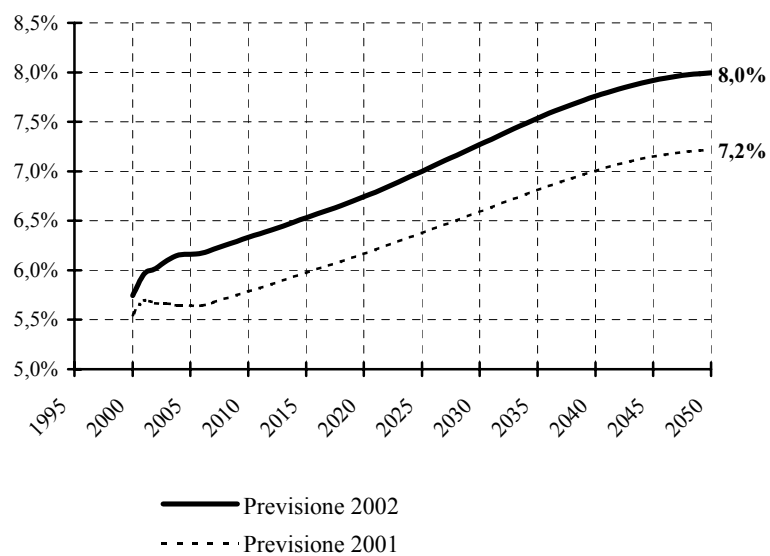


Fig. 3.4.b: confronto fra scenari nazionali

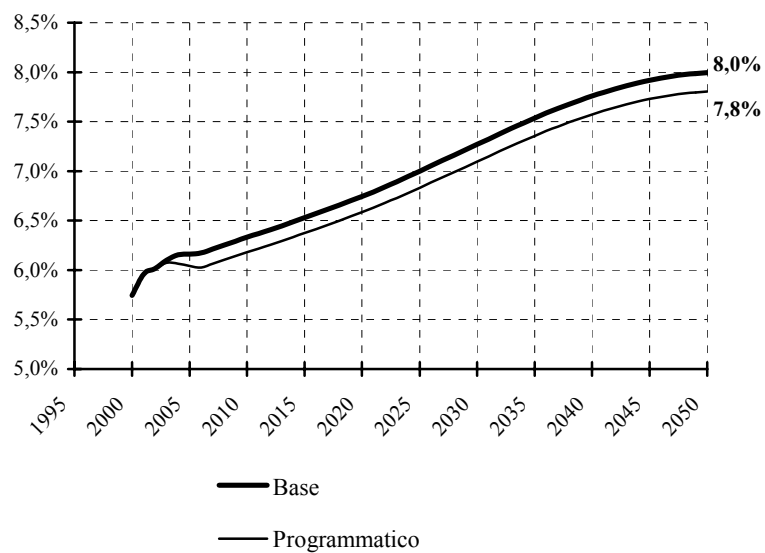


Fig.3.5: spesa sanitaria pubblica in rapporto al PIL e sua scomposizione
Confronto tra scenario nazionale base e scenari EPC-WGA

Fig. 3.5.a: spesa in rapporto al PIL

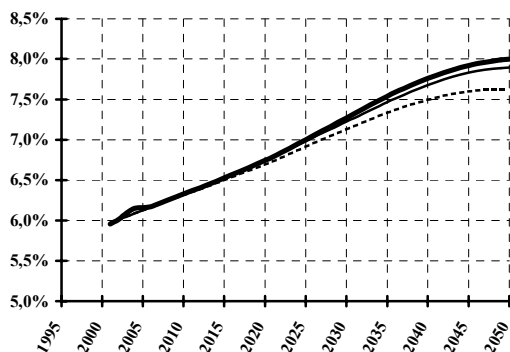


Fig. 3.5.d: effetto demografico complessivo (2001=100)

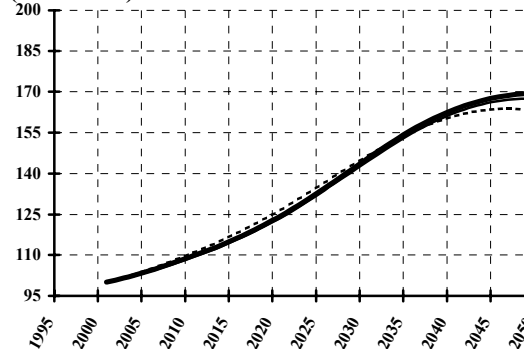


Fig. 3.5.b: effetto scelte di politica economica rapporto fra CPS e produttività (2001=100)

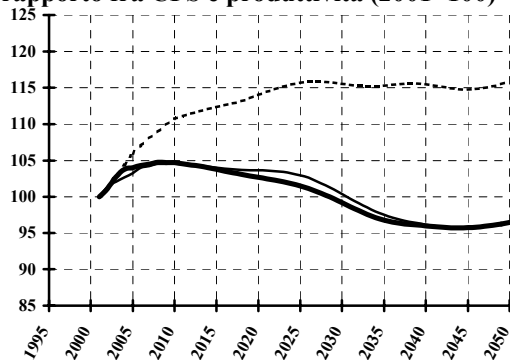


Fig. 3.5.e: effetto demografico sulla spesa (2001=100)

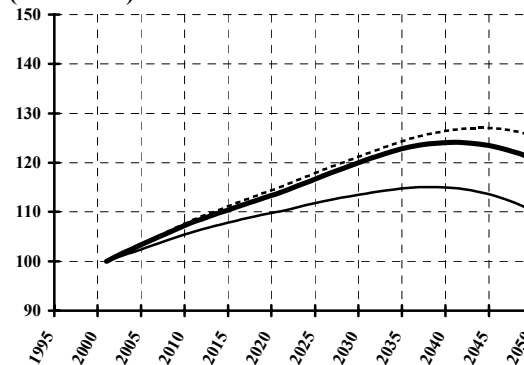


Fig. 3.5.c: effetto tassi di occupazione (2001=100)

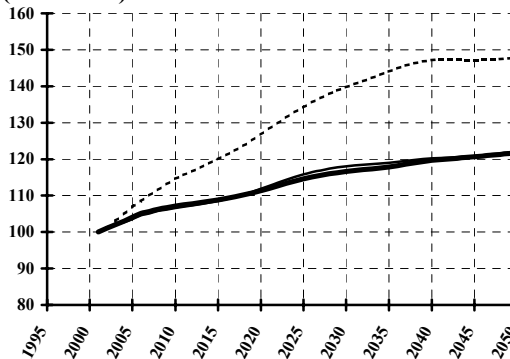
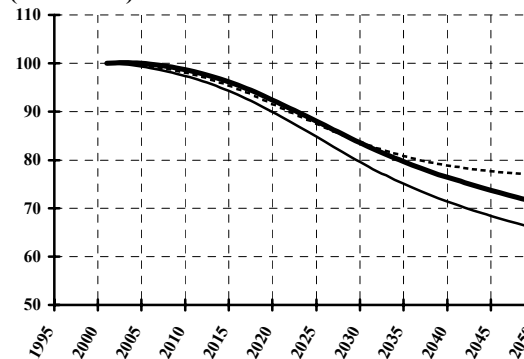


Fig. 3.5.f: effetto demografico sul PIL (2001=100)



— Nazionale base
 — EPC-WGA baseline
 - - - EPC-WGA Lisbon

4. L'aggiornamento della base assicurativa dell'INPS^(*)

4.1. Premessa

Agli inizi del 2002, l'INPS ha comunicato la nuova base dati relativa alle posizioni assicurative in essere al 31/12/2000 delle quattro maggiori gestioni (FPLD, Artigiani, Commercianti e CDCM), che contano circa il 70% del totale dei contribuenti. La nuova fornitura sostituisce quella precedentemente messa a disposizione dall'Istituto riferita alle posizioni in essere al 31/12/1997. Gli aggiornamenti successivi, fino al 31/12/1999, furono effettuati dalla RGS in funzione dei flussi di pensionamento effettivi e di una stima degli ingressi netti intervenuti nel periodo. Così aggiornata, la "vecchia" base assicurativa è stata utilizzata in occasione della predisposizione delle previsioni contenute nell'ultimo rapporto della RGS³⁹.

Rispetto alla versione precedente, la "nuova" base assicurativa ha potuto beneficiare dei notevoli progressi che l'INPS ha compiuto negli ultimi anni in merito all'attività di ripulitura ed integrazione dei propri archivi.

Tali miglioramenti, tuttavia, hanno comportato modificazioni significative che vanno ben oltre le normali procedure di aggiornamento basate sul *turn-over* fra ingressi ed uscite definitive per pensionamento. Le variazioni più importanti hanno riguardato i silenti per i quali si rileva una significativa contrazione delle numerosità in corrispondenza delle fasce di anzianità contributiva compatibili con il pensionamento di vecchiaia. Effetti meno marcati, ma comunque significativi, si registrano anche per i contribuenti.

4.2. Le differenze con la precedente base assicurativa

La nuova base assicurativa prodotta dall'INPS per il FPLD e le tre gestioni dei lavoratori autonomi (Artigiani, Commercianti, CDCM)⁴⁰ si riferisce alle posizioni in essere al 31/12/2000 ed è distribuita per età, anzianità contributiva (entrambe espresse in classi annuali), sesso, stato assicurativo (contribuente, silente e pensionato-contribuente)⁴¹ e regime pensionistico di

Analiticità della
base assicurativa

^(*)Il capitolo riproduce, con lievi modifiche, il contenuto dei paragrafi 1-3 di un precedente documento elaborato dalla RGS nei primi mesi dell'anno 2002 con l'obiettivo di evidenziare, tempestivamente, la rilevanza, ai fini previsionali, della revisione delle basi assicurative effettuata dall'INPS. In merito, cfr. Ministero dell'economia e delle finanze-RGS (2002).

³⁹Cfr. Ministero dell'economia e delle finanze-RGS (2001).

⁴⁰L'elaborazione è stata effettuata sulla base di un campione pari a circa un 1/10 dell'universo di riferimento.

⁴¹Un iscritto al fondo è definito: "contribuente" se ha pagato contributi previdenziali nell'anno di riferimento (anche per periodi limitati) e allo stesso tempo non risulta titolare di pensione diretta; "pensionato-contribuente" se è, contestualmente, contribuente e titolare di una pensione diretta, "silente" se ha versato contributi in passato, ma non risulta né contribuente né pensionato-contribuente nell'anno di riferimento.

appartenenza (retributivo, contributivo e misto). Sotto questo aspetto, i dati presentano sostanzialmente la stessa struttura della precedente fornitura.

Rispetto a quest'ultima, tuttavia, la costruzione della nuova base assicurativa ha potuto beneficiare del notevole sforzo, sul piano informatico, che l'INPS ha compiuto nell'arco di tempo che separa le due elaborazioni. Lo sforzo si è concretizzato in un'importante attività di ripulitura ed aggiornamento degli archivi resa possibile grazie alla accresciuta capacità di incrociare informazioni che precedentemente non comunicavano fra loro. In tale ambito, il casellario dei pensionati, che ha ricondotto in un unico archivio tutte le posizioni pensionistiche del sistema obbligatorio, ha rappresentato un importante passo in avanti.

Riduzione dei
silenti

Più in particolare, il miglioramento delle procedure informatiche e l'ampliamento delle possibilità di incrocio dei diversi archivi ha consentito una più corretta interpretazione delle posizioni silenti presso il FPLD e le gestioni dei lavoratori autonomi. Come evidenziato nelle figure 4.1 e 4.2, ciò si è tradotto in una drastica riduzione del numero di silenti nella fascia di anzianità contributiva interessata al pensionamento di vecchiaia secondo i requisiti previsti dalla normativa vigente⁴². La riduzione ha riguardato entrambi i sessi⁴³ e tutte le gestioni considerate.

Da un punto di vista dimensionale, tuttavia, essa risulta fortemente concentrata nel FPLD che fa registrare una contrazione di circa 350 mila unità in massima parte di sesso maschile. Dal confronto per età, emerge, inoltre, che il minor numero di silenti si colloca quasi interamente nei 10 anni antecedenti l'età del pensionamento⁴⁴. Ciò significa che la contrazione di pensioni di vecchiaia che ne deriva si realizzerà per la quasi totalità entro il 2010.

Anche nel caso delle gestioni dei lavoratori autonomi, la riduzione dei silenti risulta particolarmente accentuata in prossimità dell'età pensionabile. Tuttavia, sebbene percentualmente rilevante, essa è assai più contenuta di quella registrata nel FPLD dal punto di vista delle numerosità coinvolte (circa 60 mila unità nei 10 anni di età antecedenti l'età pensionabile di vecchiaia).

Confronto tra
contribuenti

Il confronto fra i contribuenti (fig. 4.3 e 4.4) sembra mostrare una maggiore corrispondenza fra le due basi assicurative sia per quanto attiene alla distribuzione per età che a quella per anzianità contributiva⁴⁵. Tuttavia, occorre rimarcare alcune differenze non trascurabili sia per il FPLD che per le

⁴²Il confronto è stato effettuato incrementando di 3 anni l'età dei silenti rilevati al 31/12/97.

⁴³L'unica eccezione è rappresentata dalle femmine della gestione Commercianti.

⁴⁴Nelle età precedenti, il numero dei silenti di sesso femminile della nuova base assicurativa risulta superiore a quello della precedente fornitura. Tale differenza più che compensa il minor numero di silenti maschi rilevati nelle età inferiori ai 55 anni.

⁴⁵Il confronto è stato effettuato incrementando di 3 anni l'età dei contribuenti rilevati al 31/12/97 ed aggiornando la relativa anzianità contributiva sulla base delle specifiche probabilità stimate in occasione della elaborazione della nuova base assicurativa.

tre gestioni dei lavoratori autonomi. Nel primo caso, la nuova base assicurativa mostra una distribuzione leggermente sbilanciata sulle età più giovani rispetto a quella precedente. Infatti, per entrambi i sessi, il numero dei contribuenti risulta superiore nelle età al di sotto dei 35 anni e inferiore nelle età successive. Corrispondentemente, anche la distribuzione per anzianità contributiva mostra un differenziale positivo rispetto alla vecchia base assicurativa per livelli di contribuzione inferiori ai 7-8 anni e negativo nelle anzianità più elevate.

Per quanto riguarda il comparto degli autonomi, la componente maschile della base assicurativa del 2000 mostra, in assoluto, un maggior numero di contribuenti fra i più giovani sia in senso anagrafico che lavorativo. In campo femminile, invece, non si apprezzano sostanziali scostamenti.

L'analisi dei contribuenti mette, quindi, in luce i presupposti di una leggera espansione dei flussi di pensionamento, rispetto a quelli impliciti nella precedente base assicurativa, che si realizzerà nella parte centrale del prossimo cinquantennio.

4.3. I miglioramenti apportati

Il miglioramento della nuova base assicurativa è garantito, essenzialmente, dalla qualità delle procedure adottate dall'INPS e, in particolare, dalla accresciuta possibilità di incrociare informazioni precedentemente non comunicanti. Il potenziamento di tale possibilità ha consentito di individuare posizioni “doppie” o “multiple” dovute al fatto che uno stesso soggetto poteva essere conteggiato più volte in differenti archivi. La conseguenza di tale operazione è stata quella di eliminare tutte le posizioni silenti il cui identificativo anagrafico corrispondeva a quello di altre posizioni assicurative iscritte come contribuente o pensionato definitivo⁴⁶.

Eliminazione
delle posizioni
multiple

Nel primo caso, sono state ricondotte ad unità, e quindi ad un'unica posizione, spezzoni di contribuzione registrati in archivi diversi⁴⁷. Nell'ambito di tale operazione, estremamente utile è risultata la possibilità di incrocio degli assicurati del FPLD e delle tre gestioni dei lavoratori autonomi con l'archivio dei parasubordinati. Nel secondo caso, le posizioni silenti sono state semplicemente eliminate in quanto portatrici di diritti pensionistici già scontati nel calcolo delle pensioni in pagamento. A tal fine, importanti miglioramenti sono stati conseguiti tramite l'incrocio con i trattamenti pensionistici erogati da fondi diversi da quelli gestiti dall'Istituto. Questa

⁴⁶Tale procedura ha contemplato, fra l'altro, l'adozione di controlli volti ad accertare l'autenticità degli identificativi anagrafici tramite l'incrocio con gli archivi dell'anagrafe tributaria. Ciò ha consentito di ricompattare le posizioni assicurative associate ad identificativi che risultavano diversi solo in alcune componenti a causa di errori di digitazione del dato.

⁴⁷Alla riduzione del numero dei silenti ha ulteriormente concorso la correzione effettuata per tener conto della possibilità di eliminazione per morte nel periodo successivo all'ultimo anno di contribuzione.

operazione, ovviamente, si è resa possibile solo a seguito della costruzione del casellario dei pensionati.

I miglioramenti raggiunti nella costruzione della nuova base assicurativa trovano conferma, inoltre, nelle risultanze del monitoraggio dei flussi di pensionamento dell'anno 2001 e nella maggiore coerenza demografica della distribuzione per età dei soggetti complessivamente iscritti al sistema pensionistico obbligatorio.

Coerenza con i flussi di pensionamento

Quantunque non esista al momento un dato definitivo, per via dei ritardi fisiologici nella liquidazione delle pensioni, risulta tuttavia chiaro che i flussi di pensionamento di vecchiaia con decorrenza nel 2001 tendono ad attestarsi su un livello di gran lunga inferiore a quello che sarebbe scaturito dalla vecchia base assicurativa. Rispetto a quest'ultimo dato, le risultanze del monitoraggio confermano una riduzione dei flussi di pensionamento sostanzialmente coerente con la revisione dei silenti maschi e femmine alle età, rispettivamente, di 64 e 59 anni al 31/12/2000.

Coerenza demografica

Anche la coerenza demografica della nuova base assicurativa risulta decisamente migliorata nelle fasce di età maggiormente interessate dalla correzione a ribasso del numero dei silenti. In tali fasce di età, i soggetti di sesso maschile⁴⁸ registrati nella nuova base assicurativa risultano sostanzialmente in linea con la dimensione della popolazione residente, tenuto opportunamente conto dei pensionati e dei contribuenti degli altri fondi esterni all'INPS⁴⁹.

I significativi miglioramenti conseguiti nella costruzione della nuova base assicurativa non escludono, ovviamente, la possibilità di ulteriori perfezionamenti che potrebbero scaturire da un potenziamento della attuale gestione informatica degli archivi. Tuttavia, quand'anche ciò fosse, l'entità della revisione sarebbe di un ordine di grandezza assai inferiore rispetto a quello riscontrato in occasione dell'ultima elaborazione. Questo sia perché non esistono margini per riduzioni altrettanto consistenti e sia perché molte delle procedure di incrocio necessarie per la pulizia degli archivi sono già attualmente operative nell'ambito delle gestioni INPS⁵⁰.

Casellario degli assicurati

La possibilità di correggere, in condizioni di relativa certezza, l'eventuale sovrastima delle posizioni assicurative dipendente da errori di duplicazione passa necessariamente attraverso la costruzione di un casellario degli assicurati che, alla stregua di quello realizzato per i pensionati, riunisca, in un unico archivio, tutte le posizioni titolari di diritti pensionistici a carico del

⁴⁸Lo stesso confronto risulterebbe non significativo in campo femminile essendo molto elevata la percentuale delle donne permanentemente escluse dal mercato del lavoro e, quindi, non rilevata nella base assicurativa.

⁴⁹Vale rilevare che la revisione dei silenti effettuata nell'elaborazione della nuova base assicurativa interessa, prevalentemente, le generazioni dei nati durante il periodo della seconda guerra mondiale la cui dimensione risulta significativamente ridotta rispetto a quella delle generazioni precedenti e successive.

⁵⁰Solo pochissimi archivi, di dimensione fra l'altro trascurabile, restano al momento scollegati. Si tratta, in particolare, dei fondi del personale marittimo, del fondo clero e del fondo dazio.

sistema pensionistico obbligatorio. Solo in questo modo le posizioni silenti presso l'INPS potranno essere puntualmente qualificate in termini di silenziosità rispetto all'intero sistema pensionistico ovvero di sovrapposizione rispetto agli iscritti di fondi diversi a quelli gestiti dall'Istituto. Tale processo di integrazione, da più parti auspicato⁵¹, risulta tuttavia un'operazione assai complessa in quanto richiederà un notevole lavoro di armonizzazione dei differenti archivi che non sembra, però, realizzabile in tempi brevi.

⁵¹Cfr. CNEL (2001). Vale, tuttavia, rilevare che tale processo potrebbe essere favorito dall'adozione di uno specifico provvedimento legislativo come è avvenuto per il casellario dei pensionati (L 85/95).

Fig. 4.1: Silenti FPLD - confronto tra la base assicurativa del 1997 e quella del 2000
(valori in migliaia)

Fig. 4.1.a: distribuzione per anzianità contributiva- maschi

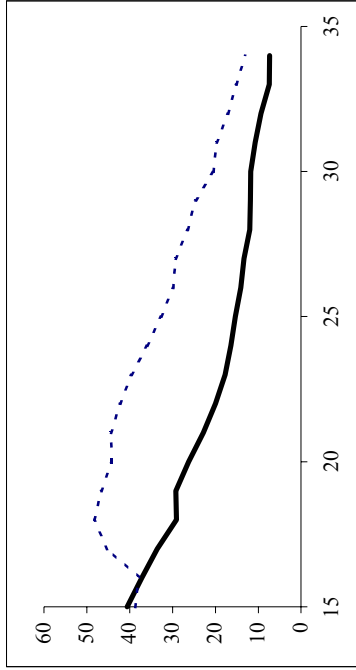


Fig. 4.1.c: distribuzione per età nella fascia di anzianità contributiva 15-34 - maschi

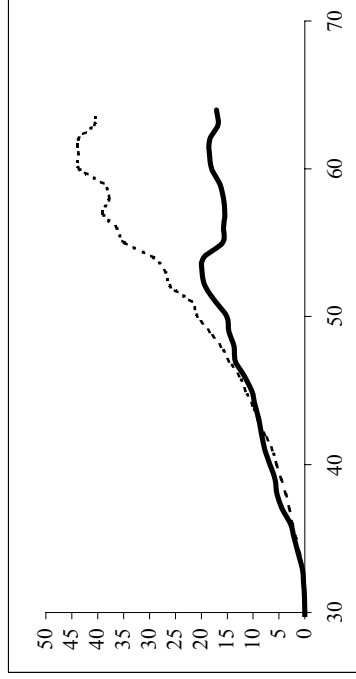


Fig. 4.1.b: distribuzione per anzianità contributiva - femmine

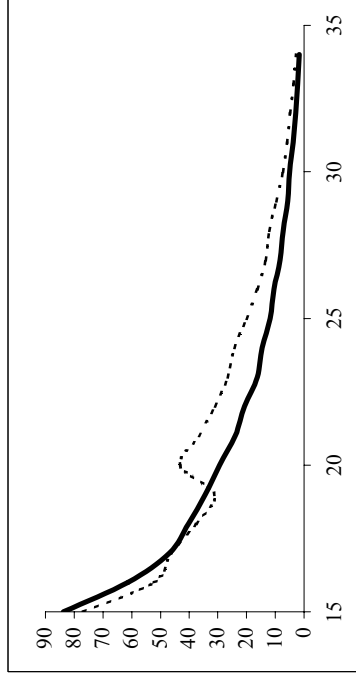
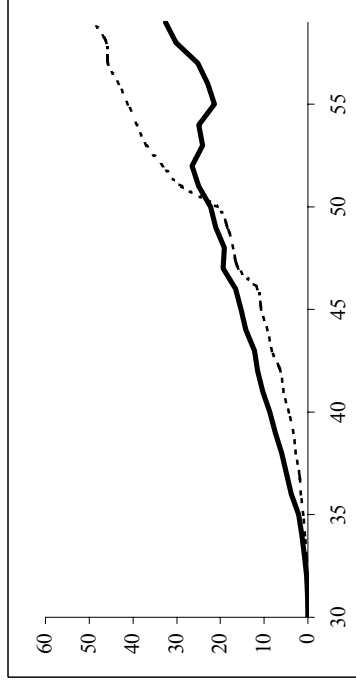


Fig. 4.1.d: distribuzione per età nella fascia di anzianità contributiva 15-34 - femmine



-----1997 ————2000

Fig. 4.2: Silenti Autonomi - confronto tra la base assicurativa del 1997 e quella del 2000
(valori in migliaia)

Fig. 4.2.a: distribuzione per anzianità contributiva- maschi

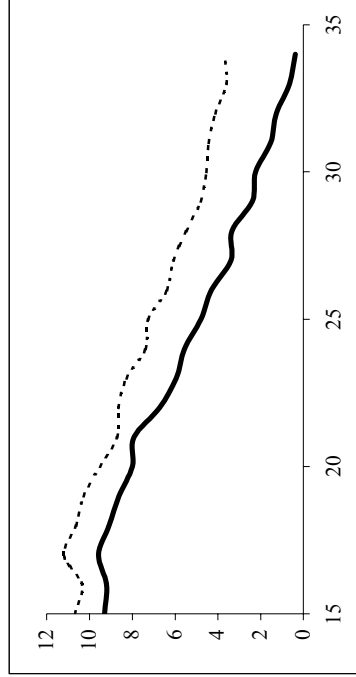


Fig. 4.2.c: distribuzione per età nella fascia di anzianità contributiva 15-34 - maschi

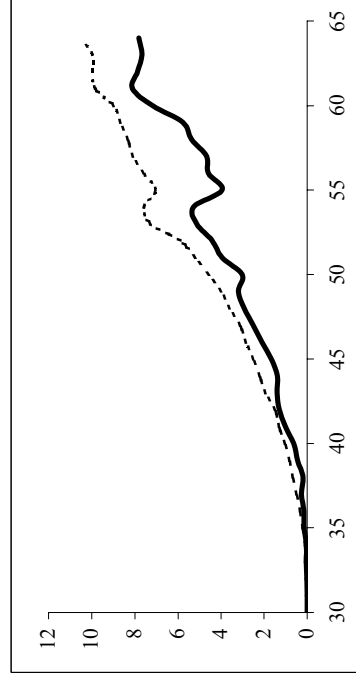


Fig. 4.2.b: distribuzione per anzianità contributiva - femmine

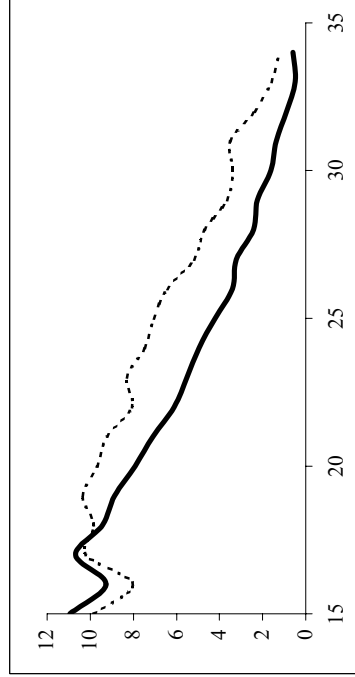
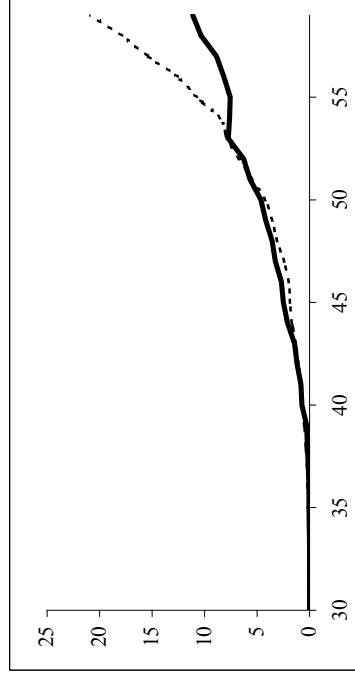


Fig. 4.2.d: distribuzione per età nella fascia di anzianità contributiva 15-34 - femmine



-----1997

—————2000

Fig. 4.3: Contribuenti FPLD - confronto tra la base assicurativa del 1997 e quella del 2000
(valori in migliaia)

Fig. 4.3.a: distribuzione per anzianità contributiva- maschi

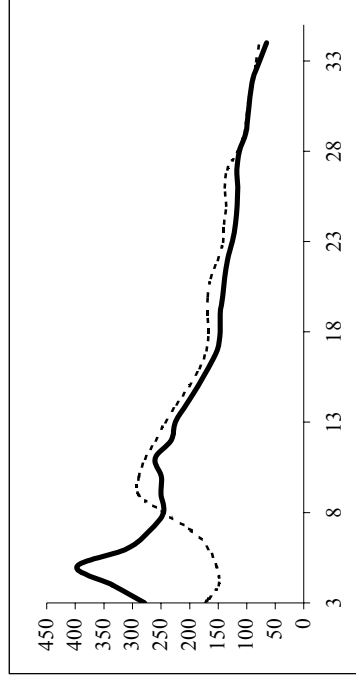


Fig. 4.3.b: distribuzione per anzianità contributiva - femmine

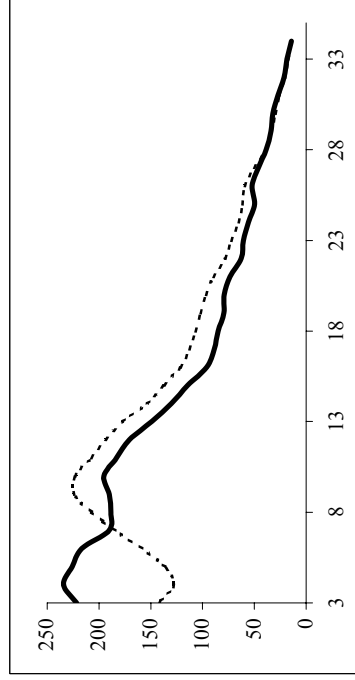


Fig. 4.3.c: distribuzione per età nella fascia di anzianità contributiva 3-34 - maschi

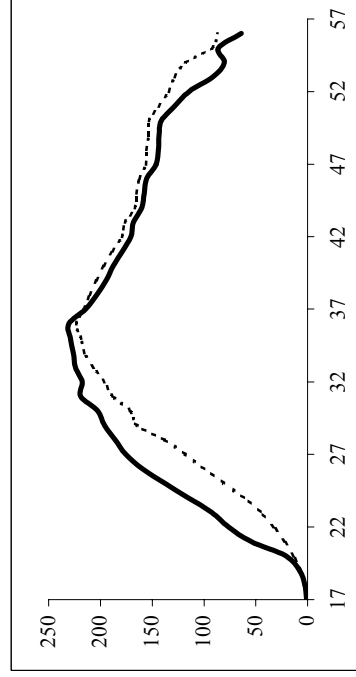
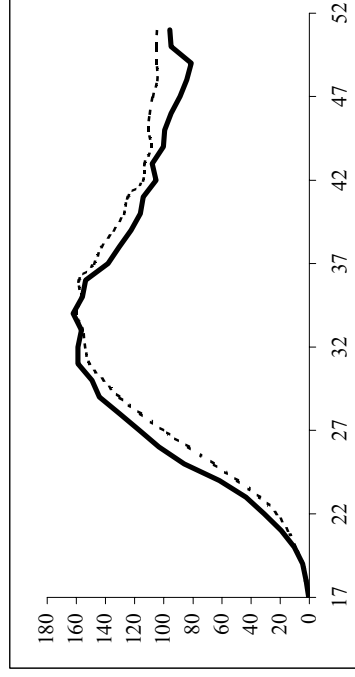


Fig. 4.3.d: distribuzione per età nella fascia di anzianità contributiva 3-34 - femmine



- - - - - 1997

— 2000

Fig. 4.4: Contribuenti Autonomi - confronto tra la base assicurativa del 1997 e quella del 2000 (valori in migliaia)

Fig. 4.4.a: distribuzione per anzianità contributiva- maschi

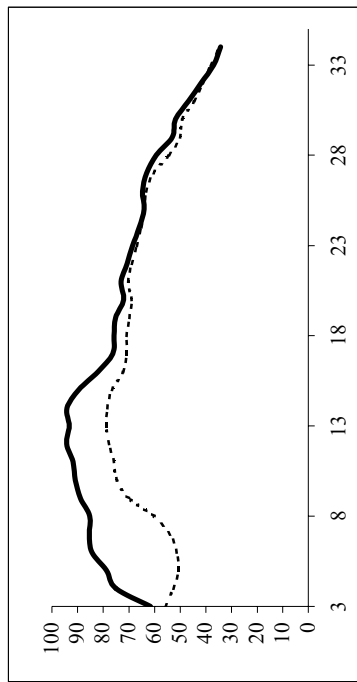


Fig. 4.4.b: distribuzione per anzianità contributiva - femmine

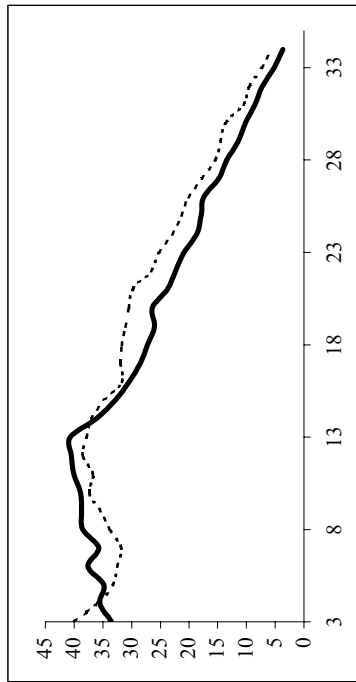


Fig. 4.4.c: distribuzione per età nella fascia di anzianità contributiva 3-34 - maschi

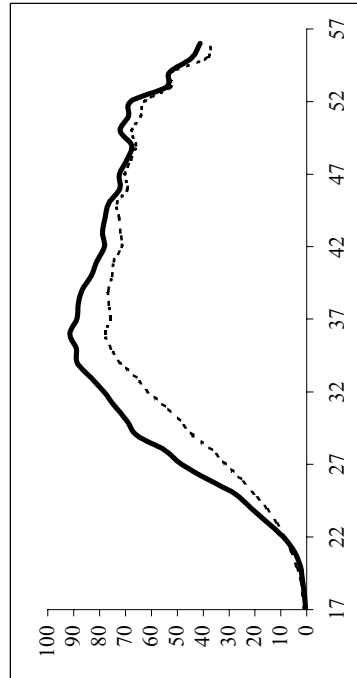
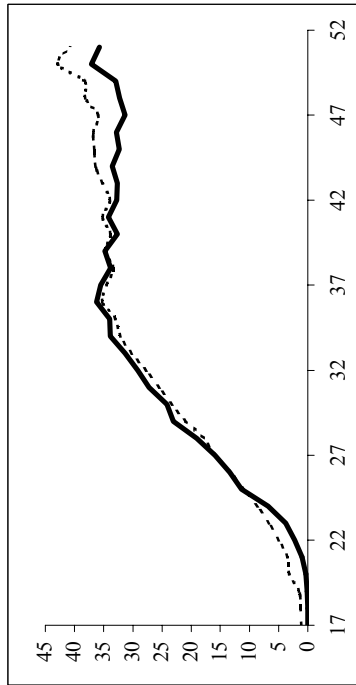


Fig. 4.4.d: distribuzione per età nella fascia di anzianità contributiva 3-34 - femmine



- - - - - 1997

— 2000

5. La stima del consumo sanitario per età, sesso e tipologia di prestazione

5.1. Premessa

Il profilo dei consumi sanitari

Il profilo per età e sesso del consumo sanitario *pro capite* costituisce uno dei parametri fondamentali del modello di previsione. Tale profilo è ottenuto come aggregazione di profili specifici di prestazioni omogenee la cui definizione risulta sostanzialmente in linea con quella adottata ai fini della predisposizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)⁵². Molti di questi profili assumono la caratteristica forma a “J”, ovvero il consumo sanitario *pro capite*, dopo una discesa iniziale nelle età pediatriche, cresce significativamente in funzione dell’età con un’accelerazione negli ultimi decenni di vita antecedenti le età corrispondenti alla vita media. Ovviamente, il livello medio del consumo, la discesa iniziale e la velocità di crescita nelle età successive dipendono dal sesso e dal tipo di prestazione. Il profilo del consumo sanitario *pro capite* relativo all’intera spesa sanitaria pubblica è ottenuto come combinazione, ponderata, dei molteplici profili corrispondenti alle diverse tipologie di prestazione (da ora in avanti “livelli di assistenza”).

Metodologia e fonti

La metodologia e le fonti informative impiegate per la stima dei profili del consumo sanitario differiscono in funzione del livello di assistenza. Tuttavia, la casistica riscontrata può essere ricondotta essenzialmente a tre diverse tipologie:

- a) non vi sono dati relativi al consumo per età e sesso, ma la normativa che regola l’erogazione del servizio consente di elaborare una stima soddisfacente dei profili a partire dal costo medio complessivo. Questo è, ad es., il caso delle prestazioni erogate dai pediatri di libera scelta;
- b) sono disponibili dati relativi alla frequenza con cui i soggetti usufruiscono della prestazione (domanda), distribuiti per età e sesso, ma si ignora il valore corrispondente delle quantità consumate. Di questa tipologia fa parte, ad es., l’assistenza residenziale rivolta agli anziani non autosufficienti;
- c) è disponibile una base dati idonea a stimare direttamente il profilo per età dei costi sanitari relativi allo specifico livello di assistenza. Questo è il caso, ad es., dell’assistenza ospedaliera convenzionata e, per alcune regioni, dell’assistenza specialistica e farmaceutica.

Rispetto alle precedenti stime⁵³, le modifiche apportate hanno riguardato, in vario modo: l’articolazione dei livelli di assistenza, le fonti informative ed

⁵²Cfr. DPCM 29/11/2001.

⁵³Cfr. Ministero dell’economia e delle finanze-RGS (2001), appendice B.

i metodi utilizzati. Per quanto concerne il primo aspetto, è stata adottata una classificazione maggiormente rispondente alle indicazioni sui LEA e, in tale contesto, sono state meglio utilizzate le informazioni disponibili per alcuni di essi⁵⁴. Nella tabella 5.1, viene riportata la classificazione dei livelli di assistenza utilizzata ai fini della stima dei rispettivi profili con l'indicazione della incidenza che ciascuno di essi ha sulla spesa totale.

Nel primo paragrafo si illustrano i metodi e le fonti utilizzate per la stima del profilo del consumo sanitario relativo a ciascun livello⁵⁵. Per alcuni di essi si evidenziano anche i risultati ottenuti. Nel secondo paragrafo, si descrive la metodologia utilizzata per l'aggregazione dei singoli profili stimati nei due macro livelli *acute* e *long term care* sulla base dei criteri forniti dall'EPC-WGA⁵⁶.

5.2. La stima dei profili del consumo sanitario per livello di assistenza

L'elenco dei livelli di assistenza, e degli eventuali sotto-livelli, seguirà, ove possibile, quello delle prestazioni di assistenza sanitaria contemplati nel decreto sui LEA.

1 - *Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e lavoro.* Comprende le attività e le prestazioni volte alla promozione della salute della popolazione nel suo complesso. Questo livello di assistenza è composto da: profilassi delle malattie infettive; tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi con gli ambienti di vita, anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinamenti ambientali; attività di prevenzione rivolta alla persona (vaccinazioni obbligatorie e raccomandate e programmi di diagnosi precoce); servizio medico-legale; tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi con gli ambienti di lavoro; sanità pubblica veterinaria; tutela igienica sanitaria degli alimenti; sorveglianza e prevenzione nutrizionale.

Assistenza
sanitaria
collettiva

Nella stima dei profili di spesa per sesso ed età si è proceduto, inizialmente, isolando il sotto-livello 'tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi con gli ambienti di lavoro dagli altri sotto-livelli. Relativamente alla prima componente, si è ipotizzata una distribuzione della domanda, e quindi della spesa, uniforme sulla popolazione compresa nella fascia di età 20-64 anni; per gli altri sotto-livelli, invece, è stata assunta una distribuzione uniforme rispetto a tutte le età. Il profilo complessivo del livello di assistenza è stimato come media ponderata dei due profili sopra indicati utilizzando come pesi le rispettive incidenze sulla spesa.

⁵⁴Ci riferiamo alla rilevazione della spesa delle ASL/AO per macrovoci economiche condotta mediante il modello CE.03 (Ministero della Salute) ed all'indagine condotta dal Tavolo di lavoro per la definizione dei LEA nel corso del 2001.

⁵⁵Ad esclusione del livello "Amministrazione e servizi generali" i livelli rappresentano "prestazioni di assistenza sanitaria". Per la loro definizione si è fatto riferimento al citato decreto sui LEA.

⁵⁶Cfr. Economic Policy Committee (2001).

Assistenza
sanitaria di base:

2 - *Assistenza sanitaria di base*. Il decreto sui LEA associa a questo livello di assistenza le seguenti tre funzioni: medicina di base in forma ambulatoriale e domiciliare; la continuità assistenziale notturna e festiva; la guardia medica turistica. La prima attività è svolta dai medici di medicina generale (MMG) e dai pediatri di libera scelta (PLS). La seconda e la terza vengono analizzate in forma aggregata sotto la voce “continuità assistenziale”.

- assistenza
medica generale

2.1 - *L'assistenza medica generale* è svolta dai medici convenzionati con le ASL per assicurare la cura nei confronti dei propri iscritti mediante visite gratuite, in ambulatorio o presso il domicilio dei pazienti. I costi, regolati dalle convenzioni, dipendono dal numero di assistiti, dall'anzianità di laurea del medico, dalle modalità di organizzazione del servizio e, in base all'ultima convenzione, dall'età del paziente. Le quote di spesa non imputabili all'età del paziente sono state distribuite in modo uniforme su tutta la popolazione. Quelle dipendenti dall'età, ed in particolare le maggiorazioni per gli assistiti in età compresa fra i 6 ed 14 anni ed oltre i 75 anni, sono state distribuite, rispettivamente, in relazione all'incidenza della scelta di medicina non pediatrica, nel primo caso, ed in modo uniforme sugli ultra 75 anni, nel secondo.

- assistenza pediatrica

2.2 - *L'assistenza pediatrica* è svolta dai pediatri convenzionati con le ASL per assicurare la cura nei confronti dei propri iscritti (individui in età pediatrica) mediante visite gratuite, in ambulatorio o presso il domicilio dei pazienti. La spesa viene distribuita in funzione dell'incidenza, per età, delle scelte effettuate dalla popolazione assistibile.

2.3 - La *continuità assistenziale* si realizza assicurando per le urgenze notturne, festive e prefestive, interventi domiciliari e territoriali. Includiamo in questo tipo di assistenza quel servizio stagionale di assistenza sanitaria rivolta alle persone non residenti che le ASL possono decidere di erogare se, nel territorio di loro competenza, si trovano località di notevole afflusso turistico. I costi per questo servizio dipendono dalle convenzioni stipulate. La spesa viene distribuita in base ad un indicatore di domanda. In particolare, si considera il numero di ricorsi alla guardia medica pubblica rilevato nell'ultima indagine Istat sulle *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari* (Istat, 2002a).

Attività di
emergenza sanitaria

3 - *Attività di emergenza sanitaria territoriale*. Si configura nella ricezione delle richieste di intervento per emergenza sanitaria e coordinamento degli interventi nell'ambito territoriale di riferimento (centrale operativa 118). Comprende anche il servizio di assistenza e soccorso di base e avanzato, esterni al presidio ospedaliero (anche in occasione di maxi-emergenze) ed il trasferimento degli assistiti a bordo delle autoambulanze

attrezzate. Date le caratteristiche di questo tipo di prestazione si è distribuita la rispettiva spesa in modo uniforme sull'intera collettività.

4 - *Assistenza farmaceutica*. È il servizio che assicura la fornitura di farmaci, prodotti dietetici, preparati galenici, presidi medico-chirurgici ed altri prodotti sanitari erogati dalle farmacie ed in forma diretta dalle ASL/AO. I farmaci autorizzati all'immissione in commercio sono classificati in tre gruppi: farmaci di fascia A (a totale carico del SSN), farmaci di fascia B (per il 50% a carico del SSN e per l'altro 50% a carico del cittadino) e farmaci di fascia C (a totale carico del cittadino). Essendo pubblica, la spesa farmaceutica è definita al netto della compartecipazione da parte degli assistiti.

Assistenza
farmaceutica

Per la stima del profilo di spesa per sesso ed età si sono utilizzate le elaborazioni effettuate da alcune regioni (Piemonte, Lombardia ed Umbria) sulla base delle informazioni fornite dai rispettivi sistemi informativi, in grado di trattare la quasi totalità delle prescrizioni mediche di farmaci. Nella figura 5.1 (grafico e) si illustrano gli andamenti per età della spesa *pro capite* per ciascun sesso. L'andamento è crescente al crescere dell'età a partire dai 45 anni, con l'eccezione delle età finali (90 ed oltre). La crescita accelera in maniera evidente a partire dai 65 anni, quando si allenta il controllo sulla domanda esercitato dalla compartecipazione alla spesa. Nelle età comprese fra i 75 ed i 90 anni i consumi raggiungono un massimo. Esso vale quasi 8 volte, per i maschi, e poco più di 5 volte, per le femmine, il consumo di coloro che presentano un'età compresa fra i 35 ed i 45 anni. Il maggior consumo delle femmine nelle età fertili è poco significativo se paragonato con altri livelli di assistenza quali l'ospedaliera e la specialistica. Questo perché la gravidanza ed il parto non necessitano, nelle situazioni normali, di particolari cure farmacologiche.

5 - *Assistenza specialistica*. L'assistenza specialistica viene erogata attraverso gli ambulatori e poliambulatori specialistici ed è, in parte, erogata direttamente dalle ASL (convenzionata interna) o da altri enti pubblici e, in parte, da strutture private accreditate dal SSN (ambulatoriale esterna). Essa è definita, periodicamente, a livello nazionale mediante il nomenclatore tariffario delle prestazioni erogabili dal SSN. L'attività si distingue in: attività clinica, attività di laboratorio ed attività di diagnostica strumentale e per immagini. Come per l'assistenza farmaceutica, la definizione di spesa specialistica pubblica non comprende le quote di compartecipazione a carico degli assistiti.

Assistenza
specialistica

La stima del profilo di spesa a livello nazionale è stata ottenuta come media ponderata di due profili. Il primo è stato costruito sulla base delle elaborazioni effettuate da alcune regioni, quali il Piemonte, l'Emilia Romagna ed il Lazio, sui propri sistemi informativi regionali che gestiscono la quasi totalità delle prestazioni finanziate dal sistema sanitario pubblico. Il secondo, relativo alle rimanenti regioni, è stato stimato sulla base dei dati

dell'indagine Istat sulle *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*⁵⁷ per quanto attiene alle quantità consumate, e dei dati riscontrati nelle regioni sopra citate, per quanto concerne i costi medi per prestazione stratificati per sesso ed età. La figura 5.1 (grafico f) illustra l'andamento per età della spesa pubblica per l'assistenza specialistica. I costi crescono all'aumentare dell'età, a partire dai 40 anni, per i maschi, e 60 anni, per le femmine. Essi raggiungono un massimo nelle età 70-80 anni, dopodiché flettono. Le femmine presentano, rispetto a maschi, costi maggiori nell'età fertile ed in quelle immediatamente successive, fino a 70 anni. Oltre questa età, il consumo si colloca ad un livello inferiore e, in particolar modo, oltre gli 80 anni. Aggregando per sesso, il valore massimo vale 5-6 volte quello di un individuo con età compresa fra i 20 ed i 40 anni.

Assistenza
sanitaria
territoriale:

6 - *Assistenza sanitaria territoriale rivolta agli anziani ed ai disabili.* Questo livello di assistenza raccoglie tutte quelle prestazioni non ospedaliere, organizzate come un servizio specifico, rivolte alle persone disabili o anziane non autosufficienti. Non vi sono informazioni specifiche sulla distribuzione dei costi per sesso ed età. Sono disponibili, tuttavia, alcuni dati che consentono di ricostruire la distribuzione per età e sesso dell'incidenza degli utenti sulla popolazione corrispondente distinguendoli in funzione di tre grandi categorie di prestazioni: l'ambulatoriale e domiciliare, la semiresidenziale e la residenziale.

- ambulatoriale e
domiciliare

6.1 - *Ambulatoriale e domiciliare.* Riguarda tutti gli ambulatori, centri, consultori o servizi esistenti sul territorio distrettuale, sia quelli direttamente gestiti che quelli accreditati, per assicurare l'erogazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, in giorni ed orari diurni prestabiliti, ad anziani e disabili. Le informazioni sul profilo per età e sesso dell'incidenza degli utenti sulla popolazione sono desunte dall'indagine Istat sulle *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*. In particolare, si utilizza il dato sul ricorso all'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), che è la forma di assistenza più comune per questo tipo di prestazione.

- semiresidenziale

6.2 - *Semiresidenziale.* L'assistenza territoriale semi-residenziale comprende ogni tipo di assistenza in termini di cicli di cura e di programmi riabilitativi presso centri o istituti. L'inserimento nei programmi terapeutici e riabilitativi è concordato con la ASL. Le strutture esistenti nelle aziende risultano diversificate in relazione alla politica sanitaria espressa nelle leggi regionali e, soprattutto, in relazione alle iniziative private sviluppatesi al riguardo in questa area distrettuale. Inoltre, possono essere destinate a più tipologie di utenti: anziani, disabili, malati psico-fisico, ecc... Essa viene erogata principalmente da: Centri diurni, Centri di Riabilitazione, Residenze

⁵⁷Cfr. Istat (2002a).

Sanitarie Assistenziali (RSA), Istituti di riabilitazione ex art. 26 L.833. La distribuzione per età e sesso dell'incidenza degli utenti sulla popolazione, anche in questo caso, è stata stimata sulla base delle informazioni desunte dall'indagine sulle *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*. In particolare, si utilizza il dato sull'incidenza dei disabili e degli anziani non autosufficienti.

6.3 - *Residenziale*. L'assistenza territoriale residenziale viene erogata in centri o istituti organizzati in modo da assicurare cure continuative, anche in caso di dimissione da ospedale, in regime di ricovero per periodi anche di lunga durata, nell'ambito di programmi riabilitativi. Le principali strutture residenziali che erogano assistenza sanitaria sono: le RSA, i Centri di Riabilitazione, i Centri Residenziali, le Comunità Alloggio, gli Istituti di riabilitazione ex art. 26 L.833, gli Hospice, le Case Protette, le Case Albergo. Per questo livello di assistenza non si sono potute utilizzare le informazioni sui disabili provenienti dalla citata indagine Istat in quanto essa non rileva i soggetti che vivono al di fuori dei nuclei familiari, e quindi, nelle residenze. In questo caso, si è considerata la rilevazione Istat sui *Presidi residenziali socio-sanitari*⁵⁸. In particolare, sono stati esaminati i presidi le cui prestazioni erogate hanno un elevato contenuto sanitario. Fra questi, sono stati selezionati i presidi che ricevono finanziamenti pubblici per attività sanitarie.

7 - *Altra assistenza ambulatoriale e domiciliare*. Essa è caratterizzata principalmente dall'attività dei consultori familiari, che si esplica nella prevenzione e assistenza per la salute della donna nelle varie fasi della vita; comprende consulenze sulla vita sessuale e sulla contraccezione al singolo e alla coppia, visite ginecologiche, pap-test, corsi di preparazione al parto, assistenza alla gravidanza, certificazione dell'Interruzione Volontaria della Gravidanza (I.V.G.). Per queste prestazioni, non essendo disponibili dati di spesa suddivisi per età, è stato utilizzato un indicatore di domanda basato sulla distribuzione dei ricorsi a tale servizio. Tale distribuzione è stata desunta dall'indagine Istat sulle *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*.

8 - *Assistenza ai tossicodipendenti ed alcolisti*. Questa forma di assistenza può essere erogata secondo diverse modalità. A seconda del caso, il paziente può richiedere una forma di assistenza domiciliare, semi-residenziale o residenziale⁵⁹. Per i tossicodipendenti si parla di Servizi per la Tossicodipendenza (SERT). Essi rappresentano una struttura socio-sanitaria in grado di fornire trattamenti di prevenzione, psicoterapeutici disintossicanti, ambulatoriali individuali o familiari (interventi di carattere psicologico,

⁵⁸Cfr. Istat (2002b).

⁵⁹Per tale ragione questo servizio è inserito più volte nella classificazione dei LEA.

socio-riabilitativo e medico-farmacologico), riabilitazione e reinserimento psico-sociale. Non sono disponibili informazioni sui costi sostenuti per sesso ed età degli assistiti (tossicodipendenti o alcolisti). Tuttavia, alcune recenti rilevazioni effettuate dal Ministero della Salute offrono informazioni circa l'età ed il sesso dei soggetti in carico presso il SERT⁶⁰ o presso i servizi o gruppi per l'alcooldipendenza⁶¹. Tali informazioni che descrivono il profilo per sesso ed età degli utenti sono state utilizzate come *proxy* del rispettivo profilo dei costi.

Assistenza psichiatrica

9 - *Assistenza psichiatrica*. Analogamente all'assistenza ai tossicodipendenti ed alcolisti, anche l'assistenza psichiatrica può assumere modalità diverse di erogazione. Il paziente può infatti chiedere aiuto tanto a centri di salute mentale (che rientrano nell'assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare) quanto a presidi sanitari semi-residenziali o residenziali. Questo livello di assistenza, dunque, corrisponde ai costi sostenuti per tutte le prestazioni rivolte ai malati psichiatrici. La distribuzione della spesa per età e sesso non viene stimata, come nel caso precedente, ricorrendo ad un indicatore di utilizzo del servizio bensì ad un indicatore diretto, anche se parziale, dei costi. Tali informazioni sono mutate dalla base dati relativa alle *Prestazioni Psichiatriche* in Lombardia⁶² che fornisce indicazioni sulla distribuzione per sesso ed età della spesa sostenuta dalla regione per questo tipo di servizio di assistenza sanitaria indipendentemente dalle modalità di erogazione.

Assistenza termale

10 - *Assistenza termale*. Il Servizio Sanitario Nazionale garantisce, nei limiti previsti dal piano sanitario locale, le prestazioni idrotermali. Queste prestazioni sono erogate presso appositi presidi di servizio, oltre che presso centri termali di enti pubblici e privati riconosciuti e convenzionati. Ogni anno vengono stipulate con gli stabilimenti termali le convenzioni e in ogni convenzione vengono definite le patologie e i relativi costi. Possono usufruire di un ciclo di cure termali l'anno, a totale carico del SSN, tutte le persone esenti per età, reddito, invalidità e patologia. Il profilo dei costi sostenuti dal SSN per questa prestazione viene stimato combinando un indicatore dell'utenza complessiva, offerto da un'indagine sulle cure termali della Federterme⁶³, con l'incidenza degli esenti per età, invalidità e patologia. L'incidenza per invalidità e patologia viene desunta dall'indagine sulle *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*.

Assistenza integrativa

11 - *Assistenza integrativa*. L'assistenza integrativa consiste nella fornitura, tramite le farmacie convenzionate o centri direttamente gestiti dalle ASL, di prodotti dietetici per categorie particolari di assistiti, colpiti da una delle

⁶⁰Cfr. Ministero della Salute, 2001b.

⁶¹Cfr. Ministero della Salute, 2001a.

⁶²Cfr. Regione Lombardia, 2001.

⁶³Federterme, 2001.

seguenti patologie: insufficienza renale cronica, morbo celiaco, fibrosi cistica del pancreas, errori metabolici complessi. Fornisce, inoltre, presidi sanitari a soggetti affetti da diabete mellito. Il profilo, per età e sesso, di tale livello di assistenza è stato stimato sulla base della distribuzione dell'incidenza sulla popolazione del numero di assistiti, completamente a carico del SSN, che maggiormente usufruiscono di questo tipo di prestazione. In particolare, facendo riferimento all'indagine Istat sulle *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*, sono stati esaminati gli esenti dal ticket che oltre a seguire una particolare dieta sotto prescrizione medica presentano le suddette patologie.

12 - *Assistenza protesica*. Le attività e le prestazioni dell'assistenza protesica sono rivolte alla fornitura di protesi, presidi ed ausili diretti al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali. Ne hanno diritto gli invalidi civili, di guerra, per servizio, privi della vista, sordomuti, minori di 18 anni che necessitano di intervento di prevenzione, cura e riabilitazione di una invalidità permanente; nonché gli astanti in attesa di accertamento di invalidità civile nei casi di alcune patologie. La distribuzione per età e sesso di tale tipologia di spesa è stata stimata in base ad un indicatore di domanda dedotto dall'indagine Istat sulle *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*. In particolare, si è esaminata l'incidenza degli invalidi che fanno uso di apparecchi sanitari o protesi.

Assistenza
protesica

13 - *Assistenza ospedaliera*. Si esplica principalmente nei ricoveri ospedalieri presso reparti specializzati che si distinguono nelle varie discipline. Essi possono essere ordinari o in *day-hospital*. Il ricovero ordinario è generalmente programmato, specie per quanto riguarda gli interventi chirurgici ed è previsto per il trattamento di patologie o per condizioni che richiedono particolari approfondimenti diagnostici, non eseguibili in regime ambulatoriale. Essi possono essere di *lungodegenza*, quando si è dimessi da reparti appartenenti alla disciplina "lungodegenti"; di *riabilitazione*, quando si è dimessi da reparti appartenenti alle discipline "unità spinale", "recupero e riabilitazione funzionale", "neuroriabilitazione", o in istituti di sola riabilitazione (esclusa la *lungodegenza*); per *acuti*, nei rimanenti casi. Il ricovero in *day-hospital*, per *acuti* o *riabilitativo*, è un ricovero, o ciclo di ricoveri, programmato; limitato ad una sola parte della giornata, in cui si forniscono prestazioni multiprofessionali e/o plurispecialistiche, che necessitano di un tempo di esecuzione diverso da quello necessario per una normale prestazione ambulatoriale.

Assistenza
ospedaliera

Per questi livelli di assistenza la fonte più ricca di dati è offerta dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati del Sistema Informativo Sanitario (SIS). I principali risultati vengono illustrati annualmente in un apposito rapporto del Ministero della

Salute⁶⁴. Attualmente, i dati consolidati più recenti si riferiscono all'anno 2000.

Per la stima dei profili per sesso ed età dei costi dell'assistenza ospedaliera si è fatto ricorso, oltre ai dati SDO, che forniscono informazioni sul volume delle prestazioni per singolo DRG (*Diagnosis Related Group*), al tariffario nazionale delle prestazioni di assistenza ospedaliera, articolato per DRG. I profili di spesa, calcolati in termini di tariffario nazionale, relativi all'anno 2000 sono stati forniti dal Ministero della Salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria. Il tariffario nazionale non conduce direttamente al costo sostenuto dalla ASL di appartenenza del paziente a fronte del ricovero ospedaliero. Esso rappresenta solo una base di partenza in quanto molte regioni hanno ormai introdotto un proprio tariffario. Inoltre, per l'assistenza ospedaliera convenzionata, la formulazione finale dei costi per prestazione è definita attraverso un processo di negoziazione che prevede una serie di abbattimenti, rispetto al tariffario, in funzione del tipo di DRG, di struttura erogatrice e grado di appropriatezza della prestazione.

Per l'assistenza ospedaliera pubblica, erogata dalle AO, IRCCS e Policlinici Universitari, e per quella diretta, erogata dai presidi ospedalieri di una ASL, i rimborsi da parte delle ASL a fronte dell'attività ospedaliera possono essere reali, come nel caso della Lombardia, virtuali, quando non vi sono dei veri e propri rimborsi bensì dei finanziamenti parametrati all'attività ospedaliera (misurata in termini di tariffario e DRG), o, infine, indipendenti, quando l'attività ospedaliera è finanziata in base a costi di produzione e non al suo valore. Nella maggioranza dei casi l'attività ospedaliera viene rimborsata in base al sistema dei DRG. Le modalità diverse di rimborso dovrebbero essere completamente superate nel medio-lungo periodo. Per tali ragioni, i profili di spesa relativi all'intera attività ospedaliera sono stati definiti in base al sistema dei DRG. Per quanto concerne i costi per ricovero si è cercato di incorporare il fenomeno della differenziazione regionale dei tariffari utilizzando le informazioni rese disponibili da alcune regioni quali il Piemonte, la Lombardia, l'Emilia-Romagna ed il Lazio.

I risultati ottenuti sono illustrati nella figura 5.1 (grafico d). I costi nei primi anni di età non sono trascurabili. Essi si concentrano essenzialmente nei primi mesi di vita ed in particolare sono caratterizzati dall'evento nascita. Successivamente i costi rimangono contenuti e costanti fino a quaranta anni, per i maschi, mentre, per le femmine, si ha un incremento nelle età fertili a causa dei parti. Dopo i 40 anni i costi iniziano a crescere in modo regolare fino a raggiungere un massimo nelle età 80-90 anni. Tale crescita è, per le femmine, inferiore a quella dei maschi. I valori massimi dei maschi sono 8,5 volte quelli delle età 20-40 anni. Per le femmine tale rapporto è pari quasi alla metà. Si ricordi, però, che il consumo delle femmine nelle età 20-40 è

⁶⁴Ministero della salute, 2002.

decisamente più alto di quello dei maschi. Effettuando un confronto diretto sui massimi si ha che il valore dei maschi è superiore a quello delle femmine di circa 24 punti percentuali. A partire dai 90 anni la spesa decresce per entrambi i sessi ma in particolar modo per i maschi.

14 - *Amministrazione e servizi generali*. Non si tratta di un livello di assistenza. È l'attività volta all'organizzazione di servizi generali e di management, compresi quelli relativi alla raccolta ed elaborazione dei dati per ogni livello assistenziale; comprende, inoltre, le attività svolte presso la Direzione Sanitaria delle Aziende Ospedaliere. Fra le principali attività rientrano: gestione e formazione del personale; gestione amministrativo/finanziaria; sviluppo e mantenimenti di sistemi informativo e statistici; servizi generali; affari legali e contenzioso. Non essendo disponibili le informazioni necessarie per la valutazione delle relazioni fra tali costi e la struttura demografica si è deciso di considerare i primi indipendenti dai secondi e, quindi, ripartire i costi in modo uniforme.

Amministrazione
e servizi generali

5.3. I macro livelli *Acute e Long Term Care*

In linea con le indicazioni fornite dall'EPC-WGA i risultati delle previsioni sono articolati nei due macro livelli: *Acute e Long Term Care*. La metodologia per la scomposizione della spesa nei due macro livelli è fornita dallo stesso EPC-WGA⁶⁵. Essa è articolata in tre fasi. Nella prima si aggregano tutte le poste contabili che devono essere incluse nella spesa sanitaria totale secondo le indicazioni del *System of Health Account*⁶⁶. Nella seconda fase si raccolgono le poste che devono essere incluse nella *long term care*. Infine, viene calcolato il valore della *acute care* sottraendo la componente *long term care* dalla spesa totale. Nella componente *long term care* sono incluse: le cure per gli anziani non autosufficienti; l'assistenza domiciliare; l'assistenza formale non ospedaliera; l'assistenza ai disabili. Secondo questa definizione, nel caso italiano, la *long term care* è costituita sicuramente dall'intera assistenza domiciliare, semi-residenziale e residenziale e dall'assistenza protesica. Inoltre, è ragionevole includervi l'assistenza termale ed integrativa per l'elevato peso che gli invalidi e gli anziani hanno fra i rispettivi assistiti. Difficoltosa rimane l'allocazione delle prestazioni farmaceutiche e specialistiche per la parte rivolta ai disabili ed agli anziani non autosufficienti. Tali prestazioni sono state computate per intero nel macro livello *acute*, dato che non è attualmente possibile disaggregarle per tipologia di assistito.

Definizioni

Nella tabella 5.1 è illustrata l'assegnazione dei livelli di spesa, descritti nel paragrafo precedente, nei due macro livelli. Come si può notare la componente *long term care*, nel 2001, presentava una incidenza dell'11,3%. Tale valore può apparire molto basso nei confronti con altri paesi. In effetti, il

Risultati

⁶⁵Economic Policy Committee (2001), Annex 4.

⁶⁶Cfr. OECD (2000); Capitolo 3 - Box 3.2.

processo di ristrutturazione della rete ospedaliera a favore di una rete di servizi domiciliari e di strutture residenziali sanitarie non è ancora completato e questo comporta il mantenimento della spesa ospedaliera su livelli eccessivamente elevati.

Nelle figure 5.1.a-5.1.c vengono illustrati i profili di spesa per sesso ed età dei due macro livelli di spesa e di quello complessivo. Il profilo della componente *acute* (fig. 5.1.b) è molto simile a quello dell'assistenza ospedaliera (fig. 5.1.d) per l'elevato peso che quest'ultima ha sull'aggregato (tab. 5.1). Tuttavia, la ripidità della crescita, caratteristica delle età anziane, appare qui più attenuata, rispetto all'assistenza ospedaliera, per la presenza, residuale, di livelli di spesa poco sensibili all'età, come l'assistenza sanitaria in ambiente di vita e di lavoro e l'amministrazione e servizi generali. In ogni caso il differenziale fra le età anziane e non anziane rimane ragguardevole. Il valore dei consumi dei soggetti con età 75-90 anni, rispetto a quello dei soggetti con età 20-40 anni, è 5,7, per i maschi, e 3,2, per le femmine. Per quest'ultime si consideri, però, il differenziale di spesa, rispetto ai maschi, che caratterizza le femmine nelle età fertili. Il profilo della componente *long term care* (fig. 5.1.c), come prevedibile, è molto concentrato nelle età anziane e presenta una crescita continua all'aumentare dell'età. A differenza delle altre prestazioni, le femmine consumano più dei maschi nelle età anziane. A partire dai 75 anni la maggiore spesa, rispetto ai maschi, varia dal 50% al 100%.

Tab. 5.1: spesa pubblica sanitaria per livello (valori %)

Livello di spesa	2001
Acute care	88,7
assistenza sanitaria in ambiente di vita e di lavoro	3,3
assistenza sanitaria di base	6,3
medicina generica	4,7
pediatria di libera scelta	0,9
continuità assistenziale	0,7
attività di emergenza sanitaria territoriale	0,5
assistenza farmaceutica	12,5
assistenza specialistica	9,6
assistenza ospedaliera	49,1
amministrazione e servizi generali	7,4
Long term care	11,3
assistenza integrativa	0,7
assistenza protesica	0,9
assistenza termale	0,2
ass. san. territoriale agli anziani ed ai disabili	6,1
ambulatoriale e domiciliare	0,9
semi-residenziale	1,3
residenziale	3,8
altra assistenza ambulatoriale e domiciliare	0,2
assistenza ai tossicodipendenti ed alcolisti	1,0
assistenza psichiatrica	2,3
Totale	100,0

Fonte: elaborazioni sui dati del Ministero della Salute (rilevazione 2000 con modello CE.03) e del Tavolo di lavoro per la definizione dei LEA (indagine 2001)

Note: i livelli di spesa sono stati assegnati ai macro livelli *Acute* e *Long Term Care* sulla base delle indicazioni fornite dall'EPC-WGA (Economic Policy Committee, 2001)

**Fig. 5.1: profili di spesa per sesso, età e prestazione sanitaria
multipli rispetto al consumo pro capite della prestazione**

Fig. 5.1.a: acute e long term care

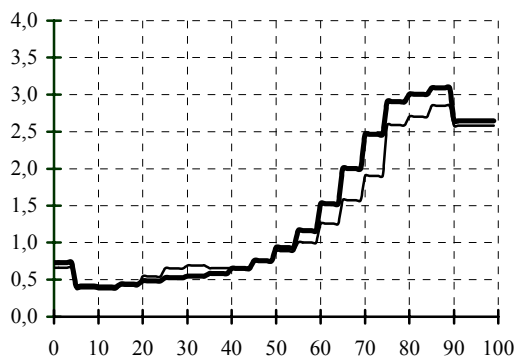


Fig. 5.1.d: acute care - ass. ospedaliera

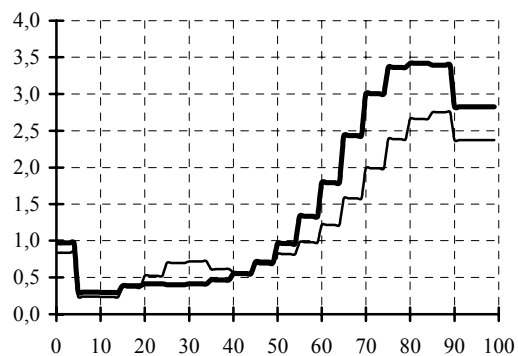


Fig. 5.1.b: acute care

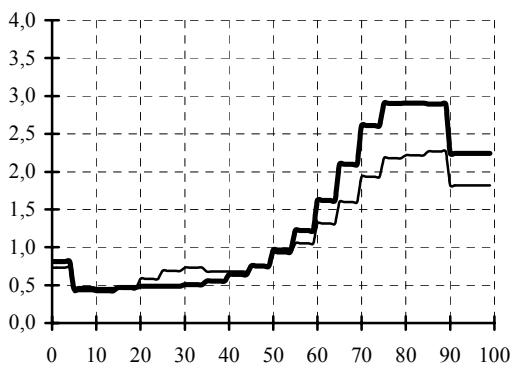


Fig. 5.1.e: acute care - ass. farmaceutica

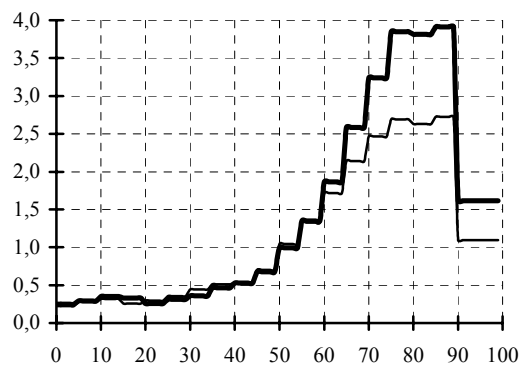


Fig. 5.1.c: long term care

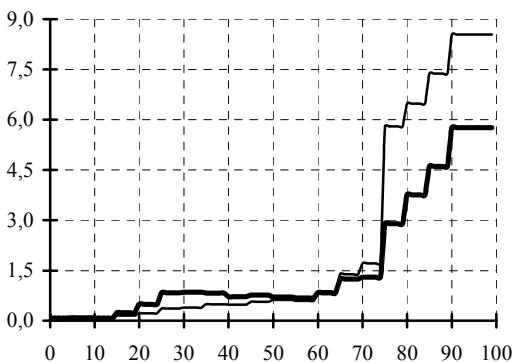
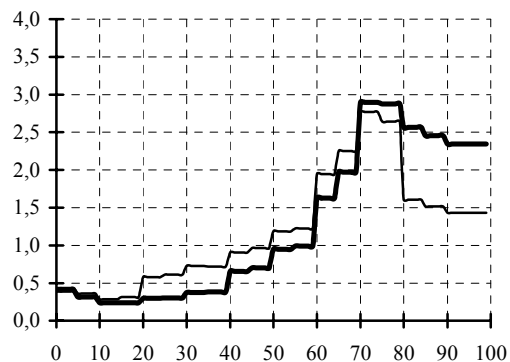


Fig. 5.1.f: acute care - ass. specialistica



— Maschi
— Femmine

Appendice: tabelle riepilogative dei risultati delle previsioni

A1 - Scenario nazionale base: quadro demografico (Istat centrale)

A1.1 - Parametri demografici

	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Saldo migratorio (migliaia)	50.668 (a)	169.471 (a)	111.867	113.290	114.945	116.479	117.711	118.690	119.727	120.985	122.364	123.714
Tasso di fecondità	1,19 (b)	1,24 (b)	1,38	1,40	1,41	1,41	1,41	1,41	1,41	1,41	1,41	1,41
Speranza di vita (maschi)	74,8 (c)	76,3 (d)	77,1	77,9	78,7	79,6	80,5	81,4	81,4	81,4	81,4	81,4
Speranza di vita (femmine)	81,4 (c)	82,4 (d)	83,5	84,4	85,3	86,2	87,2	88,1	88,1	88,1	88,1	88,1

(a) Fonte: Istat, Movimento e calcolo della popolazione residente annuale (b) Fonte: Istat, Tavole di fecondità regionali

(c) Fonte: Istat, Tavole di mortalità della popolazione italiana (d) Fonte: Istat, Sistema di nowcast per indicatori demografici

A1.2 - Popolazione

	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Maschi												
[0-14]	4.415.133	4.270.998	4.285.775	4.246.786	4.125.036	3.846.632	3.567.047	3.406.203	3.336.225	3.289.175	3.207.907	3.073.928
[15-19]	1.885.064	1.585.118	1.475.278	1.469.408	1.414.802	1.474.877	1.431.777	1.295.882	1.199.847	1.154.771	1.136.384	1.130.424
[20-54]	14.368.182	14.632.861	14.437.923	14.181.892	13.797.719	13.094.126	12.334.541	11.633.835	11.086.842	10.717.896	10.409.893	10.091.908
[55-64]	3.274.556	3.290.160	3.439.528	3.586.172	3.679.453	4.095.420	4.506.666	4.561.539	4.211.541	3.679.526	3.322.516	3.221.648
[65-79]	3.068.062	3.497.392	3.728.669	3.843.465	4.094.456	4.244.499	4.546.859	4.960.171	5.483.955	5.760.945	5.546.661	5.011.185
[80+]	3.847.773	4.224.175	4.679.412	5.014.543	5.463.347	5.807.709	6.249.158	6.915.560	7.614.282	8.079.771	8.148.518	7.868.705
[80+]	779.711	726.783	950.743	1.171.078	1.368.891	1.563.210	1.702.299	1.955.389	2.130.327	2.318.826	2.601.857	2.857.520
totale	27.790.708	28.003.312	28.317.916	28.498.801	28.480.357	28.318.764	28.089.189	27.813.019	27.448.737	26.921.139	26.225.218	25.386.613
Femmine												
[0-14]	4.205.367	4.038.308	4.044.525	4.003.271	3.886.612	3.624.606	3.360.839	3.209.002	3.142.863	3.098.426	3.021.823	2.895.600
[15-19]	1.811.274	1.508.437	1.397.695	1.390.795	1.336.464	1.390.662	1.350.463	1.222.023	1.131.256	1.088.638	1.071.222	1.065.564
[20-54]	14.338.614	14.453.130	14.188.126	13.867.116	13.430.901	12.690.990	11.903.646	11.180.453	10.626.781	10.259.424	9.957.361	9.646.088
[55-64]	3.569.316	3.530.395	3.637.793	3.754.350	3.810.081	4.185.230	4.554.483	4.575.126	4.195.701	3.637.685	3.264.344	3.155.262
[65-79]	4.040.740	4.607.913	4.720.411	4.751.288	4.940.469	5.030.278	5.292.168	5.643.318	6.133.926	6.395.316	6.132.749	5.517.040
[80+]	5.553.299	6.146.313	6.655.805	7.050.878	7.546.085	7.913.107	8.371.059	9.063.585	9.789.266	10.287.135	10.377.907	10.104.366
[80+]	1.512.559	1.538.400	1.935.394	2.299.590	2.605.616	2.882.829	3.078.891	3.420.267	3.655.340	3.891.819	4.245.158	4.587.326
totale	29.477.870	29.676.583	29.923.944	30.066.410	30.010.143	29.804.595	29.540.490	29.250.189	28.885.867	28.371.308	27.692.657	26.866.880

Maschi e Femmine

[0-14]	8.620.500	8.309.306	8.330.300	8.250.057	8.011.648	7.471.238	6.927.886	6.615.205	6.479.088	6.387.601	6.229.730	5.969.528
[15-19]	3.696.338	3.093.555	2.872.973	2.860.203	2.751.266	2.865.539	2.782.240	2.517.905	2.331.103	2.243.409	2.207.606	2.195.988
[20-54]	28.706.796	29.085.991	28.626.049	28.049.008	27.228.620	25.785.116	24.238.187	22.814.288	21.713.623	20.977.320	20.367.254	19.737.996
[55-64]	6.843.872	6.820.555	7.077.321	7.340.522	7.489.534	8.280.650	9.061.149	9.136.665	8.407.242	7.317.211	6.586.860	6.376.910
[65-79]	7.108.802	8.105.305	8.449.080	8.594.753	9.034.925	9.274.777	9.839.027	10.603.489	11.617.881	12.156.261	11.679.410	10.528.225
[80+]	9.401.072	10.370.488	11.335.217	12.065.421	13.009.432	13.720.816	14.620.217	15.979.145	17.403.548	18.366.906	18.526.425	17.973.071
[80+]	2.292.270	2.265.183	2.886.137	3.470.668	3.974.507	4.446.039	4.781.190	5.375.656	5.785.667	6.210.645	6.847.015	7.444.846
totale	57.268.578	57.679.895	58.241.860	58.565.211	58.490.500	58.123.359	57.629.679	57.063.208	56.334.604	55.292.447	53.917.875	52.253.493

A1.3 - Indicatori demografici

	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Indice di dipendenza degli anziani (a)	26,4%	28,9%	31,7%	34,1%	37,5%	40,3%	43,9%	50,0%	57,8%	64,9%	68,7%	68,8%
Indice di dipendenza dei giovani (b)	34,6%	31,8%	31,4%	31,4%	31,0%	30,3%	29,2%	28,6%	29,2%	30,5%	31,3%	31,3%
Indice di dipendenza totale (c)	61,1%	60,6%	63,1%	65,5%	68,5%	70,6%	73,1%	78,6%	87,0%	95,4%	100,0%	100,1%
Indice di vecchiaia (d)	76,3%	90,9%	101,2%	108,6%	120,9%	132,7%	150,6%	175,0%	197,5%	212,8%	219,6%	220,1%

(a) pop.[65+]/pop.[20-64] (b) pop.[0-19]+pop.[65+]/pop.[20-64] (c) pop.[65+]/pop.[0-19] (d) pop.[65+]/pop.[20-64]

A2 - Scenario nazionale base: quadro macroeconomico

A2.1 - Occupazione, produttività e PIL

	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Tasso di attività (a)	39,9%	41,2%	42,1%	42,4%	41,9%	41,5%	40,8%	39,5%	38,2%	37,6%	37,3%	37,5%
Tasso di disoccupazione	11,6%	10,6%	8,8%	8,4%	8,2%	8,1%	7,7%	6,9%	6,0%	5,4%	4,9%	4,5%
Forze lavoro (migliaia)	22.664	23.575	24.538	24.823	24.518	24.096	23.512	22.541	21.505	20.800	20.126	19.569
Occupati (migliaia)	20.026	21.080	22.375	22.739	22.509	22.134	21.695	20.987	20.216	19.679	19.142	18.688
Tasso di occupazione (b)	51,5%	54,3%	58,1%	59,5%	60,2%	60,0%	60,3%	61,2%	62,6%	64,8%	65,9%	66,2%
PIL reale (milioni di € 2000)	1.061.551	1.164.767	1.265.767	1.372.761	1.468.735	1.573.841	1.694.816	1.810.193	1.925.136	2.069.104	2.222.076	2.395.242
PIL nominale (milioni di €)	923.052	1.164.767	1.393.353	1.627.918	1.876.339	2.166.002	2.512.758	2.891.235	3.312.457	3.835.316	4.437.190	5.152.628
PIL reale pro capite (€ 2000) (c)	18.536	20.194	21.733	23.440	25.111	27.078	29.409	31.723	34.173	37.421	41.212	45.839
PIL reale per occupato (€ 2000)	53.009	55.255	56.570	60.371	65.251	71.105	78.122	86.253	95.230	105.142	116.085	128.167
PIL nominale pro capite (€) (c)	16.118	20.194	23.924	27.797	32.079	37.266	43.602	50.667	58.800	69.364	82.295	98.608
PIL nominale per occupato (€)	46.093	55.255	62.272	71.593	83.359	97.859	115.825	137.763	163.856	194.892	231.806	275.712
Deflatore del PIL	87,0	100,0	110,1	118,6	127,8	137,6	148,3	159,7	172,1	185,4	199,7	215,1
Indice dei prezzi al consumo (d)	89,2	100,0	110,2	118,7	127,9	137,8	148,4	159,9	172,2	185,5	199,9	215,3

(a) Forze lavoro/popolazione totale (b) Occupati/pop.[15-64] (c) Popolazione al 1° gennaio (d) Indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati al netto dei tabacchi

A2.2 - Tassi di attività per sesso e fascia d'età

	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Maschi												
[15-19]	21,8%	20,0%	19,0%	19,4%	19,2%	19,2%	19,5%	19,5%	19,4%	19,3%	19,3%	19,3%
[65+]	6,4%	5,8%	4,5%	4,4%	4,8%	4,8%	5,0%	5,0%	4,5%	4,1%	3,7%	3,4%
[15-64]	72,5%	73,6%	75,1%	76,1%	76,4%	75,7%	73,9%	73,9%	73,4%	74,3%	74,7%	74,6%
[20-54]	85,3%	86,3%	87,4%	87,6%	87,3%	86,8%	86,2%	86,0%	86,3%	86,6%	86,7%	86,6%
[55-64]	46,5%	42,7%	48,0%	53,8%	57,5%	60,8%	61,4%	58,4%	54,7%	55,6%	56,4%	56,6%
[20-64]	78,0%	78,3%	79,7%	80,7%	81,0%	80,5%	79,5%	78,2%	77,6%	78,7%	79,3%	79,3%
Femmine												
[15-19]	16,5%	14,9%	15,2%	15,3%	15,1%	15,1%	15,4%	15,4%	15,3%	15,2%	15,2%	15,2%
[65+]	1,8%	1,6%	1,2%	1,2%	1,4%	1,4%	1,5%	1,8%	1,9%	2,0%	2,0%	1,9%
[15-64]	42,3%	46,3%	50,7%	52,0%	52,5%	52,6%	53,1%	54,3%	56,3%	58,8%	60,0%	60,4%
[20-54]	52,7%	56,9%	61,1%	61,9%	62,3%	63,2%	64,2%	65,5%	66,7%	67,7%	68,8%	69,7%
[55-64]	14,1%	16,1%	23,6%	29,2%	31,5%	33,5%	35,5%	37,3%	40,7%	46,4%	47,7%	47,5%
[20-64]	45,0%	48,9%	53,4%	54,9%	55,4%	55,7%	56,2%	57,3%	59,4%	62,2%	63,6%	64,2%
Maschi e Femmine												
[15-19]	19,2%	17,5%	17,2%	17,4%	17,2%	17,2%	17,5%	17,5%	17,4%	17,3%	17,3%	17,3%
[65+]	3,7%	3,3%	2,5%	2,5%	2,9%	2,9%	3,0%	3,2%	3,0%	2,9%	2,7%	2,6%
[15-64]	57,4%	59,9%	62,9%	64,1%	64,5%	64,3%	64,1%	64,2%	65,0%	66,7%	67,5%	67,7%
[20-54]	69,0%	71,7%	74,4%	74,9%	75,0%	75,2%	75,4%	76,0%	76,7%	77,4%	78,0%	78,3%
[55-64]	29,6%	29,0%	35,4%	41,2%	44,3%	47,0%	48,4%	47,8%	47,7%	51,1%	52,1%	52,1%
[20-64]	61,4%	63,6%	66,6%	67,9%	68,3%	68,2%	68,0%	67,9%	68,6%	70,6%	71,6%	71,9%

A2.3 - Tassi di occupazione per fascia d'età

	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
[15-64]	50,6%	53,5%	57,3%	58,7%	59,2%	59,0%	59,1%	59,7%	61,0%	63,0%	64,1%	64,6%
[20-54]	61,1%	64,1%	67,8%	68,6%	68,7%	68,9%	69,4%	70,5%	71,9%	73,0%	74,0%	74,7%
[55-64]	28,5%	27,7%	33,9%	39,4%	42,4%	44,9%	46,3%	46,0%	46,1%	49,5%	50,6%	50,7%
[20-64]	54,8%	57,2%	61,1%	62,5%	63,0%	63,0%	63,1%	63,5%	64,7%	67,0%	68,3%	68,8%

A3 - Scenario nazionale base: spesa pubblica per pensioni

A3.1 - Spesa pensionistica in % del PIL e sua scomposizione

	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Spesa pensionistica/PIL	13,4%	13,8%	14,3%	14,6%	15,1%	15,3%	15,5%	15,9%	15,9%	15,2%	14,4%	13,6%
Pensione media/produktivita'	15,1%	15,7%	16,8%	16,9%	16,7%	16,1%	15,3%	14,4%	13,5%	12,5%	11,7%	11,0%
Numero pensioni/numero occupati	88,5%	87,8%	84,7%	86,7%	90,4%	94,4%	100,8%	110,4%	118,5%	121,7%	123,5%	123,4%

A3.2 - Spesa per pensioni (prezzi 2000)

	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Spesa totale per pensioni (milioni €)	138.233	160.582	180.284	200.681	221.517	239.805	261.943	287.500	306.443	314.265	320.221	324.427
Sistema pensionistico obbligatorio	136.280	158.305	176.872	196.765	216.872	234.319	255.603	280.030	297.958	304.985	310.663	314.910
Pensioni dirette	111.745	130.185	146.156	163.628	181.232	196.556	215.731	238.333	254.839	260.722	265.440	268.843
per i dipendenti privati	70.295	79.886	89.519	98.495	108.313	117.838	131.555	148.948	163.505	168.841	173.252	175.976
per i dipendenti pubblici	24.903	31.561	35.131	40.580	46.032	50.543	54.952	59.429	61.661	63.019	63.465	63.985
per i lavoratori autonomi	16.548	18.738	21.507	24.554	26.887	28.175	29.225	29.556	29.673	28.862	28.724	28.882
Pensioni indirette	24.534	28.120	30.716	33.136	35.494	37.762	39.872	41.697	43.119	44.262	45.222	46.067
per i dipendenti privati	18.353	19.386	20.794	22.186	22.884	23.551	24.894	26.170	27.314	28.383	29.377	30.310
per i dipendenti pubblici	6.638	7.030	7.394	7.394	7.667	7.868	8.057	8.258	8.478	8.687	8.821	8.844
per i lavoratori autonomi	3.128	4.300	4.300	4.948	5.641	6.343	6.921	7.268	7.327	7.193	7.024	6.912
Pensioni sociali e assegni sociali (a) (b)	1.953	2.277	3.412	3.916	4.792	5.486	6.340	7.471	8.485	9.280	9.558	9.517

(a) Assegni sociali se liquidati dopo il 1995. (b) Al netto del recupero prestazioni ex fondo sociale.

A3.3 - Numero di pensioni

	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Numero totale di pensioni (migliaia)	17.723	18.510	18.948	19.718	20.341	20.905	21.875	23.166	23.948	23.940	23.638	23.054
Sistema pensionistico obbligatorio	17.005	17.801	18.184	18.882	19.366	19.844	20.713	21.866	22.544	22.489	22.233	21.736
Pensioni dirette	12.623	13.179	13.347	13.876	14.281	14.749	15.650	16.859	17.613	17.628	17.416	16.938
per i dipendenti privati	8.016	7.844	7.772	7.927	8.096	8.409	9.105	10.087	10.881	11.069	11.045	10.784
per i dipendenti pubblici	1.505	1.828	1.938	2.173	2.403	2.604	2.821	3.060	3.155	3.180	3.143	3.075
per i lavoratori autonomi	3.103	3.507	3.638	3.775	3.782	3.736	3.724	3.711	3.577	3.379	3.280	3.080
Pensioni indirette	4.382	4.622	4.837	5.006	5.085	5.095	5.063	5.007	4.931	4.861	4.817	4.798
per i dipendenti privati	3.031	3.096	3.096	3.166	3.169	3.125	3.166	3.024	2.994	2.985	2.994	3.011
per i dipendenti pubblici	565	620	620	655	678	693	704	713	720	724	723	719
per i lavoratori autonomi	1.026	1.026	1.121	1.186	1.239	1.277	1.289	1.270	1.218	1.152	1.100	1.068
Pensioni sociali e assegni sociali (a)	718	709	764	835	975	1.061	1.162	1.300	1.404	1.451	1.405	1.318

(a) Assegni sociali se liquidati dopo il 1995.

A3.4 - Importi medi di pensione (prezzi 2000)

	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Importo medio di pensione (€)	7.800	8.675	9.515	10.178	10.890	11.471	11.974	12.410	12.796	13.127	13.547	14.073
Sistema pensionistico obbligatorio	8.014	8.893	9.727	10.421	11.191	11.808	12.340	12.807	13.217	13.561	13.973	14.488
Pensioni dirette	8.852	9.878	10.951	11.792	12.691	13.327	13.785	14.137	14.469	14.790	15.242	15.872
per i dipendenti privati	8.770	10.184	11.518	12.425	13.379	14.014	14.449	14.766	15.026	15.253	15.686	16.318
per i dipendenti pubblici	16.548	17.267	18.130	18.670	19.159	19.408	19.481	19.419	19.546	19.815	20.195	20.811
per i lavoratori autonomi	5.333	5.343	5.912	6.504	7.108	7.541	7.847	8.072	8.296	8.543	8.898	9.378
Pensioni indirette	5.599	6.084	6.350	6.619	6.980	7.412	7.875	8.328	8.744	9.106	9.387	9.601
per i dipendenti privati	6.055	6.261	6.350	6.569	7.001	7.536	8.108	8.654	9.124	9.509	9.811	10.065
per i dipendenti pubblici	11.756	11.756	11.337	11.286	11.315	11.356	11.444	11.588	11.776	12.002	12.195	12.299
per i lavoratori autonomi	3.050	3.050	3.836	4.174	4.554	4.969	5.370	5.725	6.016	6.241	6.387	6.475
Pensioni sociali e assegni sociali (a)	2.722	3.211	4.464	4.688	4.916	5.171	5.454	5.745	6.045	6.395	6.802	7.223

(a) Assegni sociali se liquidati dopo il 1995.

A4 - Scenario nazionale base: spesa sanitaria pubblica in rapporto al PIL - CPS agganciato al PIL pro capite

A4.1 - Acute e long term care

	1995 (a)	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
[0-64]	3,2%	3,3%	3,4%	3,4%	3,4%	3,4%	3,4%	3,3%	3,1%	3,0%	2,9%	2,9%
[65-79]	1,4%	1,8%	1,9%	1,9%	2,0%	2,1%	2,2%	2,4%	2,7%	2,9%	2,9%	2,7%
[80+]	0,6%	0,6%	0,8%	1,0%	1,1%	1,3%	1,4%	1,6%	1,7%	1,9%	2,1%	2,4%
Totale	5,2%	5,7%	6,2%	6,3%	6,5%	6,7%	7,0%	7,3%	7,5%	7,8%	7,9%	8,0%

A4.2 - Acute care

	1995 (a)	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
[0-64]	2,9%	3,0%	3,2%	3,1%	3,1%	3,1%	3,1%	3,0%	2,9%	2,8%	2,7%	2,7%
[65-79]	1,2%	1,6%	1,7%	1,7%	1,8%	1,8%	2,0%	2,1%	2,4%	2,5%	2,5%	2,4%
[80+]	0,5%	0,5%	0,6%	0,8%	0,9%	1,0%	1,0%	1,2%	1,3%	1,4%	1,6%	1,8%
Totale	4,6%	5,1%	5,4%	5,6%	5,7%	5,9%	6,1%	6,3%	6,5%	6,7%	6,8%	6,8%

A4.3 - Long term care

	1995 (a)	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
[0-64]	0,2%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
[65-79]	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,4%	0,3%
[80+]	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%	0,4%	0,4%	0,4%	0,5%	0,5%	0,6%
Totale	0,6%	0,6%	0,7%	0,8%	0,8%	0,8%	0,9%	0,9%	1,0%	1,1%	1,1%	1,2%

A5 - Scenario nazionale base: spesa sanitaria pubblica in rapporto al PIL - CPS agganciato al PIL per occupato

A5.1 - Acute e long term care

	1995 (a)	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
[0-64]	3,2%	3,3%	3,4%	3,4%	3,4%	3,4%	3,5%	3,5%	3,4%	3,2%	3,2%	3,1%
[65-79]	1,4%	1,8%	1,9%	1,9%	2,0%	2,1%	2,3%	2,5%	2,9%	3,1%	3,2%	2,9%
[80+]	0,6%	0,6%	0,8%	1,0%	1,1%	1,3%	1,4%	1,7%	1,9%	2,0%	2,3%	2,6%
Totale	5,2%	5,7%	6,2%	6,3%	6,6%	6,9%	7,2%	7,6%	8,1%	8,4%	8,6%	8,6%

A5.2 - Acute care

	1995 (a)	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
[0-64]	2,9%	3,0%	3,2%	3,1%	3,1%	3,2%	3,2%	3,2%	3,1%	3,0%	2,9%	2,9%
[65-79]	1,2%	1,6%	1,7%	1,7%	1,8%	1,9%	2,0%	2,2%	2,5%	2,8%	2,8%	2,6%
[80+]	0,5%	0,5%	0,6%	0,8%	0,9%	1,0%	1,1%	1,2%	1,4%	1,5%	1,7%	1,9%
Totale	4,6%	5,1%	5,4%	5,6%	5,8%	6,0%	6,3%	6,7%	7,1%	7,3%	7,4%	7,4%

A5.3 - Long term care

	1995 (a)	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
[0-64]	0,2%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,2%	0,2%
[65-79]	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,4%	0,4%	0,4%
[80+]	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%	0,4%	0,4%	0,5%	0,5%	0,6%	0,6%
Totale	0,6%	0,6%	0,7%	0,7%	0,8%	0,8%	0,9%	1,0%	1,1%	1,1%	1,2%	1,3%

(a) I valori relativi al 1995 sono stati calcolati distribuendo per fascia di età, sesso e macro-livello (acute e long term care) il totale della spesa sanitaria del 1995, in base ai profili di spesa, per età e sesso, stimati per l'anno '99

B1 - Scenari nazionale programmatico: quadro demografico (Istat centrale)

B1.1 - Parametri demografici

	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Saldo migratorio (migliaia)	111.867	113.290	114.945	116.479	117.711	118.690	119.727	120.985	122.364	123.714
Tasso di fecondità	1,38	1,40	1,41	1,41	1,41	1,41	1,41	1,41	1,41	1,41
Speranza di vita (maschi)	77,1	77,9	78,7	79,6	80,5	81,4	81,4	81,4	81,4	81,4
Speranza di vita (femmine)	83,5	84,4	85,3	86,2	87,2	88,1	88,1	88,1	88,1	88,1

B1.2 - Popolazione

	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Maschi										
[0-14]	4.285.775	4.246.786	4.125.036	3.846.632	3.567.047	3.406.203	3.336.225	3.289.175	3.207.907	3.073.928
[15-19]	1.475.278	1.469.408	1.414.802	1.474.877	1.431.777	1.295.882	1.199.847	1.154.771	1.136.384	1.130.424
[20-54]	14.437.923	14.181.892	13.797.719	13.094.126	12.334.541	11.633.835	11.086.842	10.717.896	10.409.893	10.091.908
[55-64]	3.439.528	3.586.172	3.679.453	4.095.420	4.506.666	4.561.539	4.211.541	3.679.526	3.322.516	3.221.648
[65-79]	3.728.669	3.843.465	4.094.456	4.244.499	4.546.859	4.960.171	5.483.955	5.760.945	5.546.661	5.011.185
[80+]	4.679.412	5.014.543	5.463.347	5.807.709	6.249.158	6.915.560	7.614.282	8.079.771	8.148.518	7.868.705
totale	950.743	1.171.078	1.368.891	1.563.210	1.702.299	1.955.389	2.130.327	2.318.826	2.601.857	2.857.520
	28.317.916	28.498.801	28.480.357	28.318.764	28.089.189	27.813.019	27.448.737	26.921.139	26.225.218	25.386.613
Femmine										
[0-14]	4.044.525	4.003.271	3.886.612	3.624.606	3.360.839	3.209.002	3.142.863	3.098.426	3.021.823	2.895.600
[15-19]	1.397.695	1.390.795	1.336.464	1.390.662	1.350.463	1.222.023	1.131.256	1.088.638	1.071.222	1.065.564
[20-54]	14.188.126	13.867.116	13.430.901	12.690.990	11.903.646	11.180.453	10.626.781	10.259.424	9.957.361	9.646.088
[55-64]	3.637.793	3.754.350	3.810.081	4.185.230	4.554.483	4.575.126	4.195.701	3.637.685	3.264.344	3.155.262
[65-79]	4.720.411	4.751.288	4.940.469	5.030.278	5.292.168	5.643.318	6.133.926	6.395.316	6.132.749	5.517.040
[80+]	6.655.805	7.050.878	7.546.085	7.913.107	8.371.059	9.063.585	9.789.266	10.287.135	10.377.907	10.104.366
totale	1.935.394	2.299.590	2.605.616	2.882.829	3.078.891	3.420.267	3.655.340	3.891.819	4.245.158	4.587.326
	29.923.944	30.066.410	30.010.143	29.804.595	29.540.490	29.250.189	28.885.867	28.371.308	27.692.657	26.866.880
Maschi e Femmine										
[0-14]	8.330.300	8.250.057	8.011.648	7.471.238	6.927.886	6.615.205	6.479.088	6.387.601	6.229.730	5.969.528
[15-19]	2.872.973	2.860.203	2.751.266	2.865.539	2.782.240	2.517.905	2.331.103	2.243.409	2.207.606	2.195.988
[20-54]	28.626.049	28.049.008	27.228.620	25.785.116	24.238.187	22.814.288	21.713.623	20.977.320	20.367.254	19.737.996
[55-64]	7.077.321	7.340.522	7.489.534	8.280.650	9.061.149	9.136.665	8.407.242	7.317.211	6.586.860	6.376.910
[65-79]	8.449.080	8.594.753	9.034.925	9.274.777	9.839.027	10.603.489	11.617.881	12.156.261	11.679.410	10.528.225
[80+]	11.335.217	12.065.421	13.009.432	13.720.816	14.620.217	15.979.145	17.403.548	18.366.906	18.526.425	17.973.071
totale	2.886.137	3.470.668	3.974.507	4.446.039	4.781.190	5.375.656	5.785.667	6.210.645	6.847.015	7.444.846
	58.241.860	58.565.211	58.490.500	58.123.359	57.629.679	57.063.208	56.334.604	55.292.447	53.917.875	52.253.493

B1.3 - Indicatori demografici

	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Indice di dipendenza degli anziani (a)	31,7%	34,1%	37,5%	40,3%	43,9%	50,0%	57,8%	64,9%	68,7%	68,8%
Indice di dipendenza dei giovani (b)	31,4%	31,4%	31,0%	30,3%	29,2%	28,6%	29,2%	30,5%	31,3%	31,3%
Indice di dipendenza totale (c)	63,1%	65,5%	68,5%	70,6%	73,1%	78,6%	87,0%	95,4%	100,0%	100,1%
Indice di vecchiaia (d)	101,2%	108,6%	120,9%	132,7%	150,6%	175,0%	197,5%	212,8%	219,6%	220,1%

(a) $pop.[65+]/pop.[20-64]$

(b) $pop.[0-19]/pop.[65+]/pop.[20-64]$

(c) $(pop.[0-19]+pop.[65+])/pop.[20-64]$

(d) $pop.[65+]/pop.[0-19]$

B2 - Scenario nazionale programmatico: quadro macroeconomico

B2.1 - Occupazione, produttività e PIL

	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Tasso di attività (a)	42,3%	42,6%	42,0%	41,5%	40,8%	39,5%	38,2%	37,6%	37,3%	37,4%
Tasso di disoccupazione	7,5%	6,7%	6,5%	6,4%	6,3%	5,8%	5,4%	5,0%	4,7%	4,5%
Forze lavoro (migliaia)	24.660	24.929	24.571	24.106	23.522	22.548	21.497	20.772	20.085	19.524
Occupati (migliaia)	22.810	23.270	22.978	22.551	22.050	21.232	20.347	19.735	19.138	18.646
Tasso di occupazione (b)	59,2%	60,9%	61,4%	61,2%	61,3%	61,9%	63,0%	65,0%	65,9%	66,1%
PIL reale (milioni di € 2000)	1.291.757	1.410.538	1.505.388	1.610.019	1.729.609	1.838.707	1.945.501	2.083.358	2.230.592	2.399.479
PIL nominale (milioni di €)	1.431.191	1.687.950	1.940.678	2.235.972	2.587.697	2.963.522	3.377.981	3.896.907	4.494.760	5.208.750
PIL reale pro capite (€ 2000) (c)	22.179	24.085	25.737	27.700	30.012	32.222	34.535	37.679	41.370	45.920
PIL reale per occupato (€ 2000)	56.630	60.616	65.515	71.394	78.439	86.602	95.616	105.568	116.556	128.687
PIL nominale pro capite (€) (c)	24.573	28.822	33.179	38.469	44.902	51.934	59.963	70.478	83.363	99.682
PIL nominale per occupato (€)	62.743	72.537	84.459	99.150	117.353	139.581	166.019	197.464	234.866	279.351
Deflatore del PIL	110,8	119,7	128,9	138,9	149,6	161,2	173,6	187,0	201,5	217,1
Indice dei prezzi al consumo (d)	109,6	117,8	126,9	136,7	147,2	158,6	170,9	184,1	198,3	213,6

(a) Forze lavoro/popolazione totale

(b) Occupati/pop. [15-64]

(c) Popolazione al 1° gennaio

(d) Indice prezzi al consumo famiglie operai e impiegati al netto dei tabacchi

B2.2 - Tassi di attività per sesso e fascia d'età

	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Maschi										
[15-19]	19,1%	19,4%	19,2%	19,2%	19,5%	19,5%	19,4%	19,3%	19,3%	19,3%
[65+]	4,6%	4,5%	4,9%	4,8%	5,0%	5,0%	4,5%	4,1%	3,6%	3,4%
[15-64]	75,3%	76,2%	76,4%	75,7%	74,9%	73,9%	73,3%	74,2%	74,6%	74,5%
[20-54]	87,5%	87,8%	87,4%	86,8%	86,2%	86,0%	86,7%	86,6%	86,7%	86,6%
[55-64]	48,5%	54,0%	57,5%	60,8%	61,4%	58,3%	54,6%	55,3%	55,9%	56,1%
[20-64]	79,7%	80,7%	81,0%	80,5%	79,5%	78,2%	77,6%	78,7%	79,3%	79,3%
Femmine										
[15-19]	15,3%	15,3%	15,1%	15,1%	15,4%	15,4%	15,3%	15,2%	15,2%	15,2%
[65+]	1,2%	1,3%	1,5%	1,4%	1,5%	1,8%	1,9%	2,0%	1,9%	1,8%
[15-64]	51,1%	52,4%	52,7%	52,7%	53,2%	54,3%	56,2%	58,7%	59,8%	60,3%
[20-54]	61,5%	62,3%	62,5%	63,2%	64,2%	65,5%	66,7%	67,7%	68,8%	69,7%
[55-64]	24,3%	29,5%	31,7%	33,5%	35,7%	37,4%	40,6%	46,1%	47,1%	46,9%
[20-64]	53,4%	54,9%	55,4%	55,7%	56,2%	57,3%	59,4%	62,2%	63,6%	64,2%
Maschi e Femmine										
[15-19]	17,3%	17,4%	17,2%	17,2%	17,5%	17,5%	17,4%	17,3%	17,3%	17,3%
[65+]	2,6%	2,6%	2,9%	2,9%	3,0%	3,2%	3,0%	2,9%	2,7%	2,5%
[15-64]	63,2%	64,4%	64,7%	64,3%	64,2%	64,2%	64,9%	66,6%	67,4%	67,5%
[20-54]	74,6%	75,2%	75,1%	75,2%	75,4%	76,0%	76,7%	77,4%	78,0%	78,3%
[55-64]	36,1%	41,5%	44,4%	47,0%	48,5%	47,9%	47,6%	50,7%	51,6%	51,5%
[20-64]	66,6%	67,9%	68,3%	68,2%	68,0%	67,9%	68,6%	70,6%	71,6%	71,9%

B2.3 - Tassi di occupazione per fascia d'età

	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
[15-64]	58,4%	60,0%	60,4%	60,1%	60,1%	60,4%	61,4%	63,2%	64,1%	64,4%
[20-54]	69,0%	70,2%	70,2%	70,3%	70,5%	71,3%	72,4%	73,3%	74,1%	74,7%
[55-64]	34,7%	40,0%	42,8%	45,4%	46,9%	46,4%	46,2%	49,3%	50,2%	50,2%
[20-64]	62,2%	63,9%	64,2%	64,1%	64,0%	64,1%	65,1%	67,1%	68,3%	68,7%

B3 - ScENARIO NAZIONALE PROGRAMMATICO: spesa pubblica per pensioni

B3.1 - Spesa pensionistica in % del PIL e sua scomposizione

	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Spesa pensionistica/PIL	13,9%	14,0%	14,5%	14,7%	15,0%	15,5%	15,7%	15,0%	14,3%	13,5%
Pensione media/produttività	16,7%	16,5%	16,4%	15,9%	15,1%	14,2%	13,2%	12,3%	11,5%	10,8%
Numero pensioni/numero occupati	83,1%	84,7%	88,6%	92,8%	99,4%	109,6%	118,5%	122,4%	124,8%	124,9%

B3.2 - Spesa per pensioni (prezzi 2000)

	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Spesa totale per pensioni (milioni €)	180.819	200.895	222.006	240.775	263.643	290.189	309.904	318.251	324.311	328.104
Sistema pensionistico obbligatorio	177.397	196.983	217.229	235.312	257.338	282.778	301.520	309.111	314.921	318.772
Pensioni dirette	146.590	163.838	181.723	197.530	217.422	241.007	258.291	264.690	269.496	272.475
per i dipendenti privati	89.785	98.616	108.613	118.443	132.590	150.517	165.532	171.256	176.004	178.830
per i dipendenti pubblici	35.234	40.633	46.165	50.814	55.453	60.302	62.764	64.200	64.400	64.459
per i lavoratori autonomi	21.571	24.589	26.945	28.273	29.379	30.189	29.996	29.235	29.092	29.187
Pensioni indirette	30.807	33.145	35.506	37.782	39.916	41.771	43.229	44.420	45.425	46.297
per i dipendenti privati	19.444	20.799	22.190	23.557	24.913	26.206	27.369	28.463	29.485	30.442
per i dipendenti pubblici	7.051	7.397	7.675	7.883	8.082	8.298	8.535	8.765	8.917	8.946
per i lavoratori autonomi	4.312	4.949	5.641	6.342	6.920	7.267	7.326	7.192	7.023	6.909
Pensioni sociali e assegni sociali (a) (b)	3.422	3.912	4.777	5.463	6.305	7.411	8.384	9.140	9.391	9.332

(a) Assegni sociali se liquidati dopo il 1995. (b) Al netto del recupero prestazioni ex fondo sociale.

B3.3 - Numero di pensioni

	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Numero totale di pensioni (migliaia)	18.948	19.720	20.347	20.921	21.918	23.267	24.107	24.150	23.875	23.292
Sistema pensionistico obbligatorio	18.184	18.885	19.373	19.860	20.755	21.967	22.704	22.698	22.470	21.974
Pensioni dirette	13.347	13.878	14.286	14.762	15.687	16.952	17.761	17.822	17.631	17.150
per i dipendenti privati	7.772	7.928	8.099	8.416	9.123	10.132	10.958	11.180	11.187	10.942
per i dipendenti pubblici	1.938	2.174	2.404	2.608	2.836	3.094	3.199	3.226	3.177	3.091
per i lavoratori autonomi	3.638	3.776	3.784	3.738	3.729	3.725	3.605	3.415	3.267	3.116
Pensioni indirette	4.837	5.007	5.087	5.098	5.068	5.014	4.942	4.877	4.838	4.825
per i dipendenti privati	3.096	3.166	3.170	3.127	3.073	3.028	2.999	2.993	3.006	3.027
per i dipendenti pubblici	620	655	678	694	705	715	723	728	728	725
per i lavoratori autonomi	1.121	1.186	1.239	1.277	1.290	1.271	1.220	1.156	1.104	1.073
Pensioni sociali e assegni sociali (a)	764	835	975	1.061	1.162	1.300	1.404	1.451	1.405	1.318

(a) Assegni sociali se liquidati dopo il 1995.

B3.4 - Importi medi di pensione (prezzi 2000)

	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Importo medio di pensione (€)	9.543	10.187	10.911	11.509	12.029	12.472	12.855	13.178	13.584	14.087
Sistema pensionistico obbligatorio	9.756	10.431	11.213	11.849	12.399	12.873	13.281	13.618	14.015	14.507
Pensioni dirette	10.983	11.806	12.720	13.381	13.860	14.217	14.542	14.852	15.285	15.888
per i dipendenti privati	11.553	12.439	13.411	14.074	14.533	14.855	15.106	15.318	15.733	16.343
per i dipendenti pubblici	18.184	18.691	19.205	19.483	19.556	19.488	19.622	19.900	20.271	20.851
per i lavoratori autonomi	5.930	6.513	7.122	7.563	7.879	8.103	8.322	8.560	8.903	9.367
Pensioni indirette	6.369	6.620	6.980	7.412	7.876	8.330	8.746	9.109	9.389	9.596
per i dipendenti privati	6.280	6.570	7.001	7.534	8.107	8.654	9.124	9.509	9.808	10.056
per i dipendenti pubblici	11.371	11.288	11.319	11.365	11.459	11.604	11.808	12.044	12.242	12.346
per i lavoratori autonomi	3.848	4.174	4.553	4.966	5.365	5.717	6.004	6.224	6.363	6.441
Pensioni sociali e assegni sociali (a)	4.477	4.682	4.901	5.149	5.425	5.699	5.972	6.298	6.682	7.082

(a) Assegni sociali se liquidati dopo il 1995.

B4 - Scenario nazionale programmatico: spesa sanitaria pubblica in rapporto al PIL - CPS agganciato al PIL pro cap

B4.1 - Acute e long term care

	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
[0-64]	3,4%	3,3%	3,3%	3,3%	3,3%	3,2%	3,1%	2,9%	2,8%	2,8%
[65-79]	1,8%	1,9%	2,0%	2,0%	2,2%	2,3%	2,6%	2,8%	2,8%	2,6%
[80+]	0,8%	1,0%	1,1%	1,3%	1,4%	1,5%	1,7%	1,8%	2,1%	2,3%
Totale	6,0%	6,2%	6,4%	6,6%	6,8%	7,1%	7,4%	7,6%	7,7%	7,8%

B4.2 - Acute care

	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
[0-64]	3,1%	3,1%	3,0%	3,0%	3,0%	3,0%	2,8%	2,7%	2,6%	2,6%
[65-79]	1,6%	1,6%	1,7%	1,8%	1,9%	2,1%	2,3%	2,5%	2,5%	2,3%
[80+]	0,6%	0,7%	0,8%	0,9%	1,0%	1,2%	1,3%	1,4%	1,6%	1,7%
Totale	5,3%	5,4%	5,6%	5,8%	6,0%	6,2%	6,4%	6,5%	6,6%	6,7%

B4.3 - Long term care

	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
[0-64]	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
[65-79]	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%
[80+]	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%	0,3%	0,4%	0,4%	0,5%	0,5%	0,6%
Totale	0,7%	0,7%	0,8%	0,8%	0,9%	0,9%	1,0%	1,0%	1,1%	1,1%

B5 - Scenario nazionale programmatico: spesa sanitaria pubblica in rapporto al PIL - CPS agganciato al PIL per occi

B5.1 - Acute e long term care

	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
[0-64]	3,4%	3,3%	3,3%	3,4%	3,4%	3,4%	3,4%	3,2%	3,2%	3,1%
[65-79]	1,8%	1,9%	2,0%	2,1%	2,3%	2,5%	2,9%	3,1%	3,2%	2,9%
[80+]	0,8%	1,0%	1,1%	1,3%	1,4%	1,6%	1,8%	2,0%	2,3%	2,6%
Totale	6,0%	6,2%	6,4%	6,7%	7,1%	7,6%	8,1%	8,4%	8,6%	8,7%

B5.2 - Acute care

	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
[0-64]	3,1%	3,1%	3,1%	3,1%	3,2%	3,2%	3,1%	3,0%	2,9%	2,9%
[65-79]	1,6%	1,6%	1,7%	1,8%	2,0%	2,2%	2,5%	2,8%	2,8%	2,6%
[80+]	0,6%	0,7%	0,8%	1,0%	1,1%	1,2%	1,4%	1,5%	1,7%	1,9%
Totale	5,3%	5,4%	5,7%	5,9%	6,2%	6,6%	7,0%	7,3%	7,4%	7,4%

B5.3 - Long term care

	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
[0-64]	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,2%	0,2%
[65-79]	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%	0,3%	0,4%	0,4%	0,4%
[80+]	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%	0,4%	0,4%	0,5%	0,5%	0,6%	0,6%
Totale	0,7%	0,7%	0,8%	0,8%	0,9%	1,0%	1,1%	1,1%	1,2%	1,3%

C1 - Scenario EPC-WGA baseline : quadro demografico (Eurostat centrale)

C1.1 - Parametri demografici		2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Saldo migratorio (migliaia)		65.000	80.000	80.000	80.000	80.000	80.000	80.000	80.000	80.000	80.000
Tasso di fecondità		1,3	1,4	1,4	1,4	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
Speranza di vita (maschi)		76,5	77,4	78,3	79,0	79,6	80,1	80,4	80,7	80,9	81,0
Speranza di vita (femmine)		82,7	83,4	84,0	84,5	85,0	85,3	85,6	85,8	85,9	86,0
C1.2 - Popolazione		2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Maschi											
[0-14]		4.152.152	3.999.173	3.810.145	3.570.908	3.373.568	3.271.972	3.223.378	3.164.414	3.062.768	2.931.694
[15-19]		1.473.356	1.465.868	1.401.669	1.384.750	1.319.044	1.213.736	1.146.474	1.122.400	1.112.548	1.098.140
[20-54]		14.291.734	13.954.432	13.506.153	12.735.766	11.853.910	11.034.894	10.419.439	10.011.856	9.675.056	9.332.485
[55-64]		3.408.116	3.539.774	3.617.414	4.011.037	4.380.730	4.376.721	3.979.151	3.433.147	3.089.312	3.002.003
[65-79]		3.703.116	3.803.134	4.041.016	4.176.220	4.451.349	4.820.479	5.286.950	5.513.718	5.258.736	4.705.806
[65+]		4.615.577	4.920.952	5.337.486	5.639.233	6.010.028	6.572.368	7.158.566	7.543.621	7.558.809	7.241.166
[80+]		912.461	1.117.818	1.296.470	1.463.013	1.558.679	1.751.889	1.871.616	2.029.903	2.300.073	2.535.360
totale		27.940.935	27.880.199	27.672.867	27.341.694	26.937.280	26.469.691	25.927.008	25.275.438	24.498.493	23.605.488
Femmine											
[0-14]		3.939.809	3.804.933	3.635.068	3.405.824	3.216.930	3.119.597	3.072.961	3.016.487	2.919.319	2.794.102
[15-19]		1.397.333	1.387.995	1.326.565	1.321.531	1.258.171	1.157.200	1.092.718	1.069.565	1.060.043	1.046.198
[20-54]		14.024.589	13.608.613	13.087.128	12.259.933	11.342.171	10.496.298	9.879.894	9.482.654	9.161.333	8.837.089
[55-64]		3.623.182	3.735.180	3.783.443	4.143.977	4.482.524	4.446.924	3.999.238	3.402.086	3.030.634	2.929.993
[65-79]		4.703.331	4.718.160	4.890.529	4.961.928	5.199.552	5.514.796	5.954.541	6.150.868	5.812.593	5.142.832
[65+]		6.545.945	6.859.815	7.256.317	7.511.692	7.832.328	8.352.886	8.911.920	9.274.039	9.243.758	8.859.123
[80+]		1.842.614	2.141.655	2.365.788	2.549.764	2.632.776	2.838.090	2.957.379	3.123.171	3.431.165	3.716.291
totale		29.530.858	29.396.536	29.088.521	28.642.957	28.132.124	27.572.905	26.956.731	26.244.831	25.415.087	24.466.505
Maschi e Femmine											
[0-14]		8.091.961	7.804.106	7.445.213	6.976.732	6.590.498	6.391.569	6.296.339	6.180.901	5.982.087	5.725.796
[15-19]		2.870.689	2.853.863	2.728.234	2.706.281	2.577.215	2.370.936	2.239.192	2.191.965	2.172.591	2.144.338
[20-54]		28.316.323	27.563.045	26.593.281	24.995.699	23.196.081	21.531.192	20.299.333	19.494.510	18.836.389	18.169.574
[55-64]		7.031.298	7.274.954	7.400.857	8.155.014	8.863.254	8.823.645	7.978.389	6.835.233	6.119.946	5.931.996
[65-79]		8.406.447	8.521.294	8.931.545	9.138.148	9.650.901	10.335.275	11.241.491	11.664.586	11.071.329	9.848.638
[65+]		11.161.522	11.780.767	12.593.803	13.150.925	13.842.356	14.925.254	16.070.486	16.817.660	16.802.567	16.100.289
[80+]		2.755.075	3.259.473	3.662.258	4.012.777	4.191.455	4.589.979	4.828.995	5.153.074	5.731.238	6.251.651
totale		57.471.793	57.276.735	56.761.388	55.984.651	55.069.404	54.042.596	52.883.739	51.520.269	49.913.580	48.071.993
C1.3 - Indicatori demografici		2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Indice di dipendenza degli anziani (a)		31,6%	33,8%	37,0%	39,7%	43,2%	49,2%	56,8%	63,9%	67,3%	66,8%
Indice di dipendenza dei giovani (b)		31,0%	30,6%	29,9%	29,2%	28,6%	28,9%	30,2%	31,8%	32,7%	32,7%
Indice di dipendenza totale (c)		62,6%	64,4%	67,0%	68,9%	71,8%	78,0%	87,0%	95,7%	100,0%	99,5%
Indice di vecchiaia (d)		101,8%	110,5%	123,8%	135,8%	151,0%	170,3%	188,3%	200,9%	206,0%	204,6%

(a) $pop.[65+]/pop.[20-64]$

(b) $pop.[0-19]/pop.[65+]/pop.[20-64]$

(c) $pop.[0-19]+pop.[65+]/pop.[20-64]$

(d) $pop.[65+]/pop.[0-19]$

C2 - Scenario EPC-WGA baseline : quadro macroeconomico

C2.1 - Occupazione, produttività e PIL

	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Tasso di attività (a)	42,5%	42,8%	42,4%	42,2%	41,8%	40,6%	39,3%	38,7%	38,4%	38,7%
Tasso di disoccupazione	9,3%	8,9%	8,6%	8,4%	8,2%	7,9%	7,6%	7,3%	7,1%	7,0%
Forze lavoro (migliaia)	24.402	24.511	24.072	23.614	23.027	21.963	20.796	19.927	19.159	18.599
Occupati (migliaia)	22.123	22.334	22.010	21.638	21.139	20.227	19.220	18.468	17.793	17.297
Tasso di occupazione (b)	58,0%	59,3%	60,1%	60,5%	61,3%	62,2%	63,3%	65,1%	65,8%	66,1%
PIL reale (milioni di € 2000)	1.283.461	1.423.551	1.530.025	1.640.457	1.747.878	1.823.955	1.890.278	1.980.888	2.081.354	2.206.703
PIL nominale (milioni di €)	1.430.993	1.752.382	2.079.482	2.461.627	2.895.805	3.336.362	3.817.560	4.416.933	5.123.984	5.998.002
PIL reale pro capite (€ 2000) (c)	22.332	24.854	26.955	29.302	31.740	33.750	35.744	38.449	41.699	45.904
PIL reale per occupato (€ 2000)	58.014	63.739	69.514	75.814	82.683	90.176	98.347	107.259	116.979	127.579
PIL nominale pro capite (€) (c)	24.899	30.595	36.635	43.970	52.585	61.736	72.188	85.732	102.657	124.771
PIL nominale per occupato (€)	64.682	78.462	94.478	113.764	136.986	164.949	198.620	239.164	287.984	346.770
Deflatore del PIL	111,5	123,1	135,9	150,1	165,7	182,9	202,0	223,0	246,2	271,8
Indice dei prezzi al consumo (d)	111,6	123,2	136,0	150,2	165,8	183,1	202,2	223,2	246,4	272,1

(a) Forze lavoro/popolazione totale (b) Occupati/pop.[15-64] (c) Popolazione al 1° gennaio (d) Indice prezzi al consumo famiglie operai e impiegati al netto dei tabacchi

C2.2 - Tassi di attività per sesso e fascia d'età

	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Maschi										
[15-19]	19,0%	19,5%	19,3%	19,3%	19,5%	19,5%	19,4%	19,3%	19,3%	19,4%
[65+]	4,6%	4,5%	4,9%	4,9%	5,2%	5,3%	4,9%	4,4%	3,8%	3,5%
[15-64]	75,3%	76,2%	76,5%	76,2%	75,9%	75,0%	74,1%	74,4%	74,3%	74,1%
[20-54]	87,7%	87,8%	87,4%	86,8%	86,4%	86,3%	86,5%	86,6%	86,5%	86,4%
[55-64]	48,3%	54,2%	58,1%	62,4%	64,7%	62,0%	57,6%	56,7%	56,1%	56,2%
[20-64]	80,0%	80,9%	81,1%	80,9%	80,5%	79,3%	78,5%	79,0%	79,1%	79,0%
Femmine										
[15-19]	15,2%	15,3%	15,2%	15,2%	15,3%	15,3%	15,3%	15,2%	15,2%	15,2%
[65+]	1,2%	1,2%	1,5%	1,5%	1,6%	1,9%	2,2%	2,3%	2,1%	2,0%
[15-64]	50,9%	52,1%	52,6%	53,3%	54,6%	56,5%	59,0%	61,9%	63,5%	64,3%
[20-54]	61,5%	62,2%	62,5%	64,0%	66,1%	68,4%	70,7%	72,8%	74,2%	75,2%
[55-64]	23,8%	29,4%	31,8%	34,2%	36,9%	39,1%	41,8%	46,2%	47,9%	49,1%
[20-64]	53,7%	55,0%	55,6%	56,4%	57,7%	59,7%	62,4%	65,8%	67,7%	68,7%
Maschi e Femmine										
[15-19]	17,2%	17,4%	17,3%	17,3%	17,5%	17,4%	17,4%	17,3%	17,3%	17,3%
[65+]	2,6%	2,6%	2,9%	3,0%	3,2%	3,4%	3,4%	3,2%	2,9%	2,7%
[15-64]	63,2%	64,2%	64,7%	64,9%	65,4%	65,9%	66,7%	68,3%	69,0%	69,4%
[20-54]	74,7%	75,2%	75,2%	75,6%	76,5%	77,6%	78,8%	79,9%	80,5%	80,9%
[55-64]	35,7%	41,5%	44,7%	48,1%	50,6%	50,5%	49,7%	51,5%	52,0%	52,7%
[20-64]	66,9%	68,0%	68,5%	68,8%	69,3%	69,7%	70,6%	72,6%	73,5%	74,0%

C2.3 - Tassi di occupazione per fascia d'età

	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
[15-64]	57,2%	58,5%	59,1%	59,4%	60,0%	60,6%	61,6%	63,2%	64,0%	64,4%
[20-54]	67,7%	68,4%	68,6%	69,1%	69,9%	71,0%	72,5%	73,7%	74,6%	75,1%
[55-64]	34,0%	39,5%	42,6%	45,9%	48,4%	48,3%	47,7%	49,5%	50,0%	50,7%
[20-64]	61,0%	62,3%	62,9%	63,3%	63,9%	64,4%	65,5%	67,5%	68,5%	69,1%

C3 - Scenario EPC-WGA baseline : spesa pubblica per pensioni

C3.1 - Spesa pensionistica in % del PIL e sua scomposizione

	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Spesa pensionistica/PIL	13,9%	13,8%	14,3%	14,5%	15,0%	15,7%	16,1%	15,6%	14,9%	14,1%
Pensione media/produktivita	16,3%	16,0%	15,9%	15,6%	15,1%	14,5%	13,7%	12,9%	12,2%	11,5%
Numero pensioni/numero occupati	85,1%	86,4%	89,7%	93,3%	99,1%	108,5%	117,0%	120,8%	123,0%	122,6%

C3.2 - Spesa per pensioni (prezzi 2000)

	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Spesa totale per pensioni (milioni €)	178.014	196.812	218.208	238.041	261.185	286.669	303.856	308.585	310.703	310.316
Sistema pensionistico obbligatorio	174.350	192.788	213.487	232.792	255.286	279.969	296.506	300.783	302.892	302.731
Pensioni dirette	144.033	160.236	178.673	195.848	216.372	239.371	254.635	257.998	259.468	258.857
per i dipendenti privati	88.230	96.437	106.805	117.609	132.514	150.762	165.102	169.270	171.950	172.209
per i dipendenti pubblici	34.683	39.865	45.446	50.349	54.904	59.076	60.413	60.611	59.884	59.308
per i lavoratori autonomi	21.119	23.933	26.422	27.891	28.953	29.533	29.120	28.117	27.634	27.341
Pensioni indirette	30.317	32.552	34.814	36.943	38.914	40.597	41.870	42.785	43.424	43.874
per i dipendenti privati	19.123	20.413	21.751	23.036	24.308	25.540	26.645	27.583	28.398	29.139
per i dipendenti pubblici	6.931	7.241	7.473	7.648	7.831	8.062	8.326	8.534	8.566	8.434
per i lavoratori autonomi	4.263	4.898	5.589	6.259	6.775	6.996	6.900	6.668	6.461	6.300
Pensioni sociali e assegni sociali (a) (b)	3.664	4.025	4.721	5.249	5.900	6.700	7.351	7.802	7.811	7.585

(a) Assegni sociali se liquidati dopo il 1995.

(b) Al netto del recupero prestazioni ex fondo sociale.

C3.3 - Numero di pensioni

	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Numero totale di pensioni (migliaia)	18.831	19.301	19.747	20.181	20.947	21.944	22.492	22.308	21.880	21.205
Sistema pensionistico obbligatorio	18.033	18.455	18.807	19.188	19.885	20.782	21.255	21.041	20.664	20.076
Pensioni dirette	13.221	13.524	13.838	14.252	15.022	16.011	16.587	16.468	16.163	15.627
per i dipendenti privati	7.700	7.731	7.851	8.134	8.763	9.633	10.325	10.431	10.346	10.041
per i dipendenti pubblici	1.921	2.134	2.350	2.539	2.724	2.900	2.927	2.895	2.822	2.738
per i lavoratori autonomi	3.600	3.659	3.638	3.579	3.534	3.478	3.335	3.142	2.995	2.847
Pensioni indirette	4.812	4.931	4.969	4.936	4.863	4.771	4.668	4.573	4.501	4.450
per i dipendenti privati	3.080	3.114	3.089	3.019	2.941	2.883	2.849	2.830	2.822	2.819
per i dipendenti pubblici	617	646	664	674	682	688	692	688	675	658
per i lavoratori autonomi	1.115	1.171	1.216	1.243	1.240	1.200	1.127	1.055	1.004	972
Pensioni sociali e assegni sociali (a)	798	846	940	993	1.062	1.162	1.237	1.267	1.216	1.129

(a) Assegni sociali se liquidati dopo il 1995.

C3.4 - Importi medi di pensione (prezzi 2000)

	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Importo medio di pensione (€)	9.453	10.197	11.050	11.795	12.469	13.064	13.510	13.833	14.201	14.634
Sistema pensionistico obbligatorio	9.669	10.446	11.351	12.132	12.838	13.472	13.950	14.295	14.658	15.079
Pensioni dirette	10.895	11.848	12.911	13.742	14.404	14.950	15.351	15.667	16.053	16.565
per i dipendenti privati	11.459	12.474	13.604	14.459	15.121	15.650	15.990	16.228	16.620	17.151
per i dipendenti pubblici	18.054	18.679	19.340	19.831	20.155	20.369	20.639	20.938	21.221	21.657
per i lavoratori autonomi	5.867	6.541	7.264	7.793	8.192	8.492	8.732	8.948	9.227	9.603
Pensioni indirette	6.300	6.601	7.006	7.484	7.901	8.510	8.970	9.357	9.648	9.860
per i dipendenti privati	6.208	6.555	7.041	7.630	8.264	8.860	9.353	9.747	10.065	10.336
per i dipendenti pubblici	11.240	11.205	11.258	11.342	11.483	11.711	12.036	12.400	12.685	12.810
per i lavoratori autonomi	3.823	4.183	4.597	5.036	5.463	5.832	6.121	6.323	6.434	6.482
Pensioni sociali e assegni sociali (a)	4.590	4.758	5.023	5.287	5.554	5.765	5.943	6.157	6.423	6.717

(a) Assegni sociali se liquidati dopo il 1995.

C4 - Scenario EPC-WGA baseline : spesa sanitaria pubblica in rapporto al PIL - CPS agganciato al PIL pro capite

C4.1 - Acute e long term care

	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
[0-64]	3,4%	3,4%	3,4%	3,4%	3,4%	3,3%	3,2%	3,0%	2,9%	2,9%
[65-79]	1,9%	1,9%	2,0%	2,1%	2,3%	2,5%	2,8%	3,0%	3,0%	2,8%
[80+]	0,8%	1,0%	1,1%	1,2%	1,3%	1,4%	1,5%	1,7%	1,9%	2,2%
Totale	6,1%	6,3%	6,5%	6,7%	7,0%	7,2%	7,5%	7,7%	7,8%	7,9%

C4.2 - Acute care

	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
[0-64]	3,2%	3,2%	3,1%	3,1%	3,1%	3,1%	2,9%	2,8%	2,7%	2,7%
[65-79]	1,7%	1,7%	1,8%	1,9%	2,0%	2,2%	2,4%	2,6%	2,6%	2,4%
[80+]	0,6%	0,7%	0,8%	0,9%	1,0%	1,1%	1,2%	1,3%	1,5%	1,7%
Totale	5,4%	5,6%	5,7%	5,9%	6,1%	6,3%	6,5%	6,7%	6,8%	6,8%

C4.3 - Long term care

	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
[0-64]	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
[65-79]	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,4%	0,4%	0,3%
[80+]	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,4%	0,4%	0,5%	0,5%
Totale	0,7%	0,7%	0,8%	0,8%	0,9%	0,9%	0,9%	1,0%	1,1%	1,1%

C5 - Scenario EPC-WGA baseline: spesa sanitaria pubblica in rapporto al PIL - CPS agganciato al PIL per occupato

C5.1 - Acute e long term care

	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
[0-64]	3,4%	3,3%	3,3%	3,3%	3,4%	3,4%	3,3%	3,2%	3,1%	3,1%
[65-79]	1,9%	1,9%	2,0%	2,1%	2,3%	2,5%	2,9%	3,1%	3,1%	2,9%
[80+]	0,8%	0,9%	1,1%	1,2%	1,3%	1,4%	1,6%	1,8%	2,1%	2,3%
Totale	6,0%	6,1%	6,4%	6,6%	6,9%	7,3%	7,8%	8,1%	8,3%	8,3%

C5.2 - Acute care

	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
[0-64]	3,1%	3,1%	3,0%	3,1%	3,1%	3,1%	3,0%	2,9%	2,9%	2,8%
[65-79]	1,6%	1,7%	1,8%	1,8%	2,0%	2,2%	2,5%	2,8%	2,8%	2,5%
[80+]	0,6%	0,7%	0,8%	0,9%	1,0%	1,1%	1,2%	1,3%	1,6%	1,8%
Totale	5,3%	5,4%	5,6%	5,8%	6,0%	6,4%	6,8%	7,0%	7,2%	7,1%

C5.3 - Long term care

	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
[0-64]	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%
[65-79]	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%	0,3%	0,4%	0,4%	0,4%
[80+]	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%	0,3%	0,4%	0,4%	0,4%	0,5%	0,6%
Totale	0,7%	0,7%	0,8%	0,8%	0,8%	0,9%	1,0%	1,1%	1,1%	1,2%

D1 - ScENARIO EPC-WGA Lisbon : quadro demografico (Eurostat alto)

D1.1 - Parametri demografici

	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Saldo migratorio (migliaia)	103,674	105,892	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000
Tasso di fecondità	1,5	1,6	1,7	1,7	1,7	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8
Speranza di vita (maschi)	77,4	78,6	79,8	80,8	81,7	82,4	83,0	83,5	83,8	84,0
Speranza di vita (femmine)	83,3	84,2	85,0	85,8	86,4	86,9	87,3	87,6	87,9	88,0

D1.2 - Popolazione

	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Maschi										
[0-14]	4.337.798	4.427.562	4.464.772	4.301.755	4.124.665	4.077.752	4.147.916	4.243.794	4.270.649	4.206.749
[15-19]	1.481.800	1.481.712	1.432.633	1.563.998	1.567.614	1.469.236	1.402.064	1.391.380	1.422.805	1.472.437
[20-54]	14.349.922	14.087.322	13.698.751	12.994.732	12.318.847	11.761.230	11.397.334	11.231.791	11.148.139	11.097.027
[55-64]	3.417.367	3.557.962	3.644.698	4.053.336	4.444.941	4.467.710	4.099.570	3.575.856	3.240.457	3.156.953
[65-79]	3.744.413	3.884.290	4.160.109	4.329.768	4.645.960	5.057.873	5.585.321	5.879.014	5.673.070	5.138.787
[65+]	4.690.401	5.078.580	5.586.304	5.982.105	6.452.345	7.126.064	7.839.104	8.362.315	8.518.043	8.318.741
[80+]	945.988	1.194.290	1.426.195	1.652.337	1.806.385	2.068.191	2.253.783	2.483.301	2.844.973	3.179.954
totale	28.277.288	28.633.138	28.827.158	28.895.926	28.908.412	28.901.992	28.885.988	28.805.136	28.600.093	28.251.907
Femmine										
[0-14]	4.116.356	4.212.830	4.259.108	4.102.668	3.932.989	3.887.637	3.954.164	4.045.330	4.070.696	4.009.508
[15-19]	1.405.148	1.402.339	1.355.169	1.491.899	1.494.807	1.400.462	1.335.957	1.325.484	1.355.299	1.402.554
[20-54]	14.070.763	13.713.131	13.236.929	12.462.206	11.732.707	11.133.227	10.759.407	10.594.775	10.514.872	10.469.694
[55-64]	3.627.896	3.745.259	3.799.497	4.169.350	4.521.373	4.501.938	4.072.589	3.494.219	3.135.094	3.039.164
[65-79]	4.723.848	4.756.937	4.947.650	5.037.092	5.296.761	5.635.400	6.107.697	6.340.690	6.032.323	5.381.133
[65+]	6.607.929	6.982.717	7.448.069	7.775.064	8.169.778	8.769.475	9.415.098	9.870.004	9.935.510	9.642.309
[80+]	1.884.081	2.225.780	2.500.419	2.737.972	2.873.017	3.134.075	3.307.401	3.529.314	3.903.187	4.261.176
totale	29.828.092	30.056.276	30.098.772	30.001.187	29.851.654	29.692.739	29.537.215	29.329.812	29.011.471	28.563.229
Maschi e Femmine										
[0-14]	8.454.154	8.640.392	8.723.880	8.404.423	8.057.654	7.965.389	8.102.080	8.289.124	8.341.345	8.216.257
[15-19]	2.886.948	2.884.051	2.787.802	3.055.897	3.062.421	2.869.698	2.738.021	2.716.864	2.778.104	2.874.991
[20-54]	28.420.685	27.800.453	26.935.680	25.456.938	24.051.554	22.894.457	22.156.741	21.826.566	21.663.011	21.566.721
[55-64]	7.045.263	7.303.221	7.444.195	8.222.686	8.966.314	8.969.648	8.172.159	7.070.075	6.375.551	6.196.117
[65-79]	8.468.261	8.641.227	9.107.759	9.366.860	9.942.721	10.693.273	11.693.018	12.219.704	11.705.393	10.519.920
[65+]	11.298.330	12.061.297	13.034.373	13.757.169	14.622.123	15.895.539	17.254.202	18.232.319	18.453.553	17.961.050
[80+]	2.830.069	3.420.070	3.926.614	4.390.309	4.679.402	5.202.266	5.561.184	6.012.615	6.748.160	7.441.130
totale	58.105.380	58.689.414	58.925.930	58.897.113	58.760.066	58.594.731	58.423.203	58.134.948	57.611.564	56.815.136

D1.3 - Indicatori demografici

	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Indice di dipendenza degli anziani (a)	31,9%	34,4%	37,9%	40,8%	44,3%	49,9%	56,9%	63,1%	65,8%	64,7%
Indice di dipendenza dei giovani (b)	32,0%	32,8%	33,5%	34,0%	33,7%	34,0%	35,7%	38,1%	39,7%	39,9%
Indice di dipendenza totale (c)	63,8%	67,2%	71,4%	74,9%	78,0%	83,9%	92,6%	101,2%	105,5%	104,6%
Indice di vecchiaia (d)	99,6%	104,7%	113,2%	120,0%	131,5%	146,7%	159,2%	165,7%	166,0%	161,9%

(a) *pop.[65+]/pop.[20-64]*

(b) *pop.[0-19]/pop.[65+]+pop.[65+]/pop.[20-64]*

(c) *pop.[65+]/pop.[0-19]*

(d) *pop.[65+]/pop.[0-19]*

D2 - Scenario EPC-WGA Lisbon : quadro macroeconomico

D2.1 - Occupazione, produttività e PIL

	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Tasso di attività (a)	43,2%	45,0%	45,4%	45,8%	46,2%	45,9%	45,6%	45,3%	44,8%	44,9%
Tasso di disoccupazione	8,8%	8,4%	7,8%	7,3%	6,9%	6,4%	5,8%	5,2%	4,6%	4,0%
Forze lavoro (migliaia)	25.128	26.394	26.725	26.954	27.163	26.923	26.617	26.353	25.786	25.513
Occupati (migliaia)	22.913	24.181	24.633	24.983	25.291	25.195	25.065	24.984	24.599	24.496
Tasso di occupazione (b)	59,8%	63,7%	66,4%	68,1%	70,3%	72,9%	76,1%	79,3%	79,9%	80,0%
PIL reale (milioni di € 2000)	1.311.054	1.479.837	1.605.623	1.727.898	1.849.916	1.943.200	2.032.934	2.125.842	2.191.003	2.279.408
PIL nominale (milioni di €)	1.461.759	1.821.670	2.182.229	2.592.839	3.064.857	3.554.486	4.105.663	4.740.149	5.393.923	6.195.618
PIL reale pro capite (€ 2000) (c)	22.563	25.215	27.248	29.338	31.483	33.163	34.797	36.567	38.031	40.120
PIL reale per occupato (€ 2000)	57.218	61.199	65.181	69.162	73.144	77.125	81.107	85.088	89.070	93.051
PIL nominale pro capite (€) (c)	25.157	31.039	37.033	44.023	52.159	60.662	70.275	81.537	93.626	109.049
PIL nominale per occupato (€)	63.795	75.336	88.588	103.783	121.181	141.077	163.801	189.728	219.277	252.921
Deflatore del PIL	111,5	123,1	135,9	150,1	165,7	182,9	202,0	223,0	246,2	271,8
Indice dei prezzi al consumo (d)	111,6	123,2	136,0	150,2	165,8	183,1	202,2	223,2	246,4	272,1

(a) Forze lavoro/popolazione totale (b) Occupati/pop. [15-64] (c) Popolazione al 1° gennaio (d) Indice prezzi al consumo famiglie operai e impiegati al netto dei tabacchi

D2.2 - Tassi di attività per sesso e fascia d'età

	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Maschi										
[15-19]	22,0%	22,9%	22,4%	22,3%	22,6%	22,7%	22,6%	22,5%	22,4%	22,4%
[65+]	4,6%	4,5%	4,9%	4,9%	5,6%	6,4%	6,1%	5,9%	5,4%	5,1%
[15-64]	76,4%	78,5%	79,1%	79,3%	79,9%	80,3%	81,4%	82,8%	82,7%	82,4%
[20-54]	88,7%	90,2%	90,7%	90,7%	90,5%	90,5%	90,9%	91,1%	91,2%	91,1%
[55-64]	48,8%	55,3%	58,5%	65,0%	70,9%	72,2%	75,0%	80,2%	80,3%	80,0%
[20-64]	81,0%	83,1%	83,9%	84,5%	85,2%	85,4%	86,7%	88,5%	88,7%	88,6%
Femmine										
[15-19]	17,5%	18,3%	17,7%	17,6%	18,0%	18,0%	17,9%	17,8%	17,7%	17,7%
[65+]	1,3%	1,4%	1,6%	1,6%	2,0%	2,5%	2,7%	3,1%	3,1%	3,1%
[15-64]	53,1%	58,7%	62,5%	65,1%	67,8%	71,3%	75,6%	79,2%	79,7%	79,4%
[20-54]	64,0%	70,2%	75,1%	79,1%	82,6%	85,6%	87,1%	87,6%	87,7%	87,6%
[55-64]	24,7%	31,9%	35,3%	41,0%	46,1%	52,6%	64,3%	77,1%	79,6%	79,6%
[20-64]	55,9%	61,9%	66,1%	69,4%	72,4%	76,1%	80,8%	85,0%	85,8%	85,8%
Maschi e Femmine										
[15-19]	19,8%	20,7%	20,1%	20,0%	20,4%	20,4%	20,3%	20,2%	20,1%	20,1%
[65+]	2,7%	2,7%	3,0%	3,1%	3,6%	4,2%	4,2%	4,4%	4,2%	4,0%
[15-64]	64,8%	68,6%	70,9%	72,3%	74,0%	75,9%	78,6%	81,1%	81,2%	80,9%
[20-54]	76,4%	80,3%	83,0%	85,0%	86,6%	88,1%	89,0%	89,4%	89,5%	89,4%
[55-64]	36,4%	43,3%	46,7%	52,8%	58,4%	62,4%	69,6%	78,7%	79,9%	79,8%
[20-64]	68,5%	72,6%	75,1%	77,1%	78,9%	80,9%	83,8%	86,8%	87,3%	87,2%

D2.3 - Tassi di occupazione per fascia d'età

	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
[15-64]	59,0%	62,8%	65,3%	66,9%	68,8%	70,9%	73,9%	76,8%	77,4%	77,6%
[20-54]	69,7%	73,6%	76,4%	78,6%	80,4%	82,0%	83,4%	84,4%	85,1%	85,6%
[55-64]	34,9%	41,5%	44,8%	50,9%	56,3%	60,3%	67,5%	76,5%	77,9%	78,0%
[20-64]	62,8%	66,8%	69,5%	71,8%	73,8%	75,9%	79,2%	82,5%	83,5%	83,9%

D3 - Scenario EPC-WGA Lisbon : spesa pubblica per pensioni

D3.1 - Spesa pensionistica in % del PIL e sua composizione

	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Spesa pensionistica/PIL	13,6%	13,4%	13,8%	13,9%	14,2%	14,6%	14,6%	14,3%	14,5%	14,3%
Pensione media/produttività	16,5%	16,7%	16,9%	16,9%	16,8%	16,6%	16,2%	15,8%	15,6%	15,4%
Numero pensioni/numero occupati	82,4%	80,6%	81,4%	82,4%	84,5%	88,4%	90,1%	90,4%	93,0%	93,3%

D3.2 - Spesa per pensioni (prezzi 2000)

	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Spesa totale per pensioni (milioni €)	178.681	198.424	220.621	240.353	262.122	284.246	296.457	303.637	318.097	326.727
Sistema pensionistico obbligatorio	174.990	194.277	215.639	234.771	255.795	276.989	288.397	294.986	309.446	318.367
Pensioni dirette	144.923	162.373	181.848	199.396	219.097	239.314	250.145	256.421	270.724	279.375
per i dipendenti privati	88.792	97.810	108.812	119.847	134.298	150.461	160.722	165.163	176.443	183.316
per i dipendenti pubblici	34.887	40.316	46.026	50.901	55.028	58.702	60.137	63.067	66.099	67.920
per i lavoratori autonomi	21.244	24.247	27.010	28.649	29.771	30.151	29.286	28.192	28.183	28.140
Pensioni indirette	30.067	31.904	33.791	35.375	36.698	37.675	38.252	38.565	38.721	38.991
per i dipendenti privati	18.974	20.023	21.151	22.093	22.931	23.664	24.265	24.741	25.139	25.664
per i dipendenti pubblici	6.879	7.114	7.257	7.320	7.362	7.431	7.549	7.682	7.729	7.687
per i lavoratori autonomi	4.214	4.767	5.383	5.962	6.405	6.580	6.438	6.141	5.853	5.640
Pensioni sociali e assegni sociali (a)	3.690	4.148	4.982	5.582	6.327	7.257	8.059	8.651	8.651	8.361

(a) Assegni sociali se liquidati dopo il 1995.

(b) Al netto del recupero prestazioni ex-fondo sociale.

D3.3 - Numero di pensioni

	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Numero totale di pensioni (migliaia)	18.890	19.481	20.050	20.576	21.360	22.276	22.594	22.591	22.888	22.848
Sistema pensionistico obbligatorio	18.090	18.631	19.100	19.568	20.275	21.081	21.314	21.269	21.606	21.644
Pensioni dirette	13.300	13.764	14.243	14.792	15.621	16.568	16.948	17.036	17.469	17.549
per i dipendenti privati	7.747	7.866	8.077	8.436	9.105	9.933	10.443	10.604	11.022	11.149
per i dipendenti pubblici	1.931	2.164	2.402	2.605	2.771	2.929	2.956	3.046	3.121	3.147
per i lavoratori autonomi	3.621	3.734	3.765	3.751	3.745	3.706	3.548	3.386	3.326	3.253
Pensioni indirette	4.791	4.866	4.857	4.776	4.654	4.513	4.366	4.234	4.138	4.094
per i dipendenti privati	3.069	3.079	3.028	2.930	2.818	2.722	2.653	2.604	2.576	2.576
per i dipendenti pubblici	613	636	647	650	650	648	646	641	630	618
per i lavoratori autonomi	1.109	1.151	1.181	1.196	1.186	1.143	1.068	988	931	900
Pensioni sociali e assegni sociali (a)	800	851	950	1.008	1.085	1.195	1.280	1.321	1.281	1.204

(a) Assegni sociali se liquidati dopo il 1995.

D3.4 - Importi medi di pensione (prezzi 2000)

	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Importo medio di pensione (€)	9.459	10.185	11.004	11.681	12.271	12.760	13.121	13.441	13.898	14.300
Sistema pensionistico obbligatorio	9.673	10.428	11.290	11.998	12.616	13.139	13.531	13.869	14.322	14.709
Pensioni dirette	10.897	11.797	12.767	13.480	14.026	14.445	14.760	15.052	15.498	15.919
per i dipendenti privati	11.461	12.434	13.472	14.207	14.750	15.147	15.391	15.576	16.008	16.442
per i dipendenti pubblici	18.065	18.630	19.160	19.541	19.856	20.044	20.341	20.705	21.179	21.584
per i lavoratori autonomi	5.866	6.493	7.175	7.638	7.949	8.136	8.253	8.326	8.474	8.650
Pensioni indirette	6.276	6.556	6.958	7.407	7.886	8.348	8.760	9.109	9.358	9.523
per i dipendenti privati	6.183	6.503	6.984	7.540	8.136	8.694	9.148	9.501	9.759	9.963
per i dipendenti pubblici	11.221	11.178	11.213	11.260	11.333	11.462	11.682	11.979	12.264	12.433
per i lavoratori autonomi	3.801	4.142	4.558	4.985	5.401	5.758	6.030	6.213	6.284	6.266
Pensioni sociali e assegni sociali (a)	4.615	4.876	5.247	5.536	5.829	6.073	6.296	6.547	6.752	6.943

(a) Assegni sociali se liquidati dopo il 1995.

D4 - Scenario EPC-WGA Lisbon : spesa sanitaria pubblica in rapporto al PIL - CPS agganciato al PIL pro capite

D4.1 - Acute e long term care

	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
[0-64]	3,4%	3,4%	3,4%	3,4%	3,4%	3,3%	3,1%	3,0%	2,9%	2,9%
[65-79]	1,9%	1,9%	2,0%	2,1%	2,2%	2,4%	2,6%	2,8%	2,7%	2,5%
[80+]	0,8%	1,0%	1,1%	1,3%	1,3%	1,5%	1,6%	1,7%	2,0%	2,2%
Totale	6,1%	6,3%	6,5%	6,7%	6,9%	7,1%	7,3%	7,5%	7,6%	7,6%

D4.2 - Acute care

	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
[0-64]	3,2%	3,1%	3,1%	3,1%	3,1%	3,0%	2,9%	2,8%	2,7%	2,7%
[65-79]	1,7%	1,7%	1,8%	1,8%	1,9%	2,1%	2,3%	2,4%	2,4%	2,2%
[80+]	0,6%	0,7%	0,8%	0,9%	1,0%	1,1%	1,2%	1,3%	1,5%	1,7%
Totale	5,4%	5,6%	5,7%	5,9%	6,1%	6,2%	6,4%	6,5%	6,6%	6,5%

D4.3 - Long term care

	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
[0-64]	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
[65-79]	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%
[80+]	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%	0,3%	0,4%	0,4%	0,4%	0,5%	0,5%
Totale	0,7%	0,7%	0,8%	0,8%	0,9%	0,9%	0,9%	1,0%	1,0%	1,1%

D5 - Scenario EPC-WGA Lisbon: spesa sanitaria pubblica in rapporto al PIL - CPS agganciato al PIL per occupato

D5.1 - Acute e long term care

	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
[0-64]	3,3%	3,1%	3,0%	3,0%	2,9%	2,9%	2,7%	2,6%	2,6%	2,5%
[65-79]	1,8%	1,8%	1,8%	1,8%	1,9%	2,1%	2,3%	2,4%	2,4%	2,2%
[80+]	0,8%	0,9%	1,0%	1,1%	1,2%	1,3%	1,4%	1,5%	1,7%	1,9%
Totale	5,8%	5,8%	5,9%	5,9%	6,0%	6,2%	6,4%	6,6%	6,7%	6,7%

D5.2 - Acute care

	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
[0-64]	3,0%	2,9%	2,8%	2,8%	2,7%	2,6%	2,5%	2,4%	2,4%	2,3%
[65-79]	1,6%	1,5%	1,6%	1,6%	1,7%	1,8%	2,0%	2,1%	2,1%	1,9%
[80+]	0,6%	0,7%	0,8%	0,8%	0,9%	1,0%	1,1%	1,2%	1,3%	1,5%
Totale	5,2%	5,1%	5,1%	5,2%	5,3%	5,5%	5,6%	5,7%	5,8%	5,7%

D5.3 - Long term care

	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
[0-64]	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
[65-79]	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%
[80+]	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,4%	0,4%	0,5%
Totale	0,7%	0,7%	0,7%	0,7%	0,7%	0,8%	0,8%	0,9%	0,9%	0,9%

Bibliografia

Demografia e mercato del lavoro

- Aprile R. (2001), “Gli scenari demo-economici nei modelli di previsione della RGS: alcune riflessioni sui reali margini di manovra”, in *Temi di finanza pubblica*, Cacucci, Bari.
- Aprile R., De Persio P., Lucarelli A. (2001), “Una previsione di medio-lungo periodo dei tassi di attività secondo un approccio generazionale”, in *Economia e Lavoro*, in corso di pubblicazione.
- D’Adda C., Stagni A. (1995), “Lo scenario italiano: l’economia”, in *Il mondo, l’Europa e l’Italia nel 2020*, Prometeia.
- Eurostat (1997a), *Demographic Statistics 1996*, Diskette version with CUB.X software.
- Eurostat (1997b), *Au-delà du prévisible: variations démographiques dans l’UE jusqu’en 2050*, Statistiques en bref. Population et condition sociales, n. 7.
- Geroldi G. (2001), (a cura di), *Lavorare da anziani e da pensionati: lavoro degli anziani e politiche di welfare*, Franco Angeli.
- Gesano G. (1997), “Evoluzione demografica e occupazione”, in *Rivista italiana di Economia, Demografia e statistica*, vol. L, n. 1, 1996, SIEDS.
- Golinelli R. (1992), *Un metodo di ricostruzione ed aggiornamento rapido dei conti dei settori istituzionali*, Prometeia.
- ILO (1997), *Economically Active Population 1950-2010*, Ginevra.
- Istat (1994-2002), *Rilevazione Trimestrale delle Forze di Lavoro 1993-2001*.
- Istat (1997), *Previsioni della popolazione residente per sesso, età e regione. Base 1.1.1996*.
- Istat (2001), “Previsioni della popolazione residente. Base 1.1.2000”, *Serie Statistiche in Breve*, aprile.
- Ministero dell’Economia e delle Finanze - RGS (2001), “Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e sanitario. Previsioni elaborate con i modelli del Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati al 2001”. *Temi di finanza pubblica e protezione sociale*. Quaderno n. 3, Roma, dicembre.
- Ministero dell’Economia e delle Finanze (2002), “Documento di Programmazione Economica e Finanziaria per gli anni 2003-2006”, Roma.
- Ministero dell’Economia e delle Finanze (2002a), “Relazione Previsionale e Programmatica per il 2003”, Roma.
- Ministero dell’Economia e delle Finanze (2002b), “Programma di stabilità dell’Italia – aggiornamento novembre 2002”, Roma.
- Ministero del Tesoro - RGS (2000), “Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico italiano - previsioni elaborate con il modello della RGS aggiornato al 2000”, *Temi di finanza pubblica e protezione sociale*. Quaderno n. 2, Roma, novembre.
- OECD (2000) *Public Finance Implications of Ageing: Background and Issues*, Working party no. 1 on Macroeconomic and Structural Policy Analysis, Paris, January.

Spesa per pensioni

- Aprile R. (1998), "I Modelli di previsione del sistema pensionistico elaborati dalla Ragioneria Generale dello Stato: alcuni aspetti metodologici", Atti del Workshop 2 dic. 1997 su *Le previsioni della spesa per pensioni: metodologie a confronto*, Annali di statistica, Serie X, vol. 16, Istat.
- Aprile R., Paladini R. (1996), *La riforma del sistema pensionistico obbligatorio e complementare - schede di lettura*, Servizio Studi della Camera dei Deputati, *Introduzione*
- Aprile R., Sidoti A. (2001), "Forecasting Model of The Italian Pension System Built by The Department of General Accounts: some methodological issues" in *Fiscal Sustainability*, Banca d'Italia. Atti del *Workshop on Fiscal Sustainability*, Perugia 20-22 gennaio, 2000.
- Camera dei Deputati (1991), "I modelli di previsione della spesa previdenziale dell'INPS e della RGS", *Servizio Studi*, n. 10.
- CNEL (2001), *Documento di analisi istruttoria sulla previdenza obbligatoria*, documento approvato dall'assemblea del 29 giugno 2001.
- Commissione ministeriale per la valutazione degli effetti della legge n°335/95 e successivi provvedimenti - d.m. del 18 luglio 2001 - (2001), *Verifica del sistema previdenziale ai sensi della legge 335/95 e successivi provvedimenti, nell'ottica della competitività, dello sviluppo e dell'equità*. Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, settembre, Roma.
- Economic Policy Committee (2000), *Progress Report to the Ecofin Council on the Impact of Ageing Population on Public Pension System*. EPC/ECFIN/581/00-Rev.1, November.
- Economic Policy Committee (2001), *Budgetary challenges posed by ageing populations. The impact on public spending on pensions, health and long-term care for the elderly and possible indicators of the long term sustainability of public finances*. Brussels, 24-10-2001. EPC/ECFIN/655/01-EN final.
- European Commission (2002): *Joint report by the Commission and the Council on Adequate and sustainable pensions*, Comunicazione della Commissione al Consiglio, al Parlamento Europeo, al Comitato Economico Sociale e al Comitato delle Regioni.
- Eurostat (2002), *Social protection: expenditure on pensions*.
- Eurostat (2002a), *European social statistics : social protection 1980-1999*.
- Eurostat (2002b), *Social protection in Europe*.
- INPS (1989), *Il modello INPS e le prime previsioni al 2010*, supplemento al n.3 di *Previdenza Sociale*, maggio-giugno '89, Roma.
- INPS (1993), *Le pensioni domani*, Il Mulino, Bologna.
- INPS (1998), *Modello previsionale 1998: un progetto per la simulazione dell'andamento dei regimi generali obbligatori dei lavoratori dipendenti e dei lavoratori autonomi*, dicembre, Roma.
- Istat (1998), *Rapporto annuale - La situazione del Paese nel 1997*, Roma.
- Leibfritz W., Roseveare D., Fore D., Wurzel E. (1995), "Ageing populations, pension systems and government budgets: how do they affect saving?", OECD-Economics Department, *Working Papers*, n.156, Paris.
- Leibfritz W., Roseveare D., Fore D., Wurzel E. (1996), "Ageing populations, pension systems and government budgets: simulations for 20 OECD countries", OECD-Economics Department, *Working Papers*, n.168, Paris.

- Massicci F. (2001), “La previdenza: problemi e prospettive”, in *Temi di finanza pubblica*, Cacucci ed., Bari.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2002): *Rapporto di strategia nazionale sul sistema pensionistico italiano*, Roma.
- Ministero dell’Economia e delle Finanze - RGS (2001), “Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e sanitario. Previsioni elaborate con i modelli del Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati al 2001”, *Temi di finanza pubblica e protezione sociale*. Quaderno n.3 , Roma, dicembre.
- Ministero del Tesoro - RGS (1989), *Metodi per la previsione a lungo termine degli squilibri previdenziali*, Istituto poligrafico e Zecca dello Stato, Roma.
- Ministero del Tesoro - RGS (1991), *FPLD: una proiezione al 2025*, Roma.
- Ministero del Tesoro - RGS (1994), “I rendimenti impliciti della previdenza obbligatoria: un’analisi delle iniquità del sistema”, *Conti pubblici e congiuntura economica*, n.2, Roma.
- Ministero del Tesoro - RGS (1996a), “Il progetto di riforma del sistema pensionistico pubblico presentato dal governo: le tendenze di medio-lungo periodo del FPLD e dei fondi Artigiani e Commercianti”, *Conti pubblici e congiuntura economica*, n.2, appendice, Roma.
- Ministero del Tesoro - RGS (1996b), “Tendenze demografiche e spesa pensionistica”, *Conti pubblici e congiuntura economica*, quaderno monografico n.9, Roma.
- Ministero del Tesoro - RGS (1997a), “Anzianità contributiva dei dipendenti statali: i risultati di una rilevazione”, Roma, documento interno.
- Ministero del Tesoro - RGS (1997b), “Sanità, Scuola e Pensioni. Le nuove previsioni basate sugli scenari demografici Istat”, *Conti pubblici e congiuntura economica*, quaderno monografico n.13, Roma.
- Ministero del Tesoro - RGS (1998), *Demographic trends and pension system equilibrium: the italian case*, Roma, marzo.
- Ministero del Tesoro - RGS (1999), *Aggiornamento del modello di previsione del sistema pensionistico della RGS: le previsioni '99*, Roma, giugno.
- Ministero del Tesoro - RGS (2000), “Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico italiano - previsioni elaborate con il modello della RGS aggiornato al 2000”, *Temi di finanza pubblica e protezione sociale*. Quaderno n. 2, Roma, novembre.
- Ministero del Tesoro (1998), *Italy's convergence towards EMU*, Roma, gennaio.
- Monorchio A. (2000) “La spesa sociale negli ultimi 15 anni: prospettive ed elementi di discussione”, in *Economia italiana*, n.1, gennaio-aprile.
- Nucleo Valutazione Spesa Previdenziale (1998), *Analisi del sistema pensionistico obbligatorio: i dati di base e gli indicatori di gestione*, Vol. 1 e 2, maggio.
- Nucleo Valutazione Spesa Previdenziale (2000), *Gli andamenti finanziari del sistema pensionistico obbligatorio*, luglio.
- Nucleo Valutazione Spesa Previdenziale (2001), *Gli andamenti finanziari del sistema pensionistico obbligatorio*, giugno.
- Nucleo Valutazione Spesa Previdenziale (2002), *Gli andamenti finanziari del sistema pensionistico obbligatorio*, luglio.
- OECD (1998), *Maintaining prosperity in an ageing society*, Parigi, luglio.
- OECD (2000), *Italy*, Economic Survey, maggio.

Spesa per sanità

- Bartolacci S., Berni R., Cislighi C., Forni S., Tediosi F. (2001), "Il valore economico dell'ospedalizzazione in funzione del tempo dalla nascita e dalla morte", *Politiche sanitarie*, 4-6:193-203.
- Economic Policy Committee (2001), *Budgetary challenges posed by ageing populations. The impact on public spending on pensions, health and long-term care for the elderly and possible indicators of the long term sustainability of public finances*. Brussels, 24-10-2001. EPC/ECFIN/655/01-EN final.
- Federterme (2001), *Primo rapporto sul sistema termale in Italia*. Mercuri S.r.l.
- Istat (2002a), *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Indagine Multiscopo sulle famiglie. Anni 1999-2000*.
- Istat (2002b), *I presidi residenziali socio-assistenziali. Anno 1999*.
- Jacobzone *et al.* (2000), "Is the health of older persons in OECD countries improving fast enough to compensate for population ageing?", *OECD Economic Studies*, No. 30, 2000/1.
- Jacobzone, Stephane (2001), "Healthy ageing and the challenges of new technologies - can OECD social and health care system provide for the future?", *Proceedings of the Tokyo workshop on healthy ageing and the biotechnologies*, OECD Ministry of Health, Labour and Welfare in Japan.
- Massicci F. (2002) "Le tendenze di medio-lungo periodo della spesa sanitaria", *Politiche Sanitarie*, n.2, aprile-giugno, Roma
- Ministero del Tesoro - RGS (1996), "Tendenze demografiche e sistema sanitario", *Conti pubblici e congiuntura economica, quaderno monografico*, n.7, Roma.
- Ministero del Tesoro - RGS (1997), "Sanità, Scuola e Pensioni. Le nuove previsioni basate sugli scenari demografici Istat", *Conti pubblici e congiuntura economica, quaderno monografico*, n.13, Roma.
- Ministero del Tesoro - RGS (1999), "Tendenze Demografiche e Spesa Sanitaria. Un'analisi regionale". *Temi di finanza pubblica e protezione sociale. Quaderno n. 1*, Roma, luglio.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze - RGS (2001), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e sanitario. Previsioni elaborate con i modelli del Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati al 2001". *Temi di finanza pubblica e protezione sociale. Quaderno n. 3*. Roma. Dicembre.
- Ministero della Salute (2001a), *Rilevazione attività nel settore dell'alcooldipendenza - Anno 1999*, Dipartimento della tutela della salute umana, della sanità pubblica veterinaria e dei rapporti internazionali - Direzione generale della prevenzione. Roma. Agosto.
- Ministero della Salute (2001b), *Rilevazione attività nel settore tossicodipendenze - Anno 2000*, Sistema Informativo Sanitario. Dipartimento della prevenzione. Ufficio dipendenze da Farmaci e Sostanze d'abuso e AIDS.
- Ministero della Salute (2002), *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2000*. Sistema Informativo Sanitario, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria.
- OECD (2000), *A system of Health Accounts*. Ver 1.0.
- OECD (2002), *OECD Health Data 2002 - A Comparative Analysis of 30 Countries*.
- Regione Lombardia (2001), *Le prestazioni psichiatriche in Lombardia. Anno 2000*. Gestione fondo sanitario regionale. Flussi informativi.