



Garantire la corretta programmazione
e la rigorosa gestione
delle risorse pubbliche

LE TENDENZE DI MEDIO-LUNGO PERIODO DEL SISTEMA PENSIONISTICO E SOCIO-SANITARIO

Rapporto n. 26

2023
2024
2025
2026



MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE
DIPARTIMENTO DELLA RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO

LE TENDENZE DI MEDIO-LUNGO PERIODO DEL SISTEMA PENSIONISTICO E SOCIO-SANITARIO

Previsioni elaborate con i modelli della Ragioneria Generale
dello Stato aggiornati a giugno 2025

INDICE

CAPITOLO 3 - La spesa sanitaria	75
3.1 - Premessa.....	75
3.2 - La definizione della spesa sanitaria pubblica	79
3.3 - Lo scenario nazionale base.....	83
3.4 - L'aggiornamento al 2025 e l'analisi dei fattori esplicativi	85
3.5 - Le previsioni prodotte in ambito EPC-WGA.....	89
3.6 - Ipotesi alternative sulla dinamica dei consumi sanitari	92
3.7 - Il reference scenario.....	96
Box 3.1 – La revisione del profilo del consumo sanitario per età, sesso e tipologia di prestazione	101
Box 3.2 – Effetti demografici sulla spesa sanitaria regionale.....	103

INDICE DELLE TABELLE

Tab. 3.1: Quadro sinottico delle ipotesi adottate negli scenari per le previsioni della spesa sanitaria pubblica	79
Tab. 3.2: spesa sanitaria pubblica corrente - Definizione del Conto economico consolidato della sanità secondo il SESPROS (milioni di euro).....	80
Tab. 3.3: raccordo fra la definizione del Conto economico consolidato della sanità e la definizione SHA di spesa corrente (milioni di euro)	81
Tab. 3.4: scomposizione del tasso di variazione del rapporto fra spesa sanitaria e PIL - <i>Pure Ageing Scenario</i>	89
Tab. 3.5: scomposizione del tasso di variazione del rapporto fra spesa sanitaria e PIL - <i>Pure Ageing Scenario</i>	92
Tab. 3.6: scomposizione del tasso di variazione del rapporto fra spesa sanitaria e PIL - <i>Reference scenario</i>	100

INDICE DELLE FIGURE

Fig. 3.1: profili del consumo sanitario per età, sesso e tipologia di prestazione	82
Fig. 3.2: spesa sanitaria pubblica e CPS - Scenario nazionale base	85
Fig. 3.3: spesa sanitaria pubblica - Scenario nazionale base.....	88
Fig. 3.4: spesa sanitaria pubblica - Scenario nazionale base e scenario EPC-WGA	91
Fig. 3.5: spesa sanitaria pubblica in rapporto al PIL - Ipotesi alternative sul consumo sanitario	95
Fig. 3.6: spesa sanitaria pubblica in rapporto al PIL - Differenti metodologie di previsione.....	97
Fig. 3.7: spesa sanitaria pubblica in rapporto al PIL - <i>Reference scenario</i>	99

CAPITOLO 3

CAPITOLO 3 - La spesa sanitaria

3.1 - *Premessa*

L'aggiornamento delle previsioni della spesa sanitaria pubblica¹ per l'anno 2025 ha comportato la revisione dei valori iniziali di spesa e il recepimento degli effetti finanziari derivanti dalle modifiche del quadro normativo-istituzionale intervenute successivamente a settembre 2024.

*Aggiornamento
delle previsioni:*

Sulla base dei risultati di Contabilità Nazionale resi noti dall'Istat in sede di notifica nel marzo 2025, nel 2024 il rapporto tra spesa sanitaria e PIL si è attestato al 6,3 per cento mostrando un aumento di 0,1 punti percentuali rispetto al dato del 2023. In valore assoluto, la spesa sanitaria è risultata pari a 138.335 milioni di euro, in aumento del 4,9 per cento rispetto al 2023.

Rispetto alle previsioni del PSBMT in cui si prevedeva un tasso di variazione del 5,2 per cento per il 2024, la minore crescita effettivamente registrata della spesa sanitaria nel 2024 è imputabile alla flessione della spesa per i redditi da lavoro dipendente e alla diminuzione delle prestazioni sociali in natura prodotte da produttori *market*.

Con riferimento alle singole componenti², la spesa per i redditi da lavoro dipendente è stata pari a 43.330 milioni di euro, in aumento del 5,6 per cento rispetto al 2023. Tale incremento è dovuto principalmente alla contabilizzazione degli oneri accantonati nel 2024 per il rinnovo dei contratti del triennio contrattuale 2022-2024 – annualità 2024³.

La spesa per i consumi intermedi è pari a 46.361 milioni di euro, in aumento del 7,5 per cento rispetto al 2023. L'incremento è attribuibile tanto ai prodotti farmaceutici⁴ quanto alla restante parte della componente di spesa.

Per quanto riguarda la spesa per le prestazioni sociali in natura, corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori *market*, è stata pari a 43.749 milioni di euro, in aumento dell'1,6 per cento rispetto al 2023.

Infine, per le altre componenti di spesa si sono registrati costi per 4.895 milioni, con un incremento del 6,4 per cento rispetto all'anno precedente⁵.

Sulla base della legislazione vigente le previsioni della spesa sanitaria presentate nel DFP 2025 assumono come anno di partenza la spesa sanitaria corrente del 2024,

- Quadro
normativo

¹ L'attività di analisi e di previsione delle prospettive di medio e lungo periodo della spesa sanitaria da parte della RGS ha avuto inizio nel 1996. In merito, si veda Ministero del tesoro - RGS (1996). Per una descrizione delle tappe relative alla prima fase dell'attività e delle relative finalità conoscitive, si veda Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2001), paragrafo 4.1.

² Per un maggior dettaglio, si veda la Sezione II del Documento di Finanza Pubblica, Capitolo II §3, RGS (2025)

³ Articolo 1, comma 29, della legge n. 213 del 2023. Allo stato, le pertinenti procedure negoziali non risultano perfezionate. Di contro, nel 2024 sono stati sottoscritti i contratti del personale dirigente per il triennio 2019-2021 (articolo 1, comma 438, della legge n. 145 del 2018), nel mentre per i lavoratori del comparto la procedura negoziale era stata siglata nel 2022.

⁴ Fra i prodotti farmaceutici sono ricompresi i farmaci acquistati direttamente dagli ESL per essere impiegati all'interno delle strutture ospedaliere o per essere erogati attraverso i canali della distribuzione diretta (DD) e per conto (DPC). Su tale spesa incide in maniera importante l'acquisto di farmaci innovativi ad alto costo, tra i quali quelli oncologici.

⁵ Tale aumento è essenzialmente dovuto a una maggiore consistenza degli ammortamenti e delle imposte indirette, solo parzialmente sterilizzata da un accrescimento della produzione dei servizi vendibili e delle vendite residuali. Le restanti categorie di spesa afferenti all'aggregato non hanno, infatti, evidenziato rilevanti divergenze.

precedentemente descritta e riportata nel Conto economico consolidato della sanità per le amministrazioni pubbliche predisposto dall'Istat nell'ambito dei Conti nazionali.

Sulla base delle previsioni del DFP 2025 la spesa sanitaria prevista per il 2025 è pari a 143.372 milioni di euro, con un tasso di crescita del 3,6 per cento rispetto all'anno precedente⁶. In rapporto al PIL, la spesa sanitaria è prevista salire al 6,4 per cento, ovvero 0,1 punti percentuali di PIL al di sopra del valore del 2024.

Nel dettaglio, la previsione evidenzia per i redditi da lavoro dipendente un livello di spesa pari a 44.934 milioni di euro, equivalente a una crescita del 3,7 per cento rispetto al 2024. Tale aumento dipende, in buona parte, dagli oneri correlati al rinnovo delle procedure negoziali riguardanti il personale degli enti del SSN per il triennio 2025-2027-annualità 2025⁷. A legislazione vigente sono, inoltre, preordinati maggiori costi relativi all'implementazione delle misure del PNRR, specie con riferimento all'attuazione della 'Missione 6: Salute'⁸. Sono, altresì, previsti miglioramenti economici per il personale sia con riferimento al trattamento accessorio sia relativamente a specifiche indennità.

I consumi intermedi registrano un livello di spesa pari a 48.246 milioni di euro, con un incremento del 4,1 per cento rispetto al 2024. L'aumento è imputabile tanto ai prodotti farmaceutici quanto alla restante parte dell'aggregato. La previsione, oltre che da una generale dinamica di crescita dell'aggregato⁹, è contraddistinta da un aumento degli oneri associabili all'attuazione delle misure della 'Missione 6: Salute' del PNRR e alle funzioni del Ministero della salute in ottemperanza all'articolo 2 del decreto-legge n. 24 del 2022¹⁰.

Con riferimento alle prestazioni sociali in natura corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori *market*, si prevede per il 2025 un livello di spesa pari a 45.183 milioni di euro, in crescita rispetto all'anno precedente del 3,3 per cento. Riguardo alle singole componenti dell'aggregato, la spesa per l'assistenza farmaceutica convenzionata è prevista pari a 7.834 milioni di euro, in crescita dello 0,9 per cento rispetto al 2024. Parte dell'incremento è attribuibile alla riorganizzazione introdotta dalla recente legislazione in materia di remunerazione delle farmacie¹¹. La componente risente altresì della revisione di alcune misure di governance del settore. Per l'assistenza medico-generica è prevista una spesa pari a 7.659 milioni di euro, in aumento del 5,2 per cento rispetto al 2024. La crescita è dovuta essenzialmente agli oneri relativi al rinnovo delle convenzioni per il triennio 2025-2027-annualità 2025¹². Per le altre prestazioni sociali in natura acquistate da produttori *market* è prevista una spesa di 29.690 milioni di euro, in crescita del 3,4 per cento rispetto al valore del 2024. Tale crescita è attribuibile anche all'ipotesi di utilizzo di siffatta tipologia di assistenza per l'implementazione delle misure afferenti alla 'Missione 6: Salute' del PNRR

⁶ Di seguito verranno analizzate le diverse componenti della spesa sanitaria prevista per il 2025. Per un maggior dettaglio, si veda la Sezione II del Documento di Finanza Pubblica, RGS (2025).

⁷ Articolo 1, comma 129, legge n. 207 del 2024.

⁸ Per l'implementazione di quest'ultima sono preventivati oneri a valere su risorse integrative rispetto all'ordinario finanziamento del SSN.

⁹ Il *trend* nel riflettere gli effetti della legislazione vigente sconta anche l'andamento desunto dal monitoraggio e dei relativi fattori congiuntamente ai potenziali incrementi a valere sulle quote di finanziamento ordinario del SSN per le quali non sono associate specifiche ragioni di spesa (a titolo esemplificativo, articolo 1, comma 535, della legge n. 197 del 2022).

¹⁰ Viene ipotizzato un valore di quasi 260 milioni di euro nel 2025.

¹¹ Articolo 1, commi da 225 a 228, della legge n. 213 del 2023. Dal 2025 è inoltre prevista una rimodulazione "intrafiliera" dei proventi sul prezzo di vendita dei medicinali in aumento per i grossisti compensata dalla diminuzione sulle aziende farmaceutiche, senza oneri per la finanza pubblica (articolo 1, commi 324 e 325, della legge n. 207 del 2024).

¹² Articolo 1, comma 130, della legge n. 207 del 2024.

nonché all'espletamento delle funzioni di competenza del Ministero della salute in ottemperanza all'articolo 2 del decreto-legge n. 24 del 2022¹³.

Infine, per le altre componenti di spesa è prevista una quantificazione pari a 5.009 milioni di euro, in crescita del 2,3 per cento rispetto al valore riscontrato l'anno precedente. Tale aumento è riconducibile, tra l'altro, a una maggiore quota dell'Imposta regionale sulle attività produttive (IRAP) associata al pagamento dei consistenti oneri per i miglioramenti economici del personale del SSN.

Nel biennio 2026-2027, la spesa sanitaria è prevista crescere a un tasso medio annuo del 2,8 per cento; nel medesimo arco temporale il PIL nominale crescerebbe in media della stessa percentuale. Conseguentemente, il rapporto fra la spesa sanitaria e il PIL si assesta al 6,4 per cento a decorrere dal 2026. La quantificazione della spesa sconta gli oneri per i miglioramenti economici dovuti al rinnovo delle procedure negoziali del personale dipendente e convenzionato del SSN relative al triennio 2025-2027¹⁴ e una dinamica incrementale dei costi desunta dal monitoraggio e dai relativi fattori, oltre che gli interventi previsti dalla legislazione vigente¹⁵ e dall'implementazione del PNRR¹⁶.

Per quanto riguarda invece l'aggiornamento dei profili di spesa utilizzati, questo ha riguardato la spesa ospedaliera (nella sua articolazione in spesa per acuti erogate in regime ordinario e in *day hospital*, spesa per riabilitazione e spesa per lungodegenza) attraverso le Schede di dimissione ospedaliera (SDO) relative all'anno 2022, la spesa farmaceutica e specialistica, attraverso l'utilizzo dei dati desunti dall'archivio del Sistema Tessera Sanitaria (TS) relativi all'anno 2023, e la spesa per le principali prestazioni per *long-term care* attraverso l'impiego dei dati derivanti dai principali flussi NSIS, aggiornati¹⁷ anch'essi al 2023. Per quanto riguarda gli altri profili¹⁸, invece, in mancanza di dati aggiornati, sono stati mantenuti costanti rispetto al precedente aggiornamento.

- Profilo dei consumi

Le previsioni sono state effettuate coerentemente con le ipotesi demografiche e macroeconomiche sottostanti agli scenari descritti nel capitolo 1. Il paragrafo 3.3 fornisce una descrizione delle proiezioni della spesa sanitaria in rapporto al PIL ottenuta sulla base delle ipotesi dello scenario nazionale. Il paragrafo 3.5, invece, descrive le proiezioni che incorporano lo scenario EPC-WGA *baseline*, mettendole a confronto con quelle dello scenario nazionale.

Ipotesi di scenario

Metodologie di previsione:

Le previsioni vengono elaborate secondo diversi approcci metodologici. Il primo, denominato *pure ageing scenario*, assume l'invarianza nel tempo del profilo dei consumi specifici per età, sesso e tipologia di prestazione e l'adeguamento del costo unitario delle

¹³ Viene attribuito un importo di circa 30 milioni di euro

¹⁴ Articolo 1, commi 129 e 130, della legge n. 207 del 2024

¹⁵ Quest'ultima sconta le azioni previste dalla legge n. 207 del 2024 oltre che la legislazione previgente. Si ricordano, per esempio, le novazioni (articolo 1, commi 275, 279 e 326, della legge n. 207 del 2024), la prosecuzione (articolo 1, comma 435, della legge n. 205 del 2017 e articolo 1 del decreto-legge n. 176 del 2024) o la proroga di istituti introdotti in anni passati (articolo 12, comma 2, del decreto-legge n. 34 del 2023, così come recentemente modificato dall'articolo 1, comma 338, legge n. 207 del 2024, e articolo 2, comma 8-bis, del decreto-legge n. 145 del 2024, rispettivamente, in materia di incarichi libero-professionali e di riconoscimento delle qualifiche in ambito sanitario), nonché la cessazione della validità di alcuni tra questi (articolo 1, comma 221, della legge n. 213 del 2023).

¹⁶ A decorrere dal 2027, come già in occasione della predisposizione del DEF 2024, si è ipotizzato il mantenimento a regime di alcuni interventi afferenti al PNRR per un costo annuo di poco superiore a 1.300 milioni di euro a valere sulle risorse del finanziamento ordinario del SSN.

¹⁷ In particolare, i flussi informativi impiegati sono: i) flusso SIAD, relativo all'assistenza domiciliare; ii) flusso FAR, relativo all'assistenza residenziale e semiresidenziale; iii) flusso SISM, relativo alla salute mentale; iv) flusso SIND, relativo alle dipendenze e v) flusso riguardante l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria erogata presso gli Hospice.

¹⁸ I profili non aggiornati riguardano alcune prestazioni relative all'assistenza distrettuale (assistenza idrotermale, consultori familiari, emergenza sanitaria, guardia medica, medicina generale, assistenza integrativa e assistenza protesica).

prestazioni al PIL pro capite¹⁹. Ciò rende la previsione del rapporto spesa sanitaria/PIL dipendente dalle sole dinamiche demografiche²⁰.

- pure ageing
scenario

La metodologia del *pure ageing scenario* permette di isolare l'effetto demografico sulla sostenibilità di lungo periodo del sistema sanitario. Tuttavia, essa presenta il limite di ignorare altri fattori esplicativi, alcuni dei quali dipendenti dalle stesse dinamiche demografiche, in grado di incidere significativamente sull'evoluzione del rapporto spesa/PIL. Pertanto, considerato anche l'elevato grado di discrezionalità insito nella definizione delle ipotesi comportamentali all'interno del settore sanitario, è sembrato opportuno valutare gli effetti derivanti dall'adozione di approcci alternativi²¹.

- ipotesi
alternative

Fra i fattori esplicativi, diversi da quello demografico, particolare attenzione è stata dedicata alle seguenti tre ipotesi alternative: *i*) la correlazione fra l'evoluzione della struttura dei consumi sanitari e il miglioramento delle condizioni di salute, *ii*) il collegamento del costo unitario delle prestazioni sanitarie con la produttività, piuttosto che con il PIL pro capite e *iii*) l'elasticità del costo unitario, rispetto al PIL pro capite o al PIL per ora lavorata, maggiore di 1²². Un'analisi degli effetti sulla dinamica del rapporto spesa/PIL derivanti dall'adozione di ciascuna delle tre ipotesi, considerate singolarmente, è contenuta nel paragrafo 3.6.

Ai fini di valutare l'effetto complessivo che queste stesse ipotesi, opportunamente combinate fra loro, producono sulla previsione del rapporto spesa/PIL, si è considerata anche un'altra metodologia di previsione denominata *reference scenario*. I risultati di questo approccio sono illustrati nel paragrafo 3.7. Di seguito, a scopo riassuntivo, viene riportato uno schema degli scenari che verranno illustrati in questo capitolo in cui, per ciascuna delle variabili considerate, si definisce la scelta adottata.

- reference
scenario

¹⁹ Tale metodologia è stata concordata in ambito EPC-WGA, in occasione del primo esercizio previsionale elaborato nel 2001 e riproposta negli aggiornamenti successivi fino all'Ageing Report 2024. In merito, si veda, Economic Policy Committee – European Commission (2001, 2003, 2021, 2024).

²⁰ Per tale ragione, il *pure ageing scenario* veniva definito "*demographic scenario*". Inizialmente, la definizione del *pure ageing scenario* adottata in ambito EPC-WGA prevedeva che il costo unitario delle prestazioni riconducibili alla componente *long-term care* (LTC) della spesa sanitaria evolvesse in linea con la produttività, (Economic Policy Committee – European Commission, 2009a). Pertanto, la previsione della spesa sanitaria complessiva, che aggrega le componenti *acute* e LTC, dipendeva oltre che dalle dinamiche demografiche, anche dalle ipotesi macroeconomiche relative alla composizione della dinamica del PIL in termini di produttività e occupazione. A partire dal *round* di previsioni 2012, la definizione del *demographic scenario* ha previsto, invece, che il costo unitario delle prestazioni riconducibili alla componente LTC della spesa sanitaria evolvesse in linea con il PIL pro capite (Economy Policy Committee - European Commission, 2012, pag. 240), seguendo così l'approccio metodologico da sempre adottato in ambito nazionale (Ministero dell'economia e delle finanze - RGS, 2011).

²¹ In tale direzione si è mossa anche l'attività di analisi delle metodologie di previsione sviluppata in ambito EPC-WGA. Si veda, in proposito, Economy Policy Committee – European Commission (2020).

²² L'ipotesi di elasticità maggiore di 1 consente di catturare gli effetti della variazione del reddito sulla domanda delle prestazioni sanitarie. L'ipotesi sottostante a quest'assunzione è che la variazione del livello del reddito possa riflettersi sulle aspettative e sugli standard qualitativi dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario Nazionale il quale, per rispondere a tali richieste deve adeguarsi attraverso l'erogazione di prestazioni più efficaci ed efficienti. Per tale ragione, l'ipotesi di un'elasticità maggiore di 1 riflette anche l'effetto del progresso tecnologico sulla spesa sanitaria.

Tab. 3.1: Quadro sinottico delle ipotesi adottate negli scenari per le previsioni della spesa sanitaria pubblica

	<i>Pure Ageing</i>	<i>Pure Ageing</i> + ipotesi alternativa sull'evoluzione del costo medio delle prestazioni	<i>Pure Ageing</i> + ipotesi di inflazione sanitaria	<i>Pure Ageing</i> + Dinamicità dei Profili di spesa e tassi di disabilità	<i>Reference scenario</i> (definizione RGS)	<i>Reference scenario</i> (definizione WGA)
Profili di spesa per AC	Costanti	Costanti	Costanti	Dinamici: applicazione del <i>Dynamic Equilibrium</i> al 100% ai profili di spesa per tutte le prestazioni ad eccezione delle prestazioni ospedaliere. Per le prestazioni ospedaliere, applicazione dei death-related costs	Dinamici: applicazione del <i>Dynamic Equilibrium</i> al 50% ai profili di spesa per tutte le prestazioni ad eccezione delle prestazioni ospedaliere. Per le prestazioni ospedaliere, applicazione dei death-related costs	Dinamici: applicazione del <i>Dynamic Equilibrium</i> al 50% per tutte le prestazioni sanitarie
Tassi di disabilità per LTC Sanitaria	Costanti	Costanti	Costanti	Dinamici: applicazione del <i>Dynamic Equilibrium</i> al 100% al tasso di disabilità	Dinamici: applicazione del <i>Dynamic Equilibrium</i> al 50% al tasso di disabilità	Dinamici: applicazione del <i>Dynamic Equilibrium</i> al 50% al tasso di disabilità
Evoluzione del costo medio delle prestazioni	Pil pro capite	Pil per ore lavorate	Pil pro capite	Pil pro capite	Pil pro capite per AC PIL per ore lavorate per LTC Sanitaria	Pil pro capite per AC PIL per ore lavorate per LTC Sanitaria
Elasticità della domanda	1	1	1.1 all'anno base con convergenza a 1 alla fine del periodo di previsione	1	1.1 all'anno base con convergenza a 1 alla fine del periodo di previsione	1.1 all'anno base con convergenza a 1 alla fine del periodo di previsione

Le proiezioni della spesa sanitaria in rapporto al PIL messe a punto sulla base delle ipotesi del *reference scenario* rappresentano le previsioni di base dello scenario EPC-WGA²³ e anche quelle pubblicate, di norma, nella sezione sulla sostenibilità di medio e lungo periodo delle finanze pubbliche del Programma di Stabilità, a partire dall'edizione del 2007.

Per quanto riguarda le proiezioni basate sullo scenario nazionale, l'approccio metodologico adottato ricalca sostanzialmente quello definito in ambito EPC-WGA²⁴ a eccezione dell'ipotesi sulla dinamica del consumo sanitario relativo alla spesa per l'assistenza ospedaliera²⁵.

I risultati delle previsioni effettuate sulla base delle diverse ipotesi metodologiche sono riportati nella sezione 1 dell'Appendice 3, sia per lo scenario nazionale base che per lo scenario EPC-WGA *baseline*. La scelta dello scenario rileva in quanto l'effetto sul rapporto spesa/PIL delle diverse alternative considerate dipende dalla mortalità, dalla scomposizione del tasso di crescita del PIL in termini di produttività e occupazione e dalla dinamica del PIL pro capite.

3.2 - La definizione della spesa sanitaria pubblica

Come anticipato, la definizione di spesa sanitaria pubblica utilizzata ai fini delle previsioni corrisponde all'aggregato di Contabilità Nazionale "*Spesa sanitaria pubblica*

Definizione di
Contabilità
Nazionale

²³ A differenza dei precedenti Rapporti, nell'*Ageing Report* 2024, gli effetti dell'applicazione di ipotesi alternative vengono analizzati rispetto al *reference scenario* e non più, come nei precedenti Report, rispetto al *pure ageing scenario*. Inoltre, il *pure ageing scenario* è stato eliminato nell'*Ageing Report* 2024. Tutti gli scenari presentati nell'AR 2024 rappresentano quindi delle alternative al *reference scenario*.

²⁴ Economic Policy Committee - European Commission (2023).

²⁵ Ministero dell'economia e delle finanze – RGS (2019a, 2020a, 2021a, 2022a, 2023a, 2024a).

corrente" del Conto economico consolidato della sanità elaborato dall'Istat (Tab. 3.2)²⁶. Tale aggregato include sia la spesa sanitaria corrente in senso stretto sia una stima degli ammortamenti relativi agli investimenti pubblici in campo sanitario effettuati nel tempo.

Tab. 3.2: spesa sanitaria pubblica corrente - Definizione del Conto economico consolidato della sanità secondo il SESPROS (milioni di euro)

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Prestazioni sociali in natura - "Enti sanitari locali" ⁽¹⁾ e "Altri Enti" ⁽²⁾	101.903	101.042	102.718	105.105	106.719	107.724	114.768	120.788
Servizi amministrativi	5.019	5.057	5.047	5.195	5.388	5.608	5.722	5.897
Contribuzioni diverse ⁽³⁾	1.783	1.607	1.640	2.000	1.670	1.661	1.767	1.748
Altre uscite ⁽⁴⁾	481	445	525	506	547	587	586	636
Spesa sanitaria pubblica corrente - CN	112.388	113.828	114.936	122.469	128.393	131.260	131.842	138.335

(1) Prestazioni erogate da ASL e IRCCS, al netto della spesa per ricerca da parte degli IRCCS. Il dato è ottenuto sottraendo dalla spesa per consumi finali, i servizi amministrativi (riportati in tabella) e la spesa per ricerca da parte degli IRCCS. Conto degli ESL secondo il SEC 2010.

(2) Include: Consorzi a livello locale, Enti di previdenza, Province, Regioni, Comuni, CRI e Lega Lotta contro i tumori, Stato.

(3) Include: trasferimenti ad Amministrazioni pubbliche, famiglie, imprese e istituzioni sociali private.

(4) Include: interessi passivi, imposte e tasse, premi di assicurazione.

Dal punto di vista degli enti erogatori, la spesa sanitaria pubblica corrente di Contabilità Nazionale corrisponde, sostanzialmente, alle prestazioni sanitarie erogate dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL), dalle Aziende Ospedaliere (AO), dagli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) e dai Policlinici Universitari²⁷. A queste, si aggiungono altre componenti di spesa erogate da enti minori, come la Croce Rossa Italiana e la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, o da altri enti che erogano, marginalmente, prestazioni che possono avere un contenuto sanitario, come nel caso dei comuni, delle province e delle regioni.

Definizione
OCSE

L'OCSE adotta una definizione di spesa sanitaria pubblica corrente in parte diversa, finalizzata a fornire una stima dell'ammontare dei costi sanitari effettivamente sostenuti nell'anno. L'aggregato viene definito in funzione delle componenti di spesa determinate sulla base del sistema di classificazione *System of Health Accounts* (SHA).

L'Istat, in ottemperanza a uno specifico regolamento europeo fornisce agli organismi internazionali, Eurostat *in primis*, i dati secondo la classificazione SHA dal 2016²⁸.

La tabella 3.3 illustra, per il periodo 2017-2024, le operazioni necessarie per il raccordo fra la spesa sanitaria pubblica corrente di Contabilità Nazionale e la spesa corrente dell'OCSE coerente con la metodologia SHA. In tale ambito, un primo intervento consiste

²⁶ Istat ha rivisto la serie dei dati dei Conti della protezione sociale e ha pubblicato, a settembre 2024, la revisione generale dei conti nazionali (anni 1995-2023). Per un maggior dettaglio, si rimanda alla nota informativa Istat del 6 agosto 2024 disponibile al seguente indirizzo:

<https://www.istat.it/wp-content/uploads/2024/08/Revisione-generale-CN-2024-Nota-informativa-Finale.pdf#:~:text=Tale%20revisione%20dei%20conti%20nazionali%20del%20Paese%20sar%C3%A0%20diffusa%20il%2023%20settembre%202024.&text=Il%20processo%20di%20revisione>

²⁷ La spesa sanitaria pubblica è definita al netto della compartecipazione da parte delle famiglie.

²⁸ Il sistema dei conti della sanità (*System of Health Accounts - SHA*) fornisce un quadro informativo della spesa corrente nel sistema sanitario del Paese, utile per soddisfare esigenze di analisi e per operare confronti a livello internazionale. Il sistema dei conti della sanità è costruito secondo la metodologia del "*System of Health Accounts - SHA*" ed è in linea con il regolamento UE 359/2015 e le regole contabili dettate dal Sistema europeo dei conti (SEC 2010) che mette in atto il Regolamento CE n.° 1338/2008 del Parlamento Europeo e del Consiglio. Prima del 2016, i paesi che, come l'Italia, non avevano ancora provveduto, o avevano provveduto solo parzialmente, alla stima della spesa sanitaria pubblica secondo la metodologia SHA, erano comunque tenuti a fornire all'OCSE un dato aggregato di spesa sanitaria quanto più possibile coerente con la tale definizione attraverso l'aggregato di spesa presente nell'*OECD Health data*.

nell'eliminazione di alcune componenti di spesa che non hanno una diretta valenza sanitaria, quali le "contribuzioni diverse" e le "altre uscite". Le prime includono i trasferimenti ad amministrazioni pubbliche, imprese, famiglie, istituzioni private, mentre le seconde comprendono gli interessi passivi, i premi di assicurazione, le imposte e le tasse. Successivamente, vengono aggiunte alcune componenti di spesa funzionali all'erogazione dei servizi sanitari riconducibili alla spesa per servizi collettivi (funzione sanità della PA).

Tab. 3.3: raccordo fra la definizione del Conto economico consolidato della sanità e la definizione SHA di spesa corrente (milioni di euro)

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Spesa sanitaria pubblica corrente - CN	112.388	113.828	114.936	122.469	128.393	131.260	131.842	138.335
(+) Spesa per servizi collettivi funzione Sanità della PA	1.039	1.101	1.069	1.150	1.274	1.333	1.432	1.505
(-) Contribuzioni diverse ⁽¹⁾	-1.783	-1.607	-1.640	-2.000	-1.670	-1.661	-1.767	-1.748
(-) Altre uscite ⁽²⁾	-481	-445	-525	-506	-547	-587	-586	-636
Spesa sanitaria pubblica corrente - SHA	111.163	112.877	113.840	121.113	127.450	130.345	130.921	137.456

(1) Include: trasferimenti ad Amministrazioni pubbliche, famiglie, imprese e istituzioni sociali private.

(2) Include: interessi passivi, imposte e tasse, premi di assicurazione.

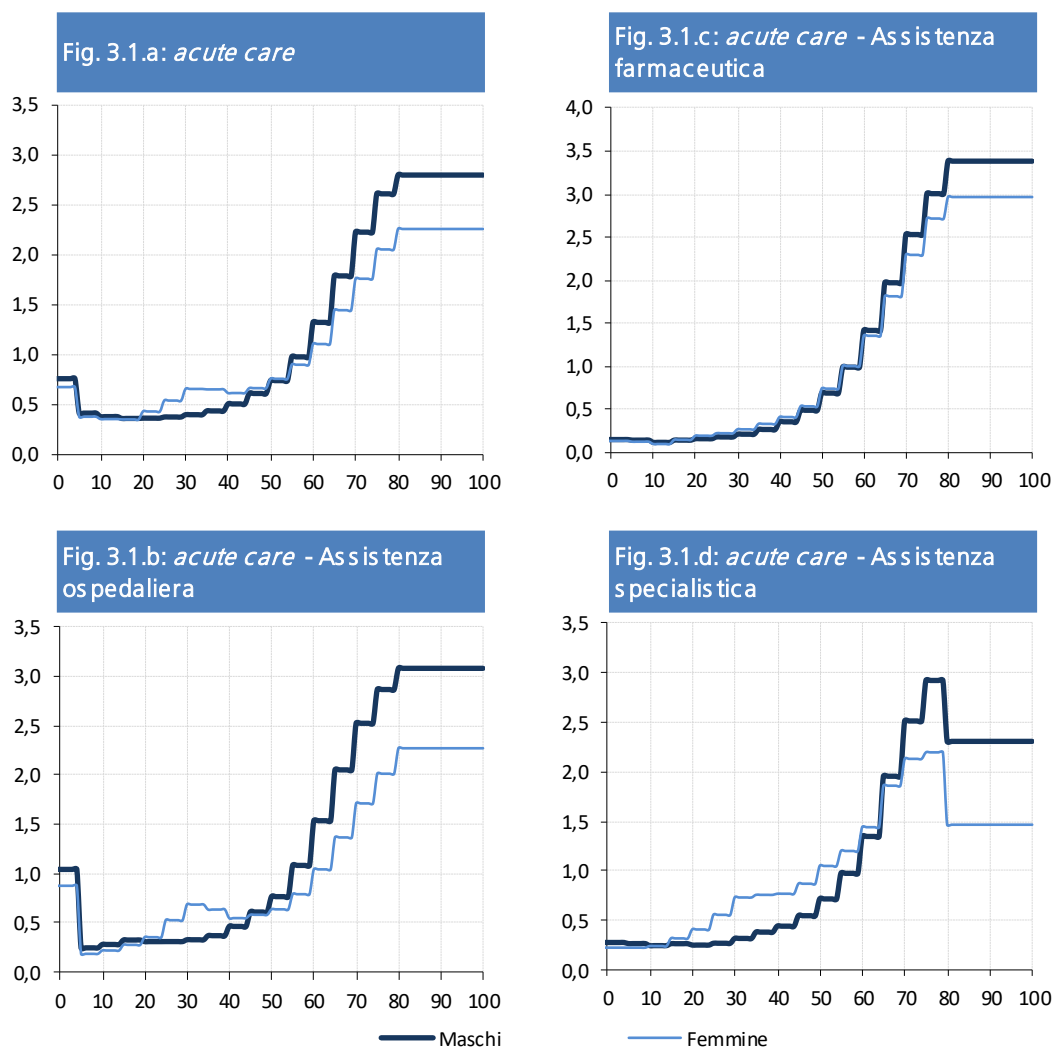
L'aggregato di spesa pubblica di Contabilità Nazionale, utilizzato ai fini della previsione, viene distribuito per tipologia di prestazione applicando la matrice costi-prestazioni, secondo un approccio metodologico consolidato²⁹.

Matrice costi-prestazioni

La previsione della spesa sanitaria viene effettuata per singola tipologia di prestazione sulla base di specifici profili di consumo sanitario, definiti per età e sesso, e di un'ipotesi di evoluzione del corrispondente costo unitario. Nella figura di seguito si illustrano i profili del consumo sanitario per l'aggregato *acute care* e per le sue principali componenti, distinto per sesso ed età.

²⁹ Per maggiori dettagli sull'aggiornamento della matrice di raccordo, si veda Ministero dell'economia e delle finanze – RGS (2021a). box 3.3.

Fig. 3.1: profili del consumo sanitario per età, sesso e tipologia di prestazione

Spesa pro capite per età e sesso in rapporto alla spesa pro capite complessiva

In linea con la metodologia applicata anche in precedenti edizioni del Rapporto, per le prestazioni sanitarie per *long-term care* (LTC), il consumo sanitario, per età e sesso, viene ulteriormente scomposto nel prodotto di tre fattori: il tasso di disabilità, la probabilità per un disabile di essere percettore di prestazione e il relativo costo medio in rapporto al costo unitario³⁰.

³⁰ Circa gli aspetti metodologici, si veda Ministero dell'economia e delle finanze – RGS (2009), box 4.1.

3.3 - Lo scenario nazionale base

Le ipotesi demografiche e macroeconomiche dello scenario nazionale base utilizzato ai fini della previsione della spesa sanitaria sono le stesse impiegate nell'ambito delle previsioni della spesa pensionistica, garantendo pertanto l'omogeneità e l'aggregabilità delle previsioni.

Ipotesi di scenario

Per quanto riguarda le altre ipotesi di scenario concernenti gli aspetti socio-sanitari del consumo sanitario, l'ipotesi base assume, da un lato, l'invarianza del profilo dei consumi specifici per età, sesso e tipologia di prestazione³¹ e, dall'altro, l'aggancio della dinamica del costo unitario delle prestazioni sanitarie al PIL pro capite. Data la formulazione del modello RGS³², questa seconda ipotesi equivale ad assumere che il CPS³³, che esprime il consumo sanitario pro capite nell'ipotesi di invarianza della struttura per età e sesso della popolazione, evolva in linea con il PIL pro capite. Come ricordato in precedenza, tale approccio metodologico, etichettato come *pure ageing scenario*, coglie gli effetti sul rapporto spesa/PIL derivanti esclusivamente dalla modificazione della struttura demografica³⁴.

Componenti socio-sanitarie del consumo

Nello scenario nazionale base, tale metodologia si applica a partire dal 2030. Nel breve periodo, per gli anni 2025-2027, il modello recepisce integralmente le previsioni utilizzate per la predisposizione del DFP 2025 e nel biennio successivo viene mantenuto sostanzialmente costante il rapporto spesa/PIL del 2027.

Secondo uno schema consolidato, i risultati delle previsioni 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 l'ammontare della spesa sanitaria in rapporto alle risorse prodotte dal Paese. 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

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 sul sistema sanitario pubblico. Ovviamente, la riduzione del CPS in termini di PIL *pro capite* si traduce in un'analoga riduzione del livello di benessere sanitario solo nell'ipotesi in cui il grado di efficienza ed efficacia del sistema resti invariato³⁵.

- CPS/PIL pro capite

Risultati della previsione:

La figura 3.2.a illustra i risultati della previsione del rapporto fra spesa sanitaria e PIL nelle ipotesi macroeconomiche e demografiche sottostanti lo scenario nazionale base. Le

³¹ Per quanto riguarda la componente di spesa per LTC, l'ipotesi di costanza del profilo per età e sesso del consumo sanitario, recepita nel *pure ageing scenario*, implica, a sua volta, la costanza del profilo dei tassi di disabilità, delle corrispondenti probabilità per un disabile di percepire la prestazione e dei relativi costi medi in rapporto al costo unitario.

³² Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2004b).

³³ Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2002), cap. 3, box 3.1.

³⁴ È possibile verificare che, sotto le ipotesi del *pure ageing scenario*, le variazioni del tasso di occupazione, della dinamica della produttività e del livello della popolazione producono effetti percentualmente equivalenti sulla spesa sanitaria e sul PIL così da elidersi totalmente nel rapporto. In merito, si veda Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2004b), § 4.3.

³⁵ Il livello di "benessere" sanitario dipende tanto dall'entità delle risorse destinate al finanziamento della sanità, quanto dalla capacità del sistema di soddisfare la domanda di prestazioni (i bisogni sanitari). 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.

curve indicate nel grafico si riferiscono a due diversi indirizzi di politica economica circa la dimensione del finanziamento del sistema sanitario pubblico: l'andamento del rapporto fra spesa sanitaria e PIL nell'ipotesi metodologica del *pure ageing scenario* viene confrontato con l'ipotesi di stabilizzazione, a partire dal 2030, del rapporto fra spesa sanitaria pubblica e PIL.

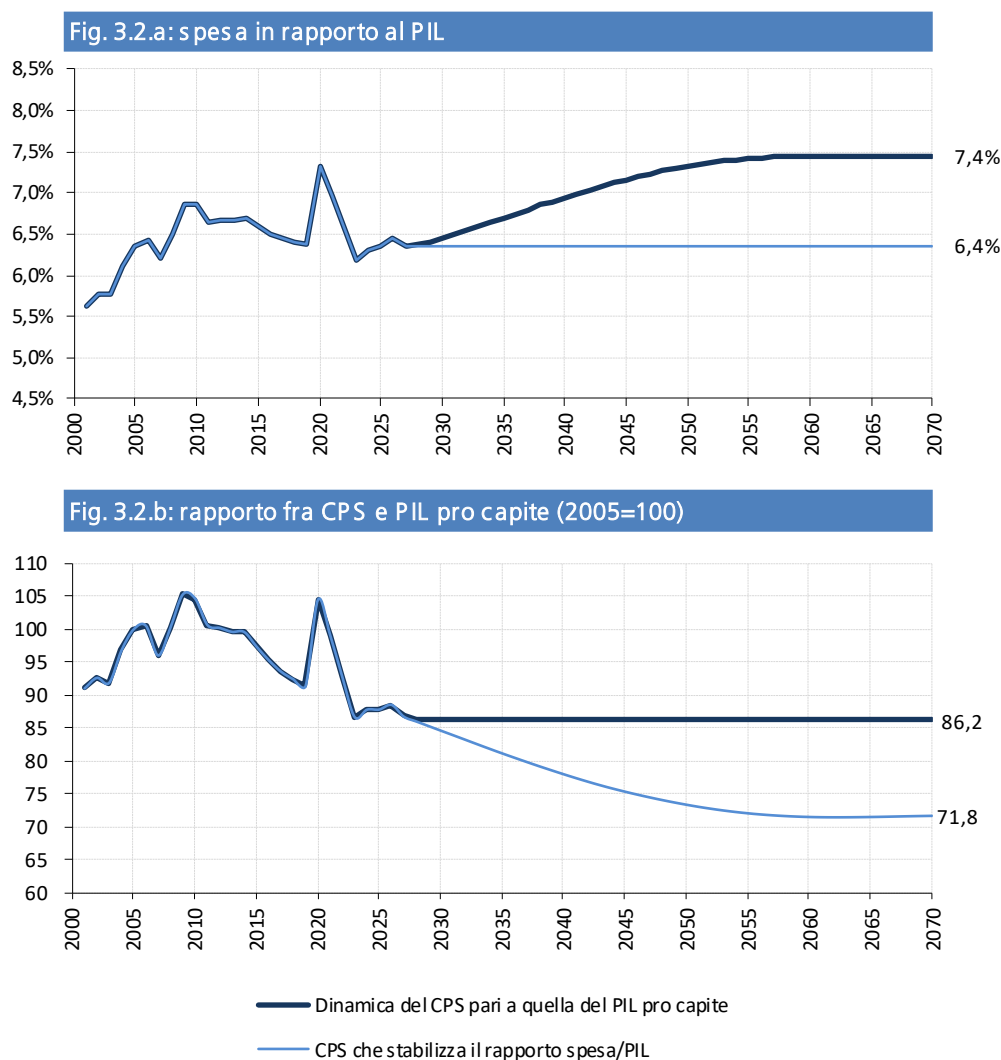
- stabilizzazione
CPS/PIL Pro capite

Nel *pure ageing scenario* (cfr. Fig. 3.2.a), ipotizzando che il rapporto fra CPS e PIL pro capite resti costante rispetto al livello raggiunto nel 2027, la previsione del rapporto spesa sanitaria/PIL, dopo il picco del 2020, pari a 7,3 per cento e imputabile principalmente ai maggiori oneri di natura temporanea previsti per fronteggiare l'epidemia Covid-19, passa dal 6,4 per cento del 2027 al 7,4 per cento del 2070 con un aumento, nel lungo periodo tra il 2027 e il 2070, di circa 1 punto percentuale. Dopo un biennio di sostanziale stabilità, a partire dal 2030, la curva presenta un andamento crescente nel tempo. A partire dal 2042 si osserva un progressivo rallentamento nel ritmo di crescita che tende ad annullarsi nell'ultimo decennio del periodo di previsione. La dinamica del rapporto si spiega essenzialmente con il progressivo aumento della popolazione anziana, in termini assoluti e relativi, che caratterizza l'intero periodo di previsione.

- stabilizzazione
spesa/PIL

L'ipotesi alternativa della figura 3.2.b consente, invece, 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 2028, la distanza fra le due curve misura di quanto il CPS si dovrebbe 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 per consentire il conseguimento dell'obiettivo di politica economica, è pari a circa 14 punti percentuali alla fine del periodo di previsione. Vale ricordare che lo scostamento fra le due curve misura esclusivamente 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.

Fig. 3.2: spesa sanitaria pubblica e CPS - Scenario nazionale base

Metodologia del pure ageing scenario

3.4 - L'aggiornamento al 2025 e l'analisi dei fattori esplicativi

Come già evidenziato, la spesa pubblica per sanità in rapporto al PIL recepisce, nel breve periodo, le ipotesi sottostanti al DFP 2025. Rispetto alle precedenti proiezioni sottostanti al PSBMT, il modello per la proiezione della spesa sanitaria in rapporto al PIL ha inglobato la revisione dei dati iniziali, l'aggiornamento del quadro macroeconomico sottostante e, infine, l'introduzione degli interventi di modifica della normativa.

Nel breve periodo, fra il 2025 e il 2027, la previsione aggiornata del rapporto spesa/PIL si mantiene su un valore pari al 6,4 per cento collocandosi a un livello superiore di circa 0,1-0,2 punti percentuali rispetto a quanto riportato nel precedente aggiornamento. Infatti, nel periodo considerato, il livello della spesa definito nel DFP 2025 è, in media, superiore del 2,4 per cento rispetto a quanto ipotizzato nel PSBMT mentre il PIL si mantiene su livelli pressoché immutati.

A partire dal 2028, la curva della spesa sanitaria in rapporto al PIL si mantiene mediamente 0,2 punti percentuali al di sopra di quella delle precedenti previsioni.

*Scomposizione
del rapporto
spesa/PIL:*

Secondo un approccio consolidato, il rapporto fra spesa sanitaria e PIL può essere scomposto in una pluralità di componenti le quali, a loro volta, possono essere opportunamente raggruppate in tre diversi indicatori che misurano, rispettivamente, l'effetto delle scelte di politica economica nella sanità pubblica, l'evoluzione dei tassi di occupazione e le dinamiche demografiche.

- CPS/Produttività

Il primo fattore esprime la variazione del rapporto fra il 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. L'evoluzione del consumo sanitario medio coincide con l'evoluzione del CPS se calcolato nell'ipotesi di invarianza della struttura per età e sesso della popolazione e dei consumi sanitari.

*- effetto dei tassi
di occupazione*

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

*- effetto
demografico*

Il terzo e ultimo fattore misura l'effetto della ricomposizione per età e sesso della popolazione sul consumo sanitario e sulla produzione: nel primo caso, tramite la redistribuzione degli individui nelle diverse classi di bisogno, identificate dalle età e dal sesso; nel secondo caso, tramite la modificazione dei livelli occupazionali prodotta dall'evoluzione dimensionale delle coorti di popolazione in età di lavoro³⁶.

*Analisi dei fattori
esplicativi*

La figura 3.3 consente di analizzare i risultati della previsione, ottenuta con lo scenario nazionale base, in funzione dei fattori esplicativi sopra illustrati *vis-à-vis* i risultati derivanti dal precedente aggiornamento basato sulle ipotesi del PSBMT.

Il criterio di *policy* che regola l'evoluzione del CPS (Fig. 3.3.b)³⁷, vale a dire l'evoluzione del costo *pro capite* standardizzato in rapporto alla produttività deriva, nel breve periodo, dalle previsioni di spesa sanitaria. Nel medio e lungo termine, l'evoluzione del costo *pro capite* standardizzato nell'ipotesi del *pure ageing scenario* dipende dall'evoluzione del PIL *pro capite*. Pertanto, l'evoluzione del CPS in rapporto alla produttività nel medio e lungo periodo equivale alla dinamica del tasso di occupazione (Fig. 3.3.c) che opera favorendo un contenimento della spesa in rapporto al PIL dal 2035 al 2055 e un successivo rialzo negli ultimi quindici anni di previsione. Inoltre, in tutte le simulazioni prospettate, l'effetto demografico complessivo continua a costituire un fattore di significativa espansione del rapporto fra spesa sanitaria e PIL (Fig. 3.3.d).

*Componente
demografica*

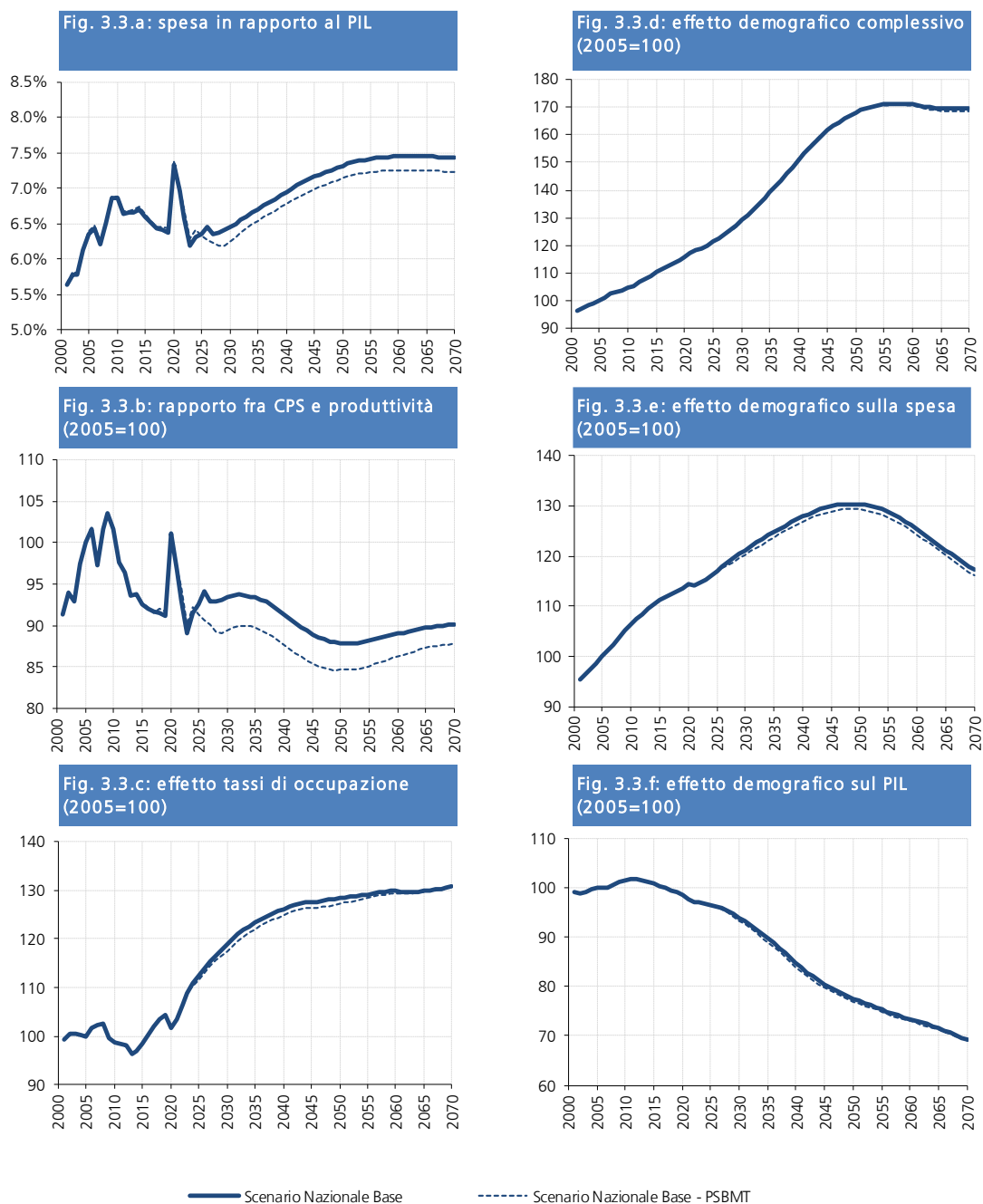
In generale, l'effetto della componente demografica opera sia al numeratore sia al denominatore del rapporto. Fino a circa il 2045, l'impatto sulla spesa sanitaria (Fig. 3.3.e) risulta preponderante rispetto a quello esercitato sulla dinamica del PIL (Fig. 3.3.f). Ciò dipende dal fatto che, mentre la popolazione anziana aumenta fin da subito (invecchiamento assoluto), il calo della popolazione in età di lavoro (invecchiamento relativo)

³⁶ Il valore del fattore è indipendente dal livello della popolazione. In merito, si veda Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2004a), capitolo 3, box 3.3. 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 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 sulla popolazione complessiva.

³⁷ Ai fini della rappresentazione grafica, l'indicatore riportato nella figura 3.3.b sconta anche gli effetti di interazione esistenti fra i diversi fattori esplicativi.

risulta abbastanza contenuto nel medio termine. Tuttavia, nel periodo 2045-2050, il fenomeno dell'invecchiamento relativo e il conseguente calo della popolazione in età da lavoro subisce una forte accelerazione in conseguenza della transizione delle generazioni del *baby boom* alla fascia di popolazione anziana. La transizione demografica delle generazioni del *baby boom*, oltre a irrobustire l'effetto dell'invecchiamento sulla spesa sanitaria, contribuisce a rallentare anche la dinamica del PIL. Nell'ultima parte del periodo di previsione l'impatto del fattore demografico sul rapporto spesa sanitaria/PIL tende a rallentare significativamente con il concorso di entrambi i fattori esplicativi.

Fig. 3.3: spesa sanitaria pubblica - Scenario nazionale base

Metodologia del pure ageing scenario

Un'analisi quantitativa del contributo di ciascuno dei fattori esplicativi alla dinamica del rapporto fra spesa sanitaria e PIL è contenuta nella tabella 3.4.

Tab. 3.4: scomposizione del tasso di variazione del rapporto fra spesa sanitaria e PIL⁽¹⁾ - *Pure Ageing Scenario*

		2022/2010	2030/2022	2040/2030	2050/2040	2060/2050	2070/2060
Scenario nazionale base	Spesa/PIL	-4,4%	-1,8%	7,7%	5,4%	1,8%	-0,2%
	- CPS / produttività	-8,4%	0,4%	-2,3%	-3,8%	1,3%	1,3%
	- Attivi / occupati	-6,3%	-8,7%	-4,7%	-3,2%	-1,0%	0,0%
	- P op. E quivalente/ attivi	11,4%	7,1%	15,6%	13,1%	1,5%	-1,4%
	- Interazione	-1,1%	-0,6%	-1,0%	-0,8%	-0,01%	-0,02%

⁽¹⁾ Il rapporto fra spesa sanitaria e PIL (Ψ) può essere scomposto nel prodotto di quattro fattori esplicativi:

$$\Psi = \frac{\bar{C}}{\Pi} \frac{E}{L} \frac{Q}{E} P$$

dove: $\bar{C}$ indica il Consumo Pro capite Standardizzato (CPS), Π la produttività media per occupato, E gli attivi (popolazione in età di lavoro 20-69), L gli occupati, Q la popolazione equivalente e P il consumo equivalente. Questi ultimi due fattori sono definiti come segue:

$$Q_t = \sum_{s,x} B_{t,s,x} \Omega_{t_0,s,x} \quad \text{e} \quad P_t = \sum_{s,x} B_{t,s,x} \Omega_{t,s,x}$$

in cui, B e Ω indicano, rispettivamente, la popolazione e i differenziali di consumo per età (x) e sesso (s) mentre t_0 esprime l'anno base. Indicando con λ il rapporto $\bar{C}/\Pi$, con α il rapporto L/E (tasso di occupazione) e con δ il rapporto Q/E , Ψ può essere espresso come segue:

$$\Psi = \lambda \frac{1}{\alpha} \delta P$$

Passando ai tassi di variazione percentuali, abbiamo, infine:

$$\frac{\Delta \Psi}{\Psi} = \frac{\Delta \lambda}{\lambda} - \frac{\Delta \alpha}{\alpha} + \frac{\Delta \delta}{\delta} + \frac{\Delta P}{P} + \nu$$

dove l'ultimo addendo, ν , misura l'effetto di interazione fra i tassi di variazione delle variabili λ , δ , α , P . Nella scomposizione, Q ed E esprimono le numerosità al 31 dicembre dell'anno di riferimento.

3.5 - Le previsioni prodotte in ambito EPC-WGA

Come per la spesa pensionistica, anche per la spesa sanitaria è utile mettere a confronto la previsione dello scenario nazionale base, descritta nei paragrafi precedenti, con quella che scaturisce dalle ipotesi macroeconomiche e demografiche dello scenario EPC-WGA *baseline*.

Scenario
EPC-WGA

La fig. 3.4 presenta la previsione effettuata sulla base dello scenario EPC-WGA *baseline* e quella effettuata sulla base dello scenario nazionale.

Entrambe le simulazioni scontano lo stesso quadro normativo³⁸ e recepiscono le previsioni di breve periodo fino al 2027, coerenti con quelle contenute nel quadro di finanza pubblica del DFP 2025, mostrando, pertanto, un picco nella spesa in corrispondenza del 2020 a seguito dell'impatto della crisi epidemiologica. In entrambi i casi, per il biennio 2028-2029 si è ipotizzata una sostanziale stabilità del rapporto spesa/PIL del 2027, e dal 2030 l'approccio metodologico seguito per prevedere la dinamica della spesa sanitaria è quello del *pure ageing scenario*. Di conseguenza, le differenze nella dinamica del rapporto fra spesa sanitaria e PIL dipendono esclusivamente dalle diverse ipotesi di scenario.

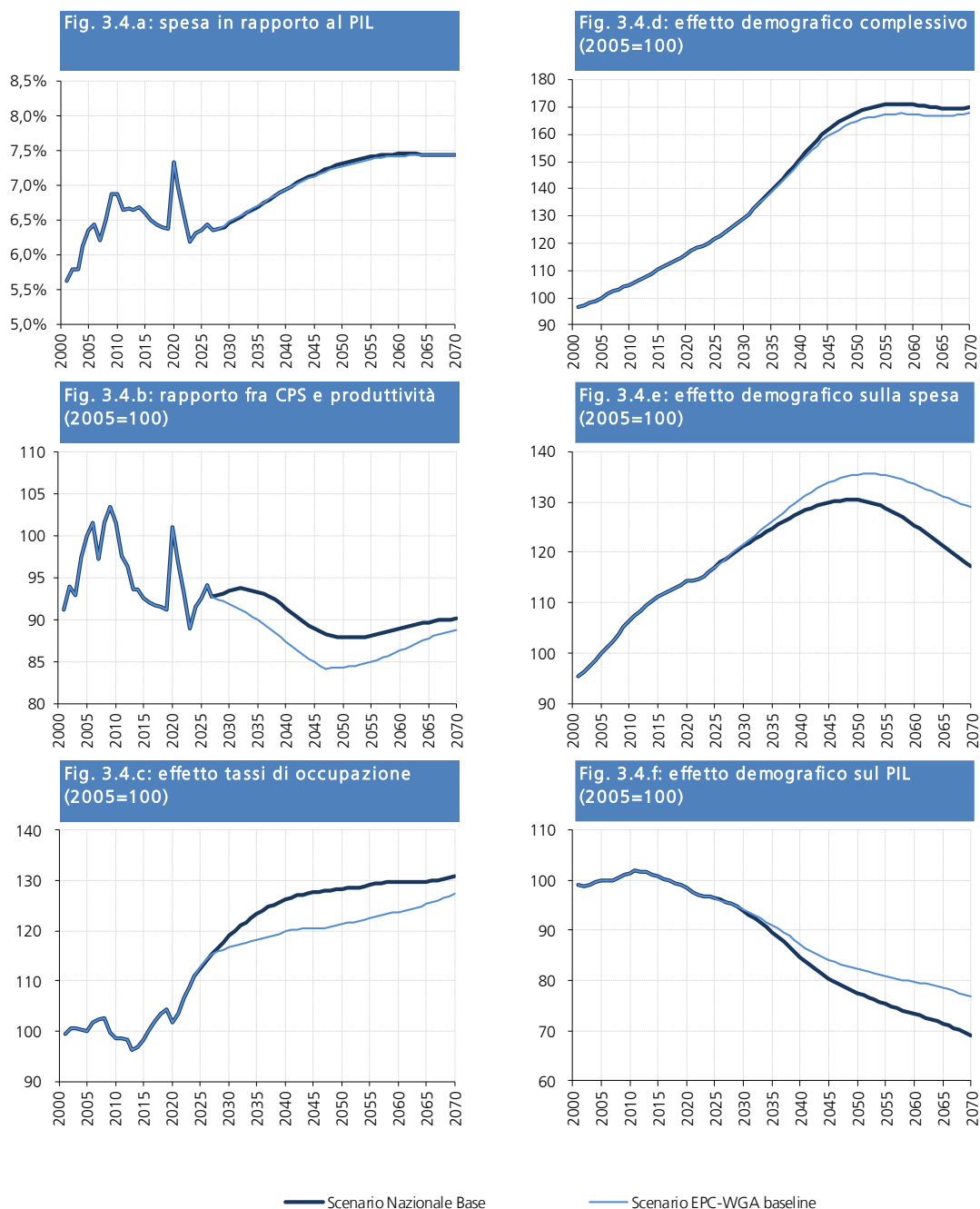
Nei due scenari il rapporto spesa/PIL mostra valori quasi coincidenti per tutto il periodo di previsione attestandosi nel 2070 al 7,4 per cento. Il contributo dei diversi fattori a questo medesimo risultato è tuttavia diverso nei due scenari (fig. 3.4). Il contributo alla dinamica

Confronto con
lo scenario
nazionale base

³⁸ Per quanto attiene alla descrizione degli interventi normativi, si veda § 3.1 e Appendice 2.D.

del PIL della componente occupazionale e della produttività, sottostanti ai due scenari a confronto, spiega, rispettivamente, le differenze nell'indicatore che misura l'effetto imputabile all'evoluzione del rapporto fra CPS e produttività (Fig. 3.4.b) e quelle relative ai tassi di occupazione (Fig. 3.4.c). Per quanto riguarda l'effetto demografico complessivo (Fig. 3.4.d), le due simulazioni differiscono a partire dal 2040, quando la serie relativa allo scenario nazionale si attesta su livelli leggermente più alti rispetto ai valori dello scenario EPC-WGA. Infatti, come si evince dalle figure 3.4.e e 3.4.f, le ipotesi demografiche sottostanti allo scenario nazionale base, descritte nel capitolo 1 di questo Rapporto, generano una dinamica più contenuta della spesa sanitaria (Fig. 3.4.e) e un maggiore impatto negativo sulla crescita del PIL (Fig. 3.4.f). Poiché l'effetto sul PIL sopravanza quello sulla spesa, la combinazione dei due fattori implica un maggior impatto complessivo della componente demografica nello scenario nazionale rispetto allo scenario EPC-WGA *baseline*.

Fig. 3.4: spesa sanitaria pubblica - Scenario nazionale base e scenario EPC-WGA

Metodologia del pure ageing scenario

Come per lo scenario nazionale base, anche per lo scenario EPC-WGA si fornisce la scomposizione del tasso di variazione del rapporto fra spesa sanitaria e PIL in funzione dei diversi fattori esplicativi (Tab. 3.5). Il confronto consente di quantificare le differenze evidenziate graficamente nella figura 3.4 tramite la comparazione dei tassi di variazione medi annui dei singoli fattori esplicativi, calcolati per ciascun decennio del periodo di previsione³⁹.

³⁹ Per la descrizione dei fattori esplicativi della variazione del rapporto fra spesa sanitaria e PIL, si veda la nota della tabella 3.3.

Tab. 3.5: scomposizione del tasso di variazione del rapporto fra spesa sanitaria e PIL - *Pure Ageing Scenario*

		2022/2010	2030/2022	2040/2030	2050/2040	2060/2050	2070/2060
Scenario EPC-WGA baseline	Spesa/PIL	-4,4%	-1,5%	7,2%	4,9%	2,0%	0,3%
	- CPS / produttività	-8,4%	-1,2%	-5,0%	-3,5%	2,4%	2,9%
	- Attivi / occupati	-6,3%	-6,7%	-1,7%	-3,0%	-1,9%	-2,0%
	- Pop. E quivalente / attivi	11,4%	6,9%	14,8%	12,0%	1,6%	-0,5%
	- Interazione	-1,1%	-0,5%	-0,9%	-0,7%	-0,04%	-0,06%

3.6 - *Ipotesi alternative sulla dinamica dei consumi sanitari*

"Limiti" del pure ageing scenario

Le ipotesi metodologiche del *pure ageing scenario*, quantunque ragionevoli in una prospettiva di medio e lungo periodo, sono caratterizzate da un ampio grado di discrezionalità. Diverse considerazioni, infatti, inducono a ritenere che le ipotesi di aggancio del CPS al PIL pro capite e la costanza dei profili di spesa per età e sesso potrebbero risultare disattese così da ingenerare deviazioni significative nella dinamica del rapporto spesa sanitaria/PIL. Le ipotesi alternative generalmente considerate suggeriscono, da un lato, che la dinamica del CPS possa risultare anche sensibilmente diversa dal PIL pro capite e, dall'altro, che il profilo dei consumi sanitari possa nel tempo abbassarsi come riflesso di un miglioramento delle condizioni di salute, producendo un effetto di contenimento sul consumo medio.

Evoluzione del CPS

Relativamente all'evoluzione del CPS, una delle ipotesi alternative note in letteratura propone di agganciare tale variabile alla dinamica della produttività, piuttosto che al PIL *pro capite*⁴⁰, riflettendo l'assunto che la dinamica della spesa sanitaria sia trainata prevalentemente dalle condizioni dell'offerta e, quindi, in ultima analisi, dalla dinamica dei salari del settore sanitario. Se la dinamica occupazionale è negativa, anche per ragioni legate all'evoluzione demografica, tale assunzione implica un'espansione del consumo medio a un tasso superiore a quello del reddito *pro capite*. L'opposto si verifica nel caso di dinamica occupazionale positiva.

Inflazione sanitaria

Un effetto espansivo sul rapporto spesa sanitaria/PIL potrebbe scaturire anche dall'ipotesi di un differenziale sistematico fra inflazione sanitaria e tasso di variazione del livello generale dei prezzi. Tale differenziale dipenderebbe in larga misura dai costi connessi con il progresso tecnologico e la rapida obsolescenza delle apparecchiature sanitarie. A parità di ogni altra condizione, l'effetto espansivo sarebbe pari all'entità del differenziale inflazionistico.

Un modo diverso, ma equivalente nella sostanza, di esprimere questo stesso concetto è quello di ritenere che la dinamica del consumo sanitario medio, depurato dell'effetto dovuto all'invecchiamento, abbia strutturalmente un'elasticità superiore all'unità rispetto alla dinamica del PIL, o del PIL *pro capite*. Tuttavia, le indagini empiriche mostrano risultati diversi e non concordanti su questo punto⁴¹.

⁴⁰ Economic Policy Committee (2001, 2003) e Economic Policy Committee - European Commission (2018, 2021, 2024).

⁴¹ L'ipotesi di un'elasticità superiore all'unità è coerente con il cosiddetto effetto Baumol secondo il quale, per motivi strutturali legati alla tipologia di progresso tecnologico di settori economici quali quello sanitario, la produttività cresce a un ritmo minore rispetto al totale dell'economia, e quindi il costo relativo dei servizi di questi settori a minor tasso di crescita della produttività aumenta rispetto agli altri. Si veda anche OECD (2019b), Economic Policy Committee - European Commission (2018, 2021, 2024).

Relativamente alle alternative circa l'evoluzione dei profili del consumo sanitario, il dibattito scientifico ha evidenziato essenzialmente due argomenti in base ai quali la spesa sanitaria complessiva potrebbe crescere significativamente meno di quanto emerge dall'ipotesi di invarianza della struttura per età dei consumi sanitari.

Profili dinamici del consumo sanitario:

Una prima teoria sostiene che la domanda di prestazioni sanitarie dipende, più che dall'età in sé, dalle condizioni di salute della popolazione, evidentemente correlate con l'età. Poiché le previsioni demografiche scontano un aumento consistente della speranza di vita, occorre preliminarmente valutare se, e in che misura, gli anni di vita guadagnati siano anni vissuti in buona salute. Nelle ipotesi del *pure ageing scenario*, i profili di spesa restano invariati nel tempo e questo significa assumere che gli anni di vita guadagnati siano tutti anni vissuti in condizioni di cattiva salute (*expansion of morbidity*). Tale prospettiva è sembrata eccessivamente pessimistica, per cui si è ritenuto ragionevole esaminare scenari alternativi. Fra questi, quello che ha incontrato maggiori consensi assume che gli anni di vita guadagnati siano anni vissuti in buona salute (*dynamic equilibrium*)⁴². Data la forma crescente del profilo per età del consumo sanitario, tale scenario genera in previsione un significativo contenimento della dinamica della spesa sanitaria rispetto all'ipotesi di costanza dei profili.

- dynamic equilibrium

Una seconda linea di pensiero giunge a un'analoga conclusione partendo da un presupposto 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 morte⁴³. 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. Tale approccio metodologico, che prende il nome di "*death-related costs*", viene generalmente considerato come un'alternativa rispetto all'approccio del "*dynamic equilibrium*"⁴⁴. La formulazione dell'ipotesi sui *death-related costs* adottata in questo Rapporto assume che il profilo dei costi pre-morte sia costante nel tempo, se espresso in funzione della speranza di vita piuttosto che in funzione dell'età. Tale approccio metodologico è stato condiviso in ambito EPC-WGA e impiegato per la prima volta nel *round* di previsioni 2015 e poi confermato tranne che nell'ultimo rapporto (Ageing Report 2024), nel quale questo approccio non è stato considerato⁴⁵.

- death-related costs

Nel presente paragrafo, verranno illustrate e analizzate tre alternative, rispetto all'ipotesi del *pure ageing scenario*. Di queste, due attengono all'evoluzione del CPS e una alla dinamicità del profilo per età dei consumi sanitari.

Relativamente alle ipotesi sul CPS, la prima alternativa simulata riguarda l'aggancio di tale variabile alla produttività per ora lavorata anziché al PIL *pro capite*. Con ciò si assume implicitamente che la spesa sanitaria sia trainata prevalentemente dai costi di produzione legati direttamente o indirettamente al fattore lavoro. La seconda alternativa assume che il CPS abbia un'elasticità al PIL *pro capite* (o al PIL per ora lavorata) superiore all'unità. A tal fine, si è scelto di replicare l'ipotesi concordata in ambito EPC-WGA, secondo la quale l'elasticità converge linearmente all'unità a partire dall'1,1 iniziale.

Simulazione ipotesi alternative

⁴² Secondo un altro approccio, più ottimistico, si assume invece che l'aumento della speranza di vita possa generare un aumento degli anni vissuti in buona salute superiore agli anni di vita guadagnati (*compression of morbidity*). Per una descrizione più approfondita di queste teorie, si veda Economic Policy Committee – European Commission (2017, 2020, 2023).

⁴³ Bartolacci S. *et al.* (2001).

⁴⁴ I suddetti approcci metodologici sono stati oggetto di specifici approfondimenti nell'ambito dell'attività di previsione condotta presso EPC-WGA. Si veda Economic Policy Committee – European Commission (2017, 2020, 2023).

⁴⁵ Per maggiori dettagli sulla metodologia, si veda Aprile R. (2013) ed Economic Policy Committee – European Commission (2014, 2017).

L'ipotesi alternativa sul profilo dei consumi incorpora una combinazione delle metodologie del *death-related costs* e del *dynamic equilibrium*, applicate, rispettivamente, alla componente ospedaliera e alle altre componenti della spesa sanitaria⁴⁶.

Risultati:

Nella figura 3.5, le previsioni effettuate sulla base delle ipotesi alternative sopra delineate vengono messe a confronto con quelle del *pure ageing scenario* sia nel caso dello scenario nazionale sia nel caso dello scenario EPC-WGA *Baseline*.

- costanza del rapporto fra CPS e produttività

Nel caso dello scenario nazionale, l'ipotesi alternativa, che prevede l'aggancio del CPS alla produttività per ora lavorata, si colloca al di sotto della curva relativa alla metodologia del *pure ageing scenario*, sino al 2037, per poi superarla nell'intero periodo di previsione, con una dinamica più accentuata fino al 2050. Al 2070 le due curve si discostano di un valore di circa un decimo di punto percentuale (Fig. 3.5.a). Essendo il PIL sottostante alle due previsioni a confronto esattamente lo stesso, le differenze riflettono la diversa correlazione della dinamica della spesa sanitaria rispetto alla relazione tra crescita occupazionale e quella demografica. In particolare, nella fase iniziale del periodo di previsione, quando la crescita occupazionale è superiore alla dinamica demografica, l'aggancio del CPS alla produttività per ora lavorata, invece che al PIL *pro capite*, determina una dinamica del rapporto fra spesa sanitaria e PIL corrispondentemente più contenuta. Nella fase successiva, quando la crescita occupazionale è inferiore alla dinamica demografica, per ragioni legate essenzialmente alla transizione demografica, il rapporto spesa/PIL cresce più rapidamente che nelle ipotesi del *pure ageing scenario*. Tuttavia, con l'esaurimento della transizione demografica, il calo del numero degli occupati rallenta facilitando la convergenza tra le due curve che, al 2070, risultano essenzialmente coincidenti.

- elasticità al PIL pro capite maggiore di 1

Nell'ipotesi di elasticità del CPS al PIL pro capite superiore all'unità, il rapporto spesa/PIL cresce più rapidamente che nelle ipotesi del *pure ageing scenario* collocandosi stabilmente a un livello superiore. Alla fine del periodo di previsione la differenza è di circa 0,14 punti percentuali.

- profilo dinamico del consumo sanitario

L'applicazione dell'ipotesi alternativa sul profilo dinamico del consumo sanitario, la quale combina, opportunamente, gli approcci metodologici del *death-related costs* e del *dynamic equilibrium*⁴⁷ porta a un significativo contenimento della crescita del rapporto fra spesa sanitaria e PIL. Infatti, rispetto alle ipotesi del *pure ageing scenario*, la previsione del rapporto spesa sanitaria/PIL scende, alla fine del periodo di previsione, di oltre 0,2 punti percentuali, passando dal 7,4 per cento al 7,2 per cento. La divaricazione avviene gradualmente e si produce lungo tutto il periodo di previsione in coerenza con l'incremento della speranza di vita recepito dallo scenario demografico sottostante.

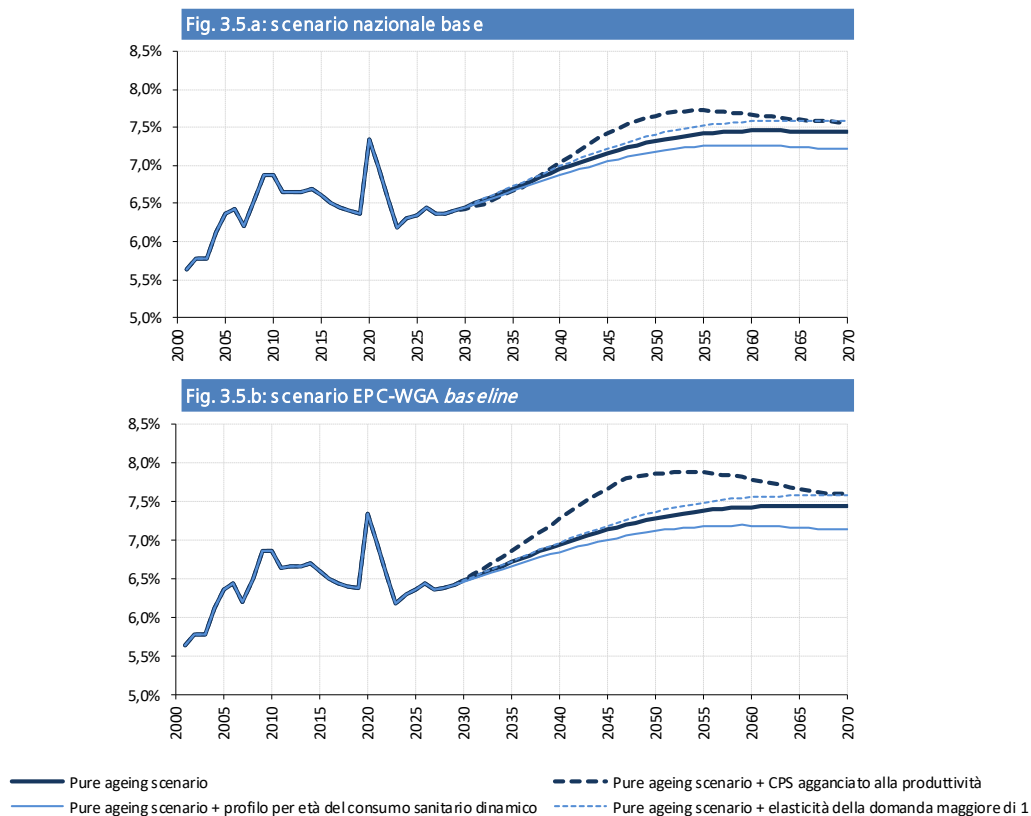
L'adozione delle ipotesi demografiche e macroeconomiche dello scenario EPC-WGA *baseline*, in alternativa a quelle dello scenario nazionale base, non modifica qualitativamente i risultati sopra esposti, con la sola eccezione dell'ipotesi di aggancio del CPS al PIL per ora lavorata piuttosto che al PIL pro capite (Fig. 3.5.b). Nello scenario *baseline*, infatti, le ipotesi macroeconomiche prevedono un contributo dell'occupazione alla dinamica del PIL inferiore nella prima parte del periodo di previsione rispetto a quanto ipotizzato per lo scenario nazionale base. Rispetto alle ipotesi del *pure ageing scenario*, inoltre, la dinamica dell'occupazione risulta inferiore a quella della popolazione fino al 2047 data a partire della

⁴⁶ Per un maggior dettaglio circa le modalità di implementazione della metodologia del *death-related costs* si veda Ministero dell'economia e delle finanze – RGS (2015), cap. 3, box 3.4. Per un approfondimento circa le modalità di implementazione della metodologia del *dynamic equilibrium*, si veda Ministero dell'economia e delle finanze – RGS (2009), box 3.1.

⁴⁷ Nella simulazione, la metodologia del *dynamic equilibrium* è applicata nella misura piena del 100 per cento della variazione della speranza di vita.

quale invece l'andamento si inverte. Ne consegue che la dinamica del rapporto spesa/PIL, nello scenario in cui si ipotizza l'aggancio al PIL per ora lavorata, cresca stabilmente al di sopra la curva corrispondente all'ipotesi del *pure ageing scenario* fino al 2047 quando raggiunge una divaricazione massima di circa 0,6 punti percentuali di PIL per poi diminuire gradualmente fino a raggiungere 0,1 punti percentuali nel 2070.

Fig. 3.5: spesa sanitaria pubblica in rapporto al PIL - Ipotesi alternative sul consumo sanitario



3.7 - Il *reference scenario*

Nel paragrafo precedente sono state analizzate, singolarmente, alcune alternative rispetto alle ipotesi metodologiche del *pure ageing scenario*. Appare adesso utile valutare l'effetto complessivo che queste stesse ipotesi, opportunamente combinate fra loro, producono sulla previsione del rapporto spesa/PIL. Ciò anche in ragione del fatto che le alternative considerate producono effetti finanziari differenziati sulla spesa sanitaria.

Definizione
delle ipotesi

Il *reference scenario* costituisce una particolare combinazione dei fattori evolutivi della spesa sanitaria evidenziati nel paragrafo precedente. Tale combinazione riflette, sostanzialmente, le scelte metodologiche operate in ambito EPC-WGA con l'unica differenza rappresentata dall'ipotesi di dinamicità dei profili della spesa ospedaliera. In particolare, il *reference scenario* prevede⁴⁸:

a) per la componente *acute* della spesa sanitaria: i) l'applicazione della metodologia del *death-related costs* alla componente ospedaliera e l'applicazione "parziale"⁴⁹ della metodologia del *dynamic equilibrium*, alle altre prestazioni; ii) la dinamica del CPS agganciata al PIL pro capite; e iii) l'elasticità del CPS rispetto al PIL *pro capite* superiore all'unità, secondo le modalità illustrate nel paragrafo precedente;

b) per la componente LTC della spesa sanitaria, invece, le ipotesi adottate sono: i) l'applicazione "parziale" della metodologia del *dynamic equilibrium*⁵⁰, ii) la dinamica del CPS agganciata al PIL per ora lavorata e iii) l'elasticità del CPS rispetto al PIL per ora lavorata superiore all'unità, secondo le modalità illustrate nel paragrafo precedente.

Definizione
EPC-WGA

Rispetto alla definizione del *reference scenario* sopra descritta, quella adottata in ambito EPC-WGA differisce unicamente per l'applicazione della metodologia del *dynamic equilibrium*, nella misura parziale del 50 per cento della variazione della speranza di vita, anche alla componente ospedaliera della spesa⁵¹.

Tuttavia, disponendo a livello nazionale di dati sufficientemente robusti per l'applicazione della metodologia del *death-related costs*, si è ritenuto opportuno inglobarla nella definizione del *reference scenario*. Per dare evidenza dell'effetto finanziario indotto dalla diversa soluzione metodologica adottata a livello nazionale, il *reference scenario*, come sopra definito, è posto a confronto con una variante, che indicheremo "*reference scenario*

⁴⁸ Nel *round* di previsioni per l'*Ageing Report* del 2024, in continuità con la metodologia messa a punto per il *round* 2015, 2018, 2021, è stata adottata un'ulteriore combinazione delle ipotesi con l'obiettivo di delineare uno scenario meno favorevole denominato appunto "*risk scenario*" (Economic Policy Committee - European Commission, 2018, 2021, 2024). In particolare, per l'esercizio di previsione del 2024, il *risk scenario* si differenzia dal *reference scenario* per alcune ipotesi più stringenti in relazione ai fattori non demografici. In particolare, esso assume che: i) per la componente *acute care*, l'elasticità del costo unitario rispetto al PIL pro capite passi da 1,5 dell'inizio del periodo di previsione a 1 nel 2070 e ii) per la componente LTC, il profilo per età del costo per percettore e il profilo per età dei percettori di prestazioni LTC di ciascun paese convergano alla media EU 27 entro il 2070, nel caso in cui risultino essere inferiori nell'anno iniziale.

⁴⁹ In particolare, con l'applicazione parziale del *dynamic equilibrium* si assume che gli incrementi di speranza di vita si traducano in anni vissuti in buona salute in misura pari al 50 per cento anziché al 100 per cento come nel caso dell'applicazione "integrale". Per maggiori informazioni, si rimanda a Economic Policy Committee – European Commission (2020).

⁵⁰ Nel caso della componente di spesa sanitaria per LTC, la metodologia del *dynamic equilibrium* viene applicata non sul profilo dei consumi sanitari ma sul profilo dei tassi di disabilità. Ciò implica che il vettore per età e sesso delle probabilità di percepire la prestazione da parte di un disabile, e i relativi costi medi in rapporto al costo unitario, vengono mantenuti costanti nel tempo. Per maggiori dettagli, si vede Ministero dell'economia e delle finanze – RGS (2009), box 4.1.

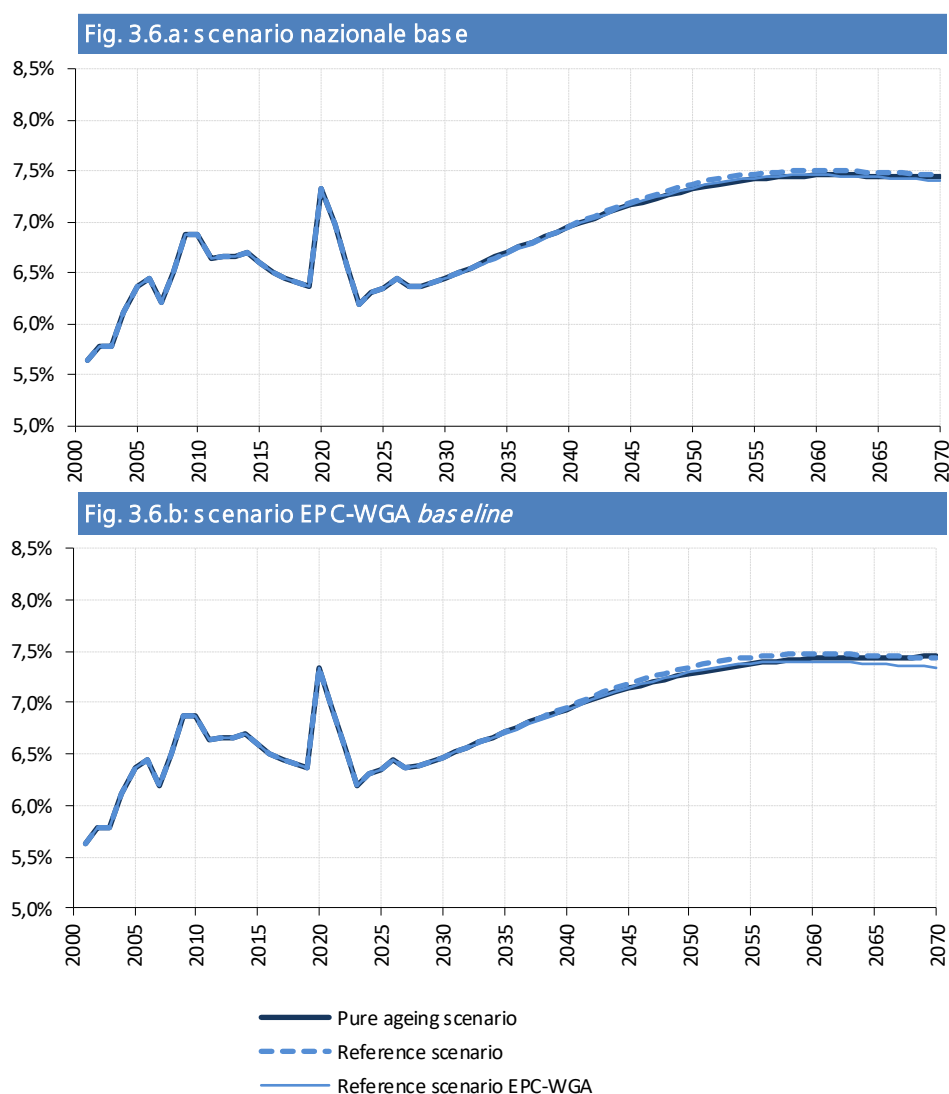
⁵¹ Nei precedenti *Ageing Report* la metodologia del *death related cost* veniva illustrata in uno specifico scenario anche se limitatamente ai paesi che riuscivano a fornire il dato sui differenziali di costo, per sesso ed età, tra popolazione deceduta e popolazione sopravvivenza. Nell'*Ageing Report 2024* questo scenario è stato eliminato.

EPC-WGA”, nella quale l'applicazione del *dynamic equilibrium*, nella misura parziale del 50 per cento, viene estesa anche alla componente ospedaliera della spesa sanitaria.

I risultati delle simulazioni sono illustrati nelle figure 3.6.a e 3.6.b, le quali si riferiscono, rispettivamente, alle ipotesi macroeconomiche e demografiche dello scenario nazionale base e dello scenario EPC-WGA *baseline*. In entrambe le figure vengono messe a confronto le metodologie del *pure ageing scenario* e del *reference scenario*, nelle due varianti sopra descritte. L'aspetto più evidente che emerge dall'analisi dei grafici è la modesta differenza fra le curve rappresentate: nel confronto fra le metodologie del *pure ageing* e del *reference scenario* si evidenzia uno scostamento inferiore a 0,1 punti percentuali alla fine del periodo di previsione.

Risultati

Fig. 3.6: spesa sanitaria pubblica in rapporto al PIL - Differenti metodologie di previsione

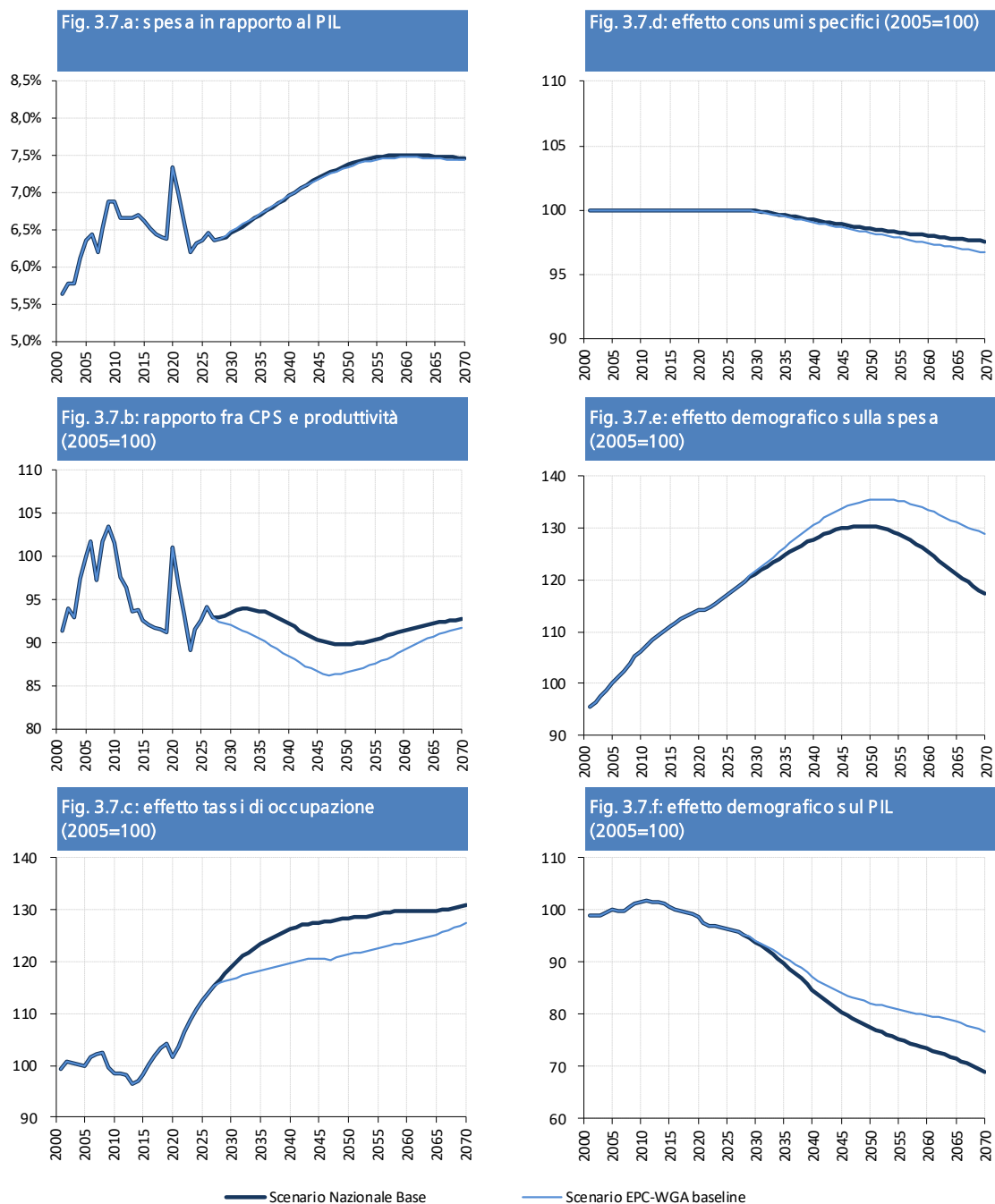


Tale risultato dimostra, in primo luogo, la sostanziale compensazione fra la maggiore crescita del consumo sanitario medio indotto dalle ipotesi alternative sul CPS e la minore crescita conseguente alla dinamicità dei profili di spesa. In secondo luogo, evidenzia la sostanziale equivalenza, dal punto di vista degli effetti finanziari sulla spesa ospedaliera, della metodologia del *death-related costs* e quella del *dynamic equilibrium*, applicata nella misura parziale del 50 per cento.

Un maggior dettaglio dei risultati ottenuti con l'applicazione del *reference scenario* è fornito nella figura 3.7 che scompone l'evoluzione prevista del rapporto spesa/PIL nel contributo dei diversi fattori esplicativi. Nella tabella 3.6 vengono, invece, riportati i corrispondenti tassi di variazione medi annui⁵².

Si fa notare che, a differenza del *pure ageing scenario*, le previsioni basate sulla metodologia del *reference scenario* evidenziano, fra i fattori esplicativi, anche l'impatto dovuto alla modificazione dei consumi specifici per età e sesso indotti dal miglioramento delle condizioni medie di salute (Fig. 3.7.d). Tale fattore contribuisce a un progressivo contenimento della dinamica della spesa sanitaria che raggiunge, alla fine del periodo di previsione, il 3 per cento circa sia nella previsione nazionale sia nella previsione EPC-WGA.

⁵² Per la descrizione dei fattori esplicativi della variazione del rapporto fra spesa sanitaria e PIL, si veda la nota della tabella 3.4.

Fig. 3.7: spesa sanitaria pubblica in rapporto al PIL - *Reference scenario*

Tab. 3.6: scomposizione del tasso di variazione del rapporto fra spesa sanitaria e PIL - *Reference scenario*

		2022/2010	2030/2022	2040/2030	2050/2040	2060/2050	2070/2060
Scenario nazionale base	Spesa/PIL	-4,4%	-1,8%	7,9%	5,9%	1,8%	-0,5%
	- CPS / produttività	-8,4%	0,4%	-1,4%	-2,6%	1,8%	1,4%
	- Attivi / occupati	-6,3%	-8,7%	-4,7%	-3,2%	-1,0%	0,0%
	- Pop. E quivalente / attivi	11,4%	7,1%	15,6%	13,1%	1,5%	-1,4%
	- Effetto consumi specifici	0,0%	-0,1%	-0,7%	-0,7%	-0,6%	-0,4%
	- Interazione	-1,1%	-0,6%	-0,9%	-0,7%	-0,02%	-0,02%
Scenario EPC-WGA baseline	Spesa/PIL	-4,4%	-1,5%	7,5%	5,5%	1,8%	-0,5%
	- CPS / produttività	-8,4%	-1,2%	-3,9%	-2,1%	4,3%	0,5%
	- Attivi / occupati	-6,3%	-6,7%	-1,7%	-3,0%	-1,9%	-2,0%
	- Pop. E quivalente / attivi	11,4%	6,9%	14,8%	12,0%	1,1%	0,4%
	- Effetto consumi specifici	0,0%	-0,1%	-0,9%	-0,8%	-1,6%	0,7%
	- Interazione	-1,1%	-0,5%	-0,8%	-0,6%	-0,11%	-0,02%

Box 3.1 – La revisione del profilo del consumo sanitario per età, sesso e tipologia di prestazione

Il consumo sanitario pro capite per sesso ed età (profilo del consumo sanitario), relativo alle diverse tipologie di prestazione, costituisce uno dei parametri fondamentali impiegati nella previsione della spesa sanitaria. La stima del suddetto parametro viene rivista annualmente in relazione all'acquisizione di nuovi flussi informativi e all'aggiornamento delle banche dati esistenti.

I profili del consumo sanitario relativi all'assistenza farmaceutica e all'assistenza specialistica sono stati stimati utilizzando i dati rilevati con il sistema Tessera Sanitaria (TS) per l'anno 2023⁵³. La base dati desunta dal sistema TS è stata integrata con una diversa definizione di età calcolata come differenza fra anno di rilevazione e anno di nascita⁵⁴.

I tassi di disabilità, che entrano nella stima del profilo del consumo di tutte le prestazioni per LTC (inclusa la componente sanitaria), sono stati calcolati sulla base dei dati desunti dall'indagine Istat sulle condizioni di vita EU-SILC⁵⁵ relativa all'anno 2022.

I flussi del NSIS del Ministero della salute sono stati utilizzati per stimare i profili del consumo sanitario per le prestazioni long-term care e per le prestazioni ospedaliere.

In particolare, per quanto riguarda le prestazioni per long-term care, i profili del consumo sanitario sono stati stimati sulla base dei flussi NSIS aggiornati al 2023. In particolare, i flussi informativi impiegati sono il flusso SIAD, relativo all'assistenza domiciliare, il flusso FAR, relativo all'assistenza residenziale e semiresidenziale, il flusso SISM, relativo alla salute mentale, il flusso SIND, relativo alle dipendenze e il flusso riguardante l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria erogata presso gli Hospice. I profili del consumo sanitario relativo all'assistenza ospedaliera sono stati stimati invece sulla base dei dati relativi alle SDO per l'anno 2022.

Nell'allegata figura A, i profili aggiornati della componente "acute" della spesa sanitaria vengono posti a confronto con quelli utilizzati per le previsioni contenute nel precedente aggiornamento del Rapporto RGS e sottostanti alle previsioni del PSBMT 2025-2029, sia in totale sia per i principali livelli di assistenza. Come si evince dal confronto, le differenze appena percettibili per

⁵³ Il progetto Tessera Sanitaria è regolato dall'articolo 50 del decreto-legge n. 269 del 2003. L'obiettivo del progetto è quello di realizzare un sistema informativo delle prescrizioni mediche per potenziare il monitoraggio della spesa sanitaria e la verifica dell'appropriatezza prescrittiva, attraverso la rilevazione, su tutto il territorio, dei dati delle ricette mediche. Il flusso informativo messo a disposizione dal sistema TS è risultato completo a partire dal 2009. Negli anni successivi è stato perseguito un continuo e significativo miglioramento della qualità dei dati. Per un maggior dettaglio, si rinvia a Ministero dell'economia e delle finanze – RGS (2018).

⁵⁴ Infatti, mentre l'età della popolazione residente è rilevata in anni compiuti al primo gennaio, l'età della popolazione "assistibile", cui è associata la spesa rilevata con il Sistema TS, è riferita al momento dell'erogazione della prestazione nel corso dell'anno. L'integrazione dell'archivio è avvenuta ricalcolando una seconda variabile "età" come differenza fra l'anno di riferimento della prestazione e l'anno di nascita.

⁵⁵ La prima indagine campionaria sulle famiglie "Reddito e condizioni di vita" risale alla fine dell'anno 2004. La sua istituzione è dettata dal Regolamento (CE) n.1177/2003 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 giugno 2003 relativo alle statistiche comunitarie sul reddito e sulle condizioni di vita (EU-SILC, *European Statistics on Income and Living Conditions*). I risultati dell'indagine confluiscono nei rapporti periodici dell'UE sulla situazione sociale e sulla diffusione della povertà nei paesi membri. Per maggiori informazioni, cfr.: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_silc_12/default/table?lang=en.

l'assistenza farmaceutica e specialistica e più visibili per l'assistenza ospedaliera, non hanno praticamente nessun effetto sull'intero aggregato "acute care".

Fig. A: profilo del consumo sanitario per età e tipologia di prestazione
Spesa pro capite per età e sesso in rapporto alla spesa pro capite complessiva

Fig. A.1: acute care

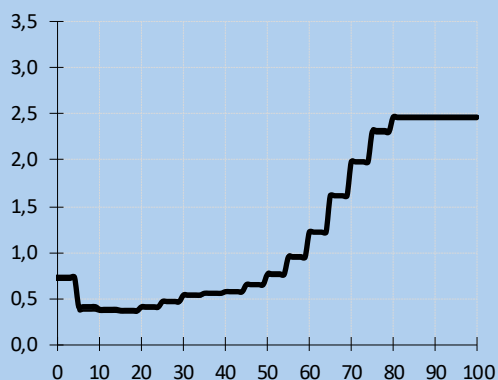


Fig. A.2: acute care - Assistenza farmaceutica

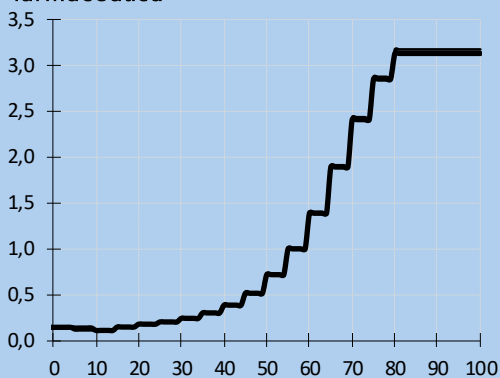


Fig. A.3: acute care - Assistenza ospedaliera

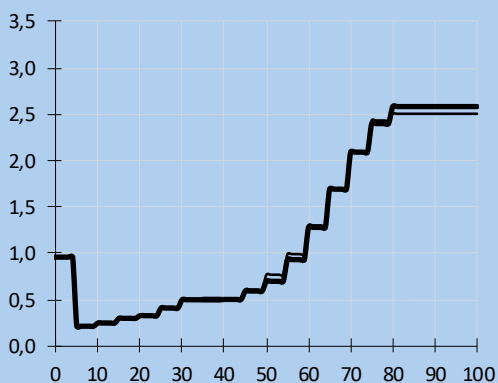
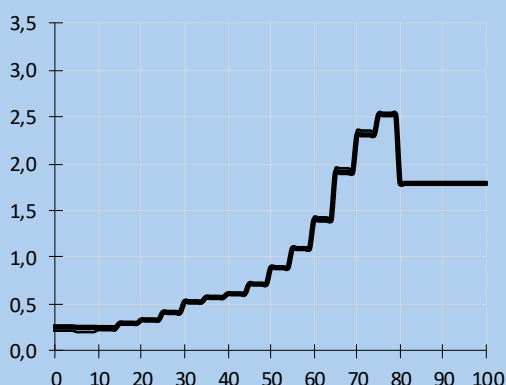


Fig. A.4: acute care - Assistenza specialistica



— Aggiornamento 2025

— Aggiornamento 2024 - Nota di Aggiornamento Rapporto RGS n.25

Box 3.2 – Effetti demografici sulla spesa sanitaria regionale

I differenziali regionali della spesa sanitaria pro capite dipendono da una pluralità di fattori, fra cui il grado di efficienza nella produzione ed erogazione dei servizi sanitari e le risorse aggiuntive che eventualmente la collettività locale è disposta a trasferire per finanziare ulteriori prestazioni rispetto ai LEA. È indubbio, tuttavia, che una parte significativa di tali differenze è imputabile allo stato di avanzamento del processo di invecchiamento nelle diverse realtà territoriali. I risultati riportati in questo Box fanno riferimento alle previsioni della popolazione con base 2023 pubblicate dall'Istat nel luglio 2024.

È noto che il profilo per età del consumo sanitario assume la forma di una “J”, con un massimo assoluto nelle età avanzate, un massimo relativo nelle età pediatriche e un picco, per il sesso femminile, nelle età feconde.

La forte correlazione fra età e consumo sanitario rileva sia in un'ottica spaziale sia temporale. Infatti, la medesima offerta di prestazioni sanitarie, a parità di classe di bisogno, si traduce in differenti livelli di spesa pro capite se calata in realtà territoriali caratterizzate da un diverso stadio del processo di invecchiamento. Una regione più “vecchia” sotto il profilo demografico spenderà mediamente di più di una regione comparativamente più “giovane” in quanto dovrà soddisfare un costo mediamente più elevato per la concentrazione di assistiti nelle classi di bisogno a più elevato consumo sanitario.

Analogamente, come evidenziato dalle previsioni di medio-lungo periodo della spesa sanitaria in termini di PIL, la progressiva ricomposizione della popolazione a favore delle fasce di età più elevate produce, a parità di ogni altra condizione, un'espansione dei costi del sistema sanitario in rapporto al PIL.

I dati demografici dimostrano che la struttura per età e sesso della popolazione assume connotazioni assai differenziate a livello territoriale. A titolo esemplificativo, attualmente, le regioni del Sud Italia presentano un invecchiamento della popolazione più contenuto rispetto alle regioni del Nord e del Centro Italia. Ciò implica che, già adesso, i livelli della spesa sanitaria pro capite delle regioni risultano condizionati dal diverso livello di invecchiamento raggiunto.

Allo stesso tempo, le previsioni demografiche regionali evidenziano che tali differenziali sono destinati a modificarsi nel tempo, anche significativamente. Nella tabella A vengono riportati i tassi di dipendenza degli anziani, regionali, calcolati negli anni 2025, 2050 e 2070: come appare evidente, il processo di invecchiamento della popolazione è, negli anni considerati, notevolmente più elevato nelle regioni del Sud e nelle Isole rispetto alle regioni del Centro-Nord.

Tab.A: indice di dipendenza degli anziani⁽¹⁾

	2025	2050	2070	Var.
Nord-ovest	40%	60%	59%	46,2%
Piemonte	44%	64%	61%	40,5%
Valle d'Aosta	41%	65%	60%	46,2%
Liguria	48%	64%	61%	25,0%
Lombardia	37%	58%	59%	55,6%
Nord-est	40%	61%	59%	57,9%
Trentino Alto Adige	35%	56%	55%	61,8%
Veneto	39%	64%	60%	64,9%
Friuli-Venezia Giulia	45%	64%	60%	46,5%
Emilia-Romagna	39%	59%	58%	51,3%
Centro	40%	65%	61%	64,1%
Toscana	43%	64%	60%	47,6%
Umbria	44%	73%	69%	72,1%
Marche	43%	69%	66%	65,9%
Lazio	37%	63%	61%	80,0%
Sud	37%	67%	69%	111,8%
Abruzzo	42%	70%	67%	77,5%
Molise	44%	68%	68%	80,5%
Campania	33%	63%	67%	130,0%
Puglia	39%	71%	72%	111,1%
Basilicata	41%	73%	77%	113,2%
Calabria	39%	67%	69%	102,8%
Isole	39%	69%	70%	102,8%
Sicilia	37%	65%	67%	100,0%
Sardegna	44%	84%	78%	107,5%

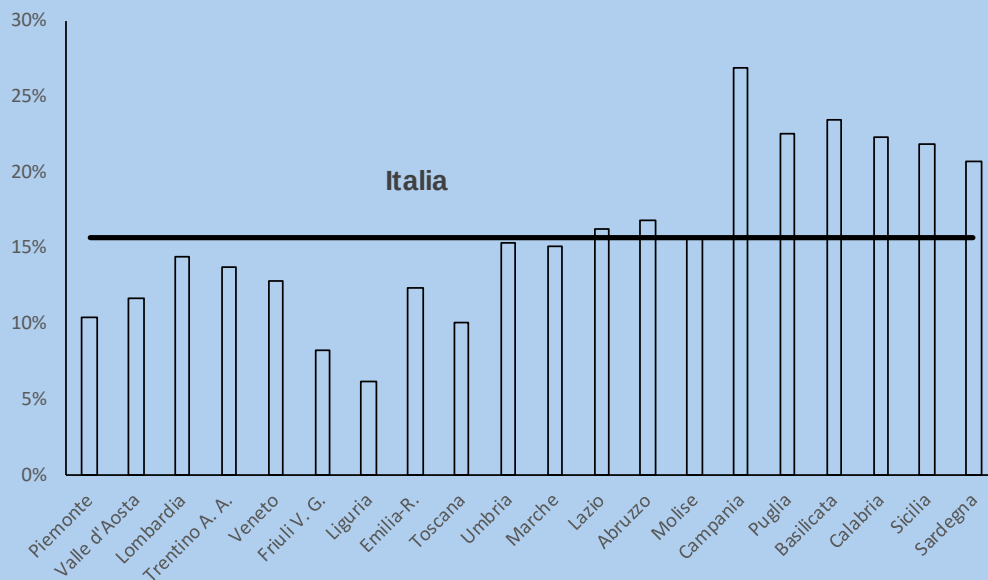
Fonte: Istat, https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1,POP,1.0/POP_DEMOPROJ/DCIS_PREVDEM1

(1) Rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100.

Pertanto, l'aumento della spesa sanitaria previsto a livello nazionale, per ragioni imputabili esclusivamente alle dinamiche demografiche, si ripartisce fra le regioni in misura non proporzionale alla numerosità degli abitanti.

La figura A fornisce una misura dell'effetto dell'invecchiamento demografico sulla spesa sanitaria regionale fra il 2025 e il 2070, rispetto all'effetto complessivo calcolato a livello nazionale nello stesso periodo. Come si evince dal grafico, i differenziali regionali risultano significativi e non trascurabili. Ciò indica che il processo di invecchiamento della popolazione interesserà massicciamente l'intero paese ma con intensità diversa per area geografica.

Fig.A: Effetto della sola componente demografica sulla spesa sanitaria pro capite
Variazione percentuale nel periodo 2025-2070



Per informazioni e approfondimenti contattare:

- *Angela Adduce – Ispettore Generale Capo per la Spesa Sociale – angela.adduce@mef.gov.it*
- *Ispettorato Generale per la Spesa Sociale – rqs.segreteria.igespes@mef.gov.it*

