

RIVISTA DI

POLITICA ECONOMICA

**LA DERIVA DEMOGRAFICA.
POPOLAZIONE, ECONOMIA, SOCIETÀ**

INTRODUZIONE STEFANO MANZOCCHI E MARIA RITA TESTA

Stefania Borelli
Giuseppe De Arcangelis
Luca Gerotto
Roberto Impicciatore
Majlinda Joxhe
Francesca Luppi
Andrea Papetti
Massimo Rodà
Alessandro Rosina
Luca Salmasi
Francesca G.M. Sica
Maria Rita Testa
Francesca Tosi
Gilberto Turati

N. 2-2021



Rivista di
Politica Economica

Direttore: Stefano Manzocchi

Advisory Board

Barbara Annicchiarico
Mario Baldassarri
Riccardo Barbieri
Leonardo Becchetti
Andrea Boitani
Massimo Bordignon
Luigi Carbone
Elena Carletti
Alessandra Casarico
Stefano Caselli
Lorenzo Codogno
Luisa Corrado
Carlo Cottarelli
Francesco Daveri
Sergio Fabbrini
Eugenio Gaiotti
Giampaolo Galli
Nicola Giammarioli

Gabriele Giudice
Paolo Guerrieri
Luigi Guiso
Elisabetta Iossa
Francesco Lippi
Francesca Mariotti
Marcello Messori
Salvatore Nisticò
Luigi Paganetto
Ugo Panizza
Andrea Prencipe
Andrea Filippo Presbitero
Riccardo Puglisi
Pietro Reichlin
Francesco Saraceno
Fabiano Schivardi
Lucia Tajoli
Gilberto Turati

RIVISTA DI

POLITICA ECONOMICA

LA DERIVA DEMOGRAFICA.
POPOLAZIONE, ECONOMIA, SOCIETÀ

Introduzione pag. 5
Stefano Manzocchi e Maria Rita Testa

1. DONNE, GIOVANI E L'INVERNO DEMOGRAFICO ITALIANO

La bassa fecondità non è destino.

Spunti per riequilibrare la demografia italiana » 13
Maria Rita Testa

**Crisi demografica: quali politiche familiari
e per le nuove generazioni?** » 39

Alessandro Rosina

**Le ragioni della bassa fecondità italiana: fra cambiamento
culturale, incertezza economica e rigidità istituzionali** » 57

Francesca Luppi

**Ritardi, esclusione e disuguaglianze nei corsi
di vita dei giovani in Italia** » 81

Roberto Impicciatore e Francesca Tosi

2. UNALENTE DEMOGRAFICA SULL'ECONOMIA

L'invecchiamento globale e la permanenza

di tre tendenze secolari » 109

Andrea Papetti

**Mutamenti demografici, spesa sanitaria
e politiche per la salute** » 131

Luca Gerotto, Luca Salmasi e Gilberto Turati

**L'economia della terza età: consumi, ricchezza
e opportunità nella società che invecchia** » 157

Massimo Rodà e Francesca G.M. Sica

**Gli effetti della migrazione sulla struttura produttiva
in Europa: un approccio basato sui *task* lavorativi** » 189

Stefania Borelli, Giuseppe De Arcangelis e Majlinda Joxhe

Mutamenti demografici, spesa sanitaria e politiche per la salute

Luca Gerotto, Luca Salmasi, Gilberto Turati*

- *Il lavoro esplora le relazioni tra i mutamenti demografici, la spesa sanitaria e le politiche per la salute, guardando all'anziano nella sua veste di fruitore dei servizi, elettore, contribuente.*
- *Mentre è incontestabile - sulla base dei dati - che all'aumentare dell'età aumentano anche i rischi per la salute e la necessità di fruire di servizi sanitari, la rassegna della letteratura sull'impatto dell'invecchiamento sulla spesa sanitaria mostra risultati contrastanti. I nostri esercizi su dati regionali italiani mostrano che - nel lungo periodo - c'è un effetto positivo statisticamente significativo della quota degli over 65 sulla spesa sanitaria pubblica pro-capite, che scompare quando si analizzano periodi di tempo brevi. Non ci sono effetti per la quota di "grandi anziani".*
- *Sul fronte politico, gli anziani sembrano privilegiare partiti politici con piattaforme orientate ad un ampliamento della spesa sociale. Se si guarda alle attuali fonti di finanziamento del SSN, i comportamenti di consumo degli anziani possono influenzare lungo diversi canali le entrate e la capacità di finanziamento del SSN.*

JEL Classification: H51, I10, J11.

Keywords: invecchiamento, spesa sanitaria pubblica, politiche sanitarie.

* luca.gerotto@unicatt.it, luca.salmasi@unicatt.it, gilberto.turati@unicatt.it, Università Cattolica del Sacro Cuore, Dipartimento di Economia e Finanza, Facoltà di Economia (campus di Roma).

1. Introduzione

L'obiettivo di questo lavoro, eminentemente descrittivo, è quello di individuare e discutere le relazioni tra mutamenti demografici, spesa sanitaria e politiche per la salute. Le evidenze sulle quali poggia la discussione sono state messe in luce, oltre che da una ormai sterminata letteratura, anche dai saggi precedenti in questo numero della Rivista (si vedano in particolare i contributi di Maria Rita Testa, Alessandro Rosina e Andrea Papetti): la quota della popolazione anziana (convenzionalmente individuata dagli individui con più di 65 anni di età) sul totale della popolazione è aumentata negli ultimi decenni e aumenterà ancora di più nel prossimo futuro. Questo aumento è il risultato di due fenomeni distinti, che vanno considerati congiuntamente: da un lato, un aumento dell'aspettativa di vita, non solo alla nascita ma lungo l'intero arco dell'esistenza di un individuo; dall'altro, una riduzione marcata dei tassi di fertilità, che inaridiscono, inevitabilmente, la quota dei bambini e dei giovani sul totale della popolazione.

Per quanto riguarda i sistemi sanitari, l'invecchiamento della popolazione induce ad almeno due tipi di riflessione. La prima concerne il ruolo che i sistemi sanitari (e l'aumento del loro peso economico nelle ultime decadi) ha giocato nel migliorare l'aspettativa di vita. Sono infatti evidenti i miglioramenti sia sul fronte della riduzione della mortalità infantile, sia sul fronte del trattamento di alcune malattie tipiche di età più avanzate nelle economie più sviluppate (come i malanni cardiocircolatori e le malattie oncologiche). Tralascieremo, in questo saggio, la discussione su questo fronte, per concentrarci invece su una seconda pista di riflessione, quella che guarda agli aspetti di preoccupazione per la finanza pubblica che porta con sé il fenomeno dell'invecchiamento.

Se si guarda all'anziano, circoscrivendo sempre l'analisi ai sistemi sanitari, le prospettive da considerare sono almeno tre: l'anziano come fruitore di servizi; l'anziano come elettore; l'anziano come contribuente. Sul fronte del consumo dei servizi sanitari, è del tutto evidente, dalle statistiche che abbiamo a disposizione, come il consumo di questi servizi tenda inevitabilmente a crescere con l'età: per l'anziano aumenta il rischio di ospedalizzazione, aumentano le necessità di consumare servizi diagnostici adeguati, aumenta il rischio di consumo di farmaci per combattere malattie croniche (per esempio, l'ipertensione, il diabete, l'ipercolesterolemia). È del tutto ovvio, quindi, pensare come la crescita della quota di anziani sulla popolazione dovrebbe portare con sé una crescita dei consumi sanitari, quindi della spesa, che nei sistemi dove vige una assicurazione pubblica universale potrebbe inevitabilmente creare tensioni sulla finanza pubblica. Si è così sviluppata un'ampia letteratura economica che ha cercato di capire se davvero la spesa sanitaria

fosse legata alle maggiori necessità di servizi indotte dal processo di invecchiamento. I risultati di questa letteratura (che discutiamo nella prima parte del lavoro) suggeriscono che la relazione non è poi così solida, almeno nel breve periodo, nel quale la relazione con la spesa, più che per ragioni “strutturali” quali la quota di anziani, potrebbe dipendere da ragioni eminentemente politiche, come le scelte di finanziamento del sistema o le scelte in merito all’aumento del personale impegnato nella produzione dei servizi.

Sul fronte dell’anziano come elettore, infatti, sembra ragionevole attendersi un’attenzione maggiore per quelle piattaforme politiche favorevoli ad un ampliamento (o, perlomeno, ad un mantenimento) dell’intervento pubblico nell’ambito delle politiche sanitarie. Su questo punto, la letteratura economica è molto meno sviluppata. Così come poco sviluppata è la riflessione sul fronte dell’anziano come contribuente. In questo caso, la riflessione non può che basarsi sulle differenze tra paesi nella struttura delle fonti di finanziamento della sanità pubblica, nel nostro caso del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Il lavoro è strutturato come segue. Nella prima sezione, che costituisce la parte centrale del saggio, affrontiamo il legame tra invecchiamento e spesa sanitaria. Dopo un’ampia rassegna della letteratura, ci concentriamo in particolare su un semplice esercizio econometrico volto ad indagare il legame tra invecchiamento e spesa sanitaria nelle regioni italiane. La seconda sezione propone alcune prime riflessioni sul legame tra invecchiamento, comportamento degli elettori e politiche per la salute. La terza sezione discute il legame tra invecchiamento e finanziamento del SSN. La quarta e ultima sezione raccoglie alcune brevi considerazioni finali.

2. Invecchiamento e spesa sanitaria

2.1 COSA SAPIAMO SUL LEGAME TRA INVECCHIAMENTO E SPESA SANITARIA

La crescita della spesa sanitaria che è stata osservata negli scorsi decenni in tutti i principali paesi industrializzati ha chiaramente molti fattori esplicativi (Gerdtham e Johnsson, 2000¹): conta certamente lo sviluppo di nuove tecnologie, più efficaci ma potenzialmente anche più costose; conta l’espansione dei servizi dedicati alla cura delle persone nei moderni sistemi sanitari; contano anche le inefficienze nella fornitura di questi servizi per i numerosi conflitti di interesse. Contano, però, anche i profili di consumo, che sono in-

¹Gerdtham U.G., Jonsson B., "International Comparisons of Health Expenditure: Theory, Data and Econometric Analysis", *Handbook of Health Economics*, in Culyer A.J., Newhouse J.P. (eds.), 2000, *Handbook of Health Economics*, edition 1, 1 (1), pp. 11-53, Elsevier.

fluenzati dall'età. L'evidenza empirica – anche semplicemente aneddotica – mette infatti chiaramente in luce una relazione positiva fra l'età di una persona e la spesa di quella persona per beni e servizi sanitari, sostenuta *out-of-pocket* direttamente dalla persona, o dalla sua assicurazione privata, o dallo schema pubblico di assicurazione nei sistemi laddove questo esiste.

In questa sezione ci limitiamo a discutere il filone di letteratura economica che guarda all'impatto dell'età sulla spesa sanitaria, senza porci la questione se questo sia o non sia il determinante principale della spesa. Alcuni lavori, come ad esempio Crivelli *et al.* (2006)², Di Matteo (2005)³, o Murthy e Okunade (2016)⁴, sottolineano come si riscontrino effettivamente una relazione (sia su dati cross-sezionali, sia su serie storiche) fra la percentuale di popolazione anziana e la spesa sanitaria pro-capite in un determinato territorio. Tuttavia, alcuni lavori che analizzano dati individuali piuttosto che le dinamiche aggregate, suggeriscono come non sia esattamente così; o, meglio, suggeriscono che a guidare la crescita della spesa non sia tanto l'età, quanto l'approssimarsi del momento del decesso (*proximity to death*).

Questo filone di letteratura ha avuto inizio a partire dal noto lavoro di Zweifel *et al.* (1999)⁵, in cui gli autori definiscono l'invecchiamento della popolazione come una "falsa pista" (*red herring*) al riguardo della dinamica della spesa sanitaria. Gli autori, nelle loro analisi basate su dati svizzeri, prendono in considerazione un ampio campione composto da individui più anziani di 65 anni e che siano negli ultimi due anni della loro vita. Non individuano un effetto significativo dell'età sulla spesa sanitaria; mentre identificano un effetto, statisticamente rilevante e positivo, dell'età sulla spesa sanitaria solo prendendo in considerazione anche individui sotto la soglia dei 64 anni. Gli autori ricollegano questo effetto al maggior impegno profuso, anche in termini di risorse impiegate, per tentare di salvare la vita ad una persona relativamente giovane e che, avendo più anni "potenziali" di vita davanti, subirebbe una perdita maggiore da un prematuro decesso (*value of life saving*, vedi Schelling, 1968)⁶. Gli autori trovano quindi supporto per l'ipotesi che lega la crescita della spesa sanitaria individuale non tanto all'età in sé, quanto all'appros-

² Crivelli L., Filippini M., Mosca I., "Federalism and Regional Health Care Expenditures: An Empirical Analysis for the Swiss Cantons", *Health Economics*, 2006, 15 (5), pp. 535-541.

³ Di Matteo L., "The Macro Determinants of Health Expenditure in the United States and Canada: Assessing the Impact of Income, Age Distribution and Time", *Health policy*, 2005, 71 (1), pp. 23-42.

⁴ Murthy V.N., Okunade A.A., "Determinants of US Health Expenditure: Evidence from Autoregressive Distributed Lag (ARDL) Approach to Cointegration", *Economic Modelling*, 2016, 59, pp. 67-73.

⁵ Zweifel P., Felder S., Meiers M., "Ageing of Population and Health Care Expenditure: A Red Herring?", *Health Economics*, 1999, 8 (6), pp. 485-496.

⁶ Schelling T.C., "The Life You Save May Be Your Own", *Problems in Public Expenditure*, 1968, pp. 127-162.

simarsi del momento del decesso: la correlazione positiva fra età e spesa pro-capite media è dovuta al fatto che tanto più prendiamo una coorte che è prossima alla soglia dell'aspettativa di vita – se non addirittura oltre tale soglia – tanto maggiore sarà la percentuale di persone che si trovano negli ultimi due anni della propria vita.

L'evidenza presentata da Zweifel *et al.* (1999) ha stimolato un dibattito in letteratura, con diversi lavori, quale ad esempio quello di Seshamani e Gray (2004)⁷, che hanno controargomentato sottolineando l'importanza del ruolo dell'invecchiamento sulla spesa sanitaria. Zweifel *et al.* (2004)⁸ hanno ulteriormente contribuito a questo dibattito analizzando il ruolo dell'età sulla spesa sanitaria sia dei pazienti negli ultimi anni della propria vita (*non-survivors*) sia di quelli che invece non sono negli ultimi anni della propria vita (*survivors*). Zweifel *et al.* (2004) confermano il risultato principale di Zweifel *et al.* (1999) – cioè che l'età non ha un impatto significativo sulla spesa dei *non-survivors* – ma riconoscono invece la presenza di un impatto significativo dell'età sulla spesa dei *survivors*; al contempo, riaffermano che la mancata considerazione del ruolo del *time-to-death* induce a sovrastimare la spesa futura alla luce delle previsioni demografiche che indicano un prossimo invecchiamento della popolazione. Palangkaraya e Yong (2009)⁹, in uno studio su 22 paesi OCSE, trovano che l'età non influenza la spesa sanitaria una volta che si controlli per la vicinanza al decesso, che è viceversa una variabile significativa. Anche Polder *et al.* (2006)¹⁰ trovano supporto per l'ipotesi che, a parità di altre condizioni, il costo dei pazienti *non-survivors* sia maggiore dei *survivors*.

In conclusione, se l'invecchiamento della popolazione è principalmente dovuto ad un aumento della speranza di vita, l'impatto dell'invecchiamento sulla spesa sanitaria è quantomeno più contenuto di quanto ci si aspetterebbe applicando i “vecchi” profili età-spesa media al nuovo quadro demografico. In questo senso, le stime di Breyer *et al.* (2010)¹¹, che si inseriscono nel filone *red herring*, trovano che l'invecchiamento della popolazione fa crescere di circa mezzo punto percentuale all'anno la spesa sanitaria; un effetto quindi non nullo, ma moderato. Lo studio evidenzia anche come i canali che esercitano pressione sulla spesa sanitaria possano essere

⁷ Seshamani M., Gray A., “Ageing and Health-Care Expenditure: The Red Herring Argument Revisited”, *Health Economics*, 2004, 13 (4), pp. 303-314.

⁸ Zweifel P., Felder S., Werblow A., “Population Ageing and Health Care Expenditure: New Evidence on the Red Herring”, *The Geneva Papers on Risk and Insurance-Issues and Practice*, 2004, 29 (4), pp. 652-666.

⁹ Palangkaraya A., Yong J., “Population Ageing and Its Implications on Aggregate Health Care Demand: Empirical Evidence from 22 OECD Countries”, *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 2009, 9 (4), p. 391.

¹⁰ Polder J.J., Barendregt J.J., van Oers H., “Health Care Costs in the Last Year of Life - The Dutch Experience”, *Social Science & Medicine*, 2006, 63 (7), pp. 1720-1731.

¹¹ Breyer F., Costa-Font J., Felder S., “Ageing, Health, and Health Care”, *Oxford Review of Economic Policy*, 2010, 26 (4), pp. 674-690.

altri, non strettamente legati all'età; ad esempio, un aumento del reddito pro-capite induce gli individui ad incrementare la propria domanda per i diversi beni, inclusa quindi la disponibilità a pagare per una maggiore longevità in buona salute, che esercita pressione sulla spesa sanitaria. Anche Yang *et al.* (2003)¹² rilevano che l'aumento dell'aspettativa di vita dei beneficiari del programma *Medicare* (il programma pubblico dedicato agli anziani negli Stati Uniti) dovrebbe causare un aumento della spesa sanitaria inferiore alle attese, proprio perché la spesa sanitaria tende ad accumularsi negli ultimi anni di vita piuttosto che negli anni aggiuntivi in buona salute. Hazra¹³ *et al.* (2018) in uno studio empirico su dati britannici relativi a pazienti più anziani di 80 anni, riportano che a guidare i costi sono la presenza di comorbidità e di invalidità e la prossimità alla morte, non tanto l'età, sebbene i costi addizionali legati alla prossimità alla morte per gli over 80 decrescano al crescere dell'età. Anche Moore *et al.* (2017)¹⁴ trovano un ruolo significativo della prossimità al decesso, ma non dell'età, analizzando la spesa per ricette mediche in Irlanda. De Nardi *et al.* (2017)¹⁵, al contrario, sostengono che la spesa per pazienti prossimi al decesso, benché più elevata della media pro-capite, non abbia un effetto così grande sul totale della spesa da essere considerata un determinante decisivo della spesa sanitaria complessiva negli Stati Uniti.

Questi risultati contrastanti della letteratura empirica possono essere letti alla luce della sintesi che de Meijer *et al.* (2013)¹⁶ hanno proposto delle tre diverse ipotesi circa l'effetto di una maggiore longevità sul numero di anni in buona salute: la *compressione delle morbidità*, l'*estensione delle morbidità*, il *rinvio delle morbidità*, che sono state avanzate nel corso degli anni Ottanta (Kramer 1980; Fries 1980; Olshansky *et al.* 1991; Payne *et al.* 2007)¹⁷. La prima ipotesi suggerisce che alla maggiore longevità sia accompagnato anche un aumento

¹² Yang Z., Norton E.C., Stearns S.C., "Longevity and Health Care Expenditures: The Real Reasons Older People Spend More", *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 2003, 58 (1), pp. S2-S10.

¹³ Hazra N.C., Rudisill C., Gulliford M.C., "Determinants of Health Care Costs in the Senior Elderly: Age, Comorbidity, Impairment, or Proximity to Death?", *The European Journal of Health Economics*, 2018, 19 (6), pp. 831-842.

¹⁴ Moore P.V., Bennett K., Normand C., "Counting the Time Lived, the Time Left or Illness? Age, Proximity to Death, Morbidity and Prescribing Expenditures" *Social Science & Medicine*, 2017, 184, pp. 1-14.

¹⁵ De Nardi M., French E., Jones J.B., McCauley J., "Medical Spending of the US Elderly", *Fiscal Studies*, 2016, 37 (3-4), pp. 717-747.

¹⁶ de Meijer C., Wouterse B., Polder J., Koopmanschap M., "The Effect of Population Aging on Health Expenditure Growth: A Critical Review", *European Journal of Ageing*, 2013, 10 (4), pp. 353-361.

¹⁷ Kramer M., "The Rising Pandemic of Mental Disorders and Associated Chronic Diseases and Disabilities", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1980, 62 (S285), pp. 382-397; Fries J.F., "Aging, Natural Death, and the Compression of Morbidity", *The New England Journal of Medicine*, 1980, 303 (3), pp. 130-250; Olshansky S.J., Rudberg M.A., Carnes B.A., Cassel C.K., Brody J.A., "Trading off Longer Life for Worsening Health: the Expansion of Morbidity Hypothesis", *Journal of Aging and Health*, 1991, 3 (2), pp. 194-216; Payne G., Laporte A., Deber R., Coyte P.C., "Counting Backward to Health Care's Future: Using Time-to-death Modeling to Identify Changes in End-of-life Morbidity and the Impact of Aging on Health Care Expenditures", *The Milbank Quarterly*, 2007, 85 (2), pp. 213-257.

degli anni in buona salute e, di conseguenza, un numero inferiore di anni (sia in valore assoluto, sia in termini relativi) di salute deteriorata. La *compressione della morbilità*, se associata all'invecchiamento, porterebbe con sé addirittura *riduzioni* della spesa sanitaria. La seconda ipotesi, l'*estensione delle morbilità*, si basa sull'idea che il numero di anni in buona salute resti più o meno costante e, di conseguenza, che un aumento della longevità porti ad un corrispondente aumento del numero di anni di vita con salute deteriorata. In questo caso, ci si attendono quindi pressioni al rialzo sulla spesa sanitaria. Al contrario, la teoria del *rinvio della morbilità* ipotizza che il numero di anni con salute deteriorata resti in qualche misura costante e, di conseguenza, che un aumento della longevità porti ad un corrispondente aumento del numero di anni di vita in buona salute. L'effetto sulla spesa sanitaria è sostanzialmente nullo, perché le spese degli anziani vengono rinviate al futuro ma non si modificano. È l'idea che sta dietro alla letteratura del *time-to-death*. La letteratura empirica discussa in precedenza ha nei fatti rigettato l'ipotesi della *compressione della morbilità*, ma vi è evidenza contrastante a favore tanto della *estensione* quanto del *rinvio della morbilità*.

Sebbene la maggior parte delle analisi siano focalizzate più sull'aspetto sanitario che non su quello sociosanitario, vale comunque la pena menzionare il tema della spesa per la *Long Term Care* (LTC). Questa, infatti, è principalmente legata alla perdita di autosufficienza dovuta alla presenza di malattie croniche e, a differenza che per la cura delle malattie acute, l'evidenza empirica sintetizzata in de Meijer *et al.* (2013) suggerisce che la spesa cresce significativamente con l'età, anche avendo controllato per il *time-to-death*. Carrieri *et al.* (2017)¹⁸ hanno individuato un maggiore livello di iniquità nell'accesso a personale non specializzato che fornisca i servizi di LTC ("badanti") nei paesi dell'Europa meridionale, tra cui appunto l'Italia, che sono caratterizzati da una spesa pubblica relativamente contenuta per questi servizi rispetto, ad esempio, ai paesi nordici. Questo diverso approccio fa sì che siano principalmente i più abbienti ad accedere, attraverso risorse proprie, ai servizi offerti da personale specializzato o non specializzato, mentre i ceti medio-bassi si basano maggiormente su una rete informale di assistenza formata da parenti ed amici. La possibilità di basarsi su questa rete informale, tuttavia, rischia di venire progressivamente meno a causa della transizione demografica, che porterà appunto ad un aumento del rapporto fra numero di anziani e numero di persone in età lavorativa, e della crescente occupazione femminile. Gli autori suggeriscono, pertanto, una riorganizzazione della LTC a favore della cosiddetta *community care*, che potrebbe costituire

¹⁸ Carrieri V., Di Novi C., Orso C.E., "Home Sweet Home? Public Financing and Inequalities in the Use of Home Care Services in Europe", *Fiscal Studies*, 2017, 38 (3), pp. 445-468.

un adeguato compromesso da un lato per i costi, e dall'altro per la preferenza per gli assistiti di restare all'interno di una rete familiare ed amicale nella quale sono a loro agio. Il tema dell'impatto dell'invecchiamento sulla domanda per LTC è evidenziato anche da diversi altri lavori, fra i quali il già citato Breyer *et al.* (2010), Costa-Font (2010) e Costa-Font *et al.* (2008)¹⁹.

2.2 COSA DICONO GLI ESERCIZI DI PREVISIONE

Come già osservato, oltre al ruolo delle dinamiche demografiche e dell'invecchiamento discusso precedentemente, ci sono altri fattori che influenzano la spesa sanitaria. Dal lato della domanda, un più alto reddito pro-capite comporta una domanda per beni e servizi sanitari più elevata: vi è robusta evidenza in letteratura (per esempio, Ke *et al.*, 2011)²⁰ riguardo al fatto che l'elasticità della spesa sanitaria rispetto al reddito pro-capite sia positiva; mentre è più dibattuto se l'elasticità sia inferiore all'unità (ad un aumento del reddito dell'1%, corrisponde un aumento della spesa sanitaria inferiore all'1%), oppure uguale, o addirittura superiore a 1 (identificando addirittura i servizi sanitari come "beni di lusso", Baltagi *et al.*, 2017²¹).

Dal punto di vista dell'offerta, è necessario innanzitutto considerare il ruolo dell'innovazione tecnologica, che può abbassare la spesa in caso di innovazioni costo-efficienti, o incrementarla in caso di innovazioni più efficaci ma anche più costose, con la bilancia che al momento sembra pendere largamente a favore di quest'ultima ipotesi (Cahan *et al.*, 2020)²². Sempre dal lato dell'offerta è necessario ricordare il tema della produttività sottolineato dalla "malattia dei costi" che caratterizza alcune industrie ad alta intensità di lavoro (Baumol, 1993)²³. Questa "malattia dei costi" si riferisce al fatto che, in linea generale, i salari tendono a crescere al crescere della produttività; ciò mette pressione anche ai salari in settori che sono caratterizzati da un'alta intensità di lavoro, da una bassa crescita della produttività e da una limitata possibilità di sostituire lavoro con capitale (come ad esempio la sanità, l'istruzione o l'industria delle *performing arts*) e porta ad avere, in questi settori, una crescita dei salari che è mag-

¹⁹ Costa-Font J., "Family Ties and Long-term Care Insurance Crowding Out", *Oxford Review of Economic Policy*, 2010, 26 (4), pp. 691-712; Costa-Font J., Wittenberg R., Patxot C., Comas-Herrera A., Gori C., Di Maio A., Pickard L., Pozzi A., Rothgang H., "Projecting Long-term Care Expenditure in Four European Union Member States: The Influence of Demographic Scenarios", *Social indicators research*, 2008, 86 (2), pp. 303-321.

²⁰ Ke X.U., Saksena P., Holly A., "The Determinants of Health Expenditure: A Country-level Panel Data Analysis", *Geneva: World Health Organization*, 2011, 26 (1-28).

²¹ Baltagi B.H., Lagravinese R., Moscone F., Tosetti E., "Health Care Expenditure and Income: A Global Perspective", *Health Economics*, 2017, 26 (7), pp. 863-874.

²² Cahan E.M., Kocher R., Bohn R., "Why Isn't Innovation Helping Reduce Health Care Costs", *Health Affairs Blog*, 2020, <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hblog20200602.168241/full/>

²³ Baumol W.J., "Health Care, Education and the Cost Disease: A Looming Crisis for Public Choice", *Public choice*, 1993, 77 (1), pp. 17-28.

giore della crescita della produttività. Come conseguenza di questa “malattia dei costi”, a parità di altre condizioni, l’incidenza della spesa sanitaria sul prodotto interno lordo è destinata a crescere nel tempo.

Sono stati sviluppati diversi modelli di previsione che hanno l’obiettivo di proiettare la spesa sanitaria considerando alcuni o tutti i fattori sopracitati. Ad esempio, il modello sviluppato dall’*Ageing Working Group* ed utilizzato dalla Commissione europea all’interno del *2021 Ageing Report* (European Commission DG ECFIN, 2021)²⁴ considera: le proiezioni demografiche, corrispondenti a quelle elaborate da Eurostat sui dati 2019; i profili di spesa relativi all’età, tenuti costanti ai rispettivi livelli del 2019; lo sviluppo dei costi di produzione, che assumono proporzionali allo sviluppo del PIL pro-capite; e l’elasticità della domanda rispetto al reddito, assunta pari a 1. Si discutono anche diversi scenari alternativi, fra cui quelli che ipotizzano una maggiore longevità rispetto alle proiezioni, oppure che applicano la teoria della *compressione della morbidità* oppure quella del *time-to-death* alla stima dei profili età-spesa. Un modello simile è quello utilizzato dall’OCSE (de la Maisonneuve e Martins, 2013)²⁵.

Per quanto concerne l’Italia, la Ragioneria Generale dello Stato prepara annualmente un rapporto circa le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e sociosanitario. Nell’aggiornamento relativo al 2021, il modello utilizzato per la stima della spesa sanitaria ricalca quello utilizzato dalla Commissione europea: partendo da previsioni demografiche e macroeconomiche, viene ipotizzata l’invarianza del profilo dei consumi specifici per età, sesso e tipologia di prestazione (che equivale ad assumere che ci sia una *estensione delle morbidità*); al fine di ottenere una proiezione per la spesa sanitaria, si assume inoltre che la dinamica del costo unitario delle prestazioni sanitarie sia agganciata alla dinamica del PIL pro-capite²⁶. Secondo quanto discusso nel rapporto più recente, la spesa sanitaria, partendo dal 6,4% del PIL previsto per il 2024 dal Documento di Economia e Finanza a legislazione vigente, raggiungerebbe circa il 7% nel 2035, circa il 7,5% nel 2045, per poi attestarsi a circa il 7,7% del PIL a partire dal 2055 fino al 2070, cioè l’ultimo anno di previsione considerato nel rapporto. Un esercizio differente è quello di definire le politiche necessarie per stabilizzare la spesa sanitaria in rapporto al PIL alla luce dell’evoluzione demografica. Se il livello al quale si stabilizza la spesa fosse il 6,4%

²⁴ European Commission DG ECFIN (2021), “The 2021 Ageing Report - Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2019-2070)”, *European Economy Institutional Papers 148*, Publication Office of the European Union, https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/economy-finance/ip148_en.pdf

²⁵ de la Maisonneuve C., Martins J.O., “A Projection Method for Public Health and Long-term Care Expenditures”, *OECD Economics Department Working Papers*, 2013, n. 1048.

²⁶ https://www.rgs.mef.gov.it/_Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivita_di_previsione_RGS/2021/Rapporto_n22_2021_01092021.pdf

del PIL, questo significherebbe che la spesa pro-capite, a parità di età, sesso e tipologia di prestazione, subirebbe una riduzione di circa il 18% da qui al 2070.

Come anche il rapporto della Commissione europea, il rapporto della Ragioneria Generale dello Stato considera scenari alternativi per verificare la robustezza delle proprie previsioni. Una di queste prende in considerazione, piuttosto che l'ipotesi di *estensione delle morbidità* implicitamente assunta nello scenario base, l'ipotesi del *time-to-death* per la spesa ospedaliera e quella della *compressione delle morbidità* per le restanti componenti della spesa sanitaria. Questi scenari porterebbero naturalmente ad una crescita meno marcata della spesa sanitaria, che in rapporto al PIL risulterebbe essere di uno o due decimi di punto percentuale inferiore rispetto allo scenario base lungo tutto l'arco temporale considerato (2024-2070), raggiungendo un massimo di circa il 7,5% del PIL attorno al 2055.

2.3 UN ESERCIZIO ECONOMETRICO PER LE REGIONI ITALIANE

In questo paragrafo, utilizzando i dati ISTAT - *Health for all*, proponiamo un nuovo esercizio volto ad indagare la relazione fra spesa sanitaria ed invecchiamento della popolazione. I dati sono su base regionale e con frequenza annuale. La spesa sanitaria presa in considerazione è la spesa sanitaria pubblica corrente pro-capite, espressa in termini nominali. Questa stessa spesa nominale è poi stata trasformata in termini reali utilizzando i coefficienti di rivalutazione calcolati dall'ISTAT²⁷. Nel resto della sezione ci riferiremo, per semplicità, a "spesa sanitaria nominale" e "spesa sanitaria reale" per identificare queste due variabili.

Per catturare l'invecchiamento della popolazione consideriamo due variabili: la percentuale di popolazione residente nella regione con più di 65 anni di età o con più di 85 anni di età (over 65 ed over 85 rispettivamente). In aggiunta, abbiamo considerato anche una variabile che catturi le dinamiche dell'offerta, misurata attraverso il numero di posti letto ospedalieri ordinari ogni diecimila abitanti, indicati sinteticamente come "posti letto"²⁸. Le statistiche descrittive riguardo queste variabili sono riportate nella Tabella A.1, in Appendice.

La dinamica della spesa sanitaria in termini reali nell'arco temporale 1990-2019, sia a livello nazionale, sia come media delle sole Regioni a Statuto Ordinario suddivise per macroarea, è riportata nella Figura 1. Si può notare come la spesa pro-capite a livello nazionale, dopo una

²⁷ <https://www.istat.it/it/archivio/230127>

²⁸ I dati per gli anni 1991-1995 sono stati ripresi da Caroppo M.S., Turati G., *I sistemi sanitari regionali in Italia: riflessioni in una prospettiva di lungo periodo*, Vita e pensiero, 2007.

fase di calo nei primi anni Novanta dovuta alla necessità di contenere la spesa pubblica per garantire il rispetto dei parametri europei, a partire dal 1995 ha ripreso a crescere fino alla recessione conseguente alla crisi finanziaria globale (2008-09), per poi subire un lieve calo. Le dinamiche delle diverse macroaree sono altamente correlate con quella nazionale, ed evidenziano anche una convergenza della spesa pro-capite nelle diverse aree del Paese, che all'inizio degli anni Novanta appariva essere maggiormente eterogenea.

Figura 1 - Spesa sanitaria pubblica reale pro-capite



All'interno delle macroaree sono considerate solo le Regioni a Statuto Ordinario.
Fonte: ISTAT - *Health for all*.

Le Tabelle 1, 2 e 3 riportano i risultati degli esercizi econometrici. Abbiamo a disposizione un *panel* completo per gli anni che vanno dal 1991 al 2017. La variabile dipendente, in tutti e tre i casi, è la spesa sanitaria, in termini nominali (colonne dispari), o in termini reali (colonne pari). Tutte le specificazioni includono, oltre a effetti fissi di anno e di regione e alla variabile che identifica la struttura dell'offerta (i posti letto), un indicatore di invecchiamento: gli over 65 (Tabella 1), gli over 85 (Tabella 2) o, nella Tabella 3, la popolazione over 65 suddivisa fra coloro che sono fra i 65 e gli 85 anni (over 65-under 85) e gli over 85. I modelli sono stimati con il metodo OLS e gli *standard error* sono clusterizzati a livello regionale per tenere conto della possibile correlazione seriale degli errori.

Tabella 1 - Spesa sanitaria pubblica corrente e over 65, pro-capite, 1991-2017

Spesa	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
	Nom.	Reale	Nom.	Reale	Nom.	Reale	Nom.	Reale	Nom.	Reale
Over 65	32.46** (14.17)	48.09*** (15.12)	42.70*** (15.04)	54.64*** (15.92)	-25.61 (45.33)	-40.04 (64.48)	30.68 (24.65)	39.05 (26.88)	19.35 (37.26)	21.01 (38.75)
Posti letto	3.32** (1.68)	4.14** (2.03)	2.10 (1.78)	2.92 (2.05)	2.19** (1.06)	3.60** (1.41)	5.61 (3.75)	6.44 (4.46)	1.18 (2.46)	1.34 (2.44)
Posti letto* _{I_{00s}}			3.58 (2.89)	3.49 (3.27)						
Posti letto* _{I_{10s}}			8.23** (3.21)	4.87 (3.46)						
Over 65* _{I_{00s}}			-4.01 (4.56)	-10.72** (5.34)						
Over 65* _{I_{10s}}			5.5 (7.67)	-1.09 (9.62)						
FE Regionali	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
FE Anno	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Anni	91-17	91-17	91-17	91-17	91-99	91-99	00-09	00-09	10-17	10-17
R ²	0.98	0.94	0.98	0.94	0.93	0.9	0.96	0.92	0.92	0.93
Adj. R ²	0.98	0.93	0.98	0.94	0.91	0.89	0.95	0.91	0.9	0.92
Num. oss.	540	540	540	540	180	180	200	200	160	160

Note: OLS. SE clusterizzati a livello di regione. Livello di significatività: ***p<0.01; **p<0.05; *p<0.1

Fonte: elaborazioni degli autori.

Tabella 2 - Spesa sanitaria pubblica corrente e over 85, pro-capite, 1991-2017

Spesa	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
	Nom.	Reale	Nom.	Reale	Nom.	Reale	Nom.	Reale	Nom.	Reale
Over 85	4.69 (86.46)	-32.45 (99.08)	52.16 (93.99)	72.47 (113.85)	-11.96 (62.91)	-129.4 (102.96)	57.28 (112.62)	88.47 (127.12)	-81.64 (127.61)	-95.85 (131.05)
Posti letto	3.35* (1.79)	4.01* (2.13)	2.09 (1.82)	2.9 (2.09)	2.04* (1.07)	2.67** (1.32)	5.17 (3.62)	5.83 (4.30)	0.61 (2.70)	0.72 (2.60)
Posti letto* _{I_{00s}}			3.77 (3.03)	3.83 (3.40)						
Posti letto* _{I_{10s}}			8.36** (4.03)	4.93 (4.76)						
Over 85* _{I_{00s}}			-46.35 (29.80)	-88.87*** (34.09)						
Over 85* _{I_{10s}}			-31.75 (38.39)	-72.81 (46.13)						
FE Regionali	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
FE Anno	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Anni	91-17	91-17	91-17	91-17	91-99	91-99	00-09	00-09	10-17	10-17
R ²	0.98	0.93	0.98	0.94	0.93	0.91	0.96	0.92	0.92	0.93
Adj. R ²	0.98	0.93	0.98	0.93	0.91	0.89	0.95	0.91	0.9	0.92
Num. oss.	540	540	540	540	180	180	200	200	160	160

Note: OLS. SE clusterizzati a livello di regione. Livello di significatività: ***p<0.01; **p<0.05; *p<0.1

Fonte: elaborazioni degli autori.

Tabella 3 - Spesa sanitaria pubblica corrente, over 65-under 85 e over 85, pro-capite, 1991-2017

Spesa	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
	Nom.	Reale	Nom.	Reale	Nom.	Reale	Nom.	Reale	Nom.	Reale
O65-U85	34.64** (14.33)	49.05*** (14.98)	61.61*** (16.97)	77.46*** (22.33)	-25.51 (45.71)	-38.88 (64.88)	33.1 (25.09)	42.64 (27.45)	28.52 (33.79)	31.64 (34.82)
Over 85	74.73 (90.77)	66.73 (99.79)	40.92 (77.76)	48.74 (89.46)	-36.58 (77.13)	-166.92 (123.49)	109.29 (116.28)	155.46 (129.64)	-78.15 (125.61)	-91.98 (128.64)
Posti letto	3.49* (1.82)	4.22* (2.18)	2.23 (1.93)	3.06 (2.19)	2.12* (1.09)	2.78** (1.40)	5.4 (3.65)	6.14 (4.36)	1.36 (2.71)	1.56 (2.65)
Posti letto* I_{00s}			3.43 (3.26)	3.33 (3.74)						
Posti letto* I_{10s}			8.19*** (3.04)	4.76 (3.61)						
O65-U85* I_{00s}			-12.75 (17.94)	-20.09 (19.85)						
O65-U85* I_{10s}			-25.61 (24.95)	-39.18 (28.92)						
Over 85* I_{00s}			45.59 (89.66)	44.57 (100.67)						
Over 85* I_{10s}			127.12 (93.57)	148.59 (113.41)						
FE Regionali	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
FE Anno	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Anni	91-17	91-17	91-17	91-17	91-99	91-99	00-09	00-09	10-17	10-17
R ²	0.98	0.94	0.98	0.94	0.93	0.91	0.96	0.92	0.92	0.94
Adj. R ²	0.98	0.93	0.98	0.94	0.91	0.89	0.95	0.91	0.9	0.92
Num. oss.	540	540	540	540	180	180	200	200	160	160

Note: OLS. SE clusterizzati a livello di regione. Livello di significatività: ***p<0.01; **p<0.05; *p<0.1

Fonte: elaborazioni degli autori.

Ogni tabella riporta i risultati di diverse specificazioni: nelle prime due colonne (una per la spesa nominale, l'altra per quella reale) abbiamo riportato il modello base, in cui la spesa è regredita sull'indicatore di invecchiamento ed il numero di posti letto, con l'inclusione di effetti fissi per regione e per anno. Nella terza e nella quarta colonna, al modello base vengono aggiunte le interazioni fra le variabili indipendenti e delle *dummy* che indicano i decenni (I_{00s} per gli anni Duemila, I_{10s} per gli anni Duemiladieci). Le ultime sei colonne utilizzano lo stesso modello base adottato nelle prime due, ma l'analisi viene condotta per sottoperiodi: anni Novanta (1991-1999), anni Duemila (2000-2009) ed anni Duemiladieci (2010-2017).

I risultati riportati nella Tabella 1 indicano come, nel periodo che va dal 1991 al 2017, la frazione di popolazione più anziana di 65 anni sia un fattore associato alla dinamica della spesa sanitaria, tanto in termini nominali quanto in termini reali; i coefficienti stimati sono positivi e

statisticamente significativi. L'inclusione di *dummy* relative ai diversi decenni indicano però che la correlazione delle dinamiche di invecchiamento con la spesa reale non è stata costante nei tre decenni considerati. Similmente, il numero di posti letto ogni diecimila abitanti è una variabile con coefficiente positivo e statisticamente significativo, come significative sono alcune interazioni di questa variabile con le *dummy* per i decenni. Il quadro cambia, però, quando si analizzano i sottoperiodi: la percentuale di over 65 cessa di essere una variabile significativa. Questo suggerisce che l'invecchiamento sia un correlato rilevante della spesa sanitaria quando si prende in considerazione un ampio orizzonte temporale, ma nel breve periodo sono altre le variabili più importanti associate con la dinamica della spesa.

L'analisi che utilizza la percentuale di over 85 come misura di invecchiamento suggerisce invece una diversa interpretazione. Questa variabile non è mai significativa nelle diverse specificazioni del modello considerate; è negativa e significativa al 5% solo l'interazione fra over 85 e la *dummy* anni Duemila nella quarta specificazione del modello, ma una volta aggiunta alla stima per la variabile over 85, positiva ma non significativa, produce un valore vicino a zero e non statisticamente diverso dallo stesso, ribadendo l'irrilevanza della frazione di persone più anziane di 85 anni in associazione con la spesa sanitaria. Questa evidenza è però solo parzialmente sorprendente: per determinate voci di spesa, la spesa media individuale non cresce monotonicamente con l'età e, addirittura, oltre certe soglie, tende a ridursi. Ad esempio, come riportato nel *Monitoraggio della Spesa Sanitaria*²⁹ redatto dalla Ragioneria Generale dello Stato, la spesa specialistica netta in convenzione si riduce una volta superata la soglia di 77-78 anni, tanto che per un 85enne viene speso mediamente tanto quanto viene speso per un 70enne, e per un 90enne viene speso tanto quanto viene speso per un 65enne.

La Tabella 3 rinforza l'intuizione data dalle prime due: dividendo gli over 65 nelle fasce che vanno dai 65 agli 85 ed in quella che va dagli 85 in su, la prima variabile appare come significativa se si considera l'intero periodo 1991-2017, ma non se si considerano i sottoperiodi – esattamente come la variabile over 65 nella Tabella 1 – mentre la variabile over 85 non è mai significativa – esattamente come la variabile over 85 nella Tabella 2. Questa evidenza sembra suggerire una estensione della morbilità come spiegazione rilevante per gli individui tra i 65 e gli 85 anni e un rinvio delle morbilità per la categoria dei grandi anziani. In altre parole, si evidenzia una associazione tra l'invecchiamento e la spesa sanitaria con effetti apprezzabili solo nel lungo periodo e solo per gli anziani, ma non per i grandi anziani. Questi effetti, infatti, identificano una età critica intorno agli 80 anni: una vita in buona salute oltre

²⁹ <https://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2021/IMDSS-RS2021.pdf>

questa soglia non comporta impatti rilevanti sulla spesa, almeno in termini di spesa sanitaria per acuti. Le possibili spiegazioni sono almeno due: la prima è che l'effetto dell'aumento della quota dei grandi anziani sulla spesa si vede sulla spesa sociosanitaria per la *Long Term Care*, per l'innescarsi di malattie degenerative che richiedono assistenza, anche continuativa, ma interventi sanitari poco costosi; la seconda è che le malattie dei grandi anziani, anche gravi, vengono trattate con cure relativamente meno costose rispetto a quelle utilizzate per le altre età.

3. Invecchiamento e politiche sanitarie

Nella sezione precedente abbiamo discusso la relazione tra l'invecchiamento e la spesa sanitaria, guardando agli anziani come consumatori di servizi. Qui ci concentriamo invece sugli anziani nel ruolo di elettori, ruolo tramite il quale possono influenzare le politiche pubbliche per le quali nutrono un interesse maggiore, da quelle previdenziali a quelle sanitarie. Dalla sua creazione nel 1978, il SSN non è stato oggetto di modifiche rilevanti per tutti gli anni Ottanta, nonostante gli evidenti problemi finanziari, messi in luce dall'accumularsi di disavanzi di gestione in tutte le regioni (Turati, 2003)³⁰. È con gli anni Novanta che la necessità di recuperare margini di efficienza nella spesa si fa improrogabile e quindi il SSN viene riformato a più riprese; anche se le riforme sono state spesso rinnegate dopo qualche anno, senza alcun tentativo di valutarne seriamente gli effetti, sulla scorta di argomenti spesso ideologici che creavano consenso popolare contro il cambiamento.

Per fare qualche esempio, la riforma dell'inizio degli anni Novanta che ha provato ad introdurre criteri gestionali vicini a quelli delle imprese private nella sanità pubblica italiana (con il D.Lgs. 502/92, già poi parzialmente corretto con il D.Lgs. 517/93) viene frequentemente identificata con il termine "aziendalizzazione" della sanità, da molti interpretato in senso spregiativo. La riforma è stata applicata dalle regioni solo parzialmente, soprattutto laddove si chiedeva di separare gli ospedali (i produttori) dalle Aziende Sanitarie Locali (gli assicuratori), con il fine di innescare un meccanismo che favorisse il miglioramento della qualità del servizio tramite forme di concorrenza amministrata tra produttori. Una delle ragioni dietro questo comportamento è certamente la narrativa che ha accompagnato la riforma, che suggeriva come dalla "concorrenza" fra produttori, in particolare di quelli privati, e dalla "aziendalizzazione" potessero scaturire conseguenze negative per i pazienti. Questa narrativa è stata chiaramente utilizzata per orientare l'elettorato contro la riforma, in particolare quello più attento a questi temi, fra i quali ovviamente gli anziani. Peccato che

³⁰ Turati G., "L'evoluzione della spesa, del finanziamento, dei disavanzi e degli interventi di ripiano nelle gestioni della sanità regionale italiana", *Politiche Sanitarie*, aprile-giugno 2003.

non ci siano, in letteratura, evidenze chiare su queste conseguenze negative; anzi, laddove si sono fatti tentativi di valutare la riforma, le evidenze sono di tutt'altro tenore (Cappellari *et al.*, 2016)³¹.

Una storia del tutto simile è la riforma sul fronte del finanziamento della sanità regionale, in particolare tramite l'introduzione dell'Imposta Regionale sulle Attività Produttive (IRAP) e dell'Addizionale IRPEF a partire dal 1998. Anche in questo caso, l'obiettivo era l'efficientamento della spesa tramite la responsabilizzazione che doveva essere garantita dal federalismo fiscale. Dopo i primi anni dall'introduzione di queste nuove forme di entrata per le regioni, dopo il D.Lgs. 56/2000 che ha sistematizzato il modello regionale sul quale basare la gestione del SSN a livello territoriale e dopo una riforma costituzionale che ha chiaramente identificato le entrate proprie delle regioni tra le entrate in base alle quali dare sostanza all'autonomia finanziaria delle amministrazioni locali (art. 119, Costituzione), è prevalsa una narrativa che suggeriva come dal "federalismo fiscale" avrebbero potuto scaturire solo conseguenze nefaste per i pazienti, in particolare per quelli delle regioni del Mezzogiorno, acuendo le diseguaglianze. Anche in questo caso l'elettorato è stato largamente influenzato dal racconto che si è fatto della riforma, evidenziando una polarizzazione sia in termini di età, sia in termini geografici (con il gruppo degli anziani e quello dei residenti nelle regioni del Sud interessati a mantenere lo *status quo* e, semmai, ad aumentare le risorse statali per il SSN). Questo ha portato, dopo alcuni interventi della Corte costituzionale, a difficoltà enormi per i diversi governi in carica a raggiungere un compromesso politico che consentisse di superare lo *status quo*. E l'unico modo per la politica di andare avanti è stato quello di non superare lo *status quo*; o, meglio, fingere di superarlo introducendo i concetti di costo e di fabbisogno standard, evitando poi che questi concetti svolgessero un ruolo effettivo. Anche nel caso del decentramento fiscale questi continui ripensamenti non sono basati su chiare evidenze negative scaturite dalle riforme; anzi, semmai, le evidenze vanno in direzione opposta (Piacenza e Turati, 2014³²; Francese *et al.*, 2014³³; Di Novi *et al.*, 2019³⁴; Cavalieri e Ferrante, 2016³⁵).

³¹ Cappellari L., De Paoli A., Turati G., "Do Market Incentives for Hospitals Affect Health and Service Utilization? Evidence from PPS-DRG Tariffs in Italian Regions", *Journal of the Royal Statistical Society: Series A*, 2016, 179 (4), pp. 885-905.

³² Piacenza M., Turati G., "Does Fiscal Discipline towards Sub-national Governments Affect Citizens' Well-being? Evidence on Health", *Health Economics*, 2013, 23 (2), pp.199-224.

³³ Francese M., Romanelli M., Piacenza M., Turati G., "Understanding Inappropriateness in Health Spending: The Role of Regional Policies and Institutions in Caesarean Deliveries", *Regional Science and Urban Economics*, 2014, 49, pp. 262-277.

³⁴ Di Novi C., Piacenza M., Robone S., Turati G., "Does Fiscal Decentralization Affect Regional Disparities in Health? Quasi-experimental Evidence from Italy", *Regional Science and Urban Economics*, 2019, 78, 103465, pp. 1-14

³⁵ Cavalieri M., Ferrante L., "Does Fiscal Decentralization Improve Health Outcomes? Evidence from Infant Mortality in Italy". *Social Science & Medicine*, 2016, 164, pp. 74-88.

Queste difficoltà di riformare il funzionamento del SSN, sia in termini organizzativi sia sul fronte del finanziamento, dipendono probabilmente da molti fattori. Ma uno di questi fattori è certamente la salienza politica della questione in un paese dove l'età mediana ha ormai superato i 45 anni. L'attenzione per la sanità da parte degli elettori in un paese così invecchiato rende facile per le diverse *lobby* (quella dei medici inclusa) il compito di influenzare la discussione e la narrazione politica sul tema e di determinare le scelte.

Trovare evidenze su questa relazione è certamente complesso. Qui proponiamo un primo esercizio volto a comprendere la relazione tra invecchiamento della popolazione e voti ricevuti da partiti "di destra", sulla base della semplice idea che – tradizionalmente – questi partiti dovrebbero essere attenti agli equilibri di bilancio e al contenimento della crescita della spesa, inclusa quella sanitaria; al contrario di quelli "di sinistra", che invece preferiscono espandere la spesa sociale. In particolare, ci concentriamo sui risultati elettorali delle elezioni politiche del 2006, 2008, 2013 e 2018 nei comuni italiani. I dati relativi ai risultati delle elezioni politiche, a livello comunale, per la Camera dei Deputati e il Senato della Repubblica sono stati ottenuti dal sito del Ministero dell'Interno. Le percentuali di popolazione con età compresa tra 65 e 85 anni e con età maggiore di 85 anni a livello comunale sono state ottenute dai dati relativi ai bilanci demografici dell'ISTAT per gli stessi anni delle elezioni politiche considerate. Per identificare i partiti appartenenti a partiti "di destra" abbiamo fatto riferimento alla classificazione proposta da Inglehart e Norris (2016)³⁶ e Van Kessel (2015)³⁷. La lista dei partiti classificati come "di destra" include: nel 2006, Alleanza Nazionale, Forza Italia, Lega Nord, Lega Nord Valle d'Aosta; nel 2008, Il Popolo della Libertà, Lega Nord; nel 2013, Fratelli d'Italia, Il Popolo della Libertà, Lega Nord; nel 2018, Fratelli d'Italia, Forza Italia, Lega.

La Figura 2 mostra il grafico di dispersione tra la percentuale di popolazione con età compresa tra 65 e 85 anni e i voti ricevuti dai partiti "di destra" alla Camera dei Deputati. La linea rossa rappresenta la retta di regressione stimata con il metodo OLS. Come è possibile evincere dal grafico, all'aumentare della percentuale di popolazione con età compresa tra 65 e 85 anni la percentuale di voti ricevuta da partiti "di destra" diminuisce per ciascuna elezione considerata, fatta eccezione per quella del 2018, dove si osserva una relazione debolmente positiva tra le due variabili. Risultati analoghi sono evidenziati dalla Figura 3, che mostra la relazione tra la percentuale di popolazione con età maggiore di 85 anni e

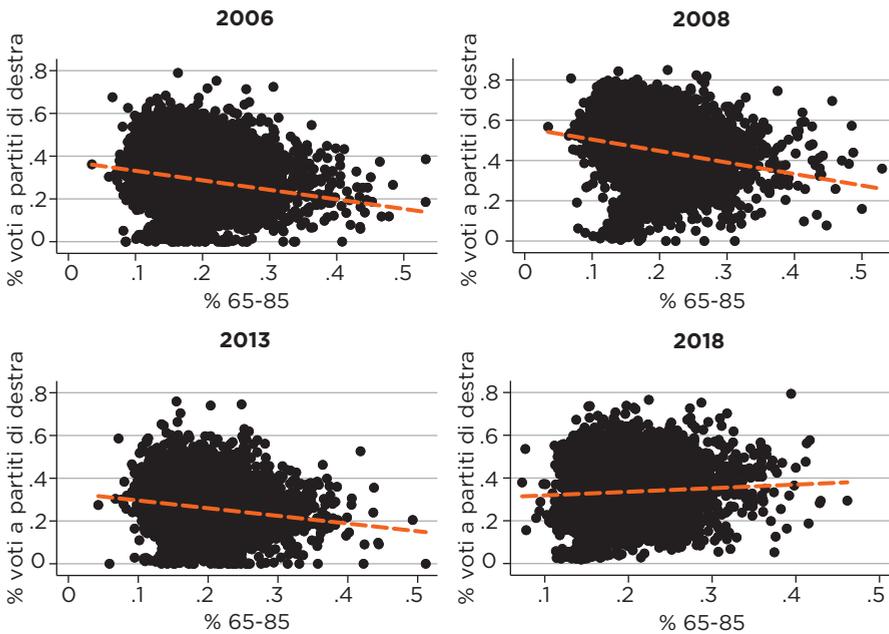
³⁶ Inglehart R.F., Norris P., "Trump, Brexit, and the Rise of Populism: Economic Have-nots and Cultural Backlash", *Faculty Research Working Paper Series*, Harvard Kennedy School, 2016.

³⁷ Van Kessel S., *Populist Parties in Europe: Agents of Discontent?*, Springer, 2015.

i voti ricevuti da partiti di destra presso la Camera dei Deputati nelle varie elezioni. Anche in questo caso viene riportata la retta di regressione e la relazione tra le due variabili osservate è negativa per tutte le elezioni considerate. I risultati per il Senato della Repubblica sono sostanzialmente invariati e non sono stati riportati qui per brevità.

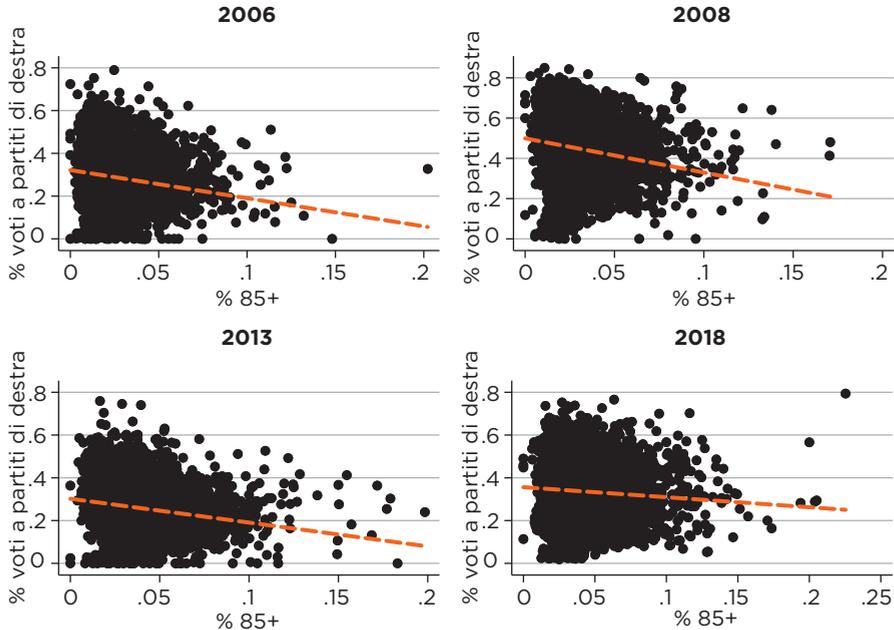
L'esercizio ha molti ovvi limiti ed è puramente descrittivo; ma suggerisce che nei comuni caratterizzati da una quota maggiore di anziani si sono privilegiati partiti politici maggiormente orientati alla spesa sociale (quali i partiti tradizionalmente di sinistra), almeno fino al riorientamento della Lega Nord con la segreteria di Matteo Salvini, che ha chiaramente privilegiato questioni politiche favorevoli agli anziani, aprendo per esempio una battaglia per modificare in modo sostanziale la riforma Monti-Fornero delle pensioni sin dalla sua elezione alla segreteria del partito nel dicembre 2013.

Figura 2 - Correlazione tra percentuale di popolazione con età compresa tra 65 e 85 anni e voti ricevuti da partiti di destra, Camera dei Deputati



Fonte: Ministero dell'Interno ed ISTAT.

Figura 3 - Correlazione tra percentuale di popolazione con età maggiore di 85 anni e voti ricevuti da partiti di destra, Camera dei Deputati



Fonte: Ministero dell'Interno ed ISTAT.

Al fine di capire se la correlazione tra invecchiamento della popolazione e voti ricevuti da partiti conservatori, rappresentata descrittivamente nelle Figure 2 e 3, sia statisticamente differente da zero proponiamo anche un semplice esercizio econometrico (Tabella 4). La variabile dipendente è la percentuale di voti ricevuti da partiti "di destra" alla Camera dei Deputati (col. 1) e al Senato della Repubblica (col. 2) a livello comunale, durante le elezioni politiche del 2006, 2008, 2013 e 2018, mentre le variabili indipendenti sono rappresentate dalla percentuale di popolazione con età compresa tra 65 e 85 anni e con età maggiore di 85 anni, cui aggiungiamo anche una variabile che misura il livello di autonomia impositiva³⁸ del comune negli anni delle elezioni. Le statistiche descrittive per ciascun anno di analisi sono riportate nell'Appendice A.2. La specificazione considera anche effetti fissi comunali e di anno, in modo da controllare

³⁸ L'autonomia impositiva è stata ottenuta dal *database AIDA PA* ed è misurata come: Totale entrate correnti di natura tributaria, contributiva e perequativa / (Totale entrate correnti di natura tributaria, contributiva e perequativa + Totale entrate da trasferimenti correnti + Totale entrate extratributarie).

per differenze non osservabili che non variano nel tempo a livello di comune e shock aggregati a livello di anno.

Come è possibile evincere dalla Tabella 4, osserviamo un coefficiente negativo e statisticamente significativo per quanto concerne la presenza di popolazione con età compresa tra 65 e 85 anni. Secondo le nostre stime, l'aumento di un punto percentuale della quota di individui in questa fascia di età diminuirebbe la percentuale di voti alla destra di 0.27 punti percentuali alla Camera dei Deputati (col.1) e di 0.22 punti percentuali al Senato della Repubblica (col. 2). La relazione non è significativa quando consideriamo la percentuale di persone con più di 85 anni. Infine, si riscontra una relazione positiva e significativa tra livello di autonomia impositiva, utilizzata come *proxy* del reddito dei residenti del comune, e voto a partiti "di destra".

Tabella 4 - Voti a partiti "di destra", over 65-under 85 e over 85

	(1)	(2)
Voti a partiti "di destra"	Camera dei Deputati	Senato della Repubblica
Over 65-Under 85	-0.27*** (0.03)	-0.22*** (0.03)
Over 85	0.09 (0.09)	0.11 (0.09)
Autonomia impositiva	0.02*** (0.01)	0.03*** (0.01)
Costante	0.33*** (0.01)	0.31*** (0.01)
FE Comunali	X	X
FE Anno	X	X
Anni	2006-2008-2013-2018	2006-2008-2013-2018
R ²	0.75	0.70
Adj. R ²	0.75	0.70
Osservazioni	30,131	30,131

Camera dei Deputati e Senato della Repubblica, elezioni del 2006, 2008, 2013, 2018.
Note: OLS. SE clusterizzati a livello di comune. Livelli di significatività: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Fonte: elaborazioni degli autori.

4. Invecchiamento e finanziamento del SSN

Dopo aver discusso il ruolo degli anziani come consumatori di servizi e come elettori, in questa sezione l'attenzione si sposta sul ruolo degli anziani come contribuenti. È del tutto evidente che l'invecchiamento porti con sé un aumento degli indici di dipendenza (il rapporto tra chi è fuori dal mercato del lavoro e chi è attivo e produce ricchezza); e che questo aumento crei problemi alla finanza pubblica, perché aumentano le pressioni sulla spesa (quello che si è discusso nella precedente sezione 2) più di quanto aumentino le

capacità di finanziamento della spesa stessa tramite i giovani che entrano nel mercato del lavoro. È questa modifica che ha indotto, fin dal 1995, a riformare il sistema previdenziale pubblico a ripartizione almeno per dare coerenza alle prestazioni erogate rispetto ai contributi versati. Il punto è che anche il SSN è finanziato a ripartizione e richiederebbe, quindi, di affrontare il problema della coerenza fra “contribuzione” e spesa.

Se da queste considerazioni “macro” ci addentriamo in ragionamenti più “micro” diventa necessario indagare il possibile effetto dell’invecchiamento sulle fonti di entrata per il SSN. Al momento, il finanziamento del SSN deriva principalmente dall’IRAP, dall’addizionale regionale all’IRPEF, dalla compartecipazione all’IVA per le Regioni a Statuto Ordinario (RSO) e, per quelle a Statuto Speciale (RSS), dai tributi erariali trattenuti sul proprio territorio; a queste si sommano le entrate proprie degli enti del SSN (ticket e ricavi derivanti dall’attività *intramoenia* dei propri dipendenti). Sull’aggregato delle RSO, sulla base dei dati contenuti nella delibera di riparto dei fondi per il 2019³⁹, la compartecipazione all’IVA copre la parte maggiore del finanziamento (70% circa), seguita dall’IRAP (20%) e dall’addizionale IRPEF (9%); le entrate proprie degli enti del SSN mostrano un peso contenuto sul finanziamento, inferiore al 2%.

Il fatto che la gran parte del finanziamento derivi da imposte sui consumi e da imposte sui redditi rende fortemente dipendente il finanziamento futuro dalle dinamiche degli stessi, che sono influenzate, fra le altre cose, dall’invecchiamento (su questo punto si vedano anche le riflessioni di Rodà e Sica in questo numero della Rivista). Al riguardo, una recente analisi (Mariani, 2021)⁴⁰ si è concentrata sull’effetto “meccanico” delle tendenze demografiche sui redditi e sulla spesa delle famiglie. L’autore, attraverso un’analisi cross-sezionale relativa alle rilevazioni dell’Indagine sulle spese delle famiglie per l’anno 2017 ed all’Indagine sulle condizioni di vita delle famiglie per l’anno 2018 (che è però relativa ai redditi 2017), fotografa come la spesa familiare media mensile per una famiglia in cui la persona di riferimento abbia età inferiore ai 30 anni sia di circa 2.150 euro, inclusi i fitti imputati. Tale spesa cresce con l’età della persona di riferimento, fino a toccare circa 3.000 euro per i nuclei con un capofamiglia fra i 55 ed i 59 anni, e decresce oltre questa soglia di età fino a raggiungere circa 2.000 euro per i nuclei la cui persona di riferimento sia un over 75. Se si ignorano i fitti imputati, la dinamica decrescente dei consumi una volta superati i 55 anni è ancor più ac-

³⁹ La tabella è disponibile al sito: <https://www.statoregioni.it/conferenza-stato-regioni/sedute-2019/seduta-del-06062019/atti/repertorio-atto-n-88csr/>. Utilizziamo il riparto 2019 per evitare di considerare l’impatto della pandemia sul finanziamento del fabbisogno.

⁴⁰ Mariani V., “La spesa delle famiglie alla luce delle recenti tendenze demografiche”, *Questioni di Economia e Finanza*, 2021, n. 638, Banca d’Italia.

centuata, tanto che gli over 65 si ritrovano a spendere sensibilmente meno di trentenni, quarantenni e cinquantenni.

Il reddito ha una dinamica simile, anche se più contenuta: attualmente, i nuclei guidati da un over 65 hanno un reddito inferiore ai nuclei la cui persona di riferimento si trova in età lavorativa, con l'eccezione di quelli guidati da un under 35. In termini relativi, queste differenze sono più miti di quelle registrate nell'analisi dei consumi. Le differenze nei consumi sono infatti amplificate dalle differenze nella propensione al consumo, che risulta essere monotonicamente decrescente nell'età; ciò fa sì che la differenza nei consumi fra un quarantenne, o un cinquantenne, ed un over 65 sia ancor più marcata delle differenze nei rispettivi redditi.

Un semplice esercizio che applichi i profili reddito-età e consumi-età fotografati attraverso questa analisi cross-sezionale, pur avendo l'evidente limite di assumere che i "giovani" e gli "anziani" di domani abbiano i medesimi redditi ed i medesimi consumi dei "giovani" ed "anziani" di oggi, suggerisce come il gettito derivante dalle imposte sui consumi e sui redditi delle persone fisiche rischiano di diminuire; a fronte invece, come discusso in precedenza anche nella sezione 2.2, di un'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL che potrebbe aumentare.

Una ulteriore ragione per temere una possibile riduzione del gettito a legislazione invariata deriva dalla considerazione delle scelte di consumo per diverse classi di età. In particolare, se consideriamo accanto alla spesa pubblica anche quella privata per la salute, è immediato riconoscere come le agevolazioni fiscali nell'ambito dell'IRPEF connesse a questa spesa potranno aumentare in futuro considerando ancora meccanicamente l'invecchiamento.

In questo senso, sulla base dei dati ISTAT - *Health for all*, la spesa sanitaria privata delle famiglie ha un ordine di grandezza attorno ai 38 miliardi per l'anno 2018. Facendo riferimento alle *Analisi statistiche relative alle dichiarazioni fiscali relative all'anno di imposta 2018*, disponibili sul portale del Dipartimento delle Finanze del MEF⁴¹, risulta che poco più di 19 di questi 38 miliardi siano stati portati in detrazione all'interno delle dichiarazioni sui redditi delle persone fisiche. Essendo le spese sanitarie detraibili al 19% con una franchigia, ciò comporta una *spesa fiscale* dell'ordine di grandezza di circa 3,7 miliardi di euro all'anno.

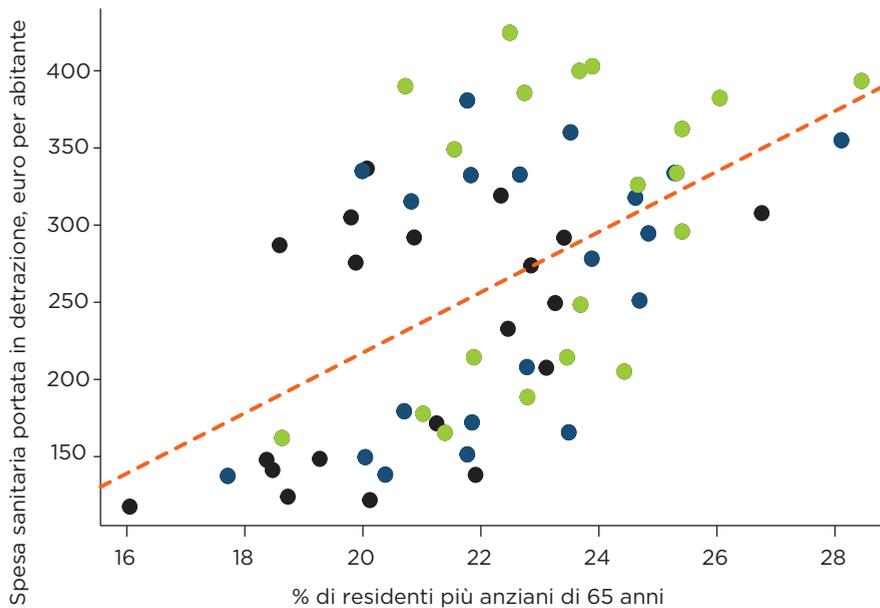
Ci sono un paio di aspetti che vale la pena sottolineare: il primo, riportato graficamente attraverso la Figura 4, è che - utilizzando i dati disaggregati a livello regionale relativi agli anni 2010, 2015, e 2018 del MEF - si evidenzia una correlazione positiva (55%) fra la percentuale di residenti in una regione che hanno un'età maggiore di 65 anni e

⁴¹ https://www1.finanze.gov.it/finanze3/pagina_dichiarazioni/dichiarazioni.php

le spese sanitarie portate in detrazione per abitante (con la spesa espressa in termini reali, per controllare l'inflazione).

Figura 4 - Correlazione tra percentuale di popolazione con età maggiore di 65 anni e spesa sanitaria portata in detrazione

Anni 2010, 2015 e 2018



La spesa sanitaria è calcolata in termini reali e pro-capite. La linea rossa rappresenta la retta di regressione stimata con il metodo dei minimi quadrati. I punti **neri** corrispondono alle osservazioni relative all'anno 2010; quelli **blu** sono relative all'anno 2015; quelli **verdi** all'anno 2018. *Fonte:* ISTAT e Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Tale correlazione resta positiva (con valori fra 38% e 55%) e statisticamente significativa anche conducendo analisi cross-sezionali per i singoli anni considerati, o utilizzando misure di invecchiamento alternative (over 85, o gli individui con età compresa fra 65 ed 85 anni).

Il secondo punto meritevole di rilievo è che, come la spesa pubblica, anche la spesa delle famiglie è aumentata negli anni, tanto in termini nominali quanto in termini reali, e tanto in termini assoluti quanto in valori pro-capite. I dettagli relativi agli anni 2010, 2015 e 2018 sono riportati in Tabella 5: la spesa nominale è passata da 31 miliardi (anno 2010) a 38 (anno 2018), mentre quella reale è cresciuta da 33 a 37 miliardi. Parimenti, sono aumentati gli oneri portati in detrazione e di conseguenza la *spesa fiscale* legata alle detrazioni stesse: 14 miliardi nominali e 15 reali nel 2010, 17 sia in termini nominali che reali nel 2015, 19 sia in termini nominali che reali nel 2018.

Tabella 5 - Spesa sanitaria privata e spesa sanitaria portata in detrazione nell'ambito dell'IRPEF

	Spesa privata delle famiglie			Spesa portata in detrazione		
	Nominale	Reale	Pro-capite (Reale)	Nominale	Reale	Pro-capite (Reale)
2010	31,0	33,2	549	13,6	14,6	241
2015	35,8	35,8	589	16,7	16,7	275
2018	38,0	37,2	616	19,4	19,0	315

La spesa nominale e reale è indicata in miliardi di euro, quella pro-capite in euro. La spesa reale è calcolata ai prezzi del 2015.

Fonte: ISTAT - *Health for all* e Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Alla luce di queste considerazioni, in un sistema largamente a ripartizione anche per quanto attiene alla sanità, parte della discussione futura potrebbe essere orientata alla valutazione di ulteriori fonti di finanziamento che sopperiscano alla presumibile perdita di gettito legata all'IVA ed all'IRPEF, a meno di non decidere di incrementare le relative aliquote, ed alla copertura della *spesa fiscale* legata alla detraibilità della spesa sanitaria privata.

5. Considerazioni finali

L'obiettivo di questo lavoro è stato quello di esplorare le relazioni tra invecchiamento della popolazione, spesa sanitaria e politiche sanitarie attraverso tre diverse angolazioni che vedono gli anziani come fruitori di servizi, come elettori e come contribuenti, in un quadro demografico previsto in rapido deterioramento, soprattutto in alcune aree del paese. La conclusione generale è che una popolazione che invecchia tenderà a consumare più servizi sanitari, creando una qualche tensione sulla spesa, soprattutto nel lungo periodo. Questo aumento della spesa farà fatica ad essere controbilanciato con politiche di efficientamento della spesa stessa, per le difficoltà politiche a riformare una spesa che, per sua natura, è chiaramente favorevole agli anziani. Difficoltà analoghe si avranno sul fronte del finanziamento, visto l'aumento degli indici di dipendenza ma anche l'attuale struttura delle fonti finanziarie, largamente dominata dall'IVA; a causa del comportamento di consumo degli anziani, si avrà un gettito relativamente più basso in futuro se "meccanicamente" immaginiamo che gli anziani di domani avranno comportamenti coerenti con gli anziani di oggi.

Queste considerazioni rendono oltremodo necessaria una riflessione su come strutturare l'intervento pubblico nell'ambito dello stato sociale, incluso quindi il SSN, negli anni a venire in società che invecchiano rapidamente. Se si accetta l'idea che il sistema rimarrà finanziato a ripartizione, è possibile immaginare interventi di manutenzione sia sul lato della spesa sia sul fronte delle entrate. Sul

lato della spesa, si può pensare di agire sul perimetro dei servizi che un servizio sanitario universale può ragionevolmente continuare ad offrire a tutti. La ridefinizione delle coperture assicurative offerte dal SSN richiede, quindi, l'identificazione di quali servizi trattenere nell'ambito dell'assicurazione pubblica universale e di quali servizi finanziare privatamente da parte delle famiglie, eventualmente tramite uno sviluppo più ordinato di mutue e assicurazioni sanitarie (che non sostituiscano ma integrino realmente quei servizi che il pubblico potrebbe non essere più in grado di offrire; su questo punto si vedano anche le riflessioni di Rodà e Sica in questo numero della Rivista). Sul lato delle entrate, si può pensare di supplire ai problemi demografici tramite la definizione di flussi di immigrazione ordinata e coerente con le necessità del mercato del lavoro, dove oggi si osserva un *mismatch* evidente tra domanda e offerta di lavoro. Entrambe queste opzioni avrebbero tuttavia problemi di implementazione politica non indifferenti; la prima opzione, in particolare, sarebbe avversata in un contesto nel quale gli elettori invecchiano e vorrebbero più tutele, non meno, nell'ambito del SSN.

Restano due possibilità: la prima è quella di aumentare i tassi di partecipazione al mercato del lavoro, soprattutto da parte delle donne. Visti i problemi di disoccupazione strutturale che hanno caratterizzato il nostro Paese, si tratta di una politica ambiziosa. Per questo, forse, la strategia migliore potrebbe essere quella di tornare a rinsaldare i legami intergenerazionali tipici del contratto politico, che vede chi produce ricchezza oggi come il fruitore dei servizi sociosanitari domani. Per rinsaldare questo legame, in presenza di un allungamento della vita attesa guidato anche dalla disponibilità di buoni servizi sanitari, appare dunque imprescindibile investire nelle nuove generazioni, quindi nella genitorialità e nei figli.

Appendice A.1

Tabella A.1 - Statistiche descrittive

	1991-2017					1991-1999					2000-2009					2010-2017				
	Min	Media	Max	Dev.st.	Min	Media	Max	Dev.st.	Min	Media	Max	Dev.st.	Min	Media	Max	Dev.st.	Min	Media	Max	Dev.st.
Spesa (nominale)	694	1448	2244	433	694	920	1248	118	1011	1578	2134	246	1652	1880	2244	136				
Spesa (reale)	1075	1714	2350	293	1075	1381	1844	153	1326	1860	2338	204	1652	1908	2350	153				
Over 65	11.17	19.78	28.38	3.31	11.17	17.45	24.81	3.04	13.86	20.09	26.80	2.76	16.05	22.02	28.38	2.44				
Over 85	0.80	2.43	5.00	0.84	0.80	1.75	3.26	0.52	1.26	2.36	3.85	0.55	1.86	3.29	5.00	0.63				
Posti Letto	20.87	44.31	83.15	13.56	36.68	59.71	83.15	10.82	29.20	39.79	55.73	5.94	20.87	32.65	42.66	3.99				

Appendice A.2

Tabella A.2 - Statistiche descrittive elezioni politiche

	2006					2008					2013					2018				
	Min	Media	Max	Dev.st.	Min	Media	Max	Dev.st.												
Voti alla destra	0	28.89	78.95	11.77	0	45.11	84.98	13.29	0	26.22	75.93	9.96	1.85	33.67	79.41	11.74				
Autonomia impositiva	2	47.73	92	20.88	0	37.02	85	14.83	0	59.26	95	17.35	1	64.19	95	18.21				
Over 65-Under 85	3.51	19.57	53.28	5.17	3.47	19.35	52.99	4.9	4.28	19.41	51.16	4.3	7.3	20.56	46.15	3.97				
Over 85	0	2.5	20.22	1.33	0	2.85	17.07	1.47	0	3.58	19.84	1.71	0	4.16	22.54	1.84				

Rivista di Politica Economica

La Rivista di Politica Economica è stata fondata nel 1911 come “Rivista delle società commerciali” ed ha assunto la sua attuale denominazione nel 1921. È una delle più antiche pubblicazioni economiche italiane ed ha sempre accolto analisi e ricerche di studiosi appartenenti a diverse scuole di pensiero. Nel 2019 la Rivista viene rilanciata, con periodicità semestrale, in un nuovo formato e con una nuova finalità: intende infatti svolgere una funzione diversa da quella delle numerose riviste accademiche a cui accedono molti ricercatori italiani, scritte prevalentemente in inglese, tornando alla sua funzione originaria che è quella di discutere di questioni di politica economica, sempre con rigore scientifico. Gli scritti sono infatti in italiano, più brevi di un paper accademico, e usano un linguaggio comprensibile anche ai non addetti ai lavori. Ogni numero è una monografia su un tema scelto grazie ad un continuo confronto fra l'editore e l'*Advisory Board*. La Rivista è accessibile online sul sito di Confindustria.

Redazione Rivista di Politica Economica

Viale Pasteur, 6 - 00144 Roma (Italia)

e-mail: rpe@confindustria.it

<https://www.confindustria.it/home/centro-studi/rivista-di-politica-economica>

Direttore responsabile

Silvia Tartamella

Coordinamento editoriale ed editing

Gianluca Gallo

Paola Centi

Adriana Leo

La responsabilità degli articoli e delle opinioni espresse è da attribuire esclusivamente agli Autori. I diritti relativi agli scritti contenuti nella Rivista di Politica Economica sono riservati e protetti a norma di legge. È vietata la riproduzione in qualsiasi lingua degli scritti, dei contributi pubblicati sulla Rivista di Politica Economica, salvo autorizzazione scritta della Direzione del periodico e con l'obbligo di citare la fonte.

Edito da:



Confindustria Servizi S.p.A.

Viale Pasteur, 6 - 00144 Roma