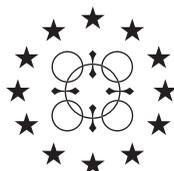


**QUADERNI EUROPEI
SUL NUOVO WELFARE**
svecchiamento e società

N. 10, Maggio 2008

LA CONFERENZA DI TORINO SUL NUOVO WELFARE

Pubblicato da
L'ISTITUTO DEL RISCHIO
TRIESTE - MILANO - GINEVRA
MACROS RESEARCH
MILANO



QUADERNI EUROPEI SUL NUOVO WELFARE *svecchiamento e società*

Subscriptions / Abbonamenti

four issues (English only or Italian only or both versions) / *quattro numeri (solo inglese o solo italiano o ambedue le versioni)*

for companies / *per società*: € 400 (5 copies/copie: € 1.500)

for public institutions / *per enti pubblici*: € 300 (5 copies/copie: € 1.000)

for universities, students / *per università, studenti*: € 200 (5 copies/copie: € 700)

Payment / Pagamento

• Bank transfer payable to / *bonifico bancario intestato a*: Macros, Banco Desio, Ag. 300

Current account no.: IBAN IT90 Z034 4032 4700 0000 0228 000 - SWIFT BDBIT22

Please fax a copy to +39 02 6554128 / *inviare copia via fax al numero* 02 6554128

• Credit card / *carta di credito*: Visa - Mastercard - Eurocard - Cartasi

Please send your request by fax to +39 02 6554128 / *inviare copia via fax al numero* 02 6554128

• Via internet / *tramite il sito* www.macrosgroup.it

LA CONFERENZA DI TORINO SUL NUOVO WELFARE

Editoriale

Orio Giarini e Mara Tagliabue

6

L'ALLUNGAMENTO DEL CICLO DI VITA: INTRODUZIONI

Far fronte alla transizione demografica

Ivo Šlaus

10

La necessità di un ridisegno del sistema di welfare

Enrico Salza

21

Una vita più lunga: certo, ma come e a quale costo? Aspetti etici

Claude Bébéar

23

L'assicurazione: una protagonista del New Welfare

Fausto Marchionni

27

SANITÀ, INVECCHIAMENTO E SVECCHIAMENTO

La longevità e la medicina predittiva

Vincenzo Marigliano

30

Alcune prospettive sulle politiche sanitarie e sul loro finanziamento in Europa

Nick Bosanquet

34

Domotica e invecchiamento della popolazione

Nicola Pangher

46

Tra compressione e declino della mortalità: la rivoluzione della longevità

Jean-Marie Robine

53

Salute e invecchiamento: la questione del *Long Term Care*

Philippe Trainar

60

LA CONFERENZA DI TORINO SUL NUOVO WELFARE

Gli anziani sono adulti strani? Il contributo della psicologia sociale allo studio dell'invecchiamento <i>Antonella Deponete</i>	71
Allungamento della vita: scenari per uno svecchiamento della popolazione <i>Cinzia Castagnaro e Raimondo Cagiano de Azevedo</i>	76
Funzionamento e disabilità nell'invecchiamento della popolazione europea: quale politica per quale intervento? <i>Matilde Leonardi, Somnath Chatterji e E. Jerome Bickenbach</i>	88
La salute e l'allungamento dell'aspettativa di vita: prospettive nell'Unione Europea <i>Angelo Carezzi</i>	98
<i>Easy Care</i> : un modello innovativo di rete a sostegno del <i>Welfare Community</i> a protezione variabile <i>Raul Cavalli</i>	106

PROBLEMI E POLITICHE EUROPEE DEL WELFARE

Invecchiamento e svecchiamento delle popolazioni europee: i fondamenti filosofici <i>Raimondo Cagiano de Azevedo</i>	120
La gestione dell'invecchiamento attivo: dall'allungamento dell'età pensionabile ai nuovi rischi del lavoro maturo <i>Maria Luisa Mirabile</i>	123
Verso un miglioramento delle condizioni di lavoro in età matura: le esperienze di alcune aziende maltesi <i>Andrea Principi e Giovanni Lamura</i>	131

LA CONFERENZA DI TORINO SUL NUOVO WELFARE

Prendersi cura di un familiare affetto da demenza: evidenze da uno studio <i>cross-sectional</i> sul carico sostenuto e sul benessere psicologico del caregiver <i>Cristian Balducci, Maria Gabriella Melchiorre, Sabrina Quattrini, Giovanni Lamura</i>	147
Rischi e vulnerabilità sociale: quali sistemi di protezione? <i>Sabina Mazza</i>	164
Il ruolo dell'assicurazione nei modelli innovativi di assistenza socio-sanitaria integrata per anziani <i>Angelo Paulli</i>	185
Dinamiche demografiche e mercato del lavoro in Italia <i>Manuela Stranges</i>	192
L'invecchiamento in Slovenia e la sua sostenibilità <i>Aleksander Zidanšek</i>	210

* * * * *

DOCUMENTI

Il Silver Workers Institute: i pensionati attivi in Germania <i>Jürgen Deller e Patrick M. Liedtke</i>	214
I quattro pilastri della pensione negli Stati Uniti <i>Prudential Financial, Newark USA</i>	218
* * * * *	
Editori	233
Sponsor	235

Editoriale

Alcuni punti fermi sulla rivoluzione demografica

di Orio Giarini e Mara Tagliabue

Ci sembra utile richiamare l'attenzione su tutta una serie di punti strategici che riguardano la rivoluzione demografica in corso, da ora verso il futuro, e che motivano la pubblicazione di questi Quaderni Europei sul Nuovo Welfare:

- *la sostenibilità: l'allungamento della durata di vita è un fenomeno chiave della sostenibilità delle nostre società alla pari del problema dell'energia e dell'ambiente (inquinamento, risorse). Solo la questione della pace e delle varie forme di guerra rappresenta un più alto grado di drammaticità e urgenza.*
- *La dimensione globale: si tratta di un fenomeno che si estende via via a tutto il pianeta. Secondo le previsioni delle Nazioni Unite, ci saranno al mondo, nel 2050, quasi 2 miliardi di persone sopra i 60 anni. Nel 2025, il 70% della popolazione vivrà nei paesi in via di sviluppo. Nel 2150 ci potrebbero essere nel mondo 1,2 miliardi di persone sopra gli 80 anni.*
- *Lo svecchiamento: uno studio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce come età media quella fra 45 e 59 anni, gli anziani fra 60 e 74 anni, vecchi fra 75 e 90 e i grandi vecchi oltre i 90. Si può ormai constatare che i sessantenni di oggi hanno la forma fisica e mentale di coloro che avevano fra 40 e 50 anni (ed anche meno) un secolo fa. A 60 anni la speranza di vita media si avvicina ai vent'anni e a 80 anni la grande maggioranza delle persone (oltre l'80%) è largamente autonoma. È improprio dunque interpretare il fenomeno dell'allungamento della durata di vita come semplicemente un fatto d'invecchiamento della popolazione.*
- *Un fenomeno di massa: persone anziane e grandi vecchi sono sempre esistiti. Ma ora questo fenomeno riguarda la grande maggioranza della popolazione.*
- *Le attività produttive dopo i 60 anni: queste riguardano sia le attività remunerate che le attività benevole di ogni tipo. Sono la garanzia per un miglior stato di salute, fisica e mentale.*
- *La promozione del lavoro per gli anziani (da sessanta anni ed anche prima): è importante come complemento di ogni forma di pensione o sussidio. Come avviene già in altri paesi, l'accumulo pensione – lavoro diverrà a poco a poco una chiave del Welfare. Sarà sempre più adottata e favorita, anche in tarda età, soprattutto per il lavoro a metà tempo e flessibile.*
- *Il pensionamento pubblico, basato sulla ripartizione (pay-as-you-go), rimarrà un pilastro importante (il primo) confondendosi, via via con il sistema fiscale, al punto da considerarsi una “negative income tax” (le entrate integrate sempre di più da vari tipi di imposte, e i pagamenti fondati sul principio della giustizia sociale su una soglia minima accettabile di sopravvivenza generalizzata).*

- *Il pensionamento capitalizzato (secondo pilastro), che alcuni paesi hanno già cominciato a rendere obbligatorio, fornirà sempre più i complementi necessari di pensione per vivere meglio, tenendo conto anche delle capacità di guadagno.*
- *Il terzo pilastro troverà nuove forme di estensione per favorire il risparmio individuale sotto varie forme.*
- *I costi della salute dovranno anche trovare dei complementi di sostegno reciproco sulla falsariga dei tre pilastri per le pensioni. In molti casi si apriranno nuove varie strade di integrazione sia per la redistribuzione che per l'accumulazione fra pensione e costi sanitari. Questi ultimi sono destinati a un largo incremento come conseguenza di sempre nuovi trattamenti, medicine e interventi che allungano la durata di vita e anche di molto la sua qualità. Come tali sono spese indicatrici di un aumento del valore economico e sociale.*
- *L'estensione della vita attiva rappresenta il quarto pilastro del Nuovo Welfare e come tale richiede anche:*
 - *una rinnovata capacità ed estensione della formazione a tutte le età, anche dopo i 70 anni. Anche i casi isolati di formazione superiore, universitaria e post-universitaria in tarda età, che oggi si registrano come curiosità, sono destinati a crescere.*
- *Il riconoscimento del fatto che l'evoluzione dell'economia è fondata sempre più sulle attività dei servizi (che richiedono da una parte tecnologie avanzate e dall'altra esperienza). Le funzioni di servizio favoriscono l'attività lavorativa di tutti, a tutte le età. Sarà importante prendere atto che l'economia moderna è fondata per almeno l'80% della produzione del valore e della ricchezza su queste attività di servizio. Che questo valore è oggi mal calcolato con i parametri di quando la Rivoluzione Industriale era al suo apice: da una parte si calcola come valore aggiunto una quantità di produzioni di recupero che misurano perdite di ricchezza (vedi i costi di trattamento degli scarti e degli inquinamenti) e dall'altra mancano i mezzi per valutare adeguatamente gli ingenti aumenti di produttività legati per esempio alla diffusione dei sistemi informatici. I primi sono valutati come valore aggiunto, mentre rappresentano in valore dedotto, i secondi sono "fuori mercato" (senza valore) perché spesso legati ad attività non remunerate (come la produzione di questa rivista). Spinti anche dalle crisi finanziarie è urgente rispondere nelle nuove condizioni alla domanda di Adam Smith: come si crea la ricchezza delle nazioni? La grossa differenza nella risposta è che ai suoi tempi la priorità per lo sviluppo era legata esclusivamente al nascente nuovo sistema manifatturiero, escludendo i servizi. Ai nostri tempi questo rapporto si è modificato fundamentalmente: è l'economia fondata sui servizi (che utilizzano anche la manifattura) che definisce in modo nuovo il valore da cui dipende la ricchezza delle nazioni.*

Al centro di tutto il capitale umano, che si estende anche con l'allungamento della durata di vita e che deve essere sempre meglio riconosciuto e promosso come fonte di sviluppo.

* * *

Questo editoriale accompagna la pubblicazione n. 10 dei Quaderni Europei sul Nuovo Welfare — svecchiamento e società. Gli editori e tutto lo staff sono molto felici del successo

riscontrato dai Quaderni e per questo ringraziano i loro numerosi lettori.

L'incipit dei Quaderni Europei fu il convegno internazionale "Strategies for the New Welfare Society in the Larger Europe" che si svolse a Trieste nel 2004.

Nel 2005 venne pubblicato il primo numero degli "European Papers on the New Welfare – the Counter-Ageing Society", il cui focus principale era ed è mettere al centro la questione cruciale dell'allungamento della vita e le sue ripercussioni in ambito sociale, economico e sanitario. Da allora sono stati pubblicati 10 numeri, in italiano e in inglese, e da più di un anno è stato creato il sito www.newwelfare.org (più di 10.000 visitatori al mese) che raccoglie tutti gli articoli dei diversi numeri dei Quaderni.

Lo scorso ottobre 2007 si è svolto a Torino il secondo convegno internazionale "The New Welfare – The Counter-Ageing Society", organizzato da Macros Research, The Risk Institute e l'Associazione di Ginevra con il supporto di Fondiaria-SAI, Eurizon Vita e Intesa Sanpaolo (il programma è disponibile nel n. 8 degli European Papers e nel sito www.newwelfare.org).

Una terza conferenza internazionale si terrà nel 2009 e si stanno già promuovendo workshops sulle questioni e problematiche inerenti al Welfare in diversi luoghi da Milano, a Lubiana, a Ginevra con l'obiettivo di selezionare contributi fondamentali per la preparazione di questo terzo convegno internazionale.

Il presente Quaderno n. 10 presenta i contributi più significativi del convegno di Torino, che in parte sono già stati pubblicati in inglese nel n. 9 degli European Papers.

Il convegno di Torino ha rappresentato un momento di incontro e di dibattito tra i più prestigiosi esperti ed accademici internazionali sulle proposte di un nuovo Welfare per una società che sta svecchiando (counter-ageing society).

Nella prima sezione della pubblicazione "Allungamento del ciclo di vita: introduzioni" gli autori dei diversi articoli (Ivo Šlaus, Enrico Salza, Claude Bébéar e Fausto Marchionni) concordano nel sottolineare come la questione demografica con l'allungamento della vita sia "da considerare come una fondamentale risorsa per lo sviluppo economico e sociale del Paese" (Enrico Salza). Claude Bébéar nel suo articolo si riferisce anche all'esperienza giapponese – paese emblematico per la longevità della sua popolazione – "dove il cosiddetto peso della vecchiaia si sta trasformando in risorsa positiva per l'innovazione e per i consumi". Fausto Marchionni conclude che "si tratta, di operare un salto culturale in avanti, verso una concezione che individua nella longevità una risorsa preziosa. Ripensare il legame tra economia e longevità ci permetterà non soltanto di rispettare gli obiettivi comunitari che intendono preservare la sostenibilità dei sistemi sociali continentali, ma offrirà una carta in più per governare l'economia della conoscenza".

La seconda sezione "Sanità, Invecchiamento e Svecchiamento" presenta diversi interventi sulla questione sanitaria del processo di invecchiamento. La sfida della geriatria "è di identificare i fattori che consentono di arrivare a cento anni, perché la longevità non è un evento straordinario ma un diritto che ognuno può conquistare" (Marigliano).

Altri articoli affrontano la questione delle politiche sanitarie in Europa e il loro finanziamento, la sfida del Long Term Care nel settore privato, mercato già attivo in Francia ed in America con prospettive e capacità innovative per il futuro. A questo riguardo è necessario, al fine di pianificare politiche adeguate ed interventi mirati, avere informazioni precise sul grado e sull'impatto della disabilità nella popolazione anziana nel panorama europeo. Tuttavia la disabilità degli anziani può essere gestita meglio e ridotta di molto e ottimizzando le risorse disponibili promuovendo l'autonomia individuale grazie alla domotica, che identifica "le tecnologie più consone affinché il paziente raggiunga gli obiettivi di vita prefissi" (Pangher).

Nella terza sezione "Problemi e Politiche Europee del Welfare" si mettono in evidenza le politiche europee del Welfare e la questione dell'invecchiamento attivo (Active Ageing).

Di fronte alle politiche europee a favore dell'allungamento della vita lavorativa, il nostro paese necessita ancora di impostare nuove importanti iniziative in questo settore. Incoraggiante la ricerca condotta a Malta che evidenzia le iniziative di alcune aziende volte ad assumere lavoratori anziani. La volontà di essere ancora attivi nel mercato del lavoro è ben illustrata e documentata nella ricerca "Silver Workers" che l'università Leuphana di Lueneburg e l'Associazione di Ginevra hanno condotto su circa 150 pensionati in Germania.

L'idea comune, che è alla base dei Quaderni, non è l'invecchiamento della popolazione ma è il grande potenziale di svecchiamento definito in inglese come processo di counter-ageing. Oggi si vive sempre più a lungo e in migliori condizioni di salute, per esempio una donna di 60 anni si può paragonare ad una di 45 anni di 40 anni fa e a 60 anni una donna ha ancora mediamente un'aspettativa di vita di circa 24 anni.

Ben comprendere il processo di svecchiamento e la sua diffusione nel mondo è un punto di partenza chiave per il futuro di tutti.

Far fronte alla transizione demografica

di Ivo Šlaus*

1. Introduzione

Nel discorso tenuto in occasione dell'edizione del 2007 della Conferenza annuale del Club di Roma, R. Rato, direttore generale del FMI, ha elencato i tre problemi principali che ci troviamo ad affrontare oggi: 1) l'instabilità finanziaria, 2) il mutamento climatico e 3) la transizione demografica. Nessuno dei tre si risolverà se perseveriamo nel comportamento che teniamo oggi: al contrario, peggioreranno tutti. Il mondo odierno è un puzzle di successi (per es. migliori condizioni sanitarie ed enorme incremento della speranza di vita) e fallimenti (impatto ambientale, nessun progresso nella non-proliferazione delle armi, disuguaglianza e instabilità politica in aumento, surriscaldamento del pianeta, inquinamento). La velocità dei cambiamenti e la globalizzazione¹ fanno sì che il mondo moderno sia molto diverso da quello di appena un secolo fa. Domani è sempre troppo tardi.

Gli "strumenti" che al momento adoperiamo per affrontare i problemi, i pericoli e le minacce che ci assillano sono stati sviluppati quando la società era notevolmente diversa da quella di oggi, quando cioè si caratterizzava per la lentezza dei cambiamenti e la scarsità di contatti al suo interno. Sarebbe utile ricorrere a "strumenti nuovi"? Quali? Possiamo inventarne? Soprattutto nell'ultimo secolo l'umanità ha cercato di adottare quelli che riteneva strumenti nuovi, causando catastrofi. L'avvertimento lanciato da von Hayek, secondo il quale dovremmo tener conto dei nostri limiti e non tentare di controllare la società creata grazie al libero contributo di milioni di persone nel corso dei secoli², è altamente significativo. Occorre sviluppare strumenti nuovi partendo dal basso. Le idee, una massa enorme di idee diverse e sorte in maniera indipendente, potrebbero formare una rete di nuovi strumenti — carote e non bastoni. La tecnologia dell'informazione e della comunicazione è ideale per questo approccio.

I grandi problemi illustrati da R. Rato e gran parte dei pericoli e delle minacce cui siamo esposti oggi sono causati direttamente da noi, gli esseri umani. Nella proposta di P. Crutzen, sarebbe bene denominare la nostra epoca "Antropocene"³. A partire dalla rivoluzione agricola gli esseri umani hanno assunto un ruolo sempre più dominante, tanto che oggi influenzano in maniera determinante l'ambiente e la stessa evoluzione. Gli esseri umani rappresentano pericoli e minacce, ma sono anche la risorsa più importante in assoluto, una risorsa sottoutilizzata.

* Presidente, Divisione del Sud Est Europa della World Academy of Art and Science.

¹ Anderson, W. T. (2004): *All Connected Now: Life in the First Global Civilization*, Westview Press, Boulder, Colorado; Foreign Policy and Kearney, A. T. (2005): *Measuring Globalization*, May/June, <http://www.foreignpolicy.com>; see also Globalisation Index, 2007.

² von Hayek, F. (1979): *Unemployment and Monetary Policy*, Cato Institute, San Francisco.

³ Crutzen, P. J. (2002): *Nature*, 415 (Jan 3) 23.

2. Le persone rappresentano la vera ricchezza

Nel documento State of Human Development relativo al 2004 si sostiene che le persone rappresentino la vera ricchezza delle nazioni. L'obiettivo fondamentale dello sviluppo consiste nel rafforzare la libertà e ampliare la possibilità di scelta degli esseri umani, in modo tale che essi possano condurre esistenze caratterizzate da pienezza e creatività. Tutti ne devono trarre beneficio in maniera equa⁴. Vanno sottolineate le espressioni “tutti” ed “equa”. Non solamente una parte, o una data classe sociale o razza o nazione, ma tutti a prescindere dal sesso e dall'età, sani o malati. Il termine “equa” non riguarda esclusivamente la redistribuzione della ricchezza, né implica che tutti siano in grado di svolgere i medesimi compiti. Tutti sono importanti, e lo sono nello stesso modo per la specifica mansione che una persona sa svolgere e svolge effettivamente. Ogni lavoro ha una componente principalmente creativa, ma anche in questo caso esistono diversi tipi di creatività.

Di conseguenza la principale risorsa e l'obiettivo principale sono rappresentati da esseri umani che siano sani, istruiti, attivi e felici, membri di una società giusta e coesa in un ambiente sano che garantisca uno sviluppo sostenibile. I dati confermano che la globalizzazione ha ridotto le disuguaglianze tra Paesi ma le ha esacerbate all'interno di certe nazioni, comportando un peggioramento generalizzato⁵ e, di conseguenza, bruciando capitale umano.

Tutti gli strumenti, nuovi e vecchi, andrebbero modificati in modo tale da essere utili alle persone e garantire il costante aumento del capitale umano, che è minacciato dall'inquinamento, dal sovrasfruttamento delle risorse, dalla perdita della biodiversità e dal surriscaldamento globale. Di conseguenza, gli “strumenti” verranno giocoforza modificati per garantire uno sviluppo sostenibile, per esempio modificando — e non necessariamente scartando — un vecchio strumento come lo “Stato sovrano” per garantire che sia utile ai cittadini, invece di sfruttarli per raggiungere obiettivi che non corrispondono principalmente al rafforzamento della libertà e del benessere. Per fare un altro esempio, la guerra non può essere uno “strumento” a disposizione degli Stati sovrani, poiché comporta la distruzione dell'ambiente e delle persone. Analogamente, occorre modificare due vecchi “strumenti” previsti implicitamente dal discorso di Rato, il “denaro” e “l'occupazione”, affinché siano veramente utili alle persone. Non bisogna dimenticare che il denaro esiste da poche migliaia di anni e che il concetto di occupazione come lo intendiamo ora è ancora più recente. Si tratta di altri due elementi collegati all'attuale transizione demografica.

La transizione demografica è stata studiata in dettaglio da Kapitza e dai suoi collaboratori⁶. Si tratta di un fenomeno unico nel suo genere e privo di precedenti. Ci concentreremo su un aspetto in particolare: il fatto che sia cresciuta la quota degli ultrasessantacinquenni. Nella maggior parte dei Paesi sviluppati, questa classe d'età rappresenta circa il 20% della popolazione e nel giro di pochi decenni è destinata ad arrivare al 25% (cfr. Tabella 1). Si tratta di una grande risorsa che non può e non deve essere ignorata. Naturalmente, nemmeno può né deve essere considerata primariamente un peso o la causa di prelievi maggiori a fini pensionistici a scapito del bilancio pubblico, delle aziende o dei privati, o un onere aggiuntivo dovuto all'aumento della spesa sanitaria. È stato detto che la transizione demografica è all'origine della mancanza di manodopera e del declino del PIL pro capite: ciò è certamente vero finché rimaniamo nell'alveo del “vecchio paradigma”, la cui validità resta tutta da dimostrare. Abbiamo bisogno di questa struttura del lavoro? La generazione degli over 65 può essere una risorsa invece che un fardello? Come?

⁴ The State of Human Development (2004): *Human Development Indicators*, p. 127, UNDP, New York.

⁵ WIDER World Income Inequalities Database (2007): *World Development Indicators*, X. Sala-i-Martin, Global Inequalities Fades as Global Economy Grows.

⁶ Kapitza, S. P. (2006): *Global Population Blow-up and After — The Demographic Revolution and Information Society*, Global Marshall Plan Initiative, Hamburg.

Tabella 1: Ultrasessantacinquenni in Europa

Anno	Ultrasessantacinquenni /milioni	Popolazione in età lavorativa /milioni	Percentuale
2000	71	303	23%
2030	110	280	39%

3. L'occupazione totale

La Tabella 2 riporta la percentuale del totale degli occupati in alcuni Paesi. L'obiettivo fissato dall'UE è un tasso di occupazione pari al 70%. Il fatto che nell'UE il tasso di occupazione totale sia inferiore agli USA è riconducibile ai livelli d'istruzione; la quota della manodopera scarsamente qualificata è pari al 35,6% nell'EU contro il 21,3% negli USA. Negli USA e nell'UE il tasso medio d'occupazione dei lavoratori scarsamente qualificati si aggira attorno al 45%, mentre il dato relativo ai laureati supera l'80%; se si aggiunge il fatto che negli USA il 26% dei lavoratori dispone di un titolo di istruzione superiore contro il 21% nell'UE, ecco spiegato lo svantaggio europeo in termini assoluti.

Quando una persona anziana perde il lavoro, è quasi impossibile che ne trovi un altro. Due sono le ragioni principali: innanzitutto molti anziani non dispongono di un'istruzione adeguata, o almeno non possiedono le competenze richieste dal mercato odierno. Di conseguenza gli ultracinquantenni si caratterizzano per un tasso di occupazione minore. In secondo luogo, alcuni anziani sono inquadrati a livelli superiori, e quindi assumerli risulta molto oneroso.

Anche se l'occupazione totale è ben al di sotto del 100%, la mancanza di manodopera si fa sempre più acuta. Per esempio negli USA oggi mancano circa 100.000 infermieri e si calcola che in breve tempo (diciamo entro il 2040) ci sarà bisogno di 200.000 medici e 800.000 infermieri. Nei Paesi sviluppati circa il 50% delle aziende è alle prese con la mancanza di manodopera. In Croazia il 50% delle persone che lavorano nel campo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione non ha un titolo di studio superiore. In un mondo globalizzato i flussi della manodopera determinano la fuga dei cervelli (di cui beneficiano altre aree geografiche) ma anche lo spreco dei cervelli, poiché nel trasferimento verso luoghi nuovi e diversi si perdono molte persone dotate di talento e provviste di un'istruzione superiore.

Esiste anche una correlazione tra povertà e occupazione, come dimostra la Tabella 2. Il lavoro è il mezzo principale con cui i cittadini delle democrazie caratterizzate da un'economia di mercato possono soddisfare i propri bisogni e realizzare le proprie aspirazioni socio-economiche. Eppure i governi accettano livelli di disoccupazione elevati, cedendo alla rassegnazione e all'incapacità di reagire. Si tratta di un atteggiamento immotivato e inaccettabile perché i fatti non giustificano un simile pessimismo. Nonostante l'aumento della popolazione a livello globale, il progresso tecnologico e la globalizzazione degli ultimi 50 anni, i posti di lavoro hanno registrato una crescita del 43% più veloce rispetto alla popolazione, mentre il dato relativo all'ultimo decennio si attesta al 21% (cfr. Figura 3).

Durante l'ultimo secolo la distribuzione dei lavori necessari è radicalmente mutata: la percentuale degli occupati in agricoltura e anche nella produzione di beni è diminuita drasticamente, a fronte di maggiori bisogni in termini di idee, creatività e conoscenza.

Figura 1: Tasso di occupazione totale in alcuni Paesi europei

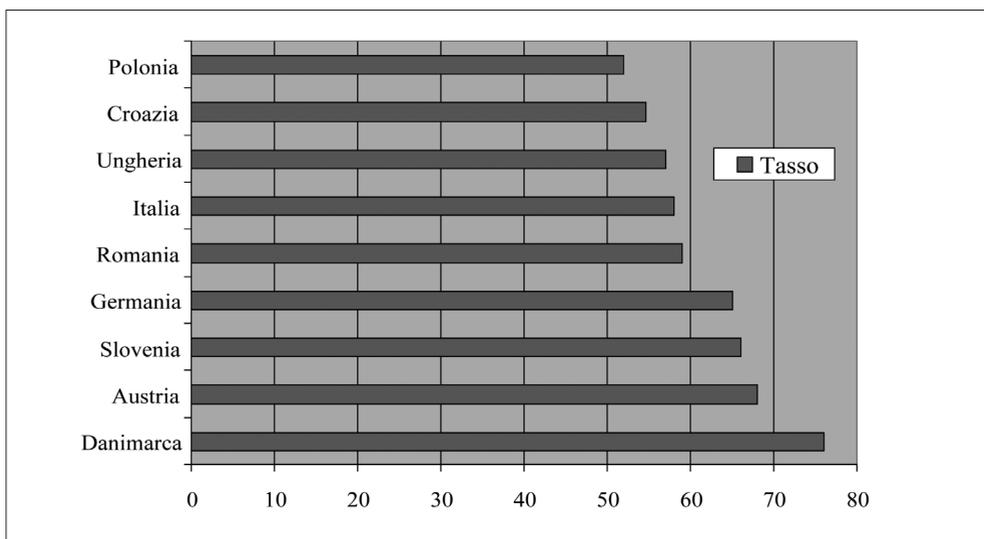


Tabella 2: Tasso di occupazione totale per diverse classi d'età in Croazia

Età	Tasso di occupazione	Educazione	Tasso di occupazione
15-25	24,9%	Elementare	37,0%
26-50	72,4%	Secondaria	31,7%
51-65	42,0%	Superiore	82,8%

Figura 2: Povertà e occupazione in Croazia

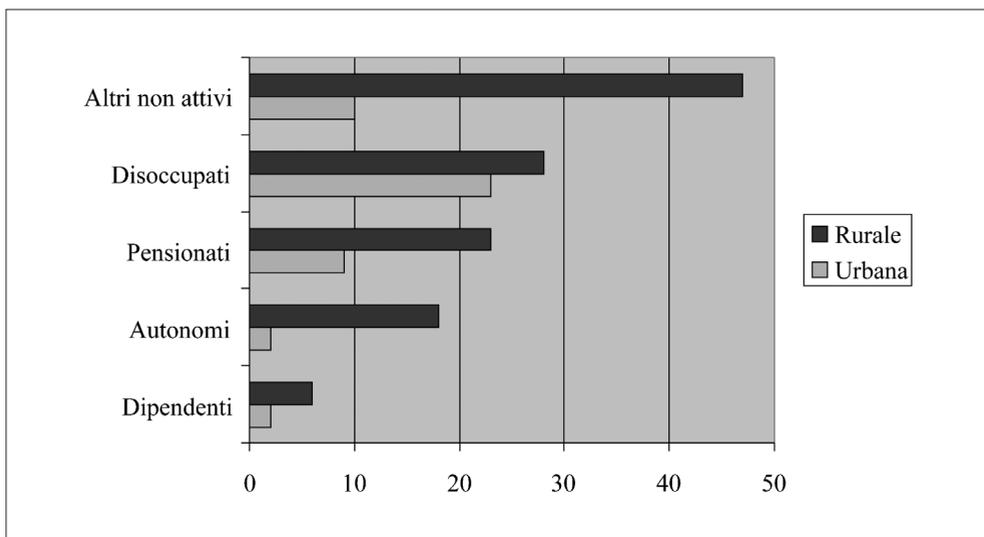
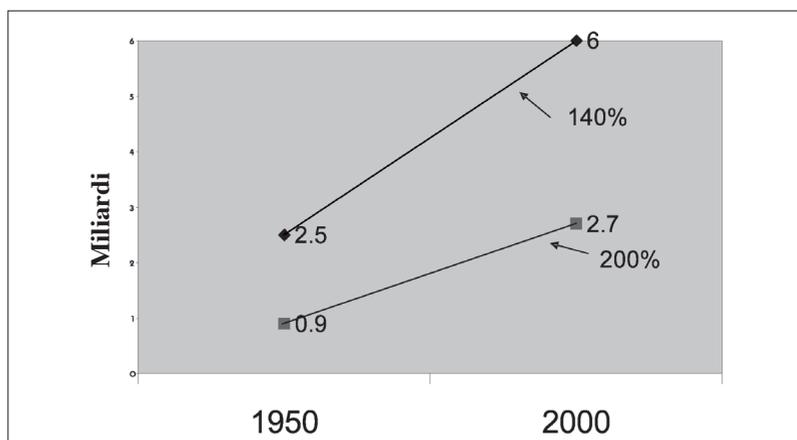


Figura 3: Popolazione e occupazione dal 1950 al 2000



Quella dell'occupazione rappresenta una questione d'importanza fondamentale per gran parte dei Paesi europei. Nella maggioranza dei casi, nell'Europa sud orientale e orientale (per es. Polonia, Croazia, Ungheria, Italia e Romania) i tassi di occupazione sono del 25% inferiori rispetto all'obiettivo stabilito dall'Unione, che si attesta sul 70-75%. In particolare destano preoccupazione la forte disoccupazione giovanile (in Croazia, per esempio, è del 36%) e quella di lunga durata, che in Polonia, Croazia e Slovacchia arriva al doppio di quella dell'Europa dei 25.

4. Le pensioni

I regimi pensionistici che conosciamo oggi sono nati alla fine del XIX secolo. Per indebolire l'influenza esercitata dai socialdemocratici, tra il 1889 e il 1891 il Cancelliere Bismark ha introdotto le pensioni, cominciando con i dipendenti statali che avevano superato i 70 anni. Il costo della pensione veniva condiviso al 50% dal dipendente e dal datore di lavoro. Nel 1913 l'età pensionabile fu abbassata a 65 anni e nel 1957 è stato introdotto il sistema a ripartizione. Negli Stati Uniti il primo piano pensionistico è stato offerto nel 1875 dall'impresa privata American Express Company; nel 1880 le ferrovie furono il primo grande settore industriale a provvedere alla copertura pensionistica e nel 1935 il Congresso USA ha varato il sistema previdenziale. Alla fine del XIX secolo la speranza di vita in tutta Europa e nell'America del nord era inferiore ai 50 anni e un'età pensionabile fissata a 65 anni significava che erano molto pochi quelli che ricevevano effettivamente la pensione. Se oggi si accettasse lo spirito, piuttosto che i limiti numerici, delle disposizioni di Bismark, l'età pensionabile dovrebbe aggirarsi intorno ai 90 anni.

Gran parte dei Paesi sviluppati registra tassi di fecondità bassi (di molto inferiori a 2,1, che è il livello necessario per mantenere invariata la popolazione); il periodo di istruzione va ben oltre i 25 anni, il primo impiego assorbe molte energie, cosicché il lasso di tempo in cui le donne possono avere figli si riduce notevolmente; la speranza di vita è notevolmente superiore ai 70 anni e molte imprese continuano a offrire il prepensionamento (di norma tra i 55 e i 60 anni), in linea teorica per fare posto a forza lavoro più giovane, più qualificata e sicuramente più economica.⁷ Tutto ciò rende insostenibile il regime pensionistico pubblico

⁷ Simonetta, J. (2003): "The Participation of Older Workers in Employment and Training Administration Programs", in J. Riley *et al.* (eds), A Compilation of Selected Papers from Employment and Training Administration's 2003 Biennial National Research Conference, US Dept of Labor, Employment and Training Administration, Washington, DC.

come lo conosciamo oggi: il suo crollo sarà determinato molto semplicemente dal fatto che il rapporto tra pensionati e lavoratori sta passando da 0,25, un livello accettabile, a circa 1.

I progressi scientifici e tecnologici non hanno condotto solo a una speranza di vita molto più lunga e in continuo aumento, ma anche a condizioni di salute migliori. Inoltre anche chi soffre di una qualche forma di invalidità riesce a lavorare: non sorprende che molti, dopo essere andati in pensione, continuino a lavorare⁸, concretizzando in questo modo il quarto pilastro del regime pensionistico proposto dall'Associazione di Ginevra⁹. I tre pilastri tradizionali comprendono innanzitutto un regime pensionistico a ripartizione obbligatorio, in secondo luogo una pensione integrativa aziendale e spesso a capitalizzazione, e da ultimo i risparmi individuali. Solo il quarto pilastro, che consiste in un impiego flessibile e a tempo parziale dopo il pensionamento, è sufficientemente robusto da resistere a eventuali scossoni.

È stato sottolineato come i lavoratori anziani, soprattutto i pensionati, non solo hanno maggiore esperienza, ma sono anche più fedeli, motivati e disposti a imparare, magari in maniera diversa dai colleghi più giovani, ma in modo altrettanto rapido ed efficiente.¹⁰ Il capitale umano dei lavoratori anziani rimane spesso inutilizzato e dunque si deteriora. Nel 2005 l'Associazione di Ginevra, in collaborazione con l'Università di Luenenburg, ha lanciato il progetto "Silver Workers" (lavoratori d'argento) per analizzare il fenomeno del lavoro post-pensionamento¹¹. Alcuni dei risultati ottenuti studiando pensionati tedeschi in età compresa tra i 60 e gli 85 anni sono i seguenti: 1) il 75% dei pensionati lavorerebbe anche senza essere pagato e spiega che di per sé il lavoro offre numerosi vantaggi immateriali; 2) in oltre il 50% dei casi il quarto pilastro è considerato importante; 3) circa il 70% degli intervistati vorrebbe che il quarto pilastro rappresentasse tra il 10 e il 30% della pensione; 4) il 79,3% dei pensionati vorrebbe essere integrato nell'organizzazione per cui sta lavorando; 5) il 42,4% di chi continua a lavorare dopo la pensione lo fa da casa, anche se in origine il 79,5% lavorava in azienda; 6) l'84,6% è disposto a viaggiare per lavoro; 7) il 68,6% dopo il pensionamento ha partecipato a corsi di formazione avanzata. I dati dimostrano chiaramente i diversi vantaggi che derivano dal mantenere un impiego flessibile e part-time dopo il pensionamento.

5. Gli anziani possono essere una ricchezza?

Che valore hanno gli anziani?

- 1) La creatività non diminuisce con l'età. Verdi compose Otello, Falstaff e l'Ave Maria a cavallo tra i 70 e gli 80 anni; Goethe ha continuato a scrivere il Faust fino alla morte, avvenuta a 83 anni; Franklin ha inventato le lenti bifocali a 78 anni; Michelangelo è rimasto creativo per tutta la vita e la Pietà e altre opere sono state completate poco prima che morisse, a ben 89 anni; Marc Chagall ha disegnato le vetrate dello Hadassah-Hebrew Medical Center di Gerusalemme ed è morto a 98 anni; Frank Lloyd Wright ha progettato il museo Guggenheim quando aveva 90 anni; un cardiocirurgo noto in tutto il mondo come Michael DeBakey ha superato i 90 anni e continua a essere molto attivo, come lo è l'architetto Oscar Niemeyer, che ha passato la soglia dei 100 anni. Churchill aveva

⁸ Clifford, S. (2005): "Saying no to Retirement", *Inc. Magazine*, 27(9), 27-29; Lang, S. S. (1999): "Go Back to Work — The Recipe for Happy, Retired Husbands", *Human Ecology*, 27(4), 2.

⁹ Giarini, O. (2000): "An Ageing Society? No, a Counter-Ageing Society", *The Four Pillars, Geneva Association Information Letter*, August, Geneva; Cagiano de Azevedo, R. (2003): "Invecchiamento o svecchiamento: questo è il problema?", *Giornale dell'Istituto Italiano degli Attuari*, 66, 119-144, Roma; Giarini, O. and Liedtke, P. (1996): *The Employment Dilemma and the Future of Work*, The Geneva Association; Reday-Mulvey, G. (2005): *Working Beyond 60*, Palgrave, McMillan, New York.

¹⁰ Wise, D. E. (2005): "Facing the Age Wave and Economic Policy: Fixing Public Opinion Systems with Healthcare in the Wings", *Fiscal Studies*, 26, 2005, 5-34.

¹¹ Geneva Association (2007): *Silver Workers, Etudes et Dossiers*, No. 330, Research Report, August, Working paper series of the Geneva Association, and references therein.

77 anni quando è tornato a occupare il ruolo di primo ministro, sconfiggendo il partito laburista, e l'elenco potrebbe continuare.

Nemmeno l'idea che gli anziani si ammalino più spesso e che la malattia riduca la creatività è difendibile, come dimostrato da Steven Hawking, uno dei più grandi cosmologi viventi. Beethoven era sordo quando ha composto la Nona sinfonia; Claude Monet, Marry Cassat e Edgar Degas soffrivano di cataratta e la loro vista peggiorò talmente che si dice dipingessero a memoria; Pierre Renoir era afflitto dai dolori dell'artrite reumatoide, ma tutti continuarono a lavorare in modo creativo.

- 2) Con l'età aumentano l'esperienza e la saggezza. I pensionati sono bravi lavoratori che non necessitano dei contributi per la sanità e la pensione (avendoli appunto già versati) e quindi dovrebbero costare meno e, se assunti, potrebbero porre rimedio alla mancanza di manodopera. Negli USA l'Ufficio statistiche del lavoro ha calcolato che la crescita dell'occupazione della popolazione sopra i 55 anni sarà quadrupla rispetto all'incremento dell'occupazione totale, così confermando l'ipotesi di partenza.
- 3) Gli anziani dovrebbero affrontare i rischi con maggiore facilità, dato che possiedono esperienza e credenziali. Galileo Galilei aveva 68 anni quando ha scritto "Il dialogo sopra i due massimi sistemi del mondo", Newton aveva superato i 60 quanto, in qualità di dirigente della Zecca, avviò una profonda riforma monetaria e, Einstein continuò a lavorare a una teoria unificata anche in età avanzata.
- 4) Gli anziani hanno conosciuto fallimenti e sconfitte e spesso si sono ripresi e hanno conquistato successi, così rafforzando la fiducia in se stessi.
- 5) La globalizzazione richiede una prospettiva di lungo respiro e gli anziani sono lungimiranti.

Gli anziani hanno sempre rappresentato una componente essenziale della società e ancor oggi forniscono il proprio contributo grazie ad attività non monetizzate e non monetizzabili. Lavoro e occupazione garantiscono veramente la coesione sociale contribuendo, unitamente alle attività fisiche e mentali, a una vita lunga, felice e in buone condizioni di salute.

6. La nuova scatola degli attrezzi

Come abbiamo già avuto modo di sottolineare, è necessario creare nuovi strumenti tramite un approccio che si sviluppi dal basso, anche se alcune raccomandazioni potrebbero rivelarsi utili. Ecco un elenco di proposte relative ai nuovi strumenti:

1. Compartimentalizzazione del lavoro — è utile? La divisione artificiale del lavoro in compartimenti stagni (istruzione, lavoro, pensione) impone ai cittadini vincoli arbitrari e artificiali. I lavoratori andrebbero incoraggiati a proseguire nella loro istruzione formale anche dopo che sono stati assunti e a continuare a impegnarsi in un'attività produttiva fintanto che sono fisicamente in grado e psicologicamente disposti. L'idea di un'età pensionabile fissa non tiene conto della maggiore longevità e delle migliori condizioni di salute della popolazione anziana e la priva ingiustificatamente della soddisfazione psicologica e sociale derivante da un'occupazione produttiva. Il problema dell'occupazione interessa l'intera società in termini di valori, cultura, atteggiamenti, attese, organizzazione e competenze, come pure di tecnologia e politiche pubbliche. Da questa prospettiva più ampia, è possibile individuare notevoli possibilità di crescita dell'occupazione grazie a misure volte ad accelerare lo sviluppo della società in genere. La piena occupazione oggi rappresenta un obiettivo raggiungibile dalla maggior parte dei Paesi: ciascuno di essi troverà il modo per sfruttare al meglio la propria unicità. Nella maggioranza dei casi i bassi tassi di occupazione e la forte disoccupazione possono essere eliminati nel giro di 3-4 anni grazie all'approccio della tripla

elica¹², che unisce e integra gli sforzi compiuti da parte del Governo, dal settore della ricerca e dell'istruzione e dalle imprese, a condizione che vengano soddisfatte le seguenti condizioni:

- i) Tutte le parti coinvolte devono, di comune accordo, condividere il medesimo impegno e la stessa determinazione per fare tutto ciò che è possibile e necessario per risolvere con estrema urgenza il problema della disoccupazione e garantire il diritto di tutti i cittadini — compresi gli anziani (se lo desiderano) a un lavoro retribuito.
 - ii) Occorre la volontà di adottare approcci pragmatici, inediti e innovativi del tutto contrari all'opinione comune secondo cui la disoccupazione è inevitabile.
 - iii) Occorre comprendere che il numero di posti di lavoro creati da una società non è soggetto a leggi di natura immutabili: si tratta di una scelta degli esseri umani. Dovremmo capire che la società, come le aziende, utilizza solo una piccola parte delle risorse sociali e delle opportunità esistenti per la creazione di occupazione. Potenzialmente, queste opportunità e risorse umane comprendono le aspirazioni e le scelte individuali, le tecnologie, informazioni utili in senso pratico, la capacità di migliorare le organizzazioni, i sistemi, le competenze, ecc. Esistono innumerevoli fattori che contribuiscono alla creazione di nuovi posti di lavoro e vi sono ampi margini di intervento, anche tenendo conto dei limiti imposti dalla scarsa flessibilità strutturale e dagli interessi politici in gioco. Il potenziale umano e sociale è la risorsa meno sfruttata e più preziosa che abbiamo a disposizione.
2. L'istruzione è il migliore degli investimenti, come dimostrano molti studi. Un percorso di formazione rigido, seguito dal lavoro e dal pensionamento, non è più attuale: nel XXI secolo è necessaria un'occupazione anticipata in cui si assicuri una formazione continua lungo tutto l'arco della vita. Se si prolunga la durata attuale della scuola dell'obbligo, si rallenta l'ingresso dei giovani nel mondo del lavoro, si migliorano le capacità di apprendimento e l'occupabilità di chi inizia a cercare un impiego e si stimola l'occupazione nella scuola e nei settori correlati. È fondamentale che il prolungamento dell'istruzione obbligatoria non avvenga a scapito della qualità dell'istruzione stessa; al contrario, in questo campo è necessario assicurare l'eccellenza, in modo da stimolare la domanda di forza lavoro. La crescita della richiesta di conoscenze e competenze rende necessario proseguire nella formazione e nell'istruzione anche dopo che si è trovato un impiego. La formazione permanente per tutti è essenziale per sostenere un rapido sviluppo economico. Ciò significa che la domanda di posti di lavoro legati all'istruzione crescerà di un fattore superiore a dieci. Il modo migliore per soddisfare la maggiore richiesta di formatori consisterà nel coinvolgimento di un numero significativo di pensionati, a molti dei quali dovrà essere offerta la possibilità di riqualificarsi o almeno di ricevere un'ulteriore istruzione. Il modello migliore è quello rappresentato nella Figura 4, che illustra un nuovo approccio all'istruzione/occupazione.
3. La speranza di una vita attiva e in buone condizioni di salute sta aumentando in tutto il mondo e la percentuale degli ultrasessantenni va crescendo. Allo stesso tempo, oggi, chi ha tra i 70 e gli 80 anni è più sano e attivo di quanto non fosse chi era di 20 anni più giovane mezzo secolo fa (si tratta del fenomeno chiamato "svecchiamento"). Grazie alla loro esperienza e alla capacità di assumersi rischi, gli ultrasessantenni rappresentano un capitale sociale unico che deve essere impiegato nella crescita determinata dall'occupazione, nello sviluppo economico e sociale e nel miglioramento della qualità della vita. Sarebbe del tutto errato alzare l'età pensionabile di tutte le occupazioni (non

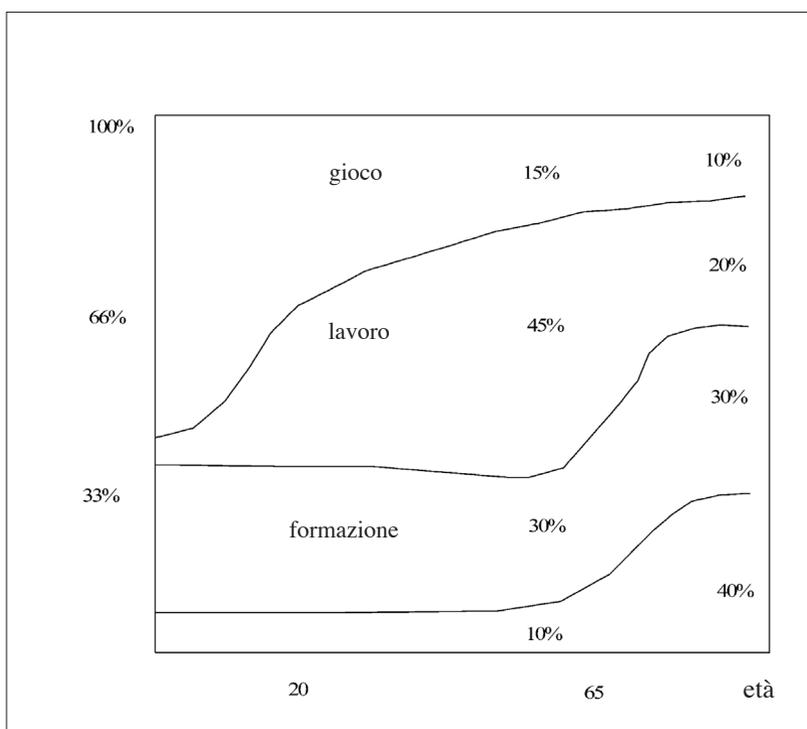
¹² Etzkowitz, H. and Leydesdorf, L., (2000): "The Dynamics of Innovation: From National Systems and 'Mode 2' to a Triple Helix of University-Industry-Government", *Research Policy* 29, 109-123; Etzkowitz, H. (2001): "The Second Academic Revolution and the Rise of Entrepreneurial Science", *IEEE Technology and Society Magazine*, Summer; Etzkowitz, H. (2004): "Creative Reconstruction: Toward a New Mode of Production in Knowledge-Based Societies", Paper presented at workshop Innovation and Social Development in Knowledge-Based Economy/Society, Dubrovnik, IUC, 7-9 May; Etzkowitz, H. (2004): "Learning from Transition: The Triple Helix as an Innovation System", *Transition Countries in the Knowledge Society*, edited by Svarc, J., Laznjak, J., Sporer, Z., Polsek, D., Institute of Social Sciences "I. Pilar", Zagreb.

solo i minatori e le ballerine, ma anche i professori universitari non possono continuare a lavorare per sempre), ma sarebbe altrettanto sbagliato obbligare ad andare in pensione coloro i quali possono e desiderano lavorare. È assolutamente necessario garantire la riqualificazione di chi vuole, può e deve lavorare.

4. La società contemporanea ha bisogno di cittadini sani, istruiti e attivi e questa è la base della flessicurezza: flessibilità nel cambiare lavoro e sicurezza nella garanzia di un lavoro. Per creare occupazione è possibile formulare un ampio ventaglio di strategie, di cui forniamo alcuni esempi qui sotto.
 - i) Colmare le lacune in termini di competenze: diverse ricerche confermano la mancanza, a livello mondiale, di lavoratori dotati delle competenze necessarie per svolgere le mansioni richieste. La mancanza di competenze tecniche è un fenomeno comune a tutti i settori; inoltre le aziende incontrano difficoltà nel reclutamento di personale dotato di competenze essenzialmente non tecniche, soprattutto le competenze interpersonali di base necessarie nei settori delle vendite e dei servizi al cliente, o nel lavoro di gruppo. Se si forniscono a chi è in cerca di impiego le competenze richieste dalle aziende, si contribuirà in maniera significativa alla creazione di occupazione e alla crescita economica. È necessario che le aziende e il settore dell'istruzione collaborino per identificare le competenze utili a fare carriera in un'economia e una società che stanno cambiando molto rapidamente. Il primo passo da compiere consiste nello studio dei bisogni rilevati sui mercati del lavoro nazionali e internazionali e sviluppare programmi efficaci — come l'informatizzazione della formazione professionale — volti a fornire le competenze richieste.
 - ii) Lavoro part-time: le leggi e le normative in vigore impediscono ai lavoratori di cercare un'occupazione a tempo parziale e alle aziende di assumerli, o per lo meno simili scelte risultano scoraggiate. Le esperienze accumulate da Paesi come l'Olanda dimostrano che l'eliminazione dei disincentivi al lavoro part-time può far aumentare l'occupazione del 2-3% o più, poiché molte giovani madri e molti lavoratori anziani attualmente occupati a tempo pieno preferirebbero lavorare a orario ridotto con una decurtazione dello stipendio. In questo modo si creano nuove opportunità per chi al momento è disoccupato ed è anche possibile affrontare il problema del crescente numero di lavoratori ultrasessantenni che sono obbligati ad andare in pensione senza avere raggiunto una sufficiente sicurezza economica, benché siano ancora produttivi. Per esempio, in Croazia il tasso di occupazione di chi ha un'età compresa tra i 50 e i 65 anni arriva appena al 42%; il tempo parziale può innalzare la percentuale di occupati tra gli ultrasessantenni a rischio povertà per via delle pensioni insufficienti, ma ancora creativi e in grado di lavorare.
 - iii) Lavoro autonomo: internet permette ai singoli di accedere a un'ampia gamma di opportunità lavorative. Occorre compiere uno sforzo sistematico per identificare queste opportunità e istruire i giovani affinché possano coglierle.
5. Il denaro è la più potente e anche la più incompresa delle organizzazioni sociali, una risorsa con un potenziale innovativo enorme in grado di generare uno sviluppo economico e sociale illimitato: le banche, i mutui, le assicurazioni, il *venture capital*, i fondi di investimento e le carte di credito rappresentano innovazioni monetarie che hanno contribuito a una grandissima espansione delle attività economiche e alla creazione di posti di lavoro. Esiste un ampio margine di sfruttamento di tali strumenti e di ulteriori innovazioni in campo monetario che avranno un effetto analogo.

Gli anziani, con la loro esperienza e grazie alla possibilità di proporre soluzioni rischiose, dovrebbero cercare di dare il loro contributo proponendo — e talvolta collaudando — i nuovi strumenti che si rendono necessari.

Figura 4: Proposta di un modello di istruzione/occupazione



RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Anderson, W. T. (2004): *All Connected Now: Life in the First Global Civilization*, Westview Press, Boulder, Colorado; Foreign Policy.
- Cagiano de Azevedo, R. (2003): "Invecchiamento o svecchiamento: questo è il problema?", *Giornale dell'Istituto Italiano degli Attuari*, 66, 119-144, Roma;
- Clifford, S. (2005): "Saying no to Retirement", *Inc. Magazine*, 27(9), 27-29.
- Crutzen, P. J. (2002): *Nature*, 415 (Jan 3) 23.
- Etzkowitz, H. and Leydesdorf, L., (2000): "The Dynamics of Innovation: From National Systems and 'Mode 2' to a Triple Helix of University-Industry-Government", *Research Policy* 29, 109-123.
- Etzkowitz, H. (2001): "The Second Academic Revolution and the Rise of Entrepreneurial Science", *IEEE Technology and Society Magazine*, Summer.
- Etzkowitz, H. (2004): "Creative Reconstruction: Toward a New Mode of Production in Knowledge-Based Societies", Paper presented at workshop Innovation and Social Development in Knowledge-Based Economy/Society, Dubrovnik, IUC, 7-9 May.
- Etzkowitz, H. (2004): "Learning from Transition: The Triple Helix as an Innovation System", *Transition Countries in the Knowledge Society*, edited by Svarc, J, Laznjak, J., Sporer, Z., Polsek, D., Institute of Social Sciences "I. Pilar", Zagreb.
- Geneva Association (2007): *Silver Workers, Etudes et Dossiers*, No. 330, Research Report, August, Working paper series of the Geneva Association, and references therein.

- Giarini, O. (2000): "An Ageing Society? No, a Counter-Ageing Society", *The Four Pillars, Geneva Association Information Letter*, August, Geneva.
- Giarini, O. and Liedtke, P. (1996): *The Employment Dilemma and the Future of Work*, The Geneva Association.
- Kapitza, S. P. (2006): *Global Population Blow-up and After — The Demographic Revolution and Information Society*, Global Marshall Plan Initiative, Hamburg.
- Kearney, A. T. (2005): Measuring Globalization, May/June, <http://www.foreignpolicy.com>; see also Globalisation Index, 2007.
- Lang, S. S. (1999): "Go Back to Work — The Recipe for Happy, Retired Husbands", *Human Ecology*, 27(4), 2.
- Reday-Mulvey, G. (2005): *Working Beyond 60*, Palgrave, McMillan, New York.
- Simonetta, J. (2003): "The Participation of Older Workers in Employment and Training Administration Programs", in J. Riley *et al.* (eds), A Compilation of Selected Papers from Employment and Training Administration's 2003 Biennial National Research Conference, US Dept of Labor, Employment and Training Administration, Washington, DC.
- South East European Division of the World Academy of Art and Science, Zagreb, Croatia.
- The State of Human Development (2004): *Human Development Indicators*, p. 127, UNDP, New York.
- von Hayek, F. (1979): *Unemployment and Monetary Policy*, Cato Institute, San Francisco.
- WIDER World Income Inequalities Database (2007): *World Development Indicators*, X. Sala-i-Martin, Global Inequalities Fades as Global Economy Growth.
- Wise, D. E. (2005): "Facing the Age Wave and Economic Policy: Fixing Public Opinion Systems with Healthcare in the Wings", *Fiscal Studies*, 26, 2005, 5-34.

La necessità di un ridisegno del sistema di welfare

di Enrico Salza*

In questo quaderno autorevoli esponenti del mondo accademico, delle professioni, uomini di finanza e assicurazione, policy makers si confrontano sul tema dell'invecchiamento della popolazione. In particolare sulle ripercussioni della longevità e dell'aumento della speranza di vita sulla sostenibilità economica dei sistemi di Welfare.

L'invecchiamento della popolazione interagisce con i bassi tassi di natalità e con l'aumento della speranza di vita, creando un bacino di popolazione anziana sempre più ampio e longevo. Da una società di genitori e figli ci stiamo trasformando rapidamente in una società di nonni e bisnonni. Le proiezioni demografiche al 2050 parlano di una popolazione anziana nell'Unione Europea che supererà i 100 milioni di persone, il 20% delle quali saranno italiani. Queste previsioni prefigurano una situazione in cui ogni persona in età lavorativa dovrà produrre un reddito sufficiente per mantenere se stesso nonché per coprire i costi di assistenza previdenziale e socio-sanitaria di almeno una persona anziana. Fino a pochi anni or sono questa corrispondenza vedeva due persone in età lavorativa sostenere una persona anziana. Questo «capovolgimento» demografico è destinato ad appesantire ulteriormente i bilanci pubblici, attraverso gli incrementi di spesa per le pensioni, i servizi sanitari e l'assistenza sociale.

Ricorderò brevemente che la spesa pensionistica ha superato il 15% del PIL, oltre 3 punti percentuali superiore alla già alta media europea. L'ISTAT ha calcolato che il deficit pensionistico ammonta a 900 euro a testa, neonati e immigrati compresi. Il nostro Paese presenta ancora importanti squilibri pensionistici, continuando a mantenere al contempo le più elevate aliquote contributive (33%) dei Paesi dell'OCSE e prestazioni pensionistiche fra le più favorevoli del mondo, con un tasso di sostituzione pari al 78% dell'ultima retribuzione e nonostante i diversi interventi di riforma che si sono succeduti nell'arco di più di un decennio.

Alle trasformazioni demografiche si sommano importanti cambiamenti epidemiologici che accentuano gli elementi disabilitanti legati all'invecchiamento e rendono particolarmente pressante l'esigenza di assistenza per anziani, disabili, non autosufficienti. Rappresenta infine un punto di grandissima fragilità per la sostenibilità di medio periodo della finanza dei bilanci regionali, cui è demandata l'erogazione dei servizi sanitari. La spesa sanitaria ha superato lo scorso anno la quota dei 102 miliardi di euro — circa il 7% del PIL. Essa è cresciuta negli ultimi 10 anni ad un tasso annuo medio del 7%, con una dinamica quasi doppia rispetto quella del PIL nominale e tre volte superiore a quella dell'inflazione. La Corte dei Conti ha stimato recentemente che le sole componenti demografiche porteranno la spesa sanitaria ad assorbire quasi il 9% del PIL entro il 2050. L'OCSE, prendendo anche in considerazione gli effetti sui consumi sanitari e sulla domanda di servizi socio assistenziali da parte di anziani non autosufficienti, stima per l'Italia una crescita della spesa sanitaria tale da raggiungere il 13% del PIL.

* Presidente del Comitato di gestione INTESA-SANPAOLO

Di fronte a questi numeri è indispensabile sviluppare politiche di Welfare compatibili con le dinamiche demografiche e dello stato di salute della popolazione evitando di scaricare sulle generazioni future, come avviene oggi, tutto il peso delle rendite attuali. Occorre in particolar modo identificare un nuovo patto sociale in grado di garantire anche i diritti dei giovani, che sono senza rappresentanza e non hanno voce nelle decisioni sulle politiche di Welfare, per quanto siano coloro su cui gravano un imponente debito intergenerazionale e la parte maggiore del finanziamento delle pensioni dei più anziani.

Occorre infine considerare la longevità non più come semplice invecchiamento, ma come una fondamentale risorsa per lo sviluppo economico e sociale del Paese. Lo scopo di questo convegno è proprio questo: passare dalla visione dell'invecchiamento come minaccia a quello della longevità come straordinaria opportunità di sviluppo.

Per farlo occorrono approcci diversi, occorre liberarsi dalle idee vecchie, aprire la testa e uscire da una gestione degli squilibri del Welfare che si preoccupa solo di gestire, in modo più o meno rigoroso, i problemi attuariali legati alla redistribuzione intergenerazionale dei redditi.

Un punto fondamentale credo sia quello di offrire ai lavoratori maggiori ambiti di libertà individuale per quanto riguarda il come e il quando andare in pensione ritirandosi completamente dall'attività lavorativa. Alle persone anziane vanno offerti incentivi economici, strumenti finanziari, servizi socio assistenziali, contesti normativi affinché possano continuare ad essere parte attiva della forza lavoro il più a lungo possibile. Occorre rendere maggiormente flessibile il pensionamento. Tuttavia sono necessari incentivi e contesti normativi appropriati, cioè capaci di incoraggiare carriere lavorative più lunghe e disincentivare uscite precoci dal mercato del lavoro. La flessibilità al pensionamento può essere praticata in vari modi strettamente legati fra loro, sia attraverso la possibilità di scegliere l'età di collocamento a riposo, sia grazie alla facoltà di uscire in modo graduale dal mondo del lavoro attraverso schemi di pensionamento parziale.

Solo attraverso interventi volti a estrarre dalla longevità tutto il suo potenziale in termini di crescita economica e sociale si può pensare di riequilibrare il nostro sistema di Welfare, rendendolo più efficiente e soprattutto più equo.

Una vita più lunga: certo, ma come e a quale costo? Aspetti etici

di Claude Bébéar*

1. Introduzione

L'argomento di questo articolo non riguarda l'invecchiamento, ma l'evoluzione verso una società che tenga conto dell'allungamento della vita (*long life society*).

Senza alcun dubbio la speranza di vita aumenta costantemente e anche l'età in cui si è considerati anziani si sta innalzando. In Francia, rispetto al 1945, la speranza di vita è aumentata di 17 anni per gli uomini e 19 anni per le donne. I dati relativi al Giappone sono ancor più sorprendenti: 32 anni per le donne e 28 per gli uomini. Avere 72 anni — la mia età — oggi non ha più lo stesso significato che poteva avere nel 1945 o nel 1900. In Francia, il 70% degli ultrasessantenni conduce una vita senza problemi di salute. Nel 2040 la popolazione con oltre 75 anni sarà probabilmente pari al numero degli ultrasessantenni nel 1940.

L'invecchiamento dipende da dove una persona posiziona il cursore della sua vita. Secondo la mia opinione, se si hanno ancora la capacità e il desiderio di rimanere attivi, non si è vecchi. Essere attivi non significa solo avere un lavoro retribuito, quanto piuttosto condurre una vita stimolante sul piano sociale e intellettuale, contribuendo ognuno a suo modo allo sviluppo della società. A prescindere dalle statistiche, a livello individuale l'inattività è nemica della speranza di vita.

L'evoluzione verso una *long life society* richiede cambiamenti radicali nel nostro modo di concepire l'età. In parte si tratta anche di una questione che riguarda le istituzioni, cioè gli Stati, ma anche le compagnie di assicurazioni possono fare la loro parte, poiché il cambiamento in atto rappresenta per loro una sfida e un'opportunità formidabile.

2. Il ruolo delle istituzioni

Nelle pagine che seguono mi riferirò in particolare all'esperienza giapponese — recentemente analizzata dall'Istituto Montaigne — dove il cosiddetto peso della vecchiaia si sta trasformando in risorsa positiva per l'innovazione e per i consumi.

Considerando i bisogni degli anziani come leva per stimolare l'economia e la creazione di posti di lavoro, il Giappone ha intrapreso un percorso che porta alla soluzione delle due questioni causate dall'allungamento della vita: le pressioni del mercato del lavoro e il deficit dei sistemi previdenziali. Come sono riusciti in questa impresa?

- Puntando in primo luogo sul mercato del lavoro: 450.000 anziani hanno ripreso a lavorare o hanno scelto di rimanere attivi anche durante il pensionamento.

* Presidente Onorario del Consiglio di Sorveglianza, Gruppo AXA.

- Incoraggiando “l’economia delle donne” (*Womenconomics*), coinvolgendo la forza lavoro femminile, una riserva di lavoro finora inesplorata.
- Contando sul fattore capitale per mantenere alto il livello di creazione della ricchezza, per esempio tramite misure fiscali che stimolino i *business angels* e attirino investimenti diretti in Giappone.
- Puntando sull’innovazione, con aiuti statali al settore ricerca e sviluppo in grado di ottimizzare tutte le forme di innovazione. Cinque delle dieci aziende che presentano il maggior numero di richieste di brevetto negli Stati Uniti sono giapponesi. Il Giappone registra un numero di brevetti pro capite doppio rispetto agli USA o all’Europa. Grazie alle sue tecnologie, questo Paese ha raggiunto un ruolo dominante nei settori dell’auto, dell’elettronica, dell’energia solare, dei robot umanoidi e delle neurotecnologie.
- Sviluppando il “Mercato d’argento” (*Silver Market*), le aziende giapponesi sono all’avanguardia nel rapporto con i “*senior*”.

In breve, l’allungamento della vita implica che gli Stati realizzino politiche proattive per i “*senior*” affinché possano contribuire alla crescita economica e al lavoro.

3. Long Life Society: sfide e opportunità per le assicurazioni private

Le assicurazioni private hanno raccolto la sfida delle pensioni grazie alla strategia dei “quattro pilastri”. Nei prossimi 20 o 30 anni in alcuni Paesi la spesa sanitaria, determinata dal prolungamento della vita e dal contemporaneo miglioramento delle condizioni di salute, potrebbe raddoppiare in termini di percentuale di PIL. La spesa sanitaria è una questione rilevante: non è una bolla di sapone! Ad essa è riconducibile il reddito di interi settori delle nostre economie, come gran parte degli investimenti e dei bilanci destinati alla ricerca delle società e dei comparti interessati.

Nei Paesi sviluppati gli anziani godono di alti livelli di istruzione e sono ben informati: sanno come accedere direttamente a informazioni mediche tramite internet (*E-health*) e sono sempre più consapevoli della malasanità, che in molti Paesi miete più vittime degli incidenti stradali. Quindi continueranno a chiedere un’assistenza sanitaria sempre migliore, rivolgendosi a chi meglio può indirizzarli in quello che percepiscono come un labirinto sanitario.

In tale contesto le assicurazioni malattia sia pubbliche che private dovranno offrire prodotti tradizionali e servizi sanitari più completi. Questi servizi comprendono: informazioni e consulenze mediche; orientamento sulle prestazioni ospedaliere che offrono le migliori garanzie; la possibilità di avere una seconda visita prima di sottoporsi a operazioni rischiose; l’opportunità di accedere al consulto dei migliori specialisti disponibili in qualsiasi parte del mondo; a ciò si aggiungono i vantaggi della telemedicina e della telechirurgia, l’assistenza a domicilio e l’impiego di sensori, servizi che idealmente andrebbero gestiti con un network sanitario che assicuri una guida esperta e livelli elevati di qualità e professionalità. Le assicurazioni malattia devono prevedere una sorta di vitalizio, nel senso della possibilità di garantire le cure e l’assistenza a lungo termine necessarie per affrontare il morbo di Alzheimer, una patologia simbolica che richiede l’impegno dell’intero sistema sanitario, pur prevedendo cure quotidiane strettamente collegate al contesto socioculturale. Più in generale, per farsi carico degli anziani in condizioni di dipendenza, sarà necessario prevedere l’applicazione di disposizioni finanziarie per tutta la durata del contratto, al fine di mutualizzare il rischio (*Long Term Care*).

Al momento esistono le condizioni giuste che permettono un simile sviluppo. Possiamo registrare un’evoluzione dei sistemi che garantiscono lo scambio di archivi elettronici di

documentazione medica, delle ricette informatizzate e dell'*E-health*. Tali progressi rendono possibile un servizio personalizzato, in grado di tener conto della storia clinica dei pazienti, di seguirli per tutti gli aspetti sanitari e adottare procedure affidabili per valutare la qualità delle cure prestate. Il grande contributo dell'informatica dovrebbe rendere possibile la completa ristrutturazione dei sistemi sanitari tradizionali, tale da ottenere un incremento della produttività paragonabile a quello di altri comparti del settore dei servizi.

Con l'organizzazione che li caratterizza allo stato attuale, né l'assicurazione malattia pubblica, né quella privata sono in grado di far fronte alla sfida determinata da questi cambiamenti. Nei Paesi che finanziano le assicurazioni malattia per lo più con fondi pubblici lo Stato incontra grandi difficoltà a tenere sotto controllo l'aumento della spesa, mentre la pratica della medicina è affidata ai privati. I Paesi con servizi sanitari nazionali cercano di limitare la spesa sanitaria, finanziata dal gettito fiscale, a scapito di lunghe liste d'attesa per i consulti con specialisti, ma anche per le cure ospedaliere e le operazioni chirurgiche. Tale è la situazione non solo del Regno Unito, ma anche della Spagna e dell'Italia. Va sottolineato che in questi Paesi solo una piccola percentuale della popolazione contrae un'assicurazione privata (in aggiunta al sistema sanitario nazionale) per poter usufruire di cure ospedaliere di qualità quando fosse necessario.

La questione cruciale è: come possiamo sviluppare dei servizi sanitari completi ed efficienti? È fondamentale partire da un paradigma molto semplice: la salute dovrebbe essere considerata parte dei consumi delle famiglie alla pari dei generi alimentari, della casa o dei trasporti. Un'assicurazione malattia personalizzata su base familiare coprirebbe i rischi sanitari e fornirebbe i servizi che una famiglia ritiene necessario assicurare secondo i suoi bisogni e il proprio stile di vita. Tuttavia, in qualsiasi democrazia la comunità nel suo insieme deve fare in modo che nessuno dei suoi membri rimanga escluso dall'assistenza sanitaria di base, che dunque va finanziata nel nome della solidarietà nazionale. La copertura sanitaria universale deve basarsi su priorità chiaramente definite per quanto riguarda lo Stato, deve garantire un livello qualitativamente adeguato e va gestita da operatori privati in concorrenza con le istituzioni assicurative. Questi operatori potrebbero offrire sia la copertura familiare che quella universale per offrire servizi sanitari veramente onnicomprensivi, attraverso contratti con partner che svolgerebbero un ruolo di maggiore importanza rispetto agli attuali enti di assistenza — soprattutto per quanto riguarda gli anziani.

Per quanto riguarda la questione etica, si può dire che è al centro della *long life society*. In una democrazia, ciò che è veramente necessario è garantire il rispetto della dichiarazione universale dei diritti dell'uomo. Qualsiasi persona che è membro della società — e chi si avvicina al termine della propria vita lo è — ha diritto alla previdenza sociale e alla prestazione di cure in caso di malattia.

Un altro aspetto da considerare riguarda l'etica medica, ivi compreso il dibattito sulle scarse risorse finanziarie e, ovviamente, il cosiddetto "accanimento terapeutico". Ma questo è un altro argomento.

Personalmente individuo tre aspetti fondamentali e controversi che vanno oltre l'etica medica e coinvolgono la società nel suo insieme e non da ultimo le compagnie assicurative.

- "L'accanimento terapeutico", che consiste nel prolungamento della vita artificiale, in altre parole si forniscono cure inappropriate in considerazione delle condizioni del paziente, talvolta si dice che certi pazienti sono "condannati a vivere". Nei paesi industrializzati, gran parte dei decessi oggi avviene in ambienti medicalizzati e distinguere tra cure necessarie e "accanimento terapeutico" è un compito tutt'altro che facile.
- La morte "medicalmente assistita", cioè la possibilità che i medici aiutino le persone a morire, è autorizzata in alcuni Paesi, mentre è oggetto di discussione in altri.

- Nel caso di pazienti molto anziani, l'opportunità di prestare cure molto costose, come i trapianti, dati i rischi che comportano e le complicazioni praticamente inevitabili che peggiorano la qualità della vita.

Concludo con una previsione del tutto certa: “Il nuovo welfare: lo svecchiamento della società. Una vita più lunga: certo, ma a quale costo? Aspetti etici” resterà a lungo un argomento di discussione.

L'assicurazione: una protagonista del New Welfare

di Fausto Marchionni*

1. Introduzione

Non più tardi dello scorso settembre, l'ex Ministro della Salute Umberto Veronesi ha dichiarato al Corriere della Sera che i bambini nati nel 2007 hanno un'aspettativa di vita di 97 anni, mentre quella delle bambine arriva addirittura a 103 anni. Un risultato — ha spiegato lo scienziato di fama internazionale — reso possibile dagli enormi progressi realizzati dalla scienza medica. Se da un lato non possiamo che rallegrarci per l'annuncio di Veronesi, dall'altro la notizia solleva una serie di interrogativi, primo dei quali è come assicurare ai futuri centenari un adeguato tenore di vita una volta concluso il ciclo lavorativo. La questione chiama in causa, in generale, il futuro della pensione pubblica nei decenni a venire, e più in particolare il tema della pensione integrativa, che costituisce senza dubbio una delle sfide più urgenti e importanti dell'agenda politica ed economica del nostro Paese.

2. Italia 2050

Per avere un quadro realistico del problema non è necessario fare riferimento alla situazione demografica della popolazione italiana al 2100, quando gli attuali neonati avranno superato il novantesimo anno di età, ma è sufficiente fermarsi alle proiezioni del 2050. Alla metà del secolo attuale, infatti, in Italia ci saranno 63 persone di età superiore ai 65 anni per ogni 100 persone attive, considerando come arco di tempo potenzialmente attivo tutte le persone comprese tra i 15 e i 64 anni. Se teniamo presente che nel 1950 lo stesso rapporto era di 10 a 100, è facile comprendere come i giovani di domani faranno sempre più fatica a produrre un reddito e uno sviluppo sufficiente a garantire una pensione dignitosa a un esercito di anziani. Ma non è tutto: nel 2050 un italiano su sette avrà più di ottant'anni, e il 25% di questi ultimi sarà formato da uomini e donne non autosufficienti, fattore che aumenterà sensibilmente i costi sociali.

3. Verso un nuovo "Welfare"

La dimensione del problema è tale che per evitare una vera e propria crisi è necessario procedere a una tripla riforma strutturale, che dovrà ripensare il sistema previdenziale, il sistema sanitario e il sistema occupazionale. Sul fronte pensionistico, come sappiamo, il legislatore ha avviato il processo di riforma che ha introdotto gli strumenti e le norme della previdenza complementare, alla cui origine ci sono ragioni e obiettivi noti a tutti: il sistema pensionistico pubblico ha accumulato crescenti squilibri causati dalle concomitanti tendenze all'allungamento della vita media e alla riduzione delle nascite, che nel nostro Paese si accompagnano a una bassa crescita dell'occupazione e a un deficit pubblico elevato. La risposta dell'ente pubblico è diretta al passaggio da un sistema previdenziale incentrato su

* Università di Torino, Facoltà di Economia. Amministratore Delegato & Direttore Generale Fondiaria-Sai.

un unico regime obbligatorio pubblico (la pensione dell'INPS) a un sistema basato su tre pilastri: la pensione pubblica (primo pilastro), ridefinita in modo da garantire una maggiore rispondenza tra i contributi versati dai lavoratori e le prestazioni da essi percepite negli anni di pensionamento; la pensione integrativa di tipo collettivo (secondo pilastro), accumulata mediante l'adesione ai fondi pensione; la pensione integrativa individuale (terzo pilastro), lasciata alla scelta di risparmio previdenziale del singolo lavoratore.

4. Previdenza integrativa e mercati finanziari

A oltre dieci anni dall'avvio del processo di riforma, tuttavia, lo sviluppo dei fondi pensione registra ancora gravi ritardi sia rispetto ai paesi anglosassoni, sia alle economie più simili alla nostra per struttura istituzionale e finanziaria come Francia, Germania e Spagna. A titolo esemplificativo, basti considerare che in Italia l'attivo dei fondi pensione rappresenta appena il 3% del PIL, livello assai inferiore rispetto alla media europea e decisamente lontano dal 66% del Regno Unito o dell'inarrivabile (almeno per ora) 110% della Svizzera. Nel nostro Paese la diffusione della previdenza integrativa è particolarmente bassa tra i giovani, le donne, i lavoratori autonomi e gli addetti delle imprese di piccole dimensioni, vale a dire tra le categorie che godono di minori tutele all'interno del mondo del lavoro. A questo proposito, è bene sottolineare che la lenta affermazione dei fondi pensionistici collettivi e individuali può generare non soltanto squilibri compensativi in un prossimo futuro, ma ha immediate conseguenze "di sistema": il ritardo italiano, infatti, contribuisce a limitare l'articolazione del mercato nazionale dei capitali. Nei paesi in cui il secondo e il terzo pilastro previdenziale si sono diffusi rapidamente il sistema finanziario locale si è aperto all'innovazione, fornendo risorse a operatori come i fondi di *private equity* e strumenti di finanziamento quali le obbligazioni societarie (*corporate bond*) che hanno stimolato la ristrutturazione del sistema produttivo.

5. I limiti culturali del sistema Italia

Fino a oggi, i lavoratori italiani sono stati piuttosto riluttanti a convertire il proprio Trattamento di Fine Rapporto in una forma pensionistica privata: il principale ostacolo alla diffusione di questa forma previdenziale è un limite culturale, cioè l'inclinazione a una prudenza acritica e disinformata. Se guardiamo le statistiche di chi ha sottoscritto un fondo collettivo o un PIP (Piano Individuale Previdenziale), ci accorgiamo che a ricorrere alla previdenza integrativa sono per lo più famiglie che hanno un'elevata capacità di raccogliere, valutare ed elaborare informazioni di tipo finanziario. Questo dato conferma l'esigenza di formare nella popolazione, in particolare nei giovani, una più profonda conoscenza dei mezzi finanziari e una cultura orientata al futuro, propensa alla pianificazione di lungo termine e consapevole dei rischi anche lontani nel tempo. Mentre nei paesi del nord Europa l'esigenza di accrescere il tasso di alfabetizzazione finanziaria (*financial education*) è sentito come urgente, ed è oggetto di campagne informative ad hoc, oggi in Italia c'è ancora un numero troppo alto di lavoratori che sovrastima la quota di previdenza pubblica di cui godrà al momento del pensionamento, che sarà inferiore al 50% dell'ultimo stipendio.

6. Longevità come risorsa

È sufficiente il fattore conoscenza per fare fronte al rischio di un collasso del sistema previdenziale italiano? Certamente no. Accanto alla necessità di una più diffusa e maggiore informazione finanziaria, dobbiamo considerare con attenzione gli obiettivi stabiliti nelle

Agende di Lisbona, Stoccolma e Barcellona per garantire la sostenibilità dei sistemi economici e sociali dei paesi europei. Se nel marzo del 2000 il Consiglio europeo straordinario di Lisbona sottolineò che nel mercato del lavoro europeo “il tasso di occupazione è eccessivamente basso e caratterizzato da un’insufficiente partecipazione al mercato del lavoro di donne e lavoratori anziani”, appaiono ancora più vincolanti i traguardi di Stoccolma, che ha stabilito al 50% il tasso di partecipazione dei lavoratori maturi che dovrà raggiungere la Comunità Europea entro il 2010, e Barcellona, dove l’età media di cessazione dal lavoro è stata fissata a 65,4 anni. A questo riguardo è doveroso rimarcare che mentre altri paesi europei come il Regno Unito o la Svezia sono prossimi a tali obiettivi o li hanno addirittura superati, in Italia il tasso di partecipazione dei lavoratori maturi, cioè di età compresa tra i 55 e i 64 anni è del 31,4%, con un’età media di cessazione del lavoro di 59,7 anni. Tuttavia, come ci ricorda Cicerone nel *De Senectute*, “*non con la forza, con la rapidità o l’agilità della persona, bensì con il senno, con l’autorità e l’insegnamento si compiono le grandi imprese: sono queste le doti delle quali la vecchiaia non solo non rimane priva, ma si fa solitamente più ricca*”. Per aumentare la presenza di persone “mature” all’interno del mondo del lavoro sarà importante che il sistema economico-produttivo valorizzi il patrimonio di conoscenza di chi ha grande esperienza, affidando a queste figure ruoli meno operativi ma più di indirizzo e consulenza strategica. Occorre quindi ripensare il mondo del lavoro alla luce di una diversa visione dell’invecchiamento e del contributo che il lavoratore maturo può dare: si tratta, in sintesi, di operare un salto culturale in avanti, verso una concezione che individua nella longevità una risorsa preziosa, tanto più importante in un contesto competitivo in cui il valore aggiunto è sempre più costituito da valori ed elementi immateriali. Risulta quindi fondamentale, in questo senso, investire nel capitale umano, cioè in una formazione continua e allargata a ogni fase della vita professionale. Ripensare il legame tra economia e longevità, in definitiva, ci permetterà non soltanto di rispettare gli obiettivi comunitari che intendono preservare la sostenibilità dei sistemi sociali continentali, ma offrirà una carta in più per governare l’economia della conoscenza.

Tutto ciò significa che l’attuale sistema previdenziale non solo dovrà evolvere verso un modello a tre pilastri, ma fondarsi su uno “schema a quattro”, migliorando in solidità e flessibilità.

7. Integrazione tra Pubblico e Privato: il ruolo delle Assicurazioni

In un contesto dinamico e in rapida evoluzione, quale compito sono chiamate a svolgere le società assicurative? Con la responsabilità sociale d’impresa, le Compagnie hanno arricchito il tradizionale ruolo di fornitore di polizze e coperture con la dimensione etica del business, diventando di fatto attori sociali, protagonisti insieme all’ente pubblico nella realizzazione del bene comune attraverso il sostegno a iniziative culturali, sportive e di solidarietà. L’integrazione e la complementarità dell’azione pubblico-privata si estende al settore previdenziale, dove la graduale affermazione del sistema pensionistico multipilastro aprirà alle Compagnie nuove opportunità di sviluppo ma anche nuove responsabilità e un ruolo sociale sempre più rilevante. La funzione assicurativa sta cambiando anche in ambito sanitario, dove l’assicuratore non è più soltanto la figura che materialmente paga una prestazione sanitaria a titolo di indennizzo, ma è ormai un vero e proprio *Care Manager*, vale a dire un gestore dell’assistenza sanitaria.

Lo scenario economico-sociale in cui viviamo, in definitiva, spinge le imprese assicurative a rafforzare ulteriormente la propria mission sociale, trasformando così la percezione dell’assicurazione presso il pubblico da semplice tariffa a *public utility* orientata sul lungo periodo.

L’integrazione sinergica tra Pubblico e Privato — in particolare Assicurazioni e Banche — potrà concretizzarsi appieno solo all’interno di un sistema regolamentare basato su chiarezza, certezza e capacità di “guardare lontano”.

La longevità e la medicina predittiva

di Vincenzo Marigliano*

1. Introduzione

La nostra società è caratterizzata da un progressivo fenomeno di invecchiamento, con una elevata prevalenza di malattie croniche e degenerative ed un crescente carico di disabilità¹⁻²⁻³. A livello mondiale la vita media dell'uomo è al massimo intorno agli 80 anni, mentre il suo potenziale massimo di vita (Maximum Life Span) che è specie-specifico, è di circa 120 anni, circa il doppio di quello dello scimpanzè, l'animale a noi più strettamente correlato da un punto di vista genetico (solo lo 0,6% di differenze nel genoma). Ciascuno di noi alla nascita riceve un patrimonio di risorse che costituisce la riserva funzionale da spendere nell'arco della vita: come dimostrato in molti studi, questa riserva è geneticamente programmata. Ogni uomo è soggetto ad un orologio astronomico che scandirà il suo tempo in secondi, minuti, ore, ma sarà sottoposto anche ad un orologio biologico che, per ogni individuo, comincia a correre dopo il concepimento e differenzia lo sviluppo e il successivo depauperamento delle risorse del patrimonio iniziale scadendo il tempo, non solo dell'organismo, ma anche dei suoi organi, tessuti e cellule, che potranno avere un'età biologica diversa tra loro. La velocità dell'orologio biologico dipende dall'interazione tra patrimonio genetico ed ambiente. Una cattiva interazione porterà ad una morte prematura, una ottimale alla morte naturale a 120 anni.

In questo contesto possiamo definire l'invecchiamento come una complessa cascata di processi che portano alla riduzione progressiva della riserva funzionale dell'intero organismo, dei singoli organi ed apparati. La longevità si ottiene quando l'invecchiamento avviene in modo uniforme, ovvero quando il tasso di riduzione della riserva funzionale non è così marcato, evitando che il crollo di una funzione coinvolga l'intero organismo. I processi d'invecchiamento, aumentando la vulnerabilità degli anziani e favorendo la perdita di adattabilità, costituiscono il substrato su cui vanno ad agire i fattori ambientali: se non siamo noi a decidere il nostro patrimonio genetico possiamo fare in modo che i nostri geni esprimano al massimo la loro potenzialità minimizzando l'aggressione dei fattori di rischio per le diverse patologie. Escluse le noxe patogene, i fattori esogeni comunemente considerati in grado di modificare l'espressione del programma genetico individuale sono: l'alimentazione, le abitudini voluttuarie, l'attività fisica e i fattori psichici.

2. Geni e invecchiamento

Grazie all'attività di mappatura e sequenziamento del genoma svolto dal Progetto Genoma Umano, sarà a breve disponibile una banca dati in grado di facilitare l'individuazione e lo

* Professore ordinario di Gerontologia e Geriatria, Università di Roma "La Sapienza".

¹ Cicconetti, P., Riolo, N., Ettore E. and Marigliano, V. (2003): "Evoluzione demografica: invecchiamento e fragilità", *Rec Prog. Med* 2003, 94; 7-8: 309-313.

² Marigliano, V. (2002): "Demografia dell'Invecchiamento", in V. Marigliano, *Argomenti di Geriatria*, Ed. CESI, Roma.

³ Marigliano, V. et al. (2007): "Invecchiamento e longevità", *Manuale Breve di Geriatria*, Casa Editrice Universo.

studio dei geni coinvolti nello sviluppo e nella manifestazione dei caratteri dell'organismo umano, sia di quelli normali (fisiologici), che di quelli rari (varianti) o anomali (patologici). Le differenze somatiche che noi osserviamo tra persone diverse (differenze fenotipiche) sono fondamentalmente in relazione a due eventi genetici che conferiscono la cosiddetta "variabilità genetica": le mutazioni rare, cioè presenti nella popolazione generale con una frequenza <1% e le mutazioni comuni, presenti nella popolazione con una frequenza >1%. Queste ultime sono dette polimorfismi.

Tutti noi possediamo nel nostro genoma mutazioni rare che polimorfismi. Mentre le mutazioni, più recenti dal punto di vista evolutivo, sono rare variazioni genetiche responsabili di importanti cambiamenti fenotipici come avviene nelle malattie semplici (mendeliane), i polimorfismi, molto più antichi da un punto di vista evolutivo, sono comuni variazioni genetiche responsabili di minimi cambiamenti fenotipici (ad esempio i gruppi sanguigni), che spesso mediano l'interazione con i fattori ambientali. I polimorfismi sono le variazioni genetiche più spesso coinvolte come fattori di rischio (o suscettibilità) nelle malattie complesse. Sono coinvolti inoltre nel fenomeno dell'invecchiamento. Il fatto ad esempio che all'interno di una coorte di soggetti sani della stessa razza provenienti dalla medesima area geografica esiste una grande variabilità nella lifespan, è dovuto proprio ai polimorfismi, cioè a piccole differenze presenti nel corredo genetico delle diverse persone^{4,5}.

Il progredire delle conoscenze genetiche consentirà di classificare in modo diverso le malattie sulla base del genotipo e di identificare nuove vie metaboliche coinvolte nella loro patogenesi. Le malattie potranno essere ulteriormente suddivise per consentire ai medici di prescrivere una terapia mirata sulla loro causa e non in base ad un gruppo di caratteristiche fisiche. Poiché meccanismi patogenetici comuni possono essere coinvolti in malattie differenti, terapie sviluppate per una sola malattia potranno essere utilizzate in modo appropriato per trattarne altre. Una delle applicazioni più attuali della genomica è rappresentata dalla farmacogenomica, che dalla variabilità della risposta dei pazienti ai trattamenti farmacologici deriva la propria origine. In una determinata popolazione, alcune persone presentano una risposta completa ad una terapia, altre una risposta solo modesta e marginale, altre non presentano alcuna risposta, altre ancora presentano reazioni avverse. La variabilità della risposta clinica ad un particolare farmaco non è dovuta solamente ai meccanismi fisiologici di regolazione ed a fattori ambientali, ma soprattutto alla costituzione genetica del singolo soggetto, che secondo alcuni autori, rappresenta più dell'85% della variabilità complessiva. Il profilo genetico di un individuo determina infatti sia le caratteristiche dei bersagli (target) dei farmaci che delle proteine coinvolte nel processo del loro assorbimento e metabolismo. La variazione del nucleotide di un singolo gene può portare alla formazione di una proteina diversa nella struttura e nella funzione e pertanto ad una modifica della capacità dell'organismo umano di utilizzare e metabolizzare i farmaci. Soggetti con un particolare genotipo possono non essere in grado di metabolizzare particolari farmaci e quindi presentare un maggior rischio di reazioni avverse oppure di interazioni con altri farmaci. Altri geni sono in grado di determinare una rapida metabolizzazione di alcuni farmaci, con conseguente loro parziale inefficacia.

⁴ Pilotto, A., Seripa, D., Dalla Piccola, B. *et al.* (2007): "La genetica in geriatria: da fattore di rischio alla farmacogenetica", *Geriatrics*; Suppl. XIX, Vol. 1.

⁵ Jazwinski, M. J. S. (1996): "Longevity, Genes, and Aging", *Science*, Vol 273, 5 July.

3. Medicina predittiva e malattie cronic-degenerative

Come conseguenza delle scoperte della genomica e della farmacogenomica, dobbiamo attendere enormi progressi nella capacità di diagnosticare le malattie sulla base del genotipo, di identificare condizioni di maggior rischio correlate alla presenza di geni di suscettibilità e di identificare la migliore terapia per lo specifico problema di salute di un determinato paziente. Queste caratteristiche sono alla base di un nuovo modello di medicina: la medicina predittiva. Questa nuova strategia terapeutica mira a prevenire l'instaurarsi della malattia attraverso una diagnosi genetica di suscettibilità, l'attuazione di programmi preventivi mirati e l'uso mirato dei farmaci dopo che la malattia si è instaurata. La medicina predittiva "preavvisa" una persona sana delle sue fragilità consentendole in fase "pre-clinica" di determinare il profilo di predisposizione alle malattie per sé stessi e per i propri figli; attuare interventi preventivi appropriati (cambiamento di stile di vita e dieta, esecuzione di vaccinazioni ecc.; scegliere una professione conforme alle proprie attitudini fisiche e monitorare l'evoluzione della predisposizione a determinate malattie sottoponendosi a test di screening periodicamente). I futuri sviluppi di questa nuova branca sono nelle malattie cronic-degenerative come il morbo di Parkinson e la demenza di Alzheimer, nell'oncologia e nelle malattie metaboliche⁶⁻⁷.

La malattia di Parkinson è il più comune disturbo del movimento, che colpisce circa l'1% della popolazione generale, dopo i 60 anni. La caratteristica patologica della malattia consiste nella perdita dei neuroni dopaminergici nella substantia nigra, che causa i principali segni clinici, compresa la bradicinesia, la rigidità, il tremore e l'instabilità posturale. Una volta si pensava che la malattia fosse dovuta all'esposizione di particolari fattori ambientali (comprese le infezioni virali o l'esposizione ad alcuni tossici chimici). Si è successivamente notato che alcune forme si aggregavano nelle famiglie e che perciò avevano una probabile causa genetica. Oggi sappiamo che alcune forme di morbo di Parkinson possono essere dovute a mutazioni mendeliane (ad esempio il gene PARK) e che altre forme possono essere correlate dalla presenza di specifici polimorfismi genici, e che perciò molte forme riconoscono un meccanismo multifattoriale. Si è compreso che alcune vie metaboliche alterate sono condivise dai diversi tipi di parkinsonismo, risultando nella produzione anomala di ROS (mutazioni di DJ-1 e PINK1) o in alterazioni dell'aggregazione proteica (mutazioni dell' α -sinucleina), oppure nello stress da proteine mal ripiegate (ad esempio le mutazioni di UBCH-L1 o di Parkin). Questi meccanismi portano da un lato alla formazione dei corpi di Lewy, tipici residui proteici presenti nel tessuto cerebrale dei pazienti parkinsoniani, e in ultima analisi, ad una condizione di tossicità e di neurodegenerazione. La terapia genica del Morbo di Parkinson arriva dagli Stati Uniti, a metterla a punto è stato un team di ricercatori guidati da Michael Kaplitt del New York Presbyterian Hospital/Weill Cornell Medical Center. Il virus con il gene viene iniettato in una zona precisa del cervello, il nucleo subtalamico, che regola il circuito motorio. Il neurotrasmettitore GABA "calma" i neuroni iperattivi ed è deficitario nei pazienti affetti da Parkinson che, di conseguenza, presentano disturbi motori e tremori. Iniettando il gene per il GABA all'interno del cervello, i ricercatori hanno tentato di stimolare la produzione del neurotrasmettitore per normalizzare la funzione del circuito motorio^{8,9}.

Nella malattia di Alzheimer si riconoscono forme rare, ad insorgenza precoce, dovute a mutazioni di singoli geni, e forme ad insorgenza tardiva, più comuni, che mostrano aggregazione familiare, e che sono correlate a polimorfismi che conferiscono suscettibilità

⁶ Marigliano, V. (2003): "Geriatrics e Medicina Predittiva. Una metodologia per la predizione dei fattori di rischio e la prevenzione della fragilità e della disabilità", *G. Gerontol.*, 51:309-322.

⁷ Marigliano, V. and De Vuono, A. (2003): "Geriatrics e Medicina Predittiva", *G Gerontologia*.

⁸ Tanner, C. M. and Aston, D.A. (2000): "Epidemiology of Parkinson's Disease and Akinetic Syndromes", *Curr Opin Neurol*.

⁹ MH Plymeropoulos, M.H. (2000): "Genetic of Parkinson's disease", *Ann NY Acad Sci.*, 920:28-32.

alla malattia. In alcune rare famiglie con malattia di Alzheimer ad esordio presenile il gene responsabile è stato localizzato sul cromosoma 21. Sono state descritte alcune mutazioni a carico del gene per l'amyloid precursor protein che presentano una trasmissione autosomica dominante del fenotipo. In numerose famiglie con malattia ad esordio presenile è stato dimostrato un linkage con DNA markers del cromosoma 14. Il gene codifica per una proteina di membrana, chiamata presenilina 1. Mutazioni in questo gene sono responsabili di circa il 70% delle forme di Alzheimer presenile. Un secondo gene, chiamato presenilina 2 e strutturalmente correlato al precedente, è stato isolato sul cromosoma 1. Infine, nelle famiglie con malattia ad esordio senile è risultata presente un'associazione statisticamente significativa tra la presenza di un allele epsilon 4 nel gene dell'apolipoproteina E (apoE), localizzato sul cromosoma 19¹⁰.

L'apolipoproteina E è il principale carrier dei lipidi all'interno del cervello e presenta un legame elevato per la proteina b-amiloide. La malattia di Alzheimer è quindi una malattia eziopatogeneticamente eterogenea. Diversi fattori, sia genetici che ambientali (traumi, tossine etc.) possono interagire su di una via metabolica comune che porta alla deposizione intraneuronale di b-amiloide e di altre proteine anomale con effetto neurotossico.

4. Conclusioni

L'invecchiamento è un processo sistemico complesso dovuto a componenti genetiche multiple, quali variazioni interindividuali nel DNA, e a fattori ambientali, compreso lo stile di vita e l'interazione con l'ambiente. La sfida della Geriatria è di identificare i fattori che consentono di arrivare a cento anni, perchè la longevità non è un evento straordinario ma un diritto che ognuno può conquistare.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Cicconetti, P., Riolo, N., Ettore E. and Marigliano, V. (2003): "Evoluzione demografica: invecchiamento e fragilità", *Rec Prog. Med* 2003, 94; 7-8: 309-313.
- Hardy, J. (1997): "Amyloid, the Presenilins and Alzheimer's Disease", *Trends Neurosci*, 20:154.
- Jazwinski, M. J. S. (1996): "Longevity, Genes, and Aging", *Science*, Vol 273, 5 July.
- Marigliano, V. (2002): "Demografia dell'invecchiamento", in V. Marigliano, *Argomenti di Geriatria*, Ed. CESI, Roma.
- Marigliano, V. e De Vuono, A. (2003): "Geriatria e Medicina Predittiva", *G Gerontologia*.
- Marigliano, V. (2003): "Geriatria e Medicina Predittiva. Una metodologia per la predizione dei fattori di rischio e la prevenzione della fragilità e della disabilità", *G. Gerontol*, 51:309-322.
- Marigliano, V. et al. (2007):: "Invecchiamento e longevità", *Manuale Breve di Geriatria*, Casa Editrice Universo.
- MH Plymeropoulos, M.H. (2000): " Genetic of Parkinson's Disease", *Ann NY Acad Sci*, 920:28-32.
- Pilotto, A., Seripa, D., Dalla Piccola, B. et al. (2007): "La genetica in geriatria: da fattore di rischio alla farmacogenetica", *Geriatria; Suppl. XIX*, Vol. 1.
- Tanner, C. M. and Aston, D.A. (2000): "Epidemiology of Parkinson's Disease and Akinetic Syndromes", *Curr Opin Neurol*.

¹⁰ Hardy, J. (1997): "Amyloid, the Presenilins and Alzheimer's Disease", *Trends Neurosci*, 20:154.

Alcune prospettive sulle politiche sanitarie e sul loro finanziamento in Europa

di Nick Bosanquet*

1. Introduzione

Nel decennio 1993-2003 i finanziamenti destinati al settore sanitario nell'area OCSE hanno registrato una crescita in termini reali; solo in Finlandia la quota di PIL destinata a questo settore è diminuita (Tabella 1). Questo periodo di crescita relativa è la probabile causa della fase di contenimento dei costi dovuta alle pressioni sui finanziatori e anche al cambiamento della percezione dei servizi sanitari nel lungo periodo. Le preoccupazioni non riguardano più esclusivamente l'offerta e il contenimento dei costi nel breve periodo, ma ora si concentrano su nuovi aspetti relativi alla domanda futura dei servizi sanitari. Da tempo gli sviluppi demografici si presentano come un incubo per l'aumento della spesa destinata all'assistenza agli anziani, ma a questo si aggiungono nuove e gravi preoccupazioni legate al cambiamento dello stile di vita di tutte le fasce d'età.

La questione chiave è politica: i servizi sanitari riusciranno a utilizzare le nuove e più accessibili tecnologie nei settori della prevenzione delle cure e sottrarsi all'influenza di prestazioni ospedaliere ad alto costo? Il futuro dei servizi sanitari non dipenderà principalmente da fattori impersonali, quali la demografia e la mutazione dei quadri patologici, ma dipenderà piuttosto dalla capacità di sviluppare un approccio creativo e flessibile ai nuovi problemi. La novità, che in diversi Paesi ha caratterizzato l'ultimo decennio, è rappresentata dai grandi vantaggi ottenuti sfruttando la concorrenza e la possibilità di scelte alternative. I risultati sono stati particolarmente positivi in quei sistemi assicurativi di tipo "bismarckiano" in cui i finanziatori possono avere l'indipendenza dai fornitori. In tali regimi il mercato interno in genere si è dimostrato più efficiente rispetto ai sistemi centralizzati finanziati dall'erario.

Tabella 1: Spesa sanitaria in percentuale del PIL

	1993	2003
Francia	9.4	10.1
Germania	9.9	11.1
Italia	8.0	8.4
Spagna	7.5	7.7
Svezia	8.6	9.2
Norvegia	8.0	10.3
Finlandia	8.3	7.4
Danimarca	8.8	9.0
Regno Unito	6.9	7.7
US	13.2	15.0

Fonte: OECD.

* Professore di Politiche Sanitarie, Imperial College Londra

Il settore sanitario riuscirà a cogliere l'opportunità offerta dall'impiego di tecnologie a basso costo e da nuovi approcci al paziente basati su una migliore comunicazione? Il futuro dei servizi sanitari dipende dalla nostra capacità di abbandonare gli schemi tradizionali per liberare forze innovative e ottenere miglioramenti qualitativi potenzialmente già disponibili nel settore.

2. Il fattore tecnologia

In genere la tecnologia viene presentata come un fattore esterno al sistema sanitario. Sia le imprese che le università hanno interesse nel presentare la tecnologia in una luce romantica, quella derivante dalla natura eroica e generosa della ricerca innovativa. L'innovazione deriva dalla ricerca pura, dalla scienza e dalla tecnologia, che però sono forze dinamiche grazie alla curiosità intellettuale piuttosto che in virtù di considerazioni meramente commerciali.

La tecnologia non è il prodotto di fattori puramente tecnici: gli investimenti realizzati riflettono l'intreccio esistente tra potere e categorie professionali, ma anche di interessi. I mercati determinati dai consumatori tendono a espandersi e a ridurre il costo delle tecnologie, mentre le prospettive sono oltremodo diverse quando è il settore pubblico a controllare i finanziamenti: lo sviluppo tecnologico sarà sottoposto a pochissimi vincoli finanziari o di mercato, forse addirittura a nessuno.

Le caratteristiche principali di un simile contesto tecnologico sono:

- tecnologia che richiede personale altamente qualificato per la gestione e l'interpretazione dei risultati. Nei mercati di massa, la tecnologia si semplifica e diventa utilizzabile da ampie fasce di utenti, mentre nel settore sanitario ciò avviene raramente.
- Criteri di gestione ospedaliera che demandino l'impiego di tecnologie costose.
- Una valutazione del rischio che sottolinei i vantaggi derivanti dall'uso di attrezzature ad alto contenuto tecnologico.

Anche i bassi livelli di sfruttamento, determinati in parte dalla scarsa disponibilità di manodopera specializzata, i costi elevati del capitale e del lavoro contribuiscono a ridurre la solvibilità dei clienti. Ne consegue che spesso la situazione è caratterizzata da limiti all'accesso che conducono a lunghi tempi d'attesa e scarso sfruttamento delle strutture. In genere il grado di utilizzo delle apparecchiature per la risonanza magnetica nel settore pubblico è pari alla metà di quello registrato nelle strutture private.

Gli sviluppi degli ultimi dieci anni hanno fornito una maggior tecnologia per l'assistenza di base e per le farmacie locali, il che è significativo se paragoniamo questa realtà alle costose risorse tecnologiche destinate alle cure secondarie. Esiste un'ampia gamma di nuove possibilità di diagnosi e cure a livello locale, come:

- Esami del colesterolo.
- Monitoraggio del diabete.
- Apparecchi radiografici e a ultrasuoni collegati con i sistemi di comunicazione e archiviazione delle lastre radiografiche.
- Terapie sostitutive della nicotina.
- IT/Sistemi di comunicazione.
- Nuove metodologie per il trattamento delle ulcere vascolari con esame Doppler e sistema di bendaggio a quattro strati.

Queste soluzioni migliorano le capacità diagnostiche e di trattamento nei servizi sanitari di base.

Sono passati dieci anni da quando è stato pubblicato il grande lavoro di Regina Herzlinger:

“*Market Driven Health Care*”, in cui si sosteneva che l’America e gli altri Paesi sviluppati si trovavano alla vigilia di una rivoluzione sanitaria.

“I grandi progressi tecnologici in campo medico permetterebbero il decentramento di servizi molto efficaci in campo terapeutico, diagnostico e nel monitoraggio. Le prestazioni erogate solo in grandi ospedali, costosi e difficili da raggiungere, sarebbero state invece rese disponibili in cliniche più economiche e di facile accesso, o in ambulatori, ambulanze ed elicotteri. La caratteristica principale di questo nuovo scenario sarà il miglioramento generalizzato delle nostre condizioni di salute”.

Dieci anni dopo, gran parte dell’Europa e del mondo sviluppato sta ancora aspettando. La situazione è alquanto variegata a seconda dei sistemi e delle specializzazioni. Si sono registrati alcuni progressi nello sviluppo di nuove tipologie di cura, ma la maggioranza dei pazienti continua a essere trattata secondo i vecchi sistemi. In Europa l’assistenza sanitaria rimane un settore finanziato dallo Stato, che continua a sfornare servizi rispondenti ai bisogni più dei fornitori che degli utenti. La montagna dei servizi medici forse è meno visibile delle eccedenze agricole, come i laghi di vino e le colline di burro prodotti dalla precedente politica agricola dell’UE, ma fondamentalmente l’incentivo economico è lo stesso: ottenere il massimo vantaggio dalle sovvenzioni per i produttori piuttosto che fornire i servizi scelti dai consumatori.

La spesa destinata a programmi innovativi relativi a percorsi di cura basati sull’*E-health* e su servizi nuovi e accessibili può essere stimata attorno al 5-7% nel Regno Unito e in Germania, e l’1-3% in Francia e in Italia, mentre arriva al 20% in Scandinavia.

3. Sistemi misti

I settori caratterizzati dai maggiori progressi si riscontrano nei sistemi di tipo misto che hanno iniziato ad abbandonare l’automatismo del finanziamento fiscale o del sistema pubblico. In Scandinavia si è proceduto a rafforzare le autonomie locali, incaricando le contee per l’assegnazione degli appalti dei servizi. I medici di base e ospedalieri hanno dimostrato una marcata propensione agli investimenti nei sistemi informatici: oggi in Danimarca i medici utilizzano i servizi informatizzati più avanzati al mondo; in Svezia la possibilità di scelta da parte dei pazienti tra diversi fornitori di servizi in un regime a capitalizzazione ha ridotto i tempi di attesa a poche settimane; in Finlandia i programmi sanitari pubblici hanno trasformato una delle regioni meno salubri in Europa, la Karelia del nord, in una delle zone migliori. I Paesi scandinavi hanno dimostrato che è possibile garantire servizi facilmente accessibili e molto efficienti con l’8-9% del PIL.

Table 2: Aumento della spesa sanitaria 1990-2001 – % del PIL

	1990	2001
<i>Sistemi incentrati sui servizi di base:</i>		
Danimarca	8.5	8.6
Finlandia	7.8	7.0
Paesi Bassi	8.0	8.9
Nuova Zelanda	6.9	8.1
Spagna	6.7	7.5
Svezia	8.2	8.7
Regno Unito	6.0	7.6
<i>Sistemi incentrati sui servizi a pagamento:</i>		
Belgio	7.4	9.0
Francia	8.6	9.5
Germania	8.5	0.7
Svizzera	8.5	10.9
Stati Uniti	11.9	3.9

Fonte: OECD Health Data 2004.

In Spagna, nei Paesi Bassi e in Australia il tipo di finanziamento è misto, come misti sono i fornitori dei servizi; anche in questi casi si è assistito a sviluppi innovativi molto rapidi. In Spagna Sanitas, il gruppo assicurativo di proprietà della compagnia di assicurazione BUPA, ha investito in maniera significativa nell'E-health. Nello stato di Victoria, in Australia, 45 ospedali si sono associati in un progetto di assistenza a domicilio, mentre a livello nazionale si sono sviluppate strategie efficaci per la prevenzione del melanoma. Nei Paesi Bassi, la concorrenza tra assicurazioni malattia ha portato alla redazione di tabelle di misurazione che permettono ai potenziali sottoscrittori di valutare le rispettive prestazioni. Nel Regno Unito si è cercato di attirare nuovi soggetti al fine di garantire una più ampia scelta nei trattamenti, ma il programma di riforme sembra essere incappato in qualche ostacolo a causa dei forti incentivi al settore pubblico, che tende a bloccare la concorrenza.

I sistemi sanitari si possono distinguere tra quelli caratterizzati da servizi di base molto sviluppati e quelli che garantiscono servizi a pagamento e accesso diretto alle cure specialistiche. Come si può vedere alla Tabella 2, i livelli di spesa del primo tipo (8-9% del PIL) sono notevolmente inferiori a quelli del secondo tipo (10-12%). Eppure tutte le ricerche sulle condizioni di salute della popolazione, sull'esito delle cure e sull'accesso ai servizi dimostrano che i sistemi del primo tipo registrano risultati che sono almeno equivalenti a quelli del secondo gruppo, se non migliori per diversi aspetti.

Recenti ricerche relative a Kaiser Permanente sponsorizzate dal Dipartimento della sanità hanno confermato che in un contesto regionale la prima tipologia di sistema è in grado di assicurare ottimi risultati. In origine lo studio dimostrava che, a parità di potere d'acquisto, il Servizio sanitario britannico (NHS) spendeva \$1.784 pro capite, mentre Kaiser Permanente spendeva \$1.984 pro capite. I risultati sono stati poi adeguati al fine di tener conto delle differenze nella composizione dell'età e nel tipo di servizi offerti dai due sistemi.

Studi comparativi successivi, sempre sponsorizzati dal Dipartimento della sanità, hanno dimostrato che: *"in riferimento alle 11 cause selezionate per la ricerca, nel Servizio Sanitario Inglese (NHS) il totale delle degenze è pari a tre volte e mezza la misura comparativa di Kaiser"*.

Il livello di spesa generato nel primo sistema riflette i costi per la fornitura di determinati servizi, comprendenti l'accesso alle cure di base, l'orientamento e le cure secondarie basate su protocolli. Il fatto che questo sistema si accompagni a livelli di spesa superiori può essere una conseguenza dei maggiori costi che potrebbero essere gestiti con maggiore oculatezza, oppure di livelli di prestazione più elevati. A livello internazionale è stato ampiamente dimostrato che a una spesa sanitaria maggiore si associa spesso un appiattimento della curva, caratterizzato da sprechi e servizi di scarsa qualità. Per esempio i bassi standard nel trattamento del cancro in Germania e la bassa qualità delle prescrizioni in Francia sono state oggetto di critiche approfondite. Un recente documento OCSE conclude che:

*"I paesi più ricchi sono quelli che spendono di più per la salute, ma esistono grandi differenze tra Paesi con redditi simili e, fatto ancora più rilevante, i sistemi sanitari che spendono di più non sono necessariamente i più efficienti"*².

¹ Ham, C. *et al.*, (2003): "Hospital Bed Utilisation in the NHS, Kaiser Permanente, and the US Medicare Programme: Analysis of Routine Data", *British Medical Journal*, 29 November.

² OECD (2004): *Towards High Performing Health Systems*, OECD.

Il Canada fornisce un esempio particolarmente illuminante di come all'incremento della spesa senza il supporto di una riforma possano corrispondere tempi di attesa più lunghi e problemi maggiori nell'accesso alle cure. Tra il 1993 e il 2003 in media i tempi di attesa sono aumentati del 70%, quando la spesa pro capite è salita del 21%, ovvero da \$1.836 a \$2.223 dollari nel 1995. Ecco che l'incremento della spesa spesso va a nascondere problemi legati a una bassa produttività.

Una prospettiva comparativa più approfondita a livello internazionale avrebbe certamente evidenziato un caso particolarmente chiaro in cui era necessario aumentare i finanziamenti. In effetti nel Regno Unito il livello di spesa in termini di percentuale del PIL era inferiore agli altri sistemi finanziati dall'erario e concentrati sui servizi di base. Inoltre si evidenziavano lacune gravi in alcuni settori chiave, rendendo così necessario introdurre nuovi incentivi unitamente a finanziamenti aggiuntivi. Tuttavia, i dati su scala internazionale indicavano la necessità di aumentare la spesa fino all'8-9% del PIL, mentre non giustificavano in alcun modo livelli attorno al 10-11%.

Inoltre, era difficile conciliare le capacità nazionali a livello di servizi di base, le potenzialità legate all'introduzione di programmi sanitari pubblici a basso costo e la destinazione delle risorse a programmi più efficienti attraverso il *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE). Inoltre a livello gestionale emergeva la tendenza a concentrarsi su finanziamenti aggiuntivi piuttosto che su un migliore impiego delle risorse già disponibili. I vari piani dell'NHS hanno ignorato il vero insegnamento derivante dall'esperienza internazionale, recentemente riassunto dall'OCSE:

“In definitiva, migliorare l'efficienza è l'unico modo di conciliare l'incremento della domanda di cure sanitarie con i vincoli del finanziamento pubblico. I dati raccolti nei diversi paesi mostrano che esiste la possibilità di migliorare l'efficacia economica dei sistemi sanitari. Il settore sanitario è caratterizzato da crisi dei mercati e da un intervento pubblico oneroso, che possono provocare eccessi o un'errata allocazione della spesa pubblica, comportando uno spreco di risorse e il rischio di fallire l'opportunità di migliorare il sistema sanitario. È quindi necessario, per migliorare le risorse, cambiare il modo di utilizzare i finanziamenti piuttosto che tagliare la spesa”.

La necessità di modificare gli obiettivi è stata ulteriormente sottolineata dai dati relativi al possibile impatto degli incentivi sui sistemi incentrati sui servizi di base. Senza modificare il peso dei finanziamenti in termini di percentuale del PIL, tali sistemi possono registrare miglioramenti notevoli a livello dei servizi e dell'accesso alle cure, come dimostrano chiaramente i risultati ottenuti in Spagna tra il 1992 e il 2000 a livello della riduzione dei tempi di attesa.

Tabella 3: Tempi di attesa per la sanità pubblica in Spagna (giorni)

	1992	2000
Operazione alla cataratta	68.0	47.6
Colecistectomia	103.4	53.8
Emia	84.6	48.3
Prostatectomia	119.4	42.7
Isterectomia vaginale	71.9	52.5
Artroscopia al ginocchio	51.4	53.8
Protesi articolare all'anca	271.4	59.8
Protesi articolare al ginocchio	91.3	63.4
Vene varicose	232.8	50.6

Fonte: OECD, Health Care Systems, lessons from the reform experience, 2003.

L'OCSE ritiene che tale diminuzione sia in gran parte dovuta agli incentivi finanziari per il raggiungimento degli obiettivi introdotti dopo il 1998 in termini di tempi d'attesa. Un approccio simile, adottato in Danimarca, unitamente all'espansione dei servizi, ha ridotto il tempo mediano d'attesa per il trattamento dei disturbi cardiaci dai 30 giorni del 1997 ai 15 del 2001, mentre nello stesso periodo nel Regno Unito i tempi d'attesa sono aumentati rapidamente.

Nel Regno Unito, là dove sono state introdotte, le riforme hanno condotto a risultati estremamente positivi. I settori chiave interessati dai cambiamenti adottati in Scandinavia comprendono un sistema di bonus/malus volto a ridurre i ritardi nelle dimissioni dagli ospedali e la possibilità di scegliere tra diversi programmi di chirurgia cardiaca e d'altro tipo a Londra.

Poiché le autorità locali hanno dovuto far fronte a penalizzazioni economiche in caso di prolungamento dei ricoveri, si sono registrate 4000 degenze inutili in meno rispetto al 2001. Il Segretario di Stato ha affermato *“che per il sistema sanitario nazionale la marcata riduzione delle dimissioni tardive equivaleva alla costruzione di otto nuovi ospedali. In effetti questi incentivi hanno liberato più posti letto di quanti ne fossero previsti nel decennio successivo grazie ai finanziamenti aggiuntivi (2.500). Tali dati indicano che l'introduzione di un programma di rimborsi pare aver fornito l'incentivo in più necessario a proseguire su questa strada”*⁵.

A Londra, tra il 2002 e il 2004, 12.500 pazienti hanno potuto scegliere dove farsi curare e 7.840 hanno accettato la proposta che veniva fatta loro. Tra i risultati ottenuti annoveriamo:

- I centri di cura di South East London a Orpington e a Bromley ora hanno capacità di riserva e dal febbraio 2004 hanno iniziato a pubblicizzare questa disponibilità presso i potenziali pazienti.
- Le cliniche private della zona si preoccupano perché il numero dei pazienti sta calando.
- L'ospedale realizzato appositamente per potenziare il servizio pubblico nel settore della chirurgia cardiaca ha scoperto di avere pochi pazienti perché le liste d'attesa si erano ridotte grazie alla possibilità di scegliere tra programmi diversi, e ha dovuto convertirsi a trattamenti di tipo non chirurgico.

Quindi, in un periodo molto breve, la scelta tra diversi programmi è riuscita a ridurre i tempi di attesa ancor prima che la capacità degli ospedali fosse aumentata. Risultati analoghi sono stati ottenuti nel sud dell'Inghilterra per le operazioni alla cataratta.

Il Dipartimento della Sanità intende estendere la scelta tra i diversi programmi a tutti i pazienti a partire dal dicembre 2005. I medici di base offriranno ai pazienti fino a cinque possibilità. John Reid (ex Membro del Parlamento Inglese) ha evidenziato l'inizio di una politica di più ampio respiro in questo senso, sostenendo che *“è necessario far sapere a ogni paziente che può scegliere di farsi curare più rapidamente in un altro ospedale, se è disposto a trasferirsi. Il London Patient Choice Project è un progetto pilota che ha dimostrato che i pazienti preferiscono scegliere: dall'ottobre 2002 oltre il 70% dei malati ha optato per il trasferimento al fine di ottenere un più rapido accesso alle cure. È necessario tenere conto di questi progetti a livello nazionale e occuparsi di chi non ha possibilità di scelta entro sei mesi a partire da aprile”*.³

Si è anche registrata la tendenza ad attribuire eventuali successi ai finanziamenti, quando invece il merito va alle riforme. Per esempio, nel campo dei disturbi coronarici e cardiaci, il

³ Department of Health (2000): *Department of Health Press Release*, 4 February.

⁴ National Audit Office (2004): *Improving Emergency Care in England*, NAO, London.

⁵ Royal College of Radiologists (2003): *Equipment, Workload and Staffing for Radiotherapy in the UK 1997-2002*, Royal College of Radiologists.

⁶ National Audit Office (2004): *Tackling Cancer in England: Saving More Lives*, NAO, London.

Governo sostiene che il crollo del tasso di mortalità (41% nell'ultimo decennio) è il risultato dell'ammodernamento del sistema sanitario nazionale. In realtà gran parte del lavoro necessario a introdurre le politiche del National Service Framework ed estendere l'impiego di statine è stata fatta a livello dei servizi di base, laddove la spesa è cresciuta più lentamente, mentre a livello delle cure secondarie le liste d'attesa per la chirurgia cardiaca sono state ridotte soprattutto grazie alla possibilità di scelta tra programmi diversi.

L'Ispettorato nazionale è arrivato a conclusioni simili in relazione ai servizi di pronto soccorso. Una recente relazione evidenzia che il Dipartimento della sanità ha destinato meno di £30 milioni annui al miglioramento dei servizi di pronto soccorso a fronte di una spesa annua in questo settore pari a £1 miliardo. Piuttosto che per l'aumento dei finanziamenti, i tempi d'attesa al pronto soccorso sono migliorati grazie all'introduzione di nuovi metodi di lavoro, in particolare occupandosi subito dei pazienti che presentavano disturbi lievi invece di aspettare che vengano visitati quelli con problemi più gravi (*see and treat*), assegnando compiti di maggiore responsabilità clinica agli infermieri con più esperienza e migliorando l'accesso ai servizi diagnostici.

Per quanto concerne i pazienti affetti da cancro, si sono registrati dei miglioramenti nell'accesso ai servizi e nella sopravvivenza di chi è affetto da neoplasie al seno. È probabile che i maggiori fondi destinati alle terapie farmacologiche abbiano contribuito a questi risultati, ma le ricerche condotte negli USA hanno dimostrato chiaramente che l'individuazione precoce dei tumori grazie agli screening è il fattore decisivo per migliorare le possibilità di sopravvivenza. I successi registrati in questo campo sono dovuti agli investimenti a lungo termine iniziati negli anni '80, che hanno dato vita a uno dei sistemi di screening più avanzati al mondo, piuttosto che ai maggiori investimenti previsti dai piani del sistema sanitario nazionale. Al contrario, i risultati ottenuti grazie all'incremento dei finanziamenti si sono rivelati deludenti: nel 2003 un'indagine del Royal College of Radiologists indicava che i tempi di attesa non miglioravano dal 1998 e che solo una minoranza dei pazienti riusciva ad accedere ai trattamenti entro i termini raccomandati.

Inoltre si sono verificati problemi nello sviluppo dei servizi di endoscopia a livello delle cure primarie, laddove i tempi di attesa sono notevolmente inferiori (una settimana e mezza) rispetto al tempo mediano d'attesa di 13 settimane per i servizi ospedalieri. Vi sono pazienti che arrivano ad aspettare 35-40 settimane, ed alcuni di loro sono destinati a scoprire che hanno il cancro.

4. Malattie coronariche

Anche nelle singole specialità si sono registrati dei successi. Nel caso delle malattie coronariche è stato sviluppato un nuovo approccio che unisce prevenzione, trattamento con stent dei gruppi ad alto rischio, accesso precoce in regime di day hospital grazie a diagnosi migliori e all'angioplastica, per finire con la riabilitazione. Il contenuto innovativo di questo approccio risiede nell'impiego di statine e stent, nel monitoraggio a domicilio e nella telemedicina per il trattamento dell'infarto, come pure nel COPD (*Chronic Obstructive Pulmonary Disease*) e nei problemi all'udito.

Una migliore assistenza di base permette di approntare programmi locali gestiti da infermieri per gruppi ad alto rischio.

Sei ambulatori medici di base a Runcorn Cheshire sono riusciti a coprire 64.000 pazienti. Hanno sviluppato un programma in comune per individuare i pazienti con livelli elevati di colesterolo, così identificando 3.300 persone che sono state trattate con statine dagli infermieri. Un'indagine ha dimostrato che nel corso del primo anno si sono verificati 68 decessi in meno, e questi risultati sono stati confermati negli anni successivi a un costo di

£ 470 per QALY (*Quality – Adjusted Life Year – £470 per anno di vita ponderato per qualità*).

Nel Regno Unito le politiche del National Service framework per la coronaropatia si sono dimostrate molto efficaci nell'individuare i settori in cui sviluppare i servizi.

5. Diabete

In tutta Europa sembra evidente che il ricorso a nuovi approcci possa avere ripercussioni positive sulla cura del diabete se ci si concentra maggiormente sulla prevenzione e l'impiego di infermieri tirocinanti per sviluppare programmi per i pazienti. In Germania esiste un corso innovativo realizzato congiuntamente dall'Accademia sanitaria Rheine e dall'università di Roehampton del Regno Unito. Nella fornitura di servizi più integrati altri settori, come il trattamento dei tumori, sperimentano un certo ritardo rispetto alla coronaropatia e al diabete.

6. Incentivi finanziari

Si tratta di un ambito in cui si sono registrati cambiamenti tangibili sia in Europa che in Australia. Gran parte dei sistemi sanitari si stanno rivolgendo sempre più al co-finanziamento e ai rimborsi ai fornitori di servizi per raggruppamenti omogenei di diagnosi. Tuttavia questi incentivi sono per lo più mirati al contenimento dei costi a breve termine invece che allo sviluppo di nuovi servizi, anche se è ormai evidente che tutti i sistemi sanitari si stanno interessando a nuovi approcci per la gestione finanziaria.

7. Aumento della concorrenza

Sono molto apprezzati i cambiamenti che mettono in evidenza un rafforzamento della concorrenza. È evidente che nei sistemi più aperti si ha un uso più frequente delle nuove tecnologie. Nell'industria che cresce c'è sempre più spesso un gruppo di aziende che competono per conquistare i clienti. La concorrenza è fondamentale per stimolare e velocizzare l'innovazione; gli sforzi compiuti dalle aziende per aumentare la produzione e tagliare i prezzi dell'offerta fa sì che lo sviluppo di nuovi prodotti sia di fondamentale importanza. La tendenza all'espansione crea inoltre capitali umani e network che facilitano gli scambi reciproci e la crescita. In caso di monopolio, non si verifica nessuna di queste condizioni vantaggiose: al contrario, si punta a limitare la crescita della produzione e a ridurre al minimo gli investimenti in nuove tecnologie. La critica tradizionale mossa ai monopoli si concentra sui prezzi maggiorati a fronte di una produzione bloccata. Oggi occorre concentrarsi di più sul fatto che i monopoli rallentano i processi evolutivi.

In termini assoluti, i cambiamenti sono stati di una lentezza esasperante. Le forze che vi si oppongono comprendo la paura, gli interessi personali e la mancanza di capitali d'esercizio. Si ha paura del cambiamento e si ha scarsa fiducia nei nuovi metodi; inoltre si teme di perdere il controllo degli eventi. I servizi sanitari continuano a essere gestiti dai grandi baroni, i quali vogliono che continui l'afflusso automatico di fondi. Gran parte di fornitori di servizi sanitari vengono compensati perché oggi fanno un po' di più di quanto non facessero ieri, e molti nuovi servizi spesso comportano rimborsi inferiori, oltre a sforzi e rischi di maggiore entità. La mancanza di capitali diventa evidente nel momento in cui la maggior parte dei sistemi sanitari non prevede meccanismi di ammortamento né riserve per il finanziamento del cambiamento e l'aggiornamento delle tecnologie. Nel sistema nazionale britannico spesso si aspetta a sostituire un macchinario fino quando questo non si rompe, e qualsiasi innovazione

tecnologica deve superare collaudi speciali. Già Machiavelli aveva detto che il cammino dell'innovazione è irto di ostacoli, ma questo è particolarmente vero nel caso dei servizi sanitari.

8. Strumenti di cambiamento

Quali possono essere i mezzi che nel prossimo decennio permetteranno dei cambiamenti più rapidi? La rivoluzione non è stata completata ed esistono gruppi organizzati di pazienti che premono per un cambiamento. Inoltre, è sempre più evidente che, anche in altri settori dell'economia (quali per esempio le linee aeree e le banche) l'informatica può avere un ruolo cruciale per migliorare i servizi e contenere i costi. Una conseguenza della rivoluzione delle comunicazioni è stato il rafforzamento della concorrenza che ha permesso alle nuove piccole imprese di operare a livello internazionale.

9. Malattie specifiche

Il cambiamento dei servizi sanitari e l'importanza crescente dell'IT vanno considerati come strumenti strategici per particolari malattie. Il punto chiave del cambiamento è stato individuato nei tempi di attesa per gli interventi chirurgici facoltativi, ma ora è necessario passare a programmi sanitari per condizioni specifiche, molte delle quali a lungo termine. Dato che la specializzazione clinica è diventata più complessa mentre gli strumenti informatici prevedono applicazioni generalizzate, gli operatori sanitari vanno incontro a controlli esterni più severi e a una maggiore concorrenza. Questa potrebbe essere uno stimolo formidabile per il cambiamento, qualora si percepisse che una comunicazione migliore e l'adozione di nuovi approcci sono essenziali per la sicurezza e il futuro della professione.

Naturalmente i vantaggi economici della specializzazione vanno aumentando nella maggior parte dei sistemi sanitari: gli stipendi degli specialisti crescono di più di quelli dei medici di base, non da ultimo perché i servizi di base si trovano ad affrontare la concorrenza diretta degli infermieri tirocinanti.

10. Servizi di base più sviluppati

I sistemi che hanno sviluppato i servizi di base si sono trovati con un vantaggio pari al 2% del PIL rispetto a quelli in cui è previsto l'accesso diretto alle cure secondarie. Tutti i sistemi sanitari che assicurano l'accesso alle cure per meno del 10% del PIL — Scandinavia, Paesi Bassi, Spagna e Australia — dispongono di servizi di base fortemente sviluppati.

11. Qualità delle cure

Il cambiamento deve essere collegato alle preoccupazioni degli operatori per quanto riguarda la qualità delle cure. Solo gli operatori possono infatti fornire il metro di misura per far fronte a tali aspetti, oltre a essere fondamentali nel garantire una migliore gestione del fattore tempo. In tutto il mondo, la maggior parte dei medici si trova in pratica a dover far fronte a orari di lavoro più pesanti e alla necessità di rispettare nuovi standard nel garantire cure migliori a pazienti affetti da malattie molto gravi.

In realtà il miglioramento dei tassi di sopravvivenza ha determinato un grande numero di nuovi problemi nell'assicurare ai pazienti la continuità delle cure. L'aumento delle

specializzazioni mediche rende più arduo pianificare programmi di cura e coinvolgere i pazienti, dato che in seno alla stessa squadra vi sono più medici che possono essere necessari allo stesso paziente. A ciò si aggiunga che le cure non vengono più prestate da professionisti in servizio per 80 ore, ma da operatori che cambiano e spesso mancano di esperienza, il che determina grande confusione e notevole insoddisfazione nelle esperienze quotidiane di molti pazienti e operatori nei sistemi sanitari di tutto il mondo.

12. Comunicazione

La sfida principale consiste nel ridefinire i servizi sanitari in termini di strategie comunicative. Al momento la sanità comprende una serie frammentata di attività in cui la tecnologia svolge un ruolo chiave e tutti hanno interesse a mantenere il controllo del loro settore. È fondamentale far comprendere agli operatori che la sanità rappresenta una strategia comunicativa e decisionale in cui occorre cercare di mettere insieme una grande quantità di informazioni disparate e che non vi può essere vero progresso in questo senso senza ricorrere alle nuove tecnologie.

13. Vincoli economici

Il cambiamento può svolgere un ruolo chiave nel permettere ai gestori di vincolare finanziamenti e prestazioni sanitarie. La sanità ha iniziato a introdurre il concetto della retribuzione in base ai risultati: molti ospedali e ambulatori di base devono guadagnarsi le proprie risorse finanziarie come qualsiasi altra azienda e non possono più contare su generosi bilanci concessi annualmente. Ogni euro o sterlina devono essere guadagnati emettendo fatture per i servizi erogati. L'innovazione tecnologica rappresenta il solo modo in cui i manager possono ottenere questo tipo di informazioni finanziarie, e l'intera Europa deve affrontare la sfida rappresentata dalla correlazione di aspetti finanziari e attività cliniche.

14. Ridefinizione dei servizi

L'innovazione tecnologica può offrire gli stimoli giusti laddove i servizi necessitano di profonde riforme. Oggi pochi servizi sono caratterizzati da una forte frammentazione del flusso informativo quanto il settore delle cure contro il cancro. I gestori hanno iniziato ad affrontare un nuovo paradigma comprendente prevenzione, screening, orientamento, rapidità diagnostica, chirurgia non invasiva o chemio e radioterapia efficaci, seguiti da percorsi sanitari incentrati sulla gestione del rischio e la somministrazione di palliativi. Ogni fase si ripercuote sulle fasi successive: per esempio l'espansione degli screening può condurre a falsi positivi che ritardano le cure offerte agli altri pazienti, ma in linea di principio questo paradigma lascia ben sperare per il miglioramento dei servizi in un contesto in cui si fa più pressante la necessità di offrire cure efficaci a un numero sempre maggiore di pazienti in presenza di risorse economiche limitate.

Nel Regno Unito si prevede che nei prossimi dieci anni i pazienti aumenteranno del 30% e in generale avranno accesso a trattamenti più complessi. Il cancro diventerà una malattia di lunga degenza, facendo salire i costi delle cure. Sarà necessario sviluppare nuovi servizi ambulatoriali e a domicilio: nell'ambito della chemioterapia gran parte dell'assistenza può già essere prestata a domicilio. Oggi in Inghilterra si spendono £4 miliardi per la cura dei tumori, settore in cui si registrano 100.000 ricoveri d'urgenza all'anno. La

sfida rappresentata dalla ristrutturazione dei servizi è enorme e può essere affrontata solo ricorrendo all'innovazione tecnologica e all'*E-health*.

15. Passare alla prevenzione

In tutta Europa gli indicatori relativi all'obesità e all'attività fisica stanno peggiorando, e il Regno Unito in particolare si trova di fronte a un problema di abuso di alcolici, soprattutto tra i giovani e gli adolescenti. Sono urgentemente necessari nuovi programmi per migliorare la comunicazione e stimolare il settore sanitario. In Europa e negli Stati Uniti il problema prevenzione rappresenta una sfida enorme, anche se l'*E-health* offre l'opportunità di collaborare a nuovi programmi a livello internazionale.

16. Occuparsi dei pazienti dimenticati dai grandi centri di assistenza sanitaria

L'*E-health* e le nuove tecnologie possono essere presentati come l'unica soluzione per recuperare quei servizi che sono stati ignorati o sono diventati impopolari. Nel Regno Unito esistono importanti lacune nel trattamento dell'ischemia e della broncopneumopatia ostruttiva cronica, e nell'assistenza in caso di sordità e problemi di udito.

L'ischemia è la principale causa di invalidità e la terza causa di mortalità, subito dopo la coronaropatia e il cancro. Secondo una recente relazione dell'Ispettorato nazionale, il 50% dei pazienti non segue la riabilitazione necessaria ad assicurare un corretto recupero nei mesi cruciali che seguono l'attacco. Molti addirittura non ricevono nessuna informazione sulle loro condizioni e sulla loro guarigione.

A 900.000 persone è stata diagnosticata la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BCO). Una recente relazione della Commissione sanitaria ha rilevato che in alcuni settori i servizi forniti ai pazienti affetti da BCO non rispettano le linee guida in vigore, e all'interno del Paese si riscontra una forte variazione degli standard adottati per le cure. Inoltre, molti malati provengono da comunità molto povere e spesso hanno difficoltà ad avere accesso ai servizi più indicati.

Il tasso di mortalità delle affezioni respiratorie nel Regno Unito è quasi il doppio della media europea.

Il cambiamento e l'*E-health* devono essere presentati come l'unica possibilità per i finanziatori dei servizi sanitari per far sì che il progresso contribuisca a migliorare le prestazioni offerte ai gruppi di pazienti ai margini della società, mentre non vi è alcuna possibilità che un progresso lineare dei servizi ospedalieri ottenga i medesimi risultati.

17. È giunto il momento della rivoluzione?

La prossima fase per l'assistenza sanitaria potrebbe permettere progressi reali in diversi settori grazie alle nuove terapie e ai migliori servizi offerti ai pazienti. Tuttavia ci si attende un periodo caratterizzato da forti restrizioni finanziarie. La rivoluzione preconizzata da Herzlinger è stata rinviata, tuttavia ora è più che mai necessaria, in quanto rappresenta l'unica maniera in cui i servizi possono ottenere fondi e diventare flessibili per soddisfare nuove necessità.

La tecnologia è il terreno di scontro tra modelli di assistenza sanitaria diversi. Nei servizi di base è accessibile ed economica, nelle cure secondarie esclusiva e costosa. Spesso mancano informazioni sul valore e l'efficacia di metodi che talvolta rientrano tra le priorità assolute

stabilite da medici e organizzazioni professionali. L'attuale impiego di queste tecnologie rientra nella corsa alla specializzazione e alla concentrazione dei servizi in un numero limitato di strutture.

Le scelte della tecnologia contribuiscono a strutturare l'offerta sui mercati e ciò porta a una situazione in cui solo poche imprese hanno il dominio globale del settore, come dimostrato nell'ultimo decennio dalla maggiore concentrazione registrata nel caso di prodotti come gli scanner.

Questi cambiamenti offrono grandi opportunità per le aziende operanti nelle assicurazioni malattia. I pazienti si aspettano sempre di più dai nuovi servizi, e ciò permetterà di verificare le capacità di innovazione dei sistemi finanziati dall'erario. Le assicurazioni malattia possono sviluppare un ruolo complementare alla sanità pubblica offrendo un'attenzione particolare all'innovazione, sfruttando i vantaggi offerti da una flessibilità più marcata e una maggiore capacità di generare investimenti in tempi rapidi. Inoltre possono dare una maggior priorità alla comunicazione con pazienti e utenti, sviluppando le proprie relazioni con le nuove generazioni, meno disposte a dare fiducia a servizi statali e centralizzati. Infine, le assicurazioni malattia sono più vicine ad altri servizi che si avvalgono di tecnologie flessibili e a basso costo, che possono essere sfruttate per sviluppare nuove attività e rafforzare la concorrenza e il pluralismo.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Bosanquet, N. and Sikora, K. (2006): *The Economics of Cancer Care*, Cambridge University Press.
- Department of Health (2000): *Coronary Heart Disease*, National Service Framework London.
- Department of Health (2000): *Department of Health Press Release*, 4 February.
- Ham, C. *et al.*, "Hospital Bed Utilisation in the NHS, Kaiser Permanente, and the US Medicare Programme: Analysis of Routine Data", *British Medical Journal*, 29 November.
- Healthcare Commission (2006): *Clearing the Air: A National Study of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, Healthcare Commission, London.
- Herzlinger, R. (1997): *Market Driven Health Care*, Harvard University Press.
- National Audit Office (2004): *Improving Emergency Care in England*, NAO, London.
- National Audit Office (2004): *Tackling Cancer in England: Saving More Lives*, NAO, London.
- National Audit Office (2005): *Reducing Brain Damage. Faster Access to Better Stroke Care*, NAO, London.
- OECD (2004): *Towards High Performing Health Systems*, OECD.
- Royal College of Radiologists (2003): *Equipment, Workload and Staffing for Radiotherapy in the UK 1997-2002*, Royal College of Radiologists.

Domotica e invecchiamento della popolazione

di Nicola Pangher*

Riassunto

I costanti progressi nel campo dell'informatica, delle telecomunicazioni e delle microtecnologie stanno portando all'introduzione di nuovi strumenti in grado di modificare l'ambiente in cui viviamo. Le applicazioni più promettenti della domotica riguardano le abitazioni degli anziani e mirano a permettere a questa fascia della popolazione di condurre una vita quanto più possibile autonoma. La sfida di oggi consiste nell'integrare le diverse tecnologie domotiche all'interno di un nuovo sistema di servizi efficiente e sostenibile dal punto di vista finanziario. Il presente articolo illustra una delle possibili strade per vivere in autonomia la terza età.

1. Introduzione

La domotica è diventata un settore di particolare interesse, grazie alle nuove applicazioni hardware e software che promettono di modificare il nostro rapporto con la casa. Nuove apparecchiature, dispositivi "intelligenti" e sensori posizionati capillarmente nelle abitazioni renderanno la vita quotidiana più semplice e confortevole. Prima di affrontare il tema della domotica, riportiamo qui di seguito la traduzione della definizione inglese fornita da Wikipedia:

la domotica si occupa di integrare sistemi avanzati di automazione all'interno di edifici pubblici e abitazioni private, per aumentare il comfort e la sicurezza dei residenti. Benché molte delle tecnologie impiegate nell'automazione degli edifici pubblici (sistemi per l'illuminazione e la climatizzazione, l'apertura e la chiusura di porte e finestre, la sicurezza e la sorveglianza) trovino applicazione anche nelle abitazioni private, in quest'ultimo caso vi sono delle funzioni supplementari che comprendono il controllo dei sistemi di intrattenimento multimediale, degli impianti di irrigazione, di distribuzione automatica di cibo per gli animali domestici e degli scenari preprogrammati per feste ed occasioni speciali.

Molti scenari accattivanti possono essere prodotti per simulare l'impatto della domotica sulla nostra vita quotidiana. L'esempio seguente illustra alcune tecnologie attualmente in via di sviluppo e fornisce un'anteprima di come la domotica sia destinata a trasformare un bagno comune in un "bagno con sistema di gestione della salute integrato". Immaginate di entrare al mattino nel vostro bagno tecnologicamente avanzato in cui uno spettrometro di massa miniaturizzato è in grado di operare un'analisi completa della respirazione.

* PhD, Direttore Business Development e E-Health, ITALTBS SpA, Padriciano 99, 34012 Trieste, Italia.

Basterà appoggiare una mano alla parete per far sì che il sistema esegua un'analisi completa del sangue tramite una misurazione spettrometrica non invasiva o un prelievo con microaghi, o, ancora, basterà usare uno speciale spazzolino da denti per analizzare la saliva. Le informazioni raccolte saranno poi elaborate e impiegate per impostare la dieta giornaliera, programmare i dispositivi da cucina intelligenti affinché aggiungano i farmaci previsti direttamente negli alimenti, prenotare la palestra per svolgere della salutare attività fisica e organizzare una visita medica qualora emergessero delle anomalie. Lo scenario è certamente affascinante, tuttavia l'integrazione completa di prevenzione, diagnostica e terapia nella vita quotidiana suscita una serie di interrogativi con i quali siamo chiamati a confrontarci sin da ora.

Eccone alcuni:

- 1) Chi si farà carico delle spese per la tecnologia e i consumabili: il servizio sanitario, l'assicurazione o i privati cittadini?
- 2) Chi verificherà il corretto impiego dei protocolli di analisi dei dati e l'efficacia delle scelte operate dai sistemi?
- 3) Su chi ricadrebbe la responsabilità qualora i sistemi dovessero fallire, arrecando danni alla salute dei cittadini?

2. Il background tecnologico

Rispondere alle esigenze della popolazione anziana è il principale obiettivo della domotica: il deterioramento delle capacità fisiche e intellettive e la necessità di prevenire e gestire malattie croniche richiedono un adeguamento dell'ambiente in cui l'anziano vive.

Ecco quali sono gli obiettivi:

- Invecchiare conservando la propria autonomia. Per gli anziani è molto importante continuare a vivere nella propria abitazione, in un ambiente sicuro che garantisca loro un'adeguata qualità di vita.
- Arginare i costi assistenziali. Spesso il carico assistenziale ricade sulla famiglia, in questo modo si generano costi espliciti ed impliciti che vanno a sommarsi alle spese a carico dei servizi sociosanitari. Controllare tali costi implica inoltre il raggiungimento di obiettivi di efficienza ed efficacia.
- Creare una struttura di tipo ICT che supporti cittadini, familiari e assistenti domiciliari.
- Evitare l'isolamento e promuovere la socializzazione.
- Sviluppare tecnologie effettivamente fruibili.

Figura 1: Network ICT per i servizi di assistenza socio-sanitaria

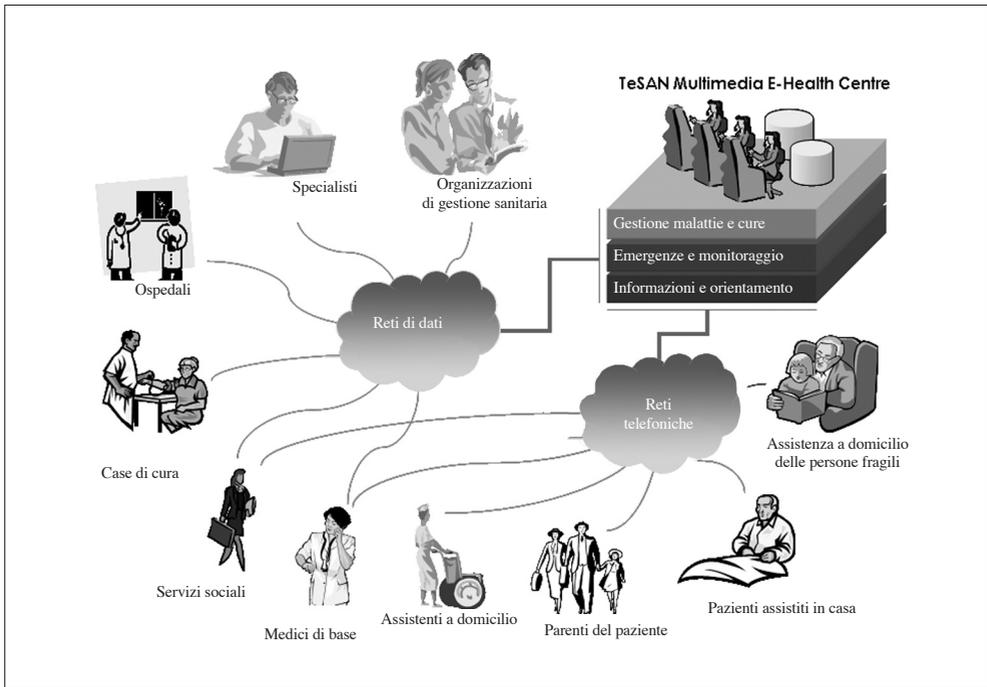
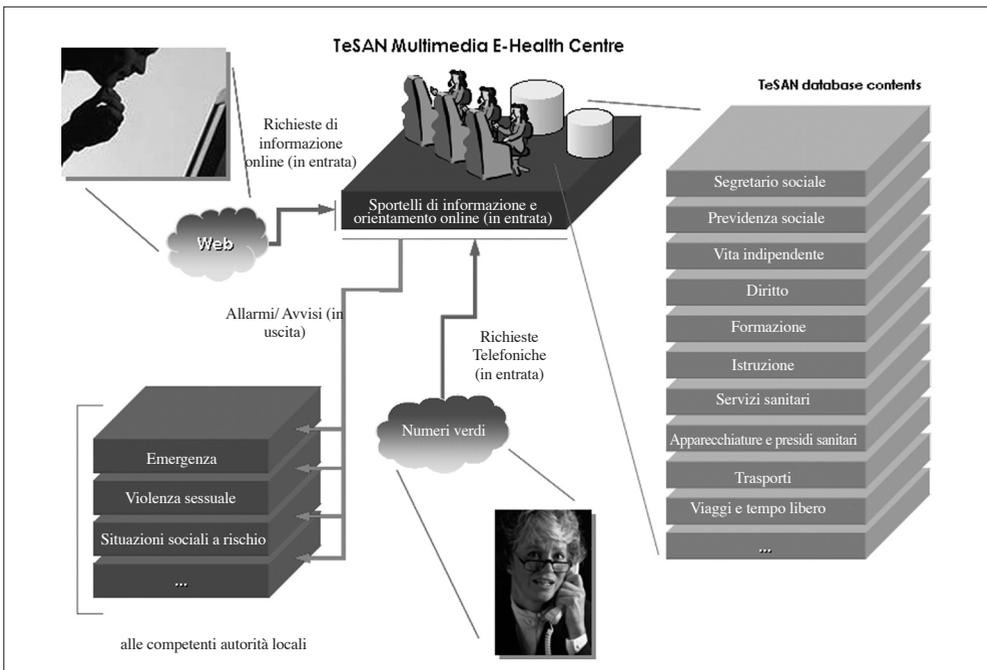


Figura 2: Sistema di gestione dei canali di comunicazione del centro operativo



La complessa organizzazione assistenziale e i servizi di tipo ICT sono rappresentati in Figura 1. L'esigenza di comunicare, raccogliere dati e organizzare processi pone alcune sfide in termini di innovazione delle pratiche di lavoro e delle infrastrutture tecnologiche che costituiscono le fondamenta di tutte le applicazioni della domotica. Un ruolo chiave nell'organizzazione è svolto dal centro operativo multimediale che gestisce la condivisione dei dati clinici e dietro al quale si cela la componente umana che assicura la continuità del processo assistenziale. Il centro operativo gestisce inoltre tutti i canali di comunicazione, come descritto in Figura 2.

Al centro operativo giungono inoltre tutte le informazioni provenienti dai sistemi domotici installati nelle singole abitazioni.

I dispositivi di allarme personali e ambientali consentono ai cittadini di gestire eventi critici inaspettati tramite:

1. Il sistema di allarme personale, composto da un pulsante per le emergenze e un microfono per comunicare da ogni stanza della casa.
2. Sensori che rilevano eventuali cadute, basati sull'individuazione di improvvise accelerazioni nei movimenti.
3. Sensori gas, acqua e antincendio che rilevano anomalie nell'ambiente domestico.
4. Sensori di movimento che rilevano il mancato utilizzo di alcuni ambienti della casa, come il bagno e la cucina, evidenziando quindi una condizione di incapacità di soddisfare le esigenze basilari.
5. Sensori di uscita installati sulle porte che avvisano che l'utente si sta allontanando dalla sua abitazione.
6. Sistemi antifurto e allarmi che impediscono spiacevoli intrusioni anche mentre l'utente è in casa.

Il centro operativo è in grado di filtrare questi allarmi e conseguentemente attivare le misure appropriate.

Oltre ai sistemi di allarme possono essere impiegati anche dei dispositivi di supporto alle persone con ridotte capacità fisiche, quali tapparelle elettriche, letti e poltrone motorizzati, impianti di climatizzazione, ecc. Questi dispositivi, un tempo "non in rete", possono essere anch'essi collegati al centro operativo che, raccogliendo le informazioni inviate anche da questi dispositivi, aumenterà la propria capacità di rilevamento delle emergenze.

3. Gestione dei processi

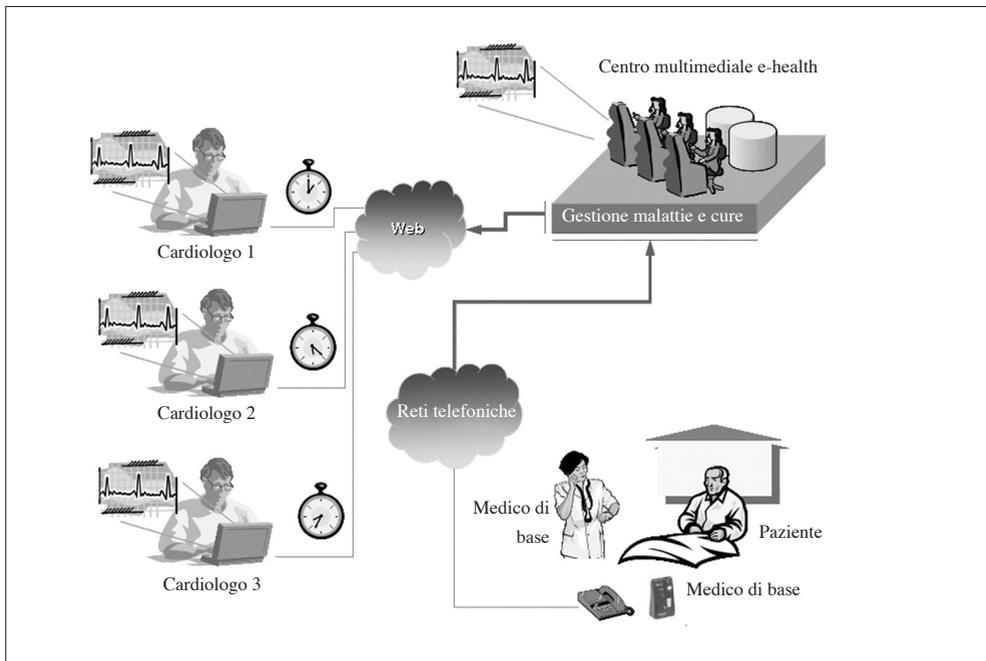
La gestione delle emergenze è solo una delle tipologie dei servizi agli anziani: per la prima volta, infatti, le moderne tecnologie consentono di aiutare i soggetti interessati a gestire il proprio stile di vita in un'ottica di prevenzione e gestione delle patologie. Le apparecchiature biomediche vengono installate domiciliariamente e sono in grado di valutare parametri quali:

- Pressione sanguigna
- Pulsazioni
- Saturazione di ossigeno
- Peso corporeo
 - Percentuale di grasso corporeo
 - Percentuale di massa muscolare
 - Percentuale di acqua corporea

- Glicemia
- ECG (da 1 a 12 derivazioni)
- Flusso di picco espiratorio
- Coagulazione
- Altro.

Questo approccio permette di monitorare le più comuni forme di cronicità grazie al network ICT che mantiene in contatto pazienti e personale infermieristico e medico, come illustrato in Figura 3.

Figura 3: Network di gestione dell'assistenza sanitaria



Il passaggio da un sistema di gestione delle emergenze ad una gestione full-time dello stile di vita del paziente pone delicati interrogativi. Allo stato attuale, il servizio sanitario prevede che l'erogazione delle prestazioni avvenga presso strutture ad hoc come ospedali, policlinici e ambulatori che attivano precise procedure organizzative, economiche e di billing. Esiste dunque lo spazio per implementare nuovi servizi di assistenza domiciliare visto che attualmente quelli esistenti sono limitati alle prestazioni fornite da personale infermieristico specializzato, operatori sociali (solo in forma di servizi base) o assistenti domiciliari a tempo pieno spesso non in possesso di una formazione professionale specialistica. In presenza di una disabilità che richiede un alto livello di supporto assistenziale, il ricorso alle case di riposo, luogo in cui i pazienti spesso trascorrono il resto della loro vita, rimane dunque l'unica soluzione praticabile.

L'approccio orientato alla prevenzione costituisce la principale differenza fra gli attuali sistemi sanitari e un sistema di gestione dello stile di vita. Le malattie croniche rappresentano in media circa i 2/3 della spesa sanitaria dei Paesi sviluppati, tuttavia va considerato che

l'80% di queste patologie è prevenibile. La prevenzione è certamente la strategia più efficace per arginare la spesa sanitaria e deve dunque essere la direttrice da seguire per le scelte future in materia di politica sanitaria. Un network integrato di e-Health può diventare il fulcro di una politica orientata alla prevenzione: le chiamate audio e video, un'interfaccia semplice e i monitoraggi effettuati con i dispositivi medici permettono di raccogliere dati e di aiutare il paziente a gestire e pianificare quotidianamente la dieta, l'esercizio fisico, l'assunzione di medicinali, gli esami medici da effettuare. Il principale ostacolo è rappresentato dal fatto che, allo stato attuale, il sistema sanitario è finanziato per curare le patologie in atto e non per prevenirne l'insorgenza. A quanto ammonterebbero i costi per finanziare l'attuazione di strategie che incentivino stili di vita più salutari e che prevedano l'accesso costante a consulti medici e servizi di monitoraggio? Come si potrebbe finanziare un sistema studiato per la popolazione sana? Attualmente tale finanziamento è a carico dei singoli ma i risultati ottenuti non sono soddisfacenti. In molti casi l'insorgenza di una patologia cronica non è considerata un rischio immediato per la salute e l'efficacia della strategia che si sceglie di adottare è fortemente determinata dal benessere economico e dal grado di istruzione dei singoli individui. Esistono polizze assicurative che coprono anche gli interventi di prevenzione? In alcuni casi si è cercato di abbinare le polizze sulla salute al raggiungimento di determinati obiettivi di vita e, in quest'ottica, sono stati offerti servizi supplementari quali palestra, nutrizionista e check-up medico a prezzi agevolati, facendo poi dipendere lo sconto sul premio assicurativo dall'effettivo raggiungimento di tali obiettivi.

La gestione di una patologia cronica pone una riflessione analoga: da una parte, al fine di ridurre il rischio di complicazioni, la scrupolosa aderenza del paziente ad un corretto stile di vita è imprescindibile, dall'altra un supporto capillare e continuativo è un compito organizzativo complesso e dispendioso.

Pazienti, operatori socio-sanitari, personale infermieristico, servizi sanitari di base e medici specialisti: le competenze parcellizzate di tutte queste realtà devono confluire in équipe multidisciplinari guidate da case manager responsabili del singolo paziente. Sebbene questo modello organizzativo rimanga in molte regioni un obiettivo prefissato ma non ancora raggiunto, la vera sfida attuale è lo sviluppo e l'implementazione di percorsi di cura efficaci ed efficienti. Le moderne tecnologie consentono a paziente e operatore di comunicare con un'ottima qualità audio/video in tempo quasi reale, mentre il livello degli standard raggiunti nella condivisione dei dati clinici consente la creazione di sistemi di continuità assistenziale. Ma quali sono i dati pertinenti e i processi di erogazione assistenziale più efficaci?

La sfida è appunto rappresentata dall'individuazione di percorsi per la gestione delle malattie, per la creazione di una piattaforma finalizzata all'introduzione e valutazione delle possibili innovazioni in campo tecnologico e medico, per l'informazione di tutte le parti coinvolte, dal paziente ai familiari, dagli operatori sociali al personale medico. La scelta del tipo di tecnologia e la sua implementazione devono trovare una loro precisa collocazione all'interno di un quadro ben definito. Il processo di technology assessment deve basarsi su scenari che siano fondati sull'esperienza e che soddisfino le norme per l'introduzione di nuovi step e di nuove tecnologie. In tale ottica, i progetti pilota su piccola scala non sono indicativi, occorre testare approcci che siano significativi sul piano statistico.

4. Conclusioni

La domotica al servizio degli anziani, dei pazienti cronici e dei disabili richiede un attento studio dei processi assistenziali integrati che identifichi le tecnologie più consone affinché il paziente raggiunga gli obiettivi di vita prefissi. Studiare processi che garantiscano la continuità delle cure, senza tralasciare l'aspetto sociale, nell'ambito dell'assistenza sanitaria sia pubblica sia coperta da polizze private è la sfida di domani. Il settore assicurativo è di fatto

un'industria di servizi, pertanto in questo campo l'innovazione è rappresentata dallo sviluppo e dall'erogazione di prodotti sempre nuovi e completi.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Agency for Healthcare Research and Quality (2006): "Costs and Benefits of Health Information Technology", Evidence Report/Technology Assessment N. 132.
- "Assistive Technology for Aging Population - Written Testimony of Eric Dishman to the U.S. Senate Special Committee on Aging", 2004.
- Barlow, J. *et al.* (2007): "A Systematic Review of the Benefits of Home Telecare for Frail Elderly People and those with Long-Term Conditions", *JTT*, 13, 172, 2007.
- Börsch-Supan, A. *et al.* (2005): *Health, Ageing and Retirement in Europe – First results from the survey of Health, Ageing and retirement in Europe*, Mannheims Research Institute for the Economics of Aging.
- European Commission (2006): "User Needs in ICT Research for Independent Living, with a Focus on Health Aspects", Institute for Prospective Technological Studies.
- Miller, E. A. and Mor, V (2006): "Out of the shadows — Envisioning a brighter future for Long Term Care in America", *A Brown University Report for the National Commission for Quality in Long Term Care*, Edited.
- Pare, G. *et al.* (2007): "Systematic Review of home Telemonitoring for Chronic Diseases: The Evidence Base", *JAMIA*, 14,3,269.
- Stachura, M.E. *et al.* (2007): "Telehomecare and Remote Monitoring: An Outcomes Review", Prepared by the Medical College of Georgia for The Advanced Medical Technology Association.
- Whitten, P.S. *et al.* (2002): "Systematic Review of Cost Effectiveness Studies of Telemedicine Interventions", *BMJ*, 2002;324;1434.

Tra compressione e declino della mortalità: la rivoluzione della longevità¹

di Jean-Marie Robine*

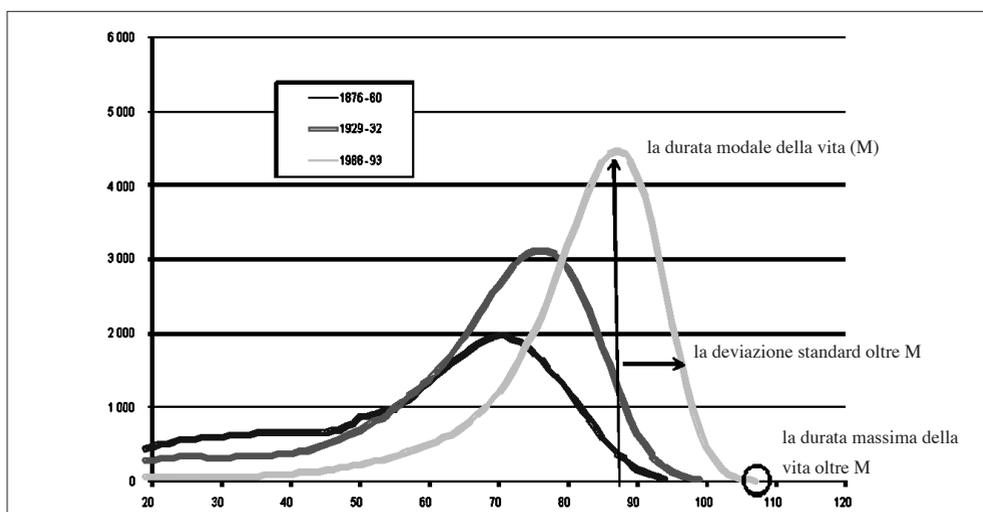
1. Introduzione

Il presente articolo si concentra sulla rivoluzione della longevità nell'ambito di un progetto più vasto, chiamato "M Project", che vede inoltre coinvolti Siu Lan Cheung in rappresentanza della Cina, Shiro Horiuchi in rappresentanza del Giappone, ma operante a New York, e Roger Thatcher dal Regno Unito.

Il grafico 1 illustra le profonde variazioni che nel tempo ha subito la distribuzione delle morti per età in Svizzera. I dati provengono dallo Human Mortality Database (<http://www.mortality.org/>), che rappresenta un'importante risorsa per la ricerca e comprende oltre 5000 tavole di sopravvivenza suddivise per periodo relative ad almeno 26 Paesi, a cominciare dalla Svezia nell'anno 1751.

Ci concentriamo su tre indicatori: (i) la durata modale della vita (M), che è il fattore più importante per il nostro studio, (ii) la deviazione standard oltre M, che rappresenta la dispersione della durata dell'esistenza dei singoli individui oltre e attorno a questo dato centrale e, naturalmente, (iii) la durata massima della vita.

Figura 1: Distribuzione della mortalità in Svizzera 1876-1880, 1929-1932, 1988-1993

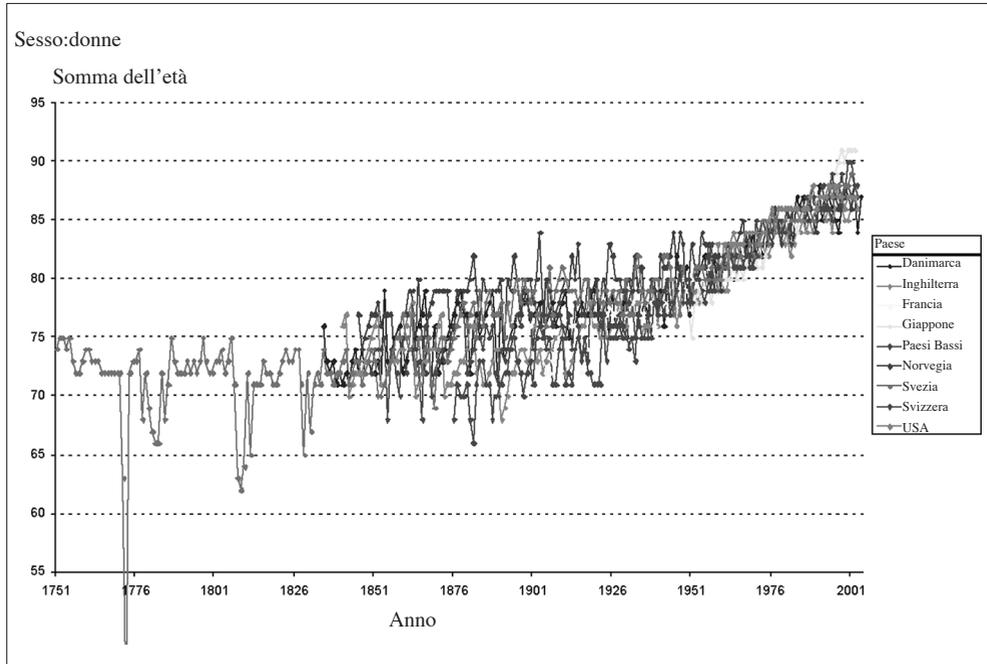


¹ L'autore ringrazia Christine Perrier e Isabelle Romieu per l'assistenza editoriale.

* INSERM, Sanità e demografia, CRLC, Università di Montpellier, Francia

Se si considera la variazione subita nel tempo dalla durata modale della vita, che indica la durata più frequente della vita degli adulti, l'aumento è evidente. Procediamo a una verifica in senso diacronico grazie alle tavole di sopravvivenza contenute nello Human Mortality Database (Figura 2) in relazione a nove casi comprendenti Paesi scandinavi e dell'Europa occidentale, gli USA e il Giappone.

Figura 2: Aumento della durata modale della vita (M) dal 1751: un gruppo di 9 Paesi



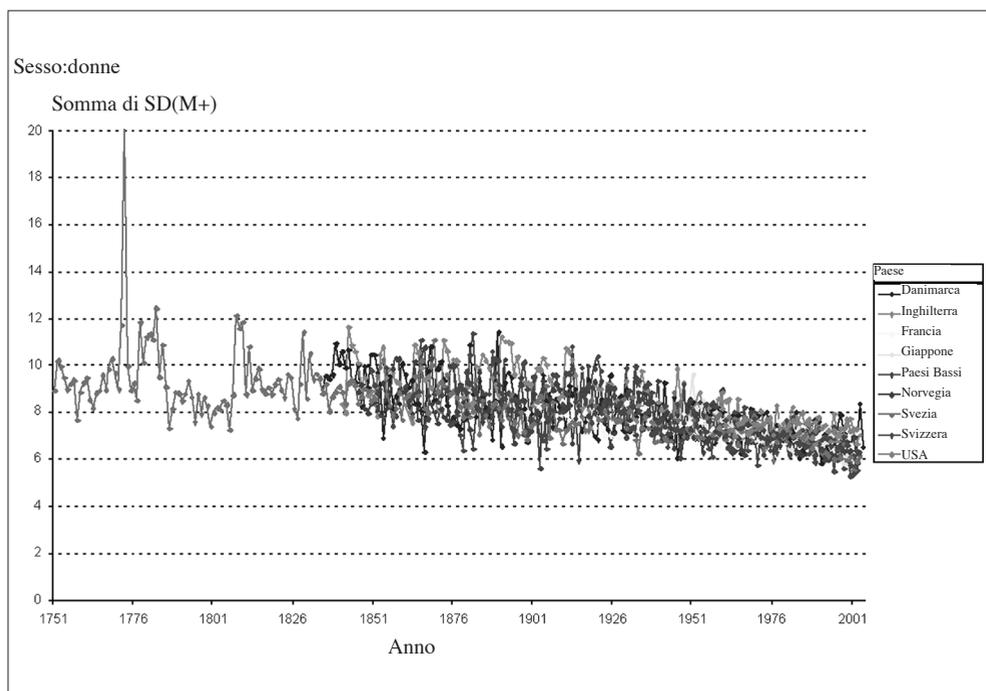
La figura evidenzia tre periodi: il primo va dal 1751 al 1851, quando la durata massima dell'esistenza variava tra i 70 e i 75 anni. La Svezia è l'unico paese che ha dati disponibili.

Il secondo periodo è quello della transizione demografica ed epidemiologica. Alcuni Paesi hanno iniziato questa transizione prima, come il Regno Unito e la Francia, altri 60 o 70 anni dopo. Ciò può creare una sorta di confusione, ma la transizione demografica ha avuto termine nel 1950 e la durata modale della vita si è approssimata agli 80 anni per tutti i Paesi.

Da allora si è potuto osservare un forte aumento della lunghezza modale della vita, con un incremento di più di due mesi all'anno. Ora la lunghezza modale della vita è oltre i 90 anni in alcuni paesi come il Giappone, ma anche la Francia e la Svizzera.

Il secondo indicatore è dato dalla deviazione standard oltre la durata modale della vita, la quale misura la dispersione o la compressione della mortalità attorno al valore centrale. Alla luce del Grafico 1, ci aspettiamo di vedere una diminuzione di questo dato nel tempo. Controlliamo l'andamento del passato grazie alle tavole di sopravvivenza comprese nello Human Mortality Database (Figura 3). In generale la situazione non differisce dalla moda: prima del 1950 non si registrano grandi cambiamenti, mentre dopo tale data, prescindendo da variazioni di piccola entità, è possibile osservare un netto declino.

Figura 3: Diminuzione della deviazione standard della mortalità oltre M ($SDM+$) dal 1751: un gruppo di 9 Paesi



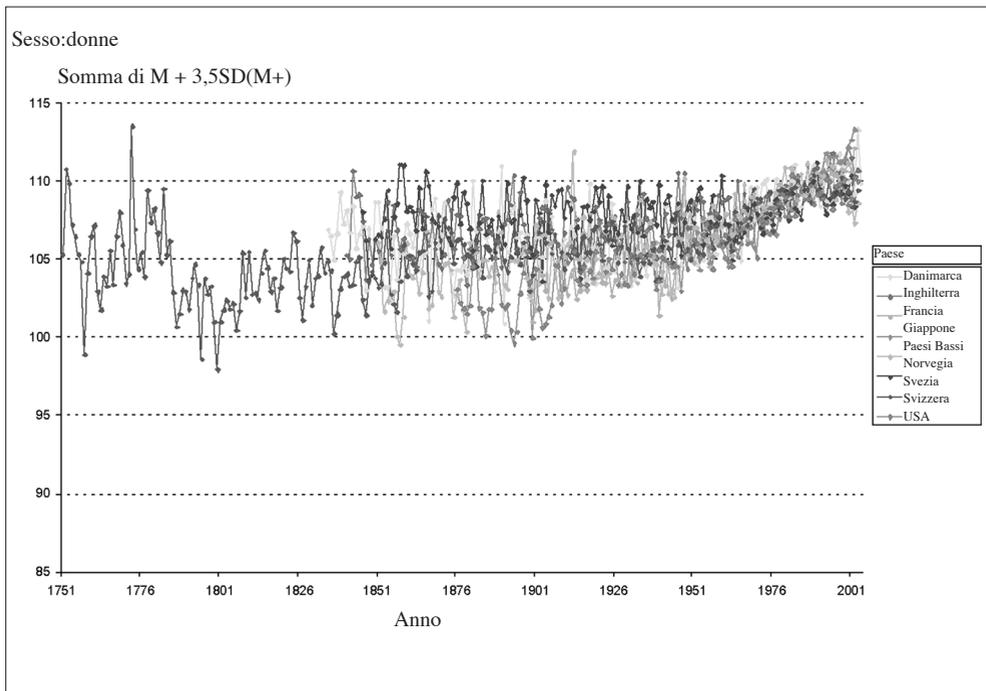
Risulta chiaro che negli ultimi 50 anni, nei nove Paesi più sviluppati che registrano la mortalità più bassa e la maggiore speranza di vita, si osserva una compressione della mortalità, con un contemporaneo aumento della durata modale della vita e una diminuzione della dispersione della durata della vita individuale attorno a questo valore centrale.

Il terzo indicatore è la durata massima della vita. Per definizione, si tratta di un unico dato relativo a ciascun anno e ciascun Paese, il che determina notevoli fluttuazioni.

Se torniamo a osservare la distribuzione in Svizzera (Figura 1), sembra emergere una distribuzione normale, in particolare dalla moda alla coda. È la teoria di Lexis, che possiamo verificare con la distribuzione $d(x)$ nello Human Mortality Database.

Se la distribuzione è normale, ci si può attendere che l'ultimo valore normale si collochi a circa 3,5 deviazioni standard dalla moda (Cheung and Robine, 2007). Sviluppiamo un indicatore per stimare il valore massimo dalla più frequente durata della vita e dalla deviazione standard attorno a tale valore centrale ($M + 3,5 * SDM$). Ci attendiamo che la durata massima della vita aumenti nel tempo (Figura 4).

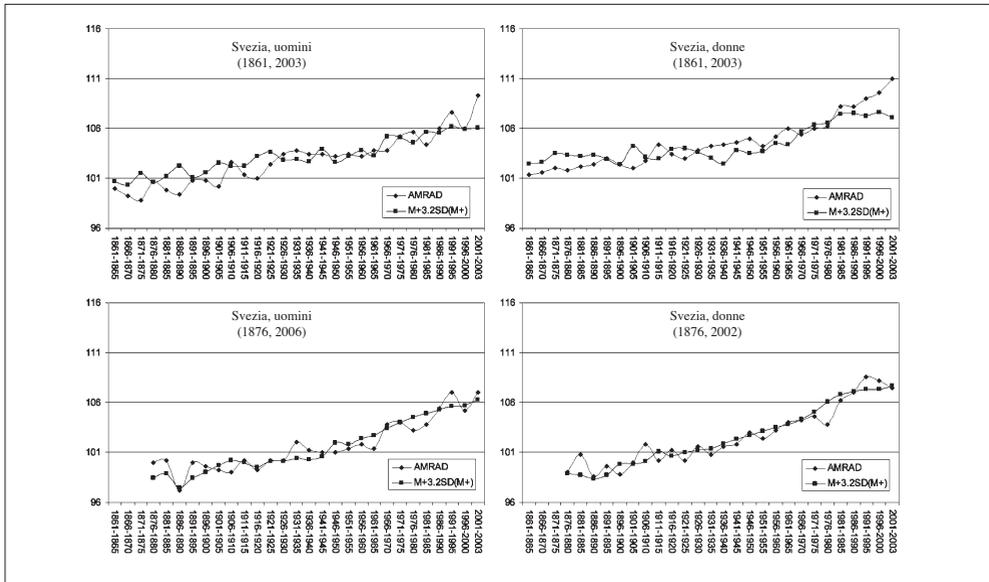
Figura 4: Aumento di $M + (3.5*SDM+)$ dal 1751: un gruppo di 9 Paesi



Lo Human Mortality Database riporta fluttuazioni intorno all'età di 105 anni dal 1750 al 1950: 105 anni è la durata massima della vita in base a una distribuzione normale. Dal 1950 a oggi si evidenzia un prolungamento enorme della durata massima della vita, che passa da 105 anni a valori prossimi ai 113 anni.

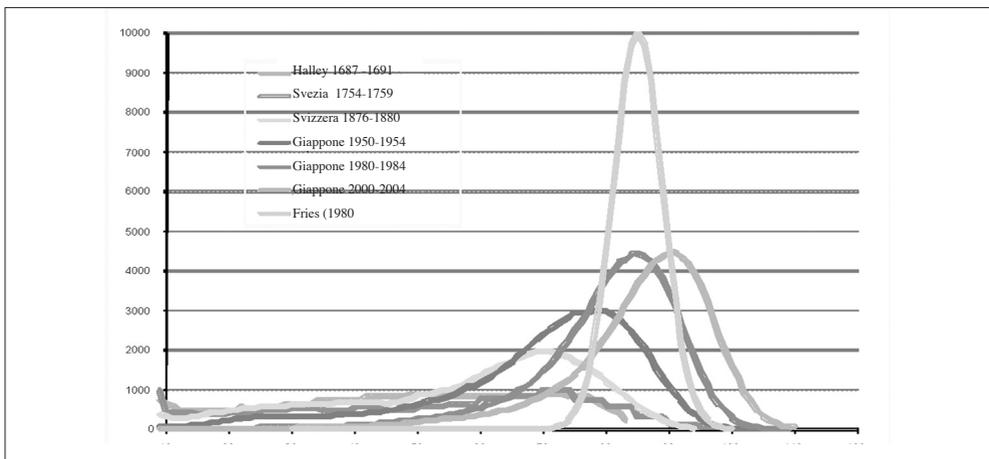
Alcuni Paesi, tra cui la Svizzera, dispongono di dati molto esaurienti, compresa l'età massima registrata alla morte. In questo modo possiamo paragonare i valori normali previsti ottenuti dallo Human Mortality Database e l'effettiva distribuzione dell'età massima registrata alla morte in Svizzera. Lo stesso è stato possibile per la Svezia utilizzando i dati pubblicati qualche anno fa da John Wilmoth e i suoi colleghi su Science (Wilmoth *et al.*, 2000). Le due serie corrispondono pienamente (Figura 5). La serie fatta registrare in un Paese da quelle persone eccezionali che anno dopo anno muoiono all'età più avanzata occupa esattamente il posto previsto in base a una distribuzione normale della durata della vita individuale. Quindi, tali eccezionali individui in realtà raggiungono un'età perfettamente normale.

Figura 5: Età massima registrata alla morte (MRAD) e $(M + k \cdot \text{SDM})$ in base al sesso, Svizzera e Svezia



In conclusione, presenterò i dati empirici sulla mortalità umana che abbiamo raccolto partendo da quelli raccolti da Halley (1693) dal momento in cui ha calcolato la prima tavola di sopravvivenza nel 1693 fino ai dati più recenti rilevati in Giappone. La prima distribuzione della durata della vita adulta risulta completamente orizzontale dai 40 ai 74 anni, con circa 1000 decessi all'anno, pari all'1% del totale delle morti a qualsiasi età. Naturalmente in questo caso è assolutamente impossibile riferirsi a un indicatore come l'età modale dei decessi (Figura 6).

Figura 6: Distribuzione della durata della vita degli adulti: dati empirici 1693-2004



La seconda serie (Svezia 1754-1756) registra già una moda molto ridotta intorno ai 70 anni d'età. Questa serie è stata raccolta da Wargentin, che poi ha inviato i dati per ciascuna classe d'età al demografo francese Deparcieux (1760). Wargentin ha pubblicato questa lunga serie relativa alla Svezia a partire dal 1751, ma i dati sono stati suddivisi per classe d'età, rendendo dunque impossibile una chiara distribuzione dei decessi secondo ciascuna età come nel grafico 5.

La terza serie è la prima tavola di sopravvivenza svizzera completa (1876-1880). La distribuzione è assolutamente identica a quella svedese circa 25 anni dopo: le mode indicano esattamente la stessa età. Più persone muoiono in corrispondenza della moda: 2000 in Svizzera invece che 1000 in Svezia, semplicemente perché si è verificato un crollo della mortalità infantile e nel diciannovesimo secolo in Svizzera vi erano molte più persone che raggiungevano l'età adulta rispetto alla Svezia della metà del '700.

La distribuzione seguente riguarda le serie moderne relative al Giappone nel 1950-1951, circa 125 anni dopo. Ci troviamo in un periodo successivo alla transizione demografica e alla Seconda guerra mondiale, quando tutti i Paesi sviluppati, dall'Europa, all'America del nord, al Giappone, registrarono situazioni molto simili, con una moda che si avvicina agli 80 anni d'età.

Trent'anni dopo, nel 1980, James Fries espone la famosa tesi della rettangolarizzazione della curva della sopravvivenza e della compressione della mortalità (Fries, 1980), proponendo la distribuzione finale della durata della vita adulta incentrata su una durata modale della vita pari a 85 anni: circa il 10% della popolazione sarebbe morto a quest'età, mentre si ipotizza una distribuzione molto ridotta caratterizzata da una deviazione standard di circa 4 anni sopra e sotto la moda. Nessuno supera i 100 anni; il calcolo $(85 \text{ anni} + 3,4 \cdot 4 \text{ anni})$ si avvicina a 100 anni, quindi la distribuzione risulta perfettamente normale. Naturalmente, quando Fries pubblica il suo famoso contributo nel *New England Journal of Medicine* nel 1980, non poteva essere al corrente dei dati giapponesi, che invece oggi sono noti.

Nel 1980 il Giappone, con una moda di 85 anni per le donne, aveva già raggiunto il valore limite proposto da James Fries e nel periodo 1980-84 stava registrando la metà del numero di decessi proposti da Fries per la moda, inferiore al 5%. Occorre sottolineare che un numero notevolmente maggiore di persone superava la soglia dei 100 anni. Secondo la distribuzione di Fries quasi nessuno si posiziona oltre i 95 anni di età, mentre nella distribuzione giapponese molti continuano a vivere anche dopo tale limite, e molti muoiono.

Alla luce degli ultimi dati relativi alla distribuzione in Giappone (periodo 2000-2004), si sta verificando all'improvviso qualcosa di totalmente nuovo e inaspettato. Finora tutte le serie avevano seguito lo schema generale della compressione della mortalità: più si innalzava la durata modale della vita, maggiore era la concentrazione della distribuzione della durata della vita dei singoli individui. Gli ultimi rilevamenti indicano che l'intera distribuzione tende a riposizionarsi più a destra; il Giappone oggi registra un'età modale dei decessi circa 6 anni superiore rispetto ai valori di due decenni prima – oltre i 90 anni – ma l'intera distribuzione è caratterizzata esattamente dallo stesso schema e si registra esattamente il medesimo numero di persone che muore in corrispondenza dell'età modale dei decessi. Non ci troviamo più nella fase di compressione della mortalità rilevata in maniera quasi costante a partire dalla Seconda guerra mondiale, o almeno non nel caso del Giappone degli ultimi 10 o 20 anni. Il Giappone sta entrando in un nuovo scenario che, per seguire la proposta di Boongarts, possiamo definire di “declino della mortalità”, in cui la durata modale della vita continua ad aumentare in maniera molto regolare, mentre la deviazione standard, in calo costante tra il 1950 e il 1980, resta invariata.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Bongaarts, J. (2005): “Long-Range Trends in Adult Mortality: Models and Projection Methods”, *Demography*, 42(1):23-49.
- Cheung, S.L.K., Robine, J.M. (2007): “Increase in Common Longevity and the Compression of Mortality: The Case of Japan”, *Population Studies*, in press.
- Deparcieux (1760): “Addition à l’essai”, in: *Essai sur les probabilités de la durée de la vie humaine (1746) et Addition à l’essai (1760)*. Paris, Institut National d’Etudes Démographiques, 2003.
- Fries, J.F. (1980): “Aging, Natural Death, and the Compression of Morbidity”, *The New England Journal of Medicine*, 303(3): 130-135.
- Halley, E. (1693): “An Estimate of the Degrees of Mortality of Mankind, Drawn from Curious Tables of the Births and Funerals at the City of Breslaw”, *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*, 1693 Vol. XVII, No. 196, pp. 576-610.
- Robine, J.M., Cheung, S.L.K., Thatcher, R. and Horiuchi, S. (2006): “What Can be Learnt by Studying the Adult Modal Age at Death?” *PAA Paper*, Population Association of America Annual Meeting, March 30-April 1.
- Wilmoth, J.R., Deegan, L.J., Lundström, H. and Horiuchi, S. (2000): “Increase of Maximum Life-Span in Sweden, 1861-1999”, *Science*, 289:2367-8.

Salute e invecchiamento: la questione del Long Term Care

di Philippe Trainar*

1. Introduzione

L'invecchiamento è una tendenza strutturale che riguarda l'economia globale. Benché talvolta si pensi che sia limitato ai Paesi industrializzati, in realtà si tratta di un fenomeno planetario e, in termini assoluti, colpisce molto di più i Paesi emergenti che i Paesi cosiddetti industrializzati. Oltre a essere una sfida, soprattutto per le finanze pubbliche, nello stesso tempo rappresenta anche un'enorme opportunità: per noi, cittadini del mondo, diventa sempre più probabile beneficiare di una vita più lunga e in condizioni di salute migliori. Naturalmente esistono elementi di incertezza legati all'obesità e al rischio di epidemie, per esempio quella dell'HIV, ma si tratta più di uno stimolo all'innovazione che un'inversione di tendenza. E' in questo contesto che il Long Term Care sta emergendo, in quanto sfida dell'Ageing Society, soprattutto nelle economie industrializzate, caratterizzate da una progressiva diminuzione della solidarietà sociale, sostituita dal modello della famiglia nucleare. Tuttavia questa sfida potrà essere affrontata probabilmente dai progressi della medicina e sicuramente con i piani pensionistici, perché il Long Term Care Risk in realtà è assicurabile e coloro che propongono lo sviluppo di nuove forme previdenziali apposite si sbagliano profondamente. In questo settore il mercato non ne esce sconfitto: la concorrenza esistente tra i contratti LTC delle compagnie di assicurazione francesi e americane dimostrano tutta la capacità di innovazione e l'apertura del mercato stesso. Dopo 25 anni di intensa esperienza sul mercato, oggi siamo in grado di progettare prodotti più funzionali per il futuro.

2. Le componenti dell'invecchiamento

L'invecchiamento è un fenomeno complesso di portata globale¹, che è comparso con la Rivoluzione Industriale, ma ha assunto proporzioni significative solo nel secondo dopoguerra. La sua complessità deriva dalla combinazione di tre diverse tendenze.

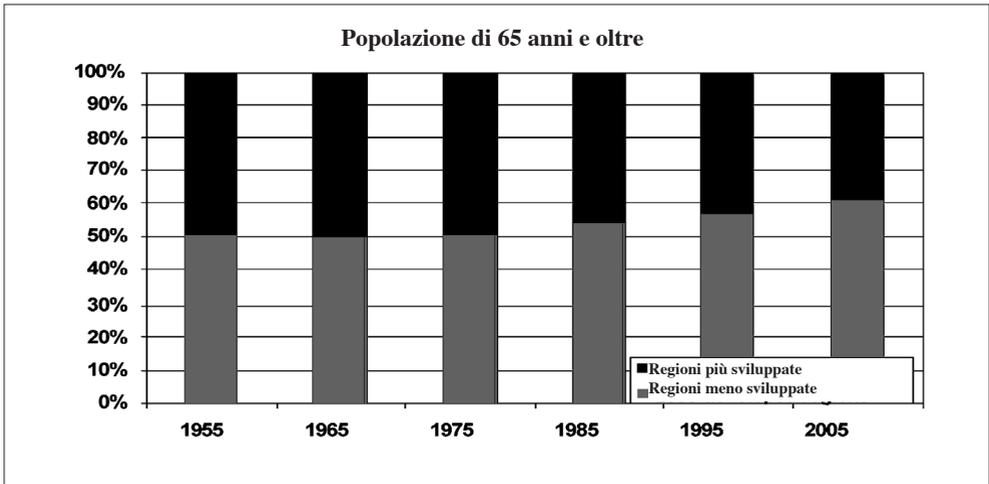
Per molto tempo l'invecchiamento ha riguardato tutte le età tranne quelle estremamente avanzate, che ne sono state toccate solo negli ultimi trent'anni. È dalla Seconda guerra Mondiale che tutti i Paesi si sono trovati a convergere sull'invecchiamento. Quel che è notevole è che la tendenza non è rimasta confinata ai Paesi industrializzati e si è estesa a quelli meno sviluppati. Se le persone che hanno 65 anni o più rappresentano solo il 5,5% della popolazione dei Paesi in via di sviluppo, paragonati al 15% dei Paesi OCSE, attualmente rappresentano pur sempre il 65% della popolazione mondiale nella stessa classe d'età (cfr. vedi Figura)².

* Chief Economist Officer, Gruppo SCOR.

¹ Cfr. Jean-Marie Robine (2007) in questo numero.

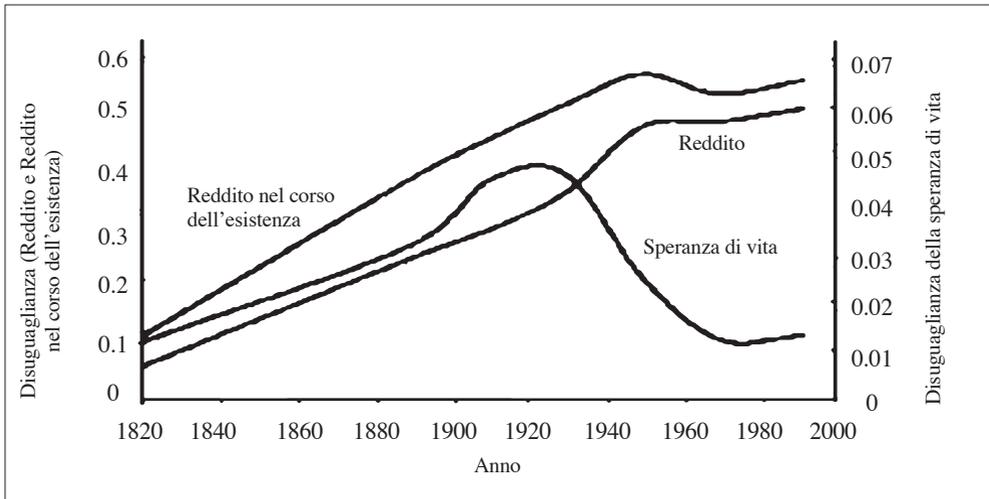
² Cfr. United Nations (2006) : *World Population Prospects: 2006 Revision*.

Figura 1



Naturalmente, la longevità ha contribuito molto al miglioramento dei sistemi di Welfare in tutto il mondo e, in media, nei Paesi più poveri questa tendenza è risultata più marcata³. Inoltre, se i benefici della longevità vengono valutati in termini di incremento del reddito nel corso dell'esistenza, i dati dimostrano che a partire dalla Seconda guerra mondiale i cambiamenti demografici hanno contribuito a ridurre la disparità tra i Welfare dei diversi paesi (cfr. vedi Figura, tratto da Bourguignon et alii)⁴. Tuttavia è necessario sottolineare che i Paesi più poveri in assoluto, per lo più in Africa, in gran parte non hanno beneficiato di tali miglioramenti.

Figura 2



³ Cfr. G. Becker, T.J. Philipson e R.R. Soares (2005): "The Quantity and Quality of Life and the Evolution of World Inequality", *American Economic Review*, March.

⁴ Cfr. G. Becker et alii (2005) e F. Bourguignon and C. Morrisson (2002) : "Inequality Among World Citizens: 1820-1992", *American Economic Review*, September.

In quale direzione ci stiamo muovendo? L'ottimismo relativo all'allungamento della vita è largamente condiviso, talvolta quasi esagerato. È naturale che la persistenza di tale trend nel futuro è fonte di ottimismo, il cui esempio più evidente è forse dato dalle previsioni del Comitato di politica economica della Commissione dell'Unione Europea⁵. La ragione di un simile atteggiamento va probabilmente cercata nel fatto che i governi sono preoccupati del futuro della spesa pensionistica e non vogliono assolutamente sottovalutare le loro restrizioni finanziarie. Più realisticamente, l'OCSE prevede un notevole rallentamento dell'invecchiamento nei Paesi industrializzati attorno al 2050 (cfr. vedi tabella)⁶, pur restando la possibilità che nuovi fattori, come l'obesità o un cambiamento nei comportamenti sociali (cfr. l'ex Unione Sovietica), possano invertire l'attuale tendenza all'allungamento della vita.

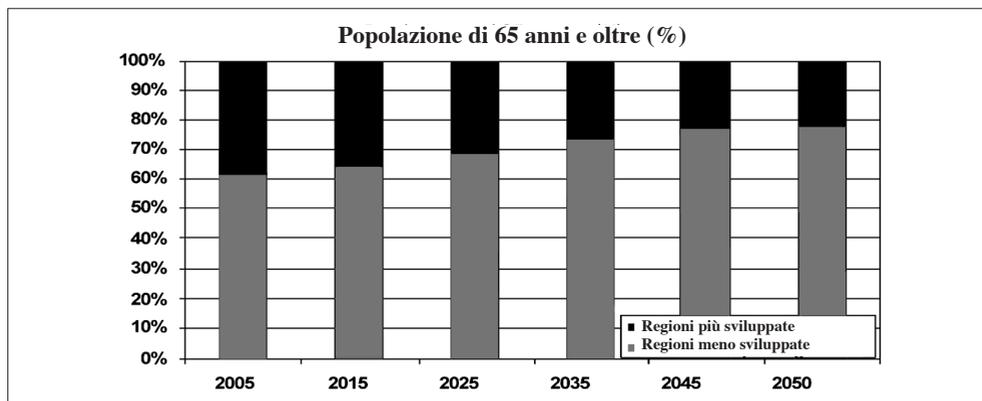
Tabella 1: Paragone tra l'aumento della speranza di vita alla nascita: passato e futuro

Anni per decennio	(A) aumenti medi 1960-2000	(B) aumenti previsti 2000-2050	Differenza (B)-(A)
Media UE15	2.0	1.2	-0.8
Media OCSE	2.2	1.2	-0.9
Canada	2.0	0.9	-1.1
Francia	2.2	1.8	-0.4
Germania	2.0	1.2	-0.8
Italia	2.4	1.8	-0.6
Messico	4.1	1.2	-2.9
Regno Unito	1.8	1.6	-0.2
Stati Uniti	1.7	1.4	-0.3

Fonte: OECD/DELSA - Population Database, OECD Health Data and Eurostat EUROPOP 2004.

Le stime relative ai Paesi meno sviluppati sono più allarmanti dato che tra il 2005 e il 2050 indicano un aumento della popolazione di 65 anni e oltre più che il doppio rispetto ai Paesi sviluppati. Di conseguenza nel 2050 questa classe d'età rappresenterà il 15% della popolazione totale, a fronte di una quota del 26% nei Paesi OCSE, ovvero l'80% della popolazione che ha già compiuto i 65 anni a livello mondiale (cfr. vedi grafico)⁷. Un simile aumento produrrà l'esplosione del fenomeno dell'invecchiamento a livello globale, sebbene sia opportuno ricordare che anche nei Paesi in via di sviluppo le tendenze attuali possono invertirsi a causa di nuovi fattori come l'HIV o il mutamento dei comportamenti sociali.

Figura 3



⁵ Cf. European Commission (2006): *The Impact of Ageing on Public Expenditures (2004-2050)*, Economic Policy Committee.

⁶ Cf. Antolin, P. (2007): "Longevity Risk and Private Pensions", *Working Paper*, No. 3.

⁷ Cf. United Nations (2006).

3. Salute e invecchiamento

Le condizioni di salute peggiorano con l'età per due motivi principali: in primo luogo perché è un fenomeno naturale: gli anziani sono meno sani dei giovani. In secondo luogo esiste un effetto di coorte: gli anziani hanno mantenuto comportamenti più rischiosi e hanno meno beneficiato di cure quando erano giovani; di conseguenza nel corso della vita hanno accumulato un maggiore squilibrio sanitario di quanto non faranno i giovani di oggi. Questa è una situazione oggettiva. Inoltre, come è stato dimostrato da studi empirici, comportamenti più sani, per esempio fumare meno o controllare la pressione del sangue, hanno contribuito notevolmente all'innalzamento della speranza di vita (cfr. tabella, che illustra la situazione negli Stati Uniti)⁸.

Tabella 2

Fattori comportamentali	Evoluzione degli ultimi 30 anni negli USA	Aumento della speranza di vita
Istruzione	-	+ 0,2 anni
Fumo	- 40%	+ 0,8 anni
Consumo di alcol	- 40%	+ 0,1 anni
Pressione del Sangue	- 66%	+ 0,6 anni
Colesterolo	- 33%	+ 0,2 anni
Obesità	+ 40%	- 0,3 anni
TOTALE	-	+ 1,4 anni

Inoltre, l'essere in buona salute non dipende solo da dati oggettivi, ma anche da percezioni soggettive: sono in forma quando mi sento in forma e di recente alcuni studi empirici hanno sottolineato il fatto che, in ultima analisi, una percezione soggettiva negativa può indurre alla fine a un aumento delle spese mediche, come pure un oggettivo peggioramento delle condizioni di salute. Le interazioni tra lo stato di salute oggettivo e le percezioni soggettive sono complesse e difficili da distinguere a livello pratico. A prescindere dalle possibili maggiori difficoltà che potrebbero incontrare le coorti più giovani per quanto riguarda la salute, sono molti i fattori che influenzano alcuni comportamenti individuali particolari assunti in certi periodi e che poi determinano il peggioramento delle condizioni di salute:

- il prepensionamento, i cui effetti sono poco conosciuti ma significativi: dati empirici indicano che smettere completamente di lavorare determina un aumento del 23-29% delle difficoltà associate alla mobilità e alle attività della vita quotidiana, un aumento dell'8% nel caso di malattie e dell'11% per un deterioramento delle facoltà mentali⁹;
- l'aumento di malattie psichiche, come la depressione, che è ben nota e riconosciuta, anche se gli effetti sulla salute degli anziani sono ancora poco chiari;
- l'epidemia di HIV nei Paesi meno sviluppati, soprattutto in Africa;
- l'aumento del numero degli obesi, che non è un fenomeno limitato alle classi sociali meno abbienti e istruite, bensì comune a tutti i gruppi demografici ed economici¹⁰, e che è in grado di alterare in maniera significativa le attuali tendenze demografiche (cfr. la tabella sotto, che illustra la situazione negli Stati Uniti)¹¹.

⁸ Cf. Cutler, D.M., Glaeser, E.L. and Rosen, A.B. (2007): "Is the US Population Behaving Healthier?", *NBER Working Paper*, No. 13013.

⁹ Dave, D., Rashad, I. and Spasojevic, J. (2006): "The Effects of Retirement on Physical and Mental Health", *NBER Working Paper*, No. 12123.

¹⁰ Lakdawalla, D.N., Bhattacharya, J. and Goldman, D.P. (2004): "Are the Young Becoming More Disabled? Rates of Disability Appear to Be on the Rise Among People Ages Eighteen to Fifty-Nine, Fuelled by a Growing Obesity Epidemic", *Health Affairs*, Vol. 23, No. 1, January/February.

¹¹ Cf. Cutler et alii (2007).

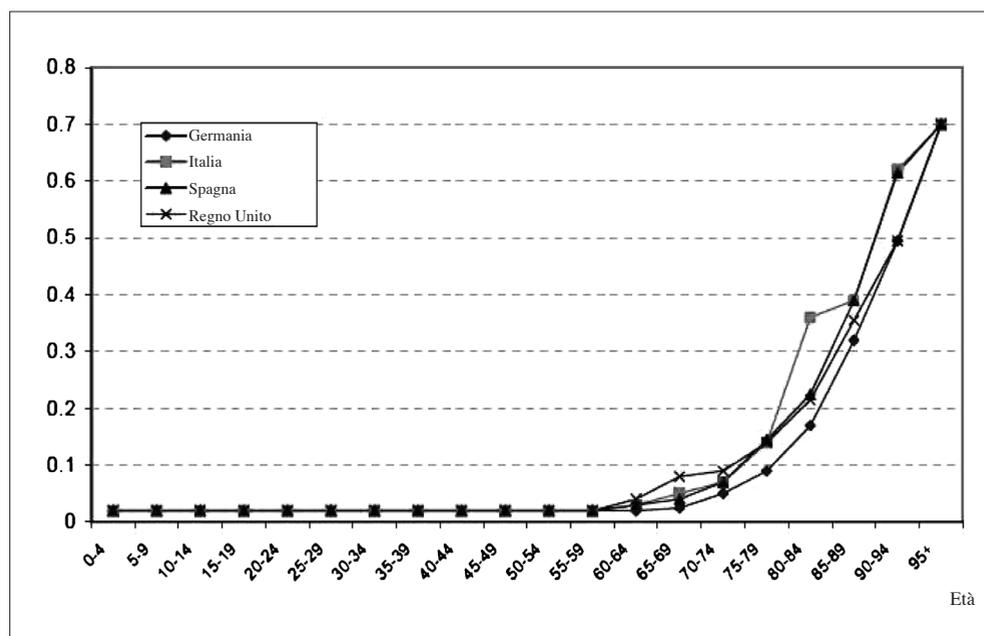
Fattori legati al comportamento	Incremento della speranza di vita (sul totale della popolazione)	Incremento della speranza di vita (popolazione over 55)
Educazione	± 0,0 anno	+ 0,5 anno
Fumo	+ 0,7 anno	+ 1,0 anno
Consumo di alcool	- 0,1 anno	- 0,2 anno
Obesità	- 1,1 anno	- 1,3 anno
Cure mediche migliori	± 0,0 anno	- 0,1 anno
TOTALE	- 0,4 anno	± 0,0 anno

4. Long Term Care e invecchiamento

Uno stretto rapporto lega l'invecchiamento e le cattive condizioni di salute. Ma la cattiva salute degli anziani è strettamente correlata alla perdita di autonomia, che a sua volta presenta due caratteristiche principali:

- è legata all'avanzare dell'età, come dimostrato dal grafico OCSE riportato sotto che illustra la prevalenza della dipendenza in base alle classi di età in quattro grandi Paesi europei:

Figura 4



- la cattiva salute degli anziani trova le sue cause scatenanti in malattie del tutto normali o incidenti, come sottolineato dalla tabella SCOR-INSERM riportata sotto, mentre il trend futuro dipende fortemente dalla natura e dai progressi in campo medico:

Tabella 4

Fattori scatenanti	% dei casi
Demenza	15 - 50%
Cancro	15 - 30%
Malattie cardiovascolari	15 - 30%
Altri disturbi neuropsichiatrici	10 - 20%
Incidenti	5 - 10%
Reumatologia	2 - 10%
Malattie oftalmiche	1 - 3%

Nella maggior parte dei casi, in virtù di questa correlazione, nel caso degli anziani spesso si confonde il concetto di perdita dell'autonomia e quello delle cattive condizioni di salute. In realtà la perdita di autonomia va nettamente distinta da malattia, invalidità e handicap, anche se non si tratta di concetti del tutto indipendenti:

- la malattia denota una situazione temporanea di cattiva salute (per es. febbre, ecc.) e la necessità di una terapia (per es. medicazioni, interventi chirurgici, ecc.);
- l'invalidità denota una ridotta capacità di condurre attività normali a seguito di un incidente o malattia e non sempre implica il bisogno di assistenza;
- l'handicap denota una limitazione fisica o psicologica nella conduzione di attività normali e può comportare la necessità di assistenza;
- il Long Term Care denota l'incapacità di eseguire alcune delle attività più semplici della vita quotidiana a causa dell'età avanzata e il bisogno di assistenza al fine di condurre tali attività.

È difficile valutare la perdita di autonomia conseguente all'incapacità di eseguire alcune delle più semplici attività della vita quotidiana; in casi simili, per limitare la valutazione della componente soggettiva sono stati stabiliti dei criteri oggettivi. Tre sono le principali griglie di valutazione usate oggi (cfr. la tabella sotto), due delle quali si basano sull'elenco stilato da Katz e relativo alle principali attività di base compiute quotidianamente, per cui la perdita di autonomia viene definita come l'incapacità di eseguire due, tre o quattro di queste attività. Così, le assicurazioni francesi definiscono la perdita di autonomia come l'incapacità di eseguire senza l'aiuto di terzi due delle quattro attività della vita quotidiana individuate nell'indice di Katz, mentre le assicurazioni americane fanno riferimento a quattro su sei attività individuate. Le istituzioni pubbliche francesi adottano un approccio diverso, poiché la perdita di autonomia è definita da una delle cinque specifiche attività, dove le diverse situazioni sono valutate in relazione al livello di perdita dell'autonomia e dove l'incapacità di eseguire attività della vita quotidiana corrisponde ai primi due stadi della perdita di autonomia (il bisogno occasionale di aiuto nel lavarsi e nei lavori domestici non viene considerato una situazione di perdita di autonomia).

Infine, l'LTC implica aspetti individuali, sociali e pubblici; più precisamente, è il risultato di quattro fattori casuali: durata della vita, durata della vita senza perdere la propria autonomia, durata della vita dopo aver perduto la propria autonomia, disponibilità di assistenza immediata (coniuge ancora in vita, figli e vicini di casa)¹². In qualche modo, il secondo e il quarto fattore non sono variabili casuali del tutto oggettive. Come abbiamo visto, il margine di soggettività relativo al secondo fattore è stato ridotto grazie all'introduzione di griglie di valutazione, mentre il quarto fattore presenta maggiori difficoltà perché riguarda maggiormente la buona volontà delle parti interessate e la qualità delle loro relazioni.

¹² Cf. Lakdawalla, D.N. and Philipson, T. (2002): "The Rise in Old-Age Longevity and the Market for Long-Term Care", *American Economic Review*, Vol. 92, No. 1.

Tabella 5

Scala di Katz (adottata in tutto il mondo)		La Scala AGGIR, il sistema nazionale francese su cui si basano gli assegni per il LTC (adottata dalle istituzioni pubbliche e da alcune assicurazioni francesi)
Attività della vita quotidiana (utilizzate dalle assicurazioni francesi)	Attività della vita quotidiana (utilizzate dalle assicurazioni americane)	
Lavarsi	Lavarsi	Costrizione a letto o su una sedia a rotelle + facoltà mentali gravemente compromesse
Vestirsi	Vestirsi	Costrizione o facoltà mentali gravemente compromesse
Spostarsi	Spostarsi	Più volte al giorno, aiuto per attività della vita quotidiana
Mangiare	Uso della toilet	Perdita di autonomia per più di un'attività della vita quotidiana
	Mangiare	Aiuto occasionale per lavarsi e nei lavori domestici
	Continenza	

5. Il Long Term Care Risk

L'assicurabilità di un rischio dipende dalla natura del rischio, ma soprattutto dalla capacità dell'assicuratore di valutarlo correttamente. Da una simile prospettiva, l'LTC comporta tre rischi principali.

Innanzitutto, c'è il rischio di un'escalation dei costi. Secondo alcuni esperti, l'allungamento della vita va di pari passo con il prolungamento del periodo caratterizzato dall'invalidità, cioè da una situazione di perdita parziale o totale dell'autonomia. Il *Long Term Care* è un rischio emergente, i cui costi totali aumenteranno più velocemente della ricchezza nazionale. Tuttavia gli studi empirici attualmente disponibili non confermano un simile pericolo:

- uno studio basato sulla comparazione tra diverse fonti di dati statistici, condotto dagli istituti di ricerca INED e INSERM, dimostra infatti che gli sviluppi temuti non si sono verificati e che in realtà non si registra alcuna pandemia di invalidità particolarmente grave; in pratica, nel corso degli ultimi 20/25 anni, abbiamo assistito a un innalzamento costante della speranza di vita senza che vi fosse una perdita di autonomia; tale sviluppo si è dimostrato più evidente nel caso della speranza di vita senza perdita di autonomia funzionale, e in misura maggiore negli uomini che nelle donne e nei meno anziani che nei più anziani¹³;
- inoltre, se le tendenze attuali non si modificano, le previsioni relative all'assistenza per le persone dipendenti sottolineano la potenziale riduzione della domanda alla luce del maggiore incremento della longevità tra gli uomini rispetto alle donne, fenomeno che farà diminuire il numero di donne sole e aumentare quello delle donne dipendenti che beneficeranno dell'assistenza del coniuge¹⁴;
- gli stessi comportamenti si riscontrano anche a livello internazionale: ci sono molti Paesi in cui il numero dei disabili anziani cresce più rapidamente (vedi il Belgio, il Giappone e la Svezia) rispetto a Paesi in cui cresce meno velocemente (vedi l'Italia, la Francia e gli USA)¹⁵.

¹³ Cf. Cambois, E., Clavel, A. and Robine, J.M. (2006): "L'espérance de vie sans incapacité continue d'augmenter", *Solidarité et Santé*, No. 2.

¹⁴ For the case of France, cf. Duée, M. and Rebillard, C. (2004): "La dépendance des personnes âgées : une projection à long terme", *INSEE Working Paper*, No. G2004/02.

¹⁵ Cf. Lafortune, G. and Balestat, G. (2007): "Trends in Severe Disability Among Elderly People", OCDE, document de travail sur la santé No. 26, et Jacobzone, S. (2000): "Santé et vieillissement: les perspectives de prise en charge de la dépendance", *ISUMA*, Vol. 1, No. 2.

Il secondo grande rischio legato al LTC è rappresentato dall'antiselezione. In effetti, c'è il rischio reale che le uniche persone a stipulare un'assicurazione in questo campo siano quelle che sanno di avere forti probabilità di perdere la propria autonomia. Quello dell'antiselezione non è un pericolo astratto: si è visto che chi stipula un'assicurazione LTC ha più probabilità di diventare invalido di chi non lo fa¹⁶, e chi rescinde la polizza ha una probabilità minore rispetto a chi non lo fa¹⁷.

Il terzo grande rischio del LTC è quello morale (*moral hazard*). Il fatto che l'LTC venga percepito come un rischio è un fenomeno molto recente, che non deriva tanto dall'aumento della ricchezza nella società, quanto dall'esodo dalle campagne e dalla volontà di genitori e figli di mantenere la propria autonomia, cosicché i genitori anziani hanno sempre meno probabilità di vivere sotto lo stesso tetto dei figli. Questo trend sta certamente finendo, ma mette in luce l'idea che la perdita di autonomia sia determinata dalla percezione sociale e individuale che noi abbiamo di tale perdita. Questa percezione non ha nessuna ragione di stabilizzarsi nei prossimi anni. Ciò è ancor più vero se si considera che i criteri per definire la perdita di autonomia sono relativamente vaghi e suscettibili a interpretazioni diverse a seconda dell'ambiente sociale: in futuro potremmo pensare che eventuali difficoltà a lavarsi nella vasca da bagno possa rappresentare una perdita di autonomia per questa attività, ecc. Il grande aumento degli assegni di invalidità, che nei Paesi sviluppati continua a registrare tassi a due cifre, offre un buon esempio di che cosa potrebbe succedere in futuro per l'LTC. Se questo rischio non si è ancora concretamente materializzato per l'LTC, è solo perché finora la posta in gioco era minima; una volta che l'LTC sarà diventato una sfida per la società e avrà leggi e regolamenti propri, il rischio di un successivo ampliamento dei contenuti delle polizze assicurative firmate anni prima, soprattutto a seguito delle decisioni dei Tribunali, diventerà una realtà tangibile e si svilupperà su tre livelli:

- il punto in cui si è considerati colpiti da perdita di autonomia,
- il grado di gravità della perdita di autonomia,
- il livello di assistenza considerato normale in relazione al grado di perdita di autonomia.

In casi dove le condizioni da valutare non sono di tipo fisiologico (per es. reumatismi gravi, handicap fisici, ecc.), lo sviluppo di criteri neuro-psichiatrici può eventualmente ridurre la portata del *moral hazard*, in quanto fisserebbe in maniera più efficiente la capacità di compiere alcune attività della vita quotidiana a dati oggettivi patologici.

6. Prodotti assicurativi calibrati sul rischio

La teoria economica ci insegna che, al fine di ridurre il rischio di antiselezione in assenza di informazioni complete, il mandante, che in questo caso è l'assicuratore, dovrebbe scegliere tra le seguenti alternative:

- ottenere informazioni personali sull'assicurato, in questo caso il titolare della polizza, per essere in grado di distinguere tra le diverse tipologie di sottoscrittori e differenziare i prezzi;
- incoraggiare l'assicurato stesso a fornire notizie credibili sul suo status di assicurato, in base al quale sarà possibile formulare un prezzo;
- stabilire un limite quantitativo ai rischi individuali al fine di contenere il rischio totale e applicare un prezzo unico che non scoraggi eccessivamente chi ha un profilo di rischio basso;
- offrire contratti non selettivi solo agli assicurati che accettano di stipulare la polizza

¹⁶ Cf. Finkelstein, A. and McGarry, K. (2003): "Private Information and its Effect on Market Equilibrium: Evidence from Long Term Care Insurance", document de travail du NBER No. 9957.

¹⁷ Cf. Finkelstein, A., McGarry, K. and Sufi, A. (2005): "Dynamic Inefficiencies in Insurance Markets: Evidence from Long Term Care Insurance", document de travail du NBER No. 11039.

quando il rischio di perdere l'autonomia è ancora indefinito (per esempio prima del pensionamento);

- fare una legge che renda obbligatoria l'assicurazione dell'LTC.

Come dimostrato dalle esperienze fatte in tutto il mondo, tutti cinque punti sono utilizzati, talvolta anche simultaneamente nello stesso Paese. Una pratica comune prevede il ricorso al questionario medico per definire i rischi tarati, a cui si applica un premio aggiuntivo in base alla prognosi a lungo periodo della condizione. Spesso sono previsti limiti di età per la stipula delle polizze, in genere stabiliti a 75 anni, come avviene in Francia. Sempre in Francia, vengono inoltre imposti periodi d'attesa di un anno nel caso di perdita dell'autonomia a seguito di una malattia e tre anni nel caso di malattie neuro-degenerative. Inoltre gli assicuratori stabiliscono dei limiti per i loro obblighi individuali; infine, si presta particolare attenzione all'obbligo di assicurazione, soprattutto in Europa: la Germania ha adottato un regime pubblico obbligatorio, mentre se ne sta discutendo in Francia.

Passando al rischio morale (*moral hazard*), probabilmente si tratta della sfida più grande per l'assicurazione LTC. Le soluzioni classiche proposte dalla teoria economica, cioè la ripartizione del rischio con l'assicurato, la presenza di controlli, una concorrenza basata sulla competizione, la sottoscrizione di contratti rinnovabili, nel caso dell'LTC non sono abbastanza adeguati (è il caso dei controlli) o sono difficili o addirittura impossibili da mettere in pratica (per es. i contratti rinnovabili). Tuttavia, l'ultima teoria economica sviluppata da Laffont-Tirole¹⁸ indica che la scelta ottimale per l'assicuratore consiste nella rinuncia ad essere assuntore di sinistri residuali, per proporre contratti a "premio annuo costante" che assegnino una rendita fissa all'assicurato, lasciando quest'ultimo libero di spenderlo nelle cure che riterrà necessarie a sua discrezione. Questo approccio si differenzia dai contratti "cost-plus" (a rimborso), che rimborsano tutte le spese documentate dall'assicurato, tuttavia si tratta di una soluzione non ottimale perché incentiva il rischio morale.

Le differenze tra i due tipi di contratti, quelli a "premio annuo costante" e quelli "cost-plus" (a rimborso), sono ben rappresentate dai modelli francesi e americani, le cui caratteristiche sono riportate in tabella. Sembra che il dinamismo e la redditività del sistema francese confermi la superiorità dei contratti "a premio annuo".

Tabella 6

Caratteristiche del prodotto	Prodotti francesi	Prodotti americani
Perdita di autonomia	Delle 4 attività della vita quotidiana, 2 non sono svolte autonomamente	Delle 6 attività della vita quotidiana, 2 non sono svolte autonomamente
Logica del prodotto	Invalidità + semplicità	Salute + apertura
Caratteristiche del prodotto	Rendita annua o versamento unico proporzionali al risparmio e alla perdita di autonomia + entità economica per dispositivi da installare per uso domestico, se necessari	Rimborso di tutte le spese per l'assistenza
Limiti del prodotto	Ammontare della rendita annua o versamento unico	Limite ai rimborsi giornalieri
Possibilità di scelta del cliente	Poche opzioni: ammontare della rendita annua o versamento unico	Molte opzioni: elenco dei servizi rimborsabili + entità del limite giornaliero
Imposizione fiscale	Nessun vantaggio fiscale	Vantaggi fiscali
Esperienza	20 anni / ~3 milioni di clienti	25 anni / ~6 milioni di clienti
Risultati	Crescita rapida + redditività	Declino + perdite

¹⁸ Cf. Laffont, J.-J. and Tirole, J. (1993): *A Theory of Incentives in Procurement and Regulation*, MIT Press.

Naturalmente le performance dei modelli francesi e americani sono correlati non solo al tipo di contratto (“premio annuo costante” o “a rimborso di spese”) ma anche alla struttura del contratto stesso (“semplice” o “aperto”). A questo proposito si potrebbe sostenere che il successo dell’esperienza francese vada attribuito alla semplicità dei prodotti forniti. In teoria, l’apertura garantita dai contratti americani, con la loro ampia scelta di opzioni, sembra più attraente perché maggiormente in grado di adattarsi alle necessità individuali degli assicurati. Tuttavia, dal punto di vista commerciale, la semplicità dei contratti francesi, con le loro opzioni limitate ma con prestazioni proporzionali ai premi e alla perdita di autonomia, sono più efficaci nel coprire i rischi e allo stesso tempo semplificano le scelte degli assicurati. L’obiettivo di questi prodotti è essere semplici e facilmente comprensibili da tutti i potenziali clienti, mentre i contratti che prevedono diverse possibilità di rimborso delle spese assistenziali sono di difficile comprensione, perché complesse sono le previsioni che devono fare i clienti che, per definizione, nel momento in cui fanno la loro scelta sono in buone condizioni di salute e sono totalmente autonomi. In effetti, come ha dimostrato l’esperienza tedesca, gran parte degli assicurati preferisce ricevere un importo annuo, piuttosto che un rimborso per le spese assistenziali, anche se il primo ammonta alla metà del limite previsto dai rimborsi dei costi assistenziali.

L’assicurazione LTC è un mercato potenzialmente in espansione, anche se il suo sviluppo non è sempre così generalizzato. È importante che in futuro i governi non coprano totalmente questo mercato con garanzie pubbliche, ma che anche le compagnie assicurative abbiano uno spazio d’azione sufficiente che permetta un approccio innovativo e lo sviluppo di prodotti specifici per questo tipo di servizio.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Antolin, P. (2007): “Longevity Risk and Private Pensions”, Working Paper, No. 3.
- Becker, G., Philipson, T.J. and Soares, R.R. (2005): “The Quantity and Quality of Life and the Evolution of World Inequality”, *American Economic Review*, March.
- Becker, G. and alii (2005) and Bourguignon, F. and Morrisson, C. (2002) : “Inequality Among World Citizens: 1820-1992”, *American Economic Review*, September.
- Cambois, E., Clavel, A. and Robine, J.M. (2006): “L’espérance de vie sans incapacité continue d’augmenter”, *Solidarité et Santé*, No. 2.
- Cutler, D.M., Glaeser, E.L. and Rosen, A.B. (2007): “Is the US Population Behaving Healthier?”, NBER Working Paper, No 13013.
- Cutler et alii (2007).
- Dave, D., Rashad, I. and Spasojevic, J. (2006): “The Effects of Retirement on Physical and Mental Health”, NBER Working Paper, No. 12123.
- Duée, M. and Rebillard, C. (2004) : “La dépendence des personnes âgées : une projection à long terme”, *INSEE Working Paper*, No. G2004/02.
- European Commission (2006): *The Impact of Ageing on Public Expenditures (2004-2050)*, Economic Policy Committee.
- Finkelstein, A. and McGarry, K. (2003): “Private Information and its Effect on Market Equilibrium: Evidence from Long Term Care Insurance”, document de travail du NBER No. 9957.
- Finkelstein, A., McGarry, K. and Sufi, A. (2005): “Dynamic Inefficiencies in Insurance Markets: Evidence from Long Term Care Insurance”, document de travail du NBER No. 11039.
- Laffont, J.-J. and Tirole, J. (1993): *A Theory of Incentives in Procurement and Regulation*, MIT Press.

- Lafortune, G. and Balestat, G. (2007): "Trends in Severe Disability Among Elderly People", OCDE, document de travail sur la santé No. 26, et Jacobzone, S. (2000): "Santé et vieillissement: les perspectives de prise en charge de la dépendance", ISUMA, Vol. 1, No. 2.
- Lakdawalla, D.N. and Philipson, T. (2002): "The Rise in Old-Age Longevity and the Market for Long-Term Care", *American Economic Review*, Vol. 92, No. 1.
- Lakdawalla, D.N., Bhattacharya, J. and Goldman, D.P. (2004): "Are the Young Becoming More Disabled? Rates of Disability Appear to Be on the Rise Among People Ages Eighteen to Fifty-Nine, Fuelled by a Growing Obesity Epidemic", *Health Affairs*, Vol. 23, No. 1, January/February.
- Robine, J.M. (2007): current issue.
- United Nations (2006): *World Population Prospects: 2006 Revision*.

Gli anziani sono adulti strani?

Il contributo della psicologia sociale allo studio dell'invecchiamento

di Antonella Deponte*

1. Introduzione

Due tendenze sono presenti nel pensiero collettivo sugli anziani: da un lato si nega la specificità dei fenomeni che accompagnano l'invecchiamento, immobilizzando lo sviluppo in un perpetuarsi di giovane adultità; dall'altro si tratta l'anziano come un essere completamente "altro", quasi nato anziano, spontaneamente e minacciosamente sorto dal nulla. Che abbiano origine nelle difese dell'io o nelle strategie cognitive, in modo diverso questi atteggiamenti hanno tenuto lontano anche la scienza da un'autentica comprensione dei processi di invecchiamento.

Forse le cose stanno cambiando, e al cambiamento contribuisce in parte quello che la psicologia ci ha fatto conoscere finora sul modo di percepire ed elaborare gli stimoli che provengono dalla realtà sociale.

2. La grande categoria vuota

È banale ma indubitabile affermare che l'interesse per le tematiche dell'invecchiamento, in psicologia come in altre scienze, ha tra le sue cause principali l'aumento dell'età media, le migliorate condizioni sociali, economiche e di salute delle popolazioni occidentali. Questi sono i fattori che hanno portato alla ribalta il gruppo sociale degli anziani, diventato talmente ampio da non poter più passare inosservato, né agli studiosi, né ai politici, né all'uomo della strada.

Contemporaneamente si è verificato un curioso fenomeno: si è allargata la categoria degli anziani, ma paradossalmente è una categoria vuota. Nessuno vi si inserisce spontaneamente, nessuno si definisce spontaneamente anziano (Bultena e Powers, 1979). Seguendo le ipotesi della *terror management theory* (Greenberg, Schieman e Martens, 2002), questo rifiuto potrebbe derivare dal tentativo di difendersi dall'idea di fine della vita che accompagna la vecchiaia. Il "terrore primordiale" associato alla morte viene affrontato negando la propria vecchiaia e allontanando i vecchi da sé, sia fisicamente attraverso diverse vie di segregazione, sia mentalmente attraverso l'ageism, il pregiudizio legato all'età.

La *terror management theory* postula non solo reazioni individuali alla minaccia indotta dal pensiero della mortalità, ma soprattutto visioni del mondo, costruzioni culturali collettive che hanno lo scopo di limitare l'impatto di questa minaccia sul funzionamento "normale" della società. C'è quindi un fattore "culturale" che condiziona pesantemente il vissuto che accompagna l'invecchiamento, ma nello stesso tempo proprio attraverso la cultura potrebbe essere possibile un intervento decisivo per la riduzione dell'ageism e per lo sviluppo di

* Università di Trieste, e-mail: deponete@psico.units.it.

un invecchiamento più sano. È questa anche la posizione di Baltes (1997), che parla della necessità di far crescere la cultura nella terza età, per due ordini di motivi. Da un lato, la cultura ha permesso, in quanto conoscenza accumulata, di aumentare notevolmente l'aspettativa di vita e può ora contribuire allo sviluppo della qualità di vita. Da una seconda prospettiva, la cultura, come possibilità di allargare la mente, di accedere alle conoscenze e di rendere più flessibile il pensiero aiuta ad invecchiare meglio, offre la possibilità di mantenere più a lungo la propria efficienza attraverso un buon livello di funzionamento e l'accrescimento delle possibilità di risposta e di soluzione dei problemi.

3. Gli anziani: uno, nessuno, centomila?

Abbiamo detto che le analisi demografiche indicano che il gruppo sociale degli anziani si è ampliato notevolmente nelle società industrializzate, ed è destinato a crescere ulteriormente.

Tuttavia, la categoria degli anziani è molto differenziata al suo interno, per caratteristiche sociali e bisogni, al punto che parlare genericamente di "anziano" è fuorviante e limitante. Le ricerche più recenti ribadiscono la necessità di separare terza e quarta età (Baltes e Smith, 2003), anziano "giovane" e anziano "anziano", perché se è vero che il passaggio dall'adulthood alla vecchiaia non è tanto una questione di età quanto di eventi, è pur vero che di per sé il passaggio degli anni rende più probabili alcune esperienze piuttosto che altre, fa emergere alcuni bisogni piuttosto che altri. Solo per fare alcuni esempi, il cosiddetto "anziano giovane" deve fronteggiare l'adattamento al ritiro del lavoro e alla modificazione del nucleo familiare; l'anziano-anziano si trova davanti al compito evolutivo del bilancio esistenziale, per usare i termini di Erikson (1959), con risorse che cominciano ad essere limitate tanto dal punto di vista cognitivo quanto dal punto di vista del supporto sociale; i "grandi vecchi" devono gestire perdite significative a livello di funzionamento cognitivo, fisico e sociale. Ma anche all'interno di ciascuna di queste sottocategorie, possiamo individuare numerosi stili di adattamento e di compensazione, per cui davvero non possiamo parlare di "anziano-tipo" ma di "tipi di anziani", tanti quanti sono le persone che invecchiano.

Già nel 1970 Thomae (riportato in Cesa-Bianchi, 2001) ci ricordava l'importanza di osservare l'interazione tra i diversi sistemi che operano nell'essere umano che invecchia. I tre postulati della sua teoria cognitiva affermano che:

1. Il cambiamento "vissuto" è più importante del cambiamento "oggettivo" ai fini della variazione comportamentale.
2. L'invecchiamento è influenzato da aspettative tanto del singolo quanto del gruppo e della società.
3. L'adattamento del singolo al processo di senescenza è funzione dell'equilibrio in atto fra i sistemi cognitivi e motivazionali che operano in lui.

Di nuovo, la vecchiaia è il risultato dell'azione di molteplici fattori di natura diversa, che determinano una decisa individualizzazione dell'invecchiamento. Studiare e rispondere in maniera adeguata alle sfide poste dall'invecchiamento della società significa quindi assumere una prospettiva complessa, lavorare all'integrazione tra le diverse specializzazioni della psicologia e al dialogo tra la psicologia e le altre discipline. È fondamentale un'approfondita conoscenza del funzionamento mentale dell'anziano, ma anche di ciò che può influenzarlo.

Finora infatti ignorare la molteplicità dei fattori che influenzano l'invecchiamento ha condotto a errori e ritardi tanto nella ricerca quanto nella pratica clinica: pensiamo all'applicazione acritica del metodo trasversale nei primi studi sulle abilità cognitive in età avanzata. In quel caso, inappropriati confronti tra prestazioni cognitive di adulti anziani e giovani hanno portato a conclusioni pessimistiche sulle abilità cognitive degli anziani,

nascondendo dietro fattori di coorte (ad es., una maggiore scolarità nel gruppo dei giovani) un sostanziale equilibrio tra giovani e anziani (Amoretti e Ratti, 2000). L'anziano sano infatti conserva a lungo abilità e modalità di funzionamento del tutto paragonabili a quelle di un adulto più giovane. È interessante notare che le prestazioni cognitive dell'anziano possono venire alterate da fattori altri che non il solo deterioramento cerebrale: (Levy 1996) ha sottolineato ad esempio il ruolo degli stereotipi, osservando che gli anziani in cui era stato attivato uno stereotipo negativo della vecchiaia riportavano punteggi sistematicamente più bassi in compiti di memoria, rispetto ad anziani in cui tali stereotipi non venivano attivati, o erano di tipo positivo.

Da un punto di vista solo apparentemente opposto, i modelli psicosociali della demenza, sottolineando l'influenza dei fattori relazionali sullo sviluppo del processo dementigeno in età avanzata, e allargando la prospettiva puramente medica dei modelli che finora si erano occupati di demenza senile (Morton, 1999), stabiliscono che tanto per l'anziano sano quanto per l'anziano affetto da demenza, esiste solo una parziale correlazione tra stato biologico e stato funzionale: tra i due ci sta il mare dei fattori che guidano l'invecchiamento e ne fanno un'esperienza unica, positiva o negativa, per ciascuno. Se neppure la demenza senile può essere spiegata completamente solo in termini di degenerazione cerebrale, tanto meno si può ormai affermare che le presunte modificazioni cerebrali che intervengono con il passare del tempo e che per anni sono state considerate indizi biologici di vecchiaia, siano determinanti: in alcuni casi non sono nemmeno presenti e, se ci sono, hanno un impatto limitato sul livello funzionale delle persone per il fenomeno della plasticità cerebrale (Cesa-Bianchi, 2001).

In tutti i casi fin qui esaminati, fattori culturali piuttosto che biologici spiegano i diversi fenomeni associati all'invecchiamento. Nella lista di questi fattori sta ai primi posti la rappresentazione che l'anziano stesso e gli altri si creano a proposito della vecchiaia. Curiosamente, la struttura delle rappresentazioni sulle persone anziane è stata studiata finora più che il contenuto, continuando a dare per scontata l'esistenza di stereotipi negativi di un certo tipo, legati a debolezza, passività, depressione. È importante invece condurre parallelamente alle indagini sulla struttura anche delle osservazioni sul contenuto degli stereotipi age-related, poiché la definizione stessa di "anziano" cambia al rapido mutare delle condizioni socio-economiche e culturali. Alcuni dati preliminari sembrano indicare una sopravvivenza di primitive caratteristiche negative nelle rappresentazioni sugli anziani, ma ne stanno emergendo due elementi importanti: la multidimensionalità e l'ambivalenza. Non abbiamo più "lo" stereotipo (ammesso che ce ne sia stato solo uno: già possiamo storicamente recuperarne almeno due, il vecchio saggio e potente da un lato, il vecchio decrepito dall'altro) ma "gli" stereotipi. Intorno agli anni '80 ad esempio, Schmidt e Boland (1986) osservano che sulla base del ruolo sociale rivestito dalla persona anziana vengono creati stereotipi diversi, per cui identificano il "cittadino anziano", il "nonno", l'"anziano uomo di Stato", ciascuno con caratteristiche proprie.

Inizialmente la scoperta di molte diverse immagini sui vecchi è stata salutata come il superamento di antichi pregiudizi e la valorizzazione della persona anziana all'interno della società, ma ad un'osservazione appena appena più attenta è diventato evidente che — per gli anziani come per altri soggetti sociali storicamente oggetto di pregiudizio — la moltiplicazione delle categorie non corrisponde ad un approccio più flessibile e positivo. Aumenta semplicemente le possibilità di segregazione intellettuale, è un'arma più sottile di "definizione costrittoria".

Se consideriamo il robusto intervento dei meccanismi ego-protettivi contro la minaccia indotta dalla vecchiaia, di cui abbiamo parlato sopra, la battaglia contro l'ageism appare una spinosa questione di cambiamento sociale e culturale.

4. La ricerca con gli anziani: questioni di metodo?

Rispetto ad altre aree della psicologia, la psicogerontologia è relativamente giovane: benché alcuni importanti lavori sull'invecchiamento risalgano alla metà del secolo scorso, è intorno al 1980 che esplose l'interesse per questo tema, e ancora più recenti sono i tentativi di dare struttura e organicità alle numerose osservazioni che si sono accumulate nel tempo. Inoltre, solo recentemente hanno cominciato a dare risultati gli ampi studi longitudinali iniziati 40 anni fa (Schaie, 1994; Baltes e Mayer, 1999).

Si può dire che lo studio dei vecchi in psicologia è una disciplina in divenire, con aree che cominciano ad avere una solida tradizione di ricerca e di verifica, e ampie aree ancora poco definite.

La scienza psicologica può dare un contributo rilevante alla comprensione dei nuovi fenomeni che accompagnano l'invecchiamento e alla ridefinizione stessa del concetto di vecchiaia. Non solo: strettamente legata alle formulazioni teoriche in psicogerontologia è la possibilità di applicazione delle stesse, richiesta a gran voce per contribuire alla gestione — se non alla soluzione — delle problematiche spesso connesse all'invecchiamento. Per molti degli argomenti che tratta la psicologia dell'anziano teoria e applicazione, ricerca e intervento sono binomi quasi inscindibili: pensiamo allo studio sugli effetti di trattamenti non farmacologici della demenza e della depressione, o alle teorie che riguardano le strategie di coping dei caregiver.

C'è un modo più sottile che gli anziani hanno ideato per costringerci a considerarli “olisticamente” persone, nella complessità dimensionale che caratterizza gli esseri umani ma che talvolta nella psicologia sperimentale sfuma: a differenza degli adulti giovani, non riusciamo a portare gli anziani in laboratorio, a trasformarli nei “soggetti sperimentali” a noi cari. Non solo un numero sempre maggiore di articoli scientifici, ma anche l'esperienza diretta di chi abbia cercato almeno una volta di fare ricerca o riabilitazione con gli anziani ci dicono che anche la più pura delle attività cognitive subisce l'influenza di fattori affettivi, motivazionali, relazionali (vedi ad esempio il già citato lavoro di Levy (1996) per l'impatto degli stereotipi auto-riferiti sulle prestazioni in compiti di memoria, ma pure i lavori di Bargh *et al.* (1996) sull'attivazione automatica degli stereotipi).

Il vecchio si fa studiare nel suo ambiente, legato al suo mondo, nell'*hic et nunc* della sua esperienza e nello stesso tempo nell'indissolubilità con la sua storia. Etica della sperimentazione ed efficacia giocano insieme nel rimandare costantemente il ricercatore — ma per lo psicologo e lo psicoterapeuta il discorso è analogo — ad una visione molteplice e complessa della persona anziana, ad un'attenta valutazione della multifattorialità dei fenomeni esaminati.

L'impossibilità di togliere l'anziano dal suo ambiente, se da un lato complica la ricerca o l'intervento, dall'altro lato però ha un aspetto fortemente positivo: costringe a collaborare Enti, Associazioni e Istituzioni che a vario titolo si occupano degli anziani, e ai quali gli anziani fanno riferimento. Costruire, mantenere e sviluppare il dialogo tra Università e territorio, strutture di ricerca e luoghi di cura: ecco uno degli esiti buoni a cui ci costringono gli anziani.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Amoretti, G. e Ratti, M.T. (2000): *Psicologia e terza età*, Ed. Carocci, Roma.

Baltes, P.B. and Mayer, K.U. (1999): *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100*, Cambridge University Press, New York.

Baltes, P.B. (1997): “On the Incomplete Architecture of Human Ontogeny”, *American Psychologist*, 52, 366-380.

- Baltes, P.B. and Smith, J. (2003): "New Frontiers in the Future of Aging: From Successful Aging of the Young Old to the Dilemmas of the Fourth Age", *Gerontology*, 49, 123-135.
- Bargh, J.A., Chen, M. and Burrows, L. (1996): "Automaticity of Social Behavior: Direct Effects of Trait Construct and Stereotype Activation on Action", *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 230-244.
- Bultena, G. and Powers, E. (1979): "Denial of aging: Age Identification and Reference Group orientation", *Journal of Gerontology*, 33, 748-754.
- Cesa-Bianchi, M. (2001): *Psicologia dell' invecchiamento*, Ed. Carocci, Roma.
- Erickson, E.H. (1959): "Identity and Life Circle: Psychological Issues", *International University Press*, New York.
- Greenberg, J. Schimel, J. and Mertens, A. (2002): "Ageism: Denying the Face of the Future", In *Nelson, T.D.: Ageism. Stereotyping and Prejudice Against Older Persons*, MIT Press.
- Levy, B.R. (1996): "Improving Memory in Old Age Through Implicit Self-Stereotyping", *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 1092-1107.
- Morton, I. (1999): *Person-centred Approaches to Dementia Care*, Speechmark, Bicester, Oxon.
- Schaie, K.W. (1994): "The Course of Adult Intellectual Development", *American Psychologist*, 49, 304-313.
- Schmidt, D.F., and Boland, S.M. (1986): "Structure of Perceptions of Older Adults: Evidence for Multiple Stereotypes", *Psychology and Aging*, 1, 255-260.
- Thomae, H. (1970): "Theory of Aging and Cognitive Theory of Personality", *Human Development*, 13, 1-16.

Allungamento della vita: scenari per uno svecchiamento della popolazione

di Cinzia Castagnaro* e Raimondo Cagiano de Azevedo**

Il processo di invecchiamento in Italia è relativamente recente: in un secolo la speranza di vita si è triplicata e si è ridotta di un terzo la fecondità. Tali eventi hanno inevitabilmente portato ad una trasformazione della struttura demografica della popolazione italiana con un capovolgimento della piramide per età rispetto al passato. Tale evoluzione è stata determinata da un controllo più consistente sulle nascite e sulle morti, che ha comportato un aumento della popolazione anziana - sia in valore assoluto sia in proporzione rispetto alla popolazione totale - rispetto alla popolazione cosiddetta 'attiva' (15-64 anni) e rispetto all'altra parte di popolazione 'non attiva', ovvero la popolazione giovane (0-14 anni).

Il dibattito sull'invecchiamento è di grande portata, in quanto lo squilibrio tra questi aggregati di popolazione sta portando ad un'alterazione degli equilibri tra generazioni, con un forte impatto sulla struttura economica e l'organizzazione sociale del Paese. Tale fenomeno investe, infatti, sia gli aspetti sociali che economici legati alla vita dell'individuo; da un punto di vista economico l'impatto sul risparmio, sui consumi e sugli investimenti e l'attuale dibattito sui regimi fiscali e pensionistici; da un punto di vista sociale, la questione dell'assistenza sanitaria, la composizione delle famiglie e le condizioni di vita.

Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione è di portata mondiale. Ma soprattutto, come affermato dall'Assemblea mondiale della popolazione delle Nazioni Unite (2002), è irreversibile; ed è proprio la presunta irreversibilità che porta a riflettere su un'altra caratteristica dell'invecchiamento a livello mondiale: la volontarietà (Cagiano de Azevedo, 2003). La riduzione della fecondità, come anche l'evidente allungamento della speranza di vita, sono il risultato, a livello macro, di una serie di scelte razionali operate a livello individuale. Queste scelte, che riguardano la maggior parte dei paesi occidentali, hanno portato ad una modifica nella percezione dei confini che separano le diverse fasi del ciclo di vita individuale; in questo scenario, la linea che separa l'adolescenza, dall'età adulta e poi a quella anziana diventa labile, in termini demografici, ma anche biologici, psicologici, economici.

L'Italia, nello scenario demografico attuale, caratterizzato dalla fecondità tra le più basse al mondo e dal più veloce aumento della sopravvivenza nelle età avanzate, assume una posizione "eccentrica" rispetto alla media europea (Istat, 2002).

Infatti, la fecondità italiana ha sempre avuto dei livelli più bassi rispetto alla media europea, sia nel periodo di massima espansione dal dopoguerra alla metà degli anni sessanta, definito *baby boom*, sia durante il periodo del declino durato trenta anni che ha portato al minimo storico nel 1995, sia nei giorni odierni, nonostante si sia assistito ad un lieve recupero della fecondità che, nel 2007, si è attestata a 1,34¹ figli in media per donna.

* Professore Ordinario di Demografia, Facoltà di Economia, Università di Roma La Sapienza.

** Istat - Direzione Centrale per le Indagini sulle Istituzioni Sociali, Servizio Popolazione, Istruzione e Cultura.

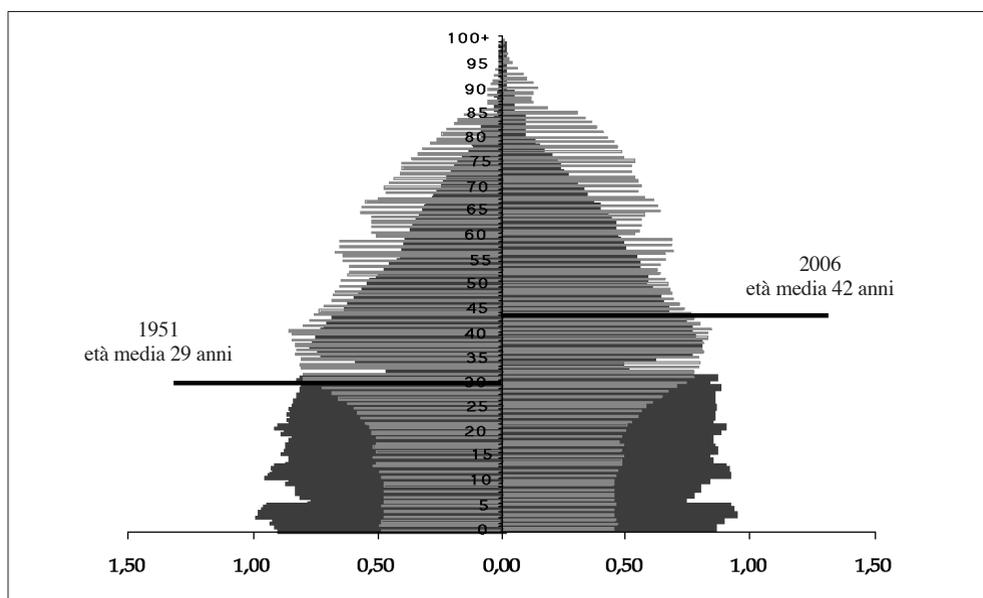
¹ Dato stimato, Istat, 2008.

Quanto alla sopravvivenza, gli indicatori testimoniano che l'Italia è tra i Paesi europei con la più alta speranza di vita per entrambi i sessi. Si è registrata, nel corso degli anni '90, un'inversione fra presenza di giovani e presenza di anziani, in particolare, il Rapporto Annuale (2002) dell'Istat ricorda che "l'Italia è oggi il paese con l'indice di vecchiaia più alto del mondo (133 persone di 65 anni e oltre ogni 100 persone sotto i 15 anni). Rispetto a soli trenta anni fa la quota di popolazione con almeno 65 anni è aumentata dall'11,3% al 18,5%: quasi un italiano su 5. Nei prossimi trenta anni la medesima quota è destinata a crescere fino a sfiorare il 30%, quasi un italiano su tre".

I progressi della mortalità, unitamente al calo dei livelli di fecondità, hanno determinato di fatto uno slittamento in avanti della soglia di ingresso nelle età anziane.

Per comprendere al meglio l'effetto di questi due fenomeni, è stata costruita una piramide per età della popolazione italiana, in cui viene messa a confronto la distribuzione per età della popolazione residente al primo gennaio 2006 e quella al Censimento del 1951 (cfr. Figura 1).

Figura 1: Piramide per età della popolazione residente, Italia, 1951 e 2006 (valori percentuali)



Fonte: Censimento generale della popolazione (1951, de jure population) e Popolazione residente per età, sesso e stato civile al 1° gennaio 2006.

La base della piramide si presenta "erosa" nel 2006 rispetto al 1951; infatti, mentre la popolazione tra 0 e 4 anni nel 1951 risultava il 9,5% e l'8,7% rispettivamente per maschi e femmine sul totale della popolazione per sesso, nel 2006 questa percentuale si presenta pressoché dimezzata, risultando rispettivamente 4,9% e 4,4%.

Come si nota, la percentuale di ultrasettantenni risulta raddoppiata per entrambi i sessi ed è molto marcato il vantaggio femminile in termini di sopravvivenza rispetto agli uomini.

Per quantificare il fenomeno dell'invecchiamento, è stata considerata l'età di 65 anni, quella oltre la quale si colloca la popolazione tradizionalmente definita "anziana".

Tale definizione risponde a criteri meramente economici, dal momento che 65 anni è l'età

estrema fissata per l'ingresso nella fase pensionistica; tutti gli indicatori statistico-demografici che misurano l'invecchiamento della popolazione sono pertanto costruiti in funzione di tale soglia.

Nel 1951 i cosiddetti "anziani" erano l'8,2% e corrispondevano agli individui con 65 anni e oltre (cfr. tavola 1); nel 2006, sono invece gli individui con più di 76 anni a rappresentare l'8,2% circa della popolazione. Come emerge dal confronto delle età medie delle popolazioni al 1951 e al 2006, 13 generazioni risultano "ringiovanite" fra i 29 e i 42 anni passando dalla popolazione più anziana a quella più giovane nei 55 anni trascorsi; ed altre 5 generazioni ringiovaniranno nei prossimi 15 anni sapendo che nel 2020 l'età mediana raggiungerà i 47 anni.

Tabella 1: Indicatori dell'invecchiamento della popolazione, Italia, 1951, 2001, 2006 and 2020²

Indicatori dell'invecchiamento	1951			2001			2006			2020		
	M	F	TOT	M	F	TOT	M	F	TOT	M	F	TOT
% 0-14	27,3	25,1	26,1	15,1	13,4	14,2	14,9	13,3	14,1	13,9	12,4	13,2
% 15-64	65,2	66,1	65,7	69,0	65,3	67,1	68,2	64,3	66,2	65,8	61,7	63,7
% pop. 65+	7,6	8,8	8,2	15,9	21,3	18,7	16,9	22,4	19,7	20,3	25,9	23,2
Età media	31,2	32,8	32,0	40,0	43,2	41,6	41,0	44,1	42,6	44,1	47,2	45,7
Tasso di invecchiamento	27,7	35,1	31,4	105,4	158,8	131,4	113,3	168,1	139,9	145,8	208,0	176,0
Indice di dipendenza	53,4	51,2	52,3	44,9	53,1	49,0	46,7	55,6	51,1	52,0	62,2	57,0
Indice di dipendenza (solo popolazione anziana)	11,6	13,3	12,5	23,0	32,2	27,8	24,8	34,8	29,8	30,8	42,0	36,4
% 80+	0,9	1,2	1,1	3,0	5,6	4,3	3,5	6,6	5,1	5,6	9,4	7,5

Fonte: Censimento generale della popolazione (1951, *de jure population*) e Popolazione residente per età, sesso e stato civile al 1° gennaio 2006 e Previsione Istat sulla popolazione al 2020 nell'ipotesi centrale.

Attraverso gli indicatori demografici è possibile notare lo squilibrio tra popolazione giovane e adulta da un lato, e quello tra popolazione giovane e anziana dall'altro.

Negli ultimi 55 anni la quota della popolazione anziana si presenta più che raddoppiata, risultando nel 2006 pari al 19,7% sul totale della popolazione; in particolare, si nota l'effetto della maggiore longevità delle donne rispetto agli uomini. Nella popolazione femminile infatti, l'aumento della quota di popolazione anziana è ancora più marcato, facendo emergere un incremento del 155% rispetto al 122% nella popolazione maschile. Inoltre, a dispetto di una certa stabilità della quota di popolazione adulta, gli indicatori mostrano una caduta della proporzione dei giovani rispetto al totale.

Un indicatore sintetico dei problemi di sostenibilità legati alla variabile età è fornito dall'Indice di dipendenza; questo indice può essere scomposto a sua volta in due indici; uno relativo alla quota di popolazione giovane "dipendente" (*green pressure*) rispetto alla popolazione in età attiva, l'altro relativo alla popolazione anziana "dipendente" (*grey pressure*) rispetto alla popolazione in età attiva; la somma degli indici precedentemente descritti, ovvero l'Indice di dipendenza, misura il peso che grava sulla popolazione in età attiva in termini demografici, e fornisce dunque un'indicazione dei problemi di sostenibilità che tale squilibrio può creare. Mentre un'elevata "*green pressure*" è usualmente correlata con gli alti costi per l'istruzione, una consistente "*grey pressure*" è comunemente associata agli alti costi per salute e pensioni.

² L'Indice di vecchiaia è stato ottenuto rapportando la popolazione con 65 anni e più (*grey pressure*) a quella tra 0 e 14 anni (*green pressure*), per 100. L'Indice di dipendenza è stato ottenuto sommando la popolazione con 65 anni e più (*grey pressure*) a quella tra 0 e 14 anni (*green pressure*) e rapportando la somma alla popolazione tra i 15 e 64 anni (in età attiva), per 100. L'Indice di dipendenza degli anziani è stato ottenuto rapportando la popolazione con 65 anni e più (*grey pressure*) alla popolazione tra i 15 e 64 anni (in età attiva), per 100.

In Italia, l'alto Indice di dipendenza complessivo è dovuto principalmente all'alta proporzione di popolazione anziana, come confermato anche dall'Indice di vecchiaia; infatti, l'Indice di dipendenza degli anziani risulta dominante nell'indice complessivo ai giorni nostri. Al contrario, nel 1951 l'indicatore complessivo era assorbito dalla componente dei giovani 'dipendenti', essendo l'Italia di quegli anni caratterizzata da una popolazione giovane e in crescita; nel 1951 la "grey pressure" incideva per il solo 12,5%, mentre tale percentuale, secondo le previsioni attuali, risulterà triplicate nei prossimi 15 anni (36,4% secondo le stime al 2020).

L'Indice di vecchiaia è il migliore indicatore demografico dello squilibrio tra giovani e anziani, che meglio sintetizza l'invecchiamento di una popolazione; tale indicatore mostra come, nel 2006, ogni 100 giovani si contavano 140 anziani, e, secondo le previsioni Istat nello scenario più probabile, gli anziani saliranno, nei prossimi 15 anni, a 176 ogni 100 giovani.

Se consideriamo la quota di popolazione ultraottantenne, vediamo come rispetto al 1951, in cui gli ottantenni rappresentavano circa l'1% della popolazione, nel 2006 tale valore si presentava quintuplicato; inoltre, nella previsione della popolazione al 2020, la quota degli ultraottantenni è destinata a crescere, raggiungendo il 7,5% della popolazione.

Al di là delle possibili variazioni più o meno marcate dello scenario previsto per futuro, rimane la necessità di relazionarsi con la presenza sempre più massiccia degli anziani; dalle previsioni demografiche è evidente l'esigenza di programmi d'intervento ad opera dei *policy makers* destinati ad assorbire l'impatto sulle diverse sfere sociali — salute, sistema previdenziale, potenziale umano — e sul miglioramento dei servizi sanitari e assistenziali. Infatti, *"le tematiche direttamente legate alla definizione di politiche sociali orientate alla correzione delle "distorsioni" che caratterizzano demografia, mercato del lavoro e produttività, rendono crescente la necessità di ricorrere con maggiore frequenza a benchmark demografici aggiornati"* (Istat, 2006).

Le previsioni Istat rilasciate su base nazionale, costruite utilizzando i dati demografici di base più recenti, forniscono un quadro aggiornato delle dinamiche demografiche future, dando dunque indicazioni riguardo alla "sostenibilità" del sistema, sia pur solo dal punto di vista demografico. Le previsioni calcolate su base 2005 arrivano fino al 2050; tuttavia, nel presente lavoro è stato ritenuto più indicato riferire la nostra analisi al 2020. In generale, tra il 2005 e il 2050 si suppone un miglioramento dei livelli di sopravvivenza: la vita media degli uomini cresce da 77,4 anni nel 2005 a 83,6 nel 2050; quella delle donne da 83,3 anni a 88,8. Anche per la fecondità si ipotizza un aumento, sia pur contenuto, da 1,3 figli per donna nel 2005 a 1,6 figli per donna nel 2050. L'ipotesi del suddetto aumento trae il suo fondamento nel trend recentissimo della fecondità, che vede sempre di più l'affermazione di un modello riproduttivo posticipato; l'aumento dell'indicatore congiunturale potrebbe essere l'effetto del calendario posticipato delle generazioni di donne del baby-boom che stanno realizzando ora la loro fecondità; tuttavia, poiché posticipare la decisione della maternità comporta di fatto una rinuncia ad avere una famiglia numerosa per motivi biologici, è impensabile che la fecondità italiana possa tornare ai livelli sperimentati nel corso degli anni del baby-boom, intorno o oltre ai due figli per donna, ovvero oltre la cosiddetta "soglia di rimpiazzo".

Per le migrazioni internazionali si suppongono flussi migratori netti dell'ordine delle 150 mila unità aggiuntive annue per tutto il periodo di previsione.

Nonostante le ipotesi sostenibili riguardo alla sopravvivenza e alla fecondità, l'evoluzione prevista dell'andamento del numero di nascite e decessi non lascia spazio all'ipotesi di un recupero di popolazione grazie alla sola dinamica naturale, dal momento che essa si presenta sempre negativa nel periodo in esame (Istat, 2006). Infatti, la presenza di un forte invecchiamento della popolazione comporterà una riduzione delle nascite pur in presenza

di un lieve aumento della propensione alla fecondità (i comportamenti demografici sono caratterizzati da modifiche molto lente), così come un aumento dei decessi, nonostante l'aumento della vita media, a causa della futura presenza di quote crescenti di popolazione nelle fasce di età più anziane. Pertanto, data la dinamica naturale suddetta, nonostante ci sia un apporto positivo della dinamica migratoria in particolare nella popolazione in età attiva, la struttura per età italiana è destinata a modificarsi gradualmente in direzione di un ulteriore invecchiamento (Istat, 2006). Nonostante non sia possibile prevedere il contesto economico e sociale futuro, quello che emerge dalle previsioni è un quadro demografico destinato a diventare sempre più problematico, con grande impatto sul sistema previdenziale e assistenziale.

Dallo scenario previsto, diventa dunque necessario ripensare sia a politiche orientate all'allargamento del mercato del lavoro e all'incremento della produttività, sia a politiche mirate al sostegno della maternità e alle strategie di conciliazione famiglia-lavoro da parte delle madri, sia l'integrazione sociale degli stranieri e l'accessibilità ai servizi offerti dal sistema sanitario nazionale.

Se confrontiamo gli indicatori relativi all'invecchiamento della popolazione riferiti al passato con quelli attuali e con i dati risultanti dalle previsioni demografiche Istat, è evidente come nel corso degli anni la "condizione di anziano" sia mutata in modo considerevole; pertanto considerare una soglia "statica" basata sull'età anagrafica, ad esempio la soglia convenzionale dei 65 anni d'età, può non essere più sufficiente.

Secondo O. Giarini "... è importante sottolineare che ciò che sta realmente invecchiando è il concetto stesso di invecchiamento".

Infatti, come emerge dai cambiamenti intercorsi negli ultimi cinquanta anni, sempre meno all'età di sessantacinque anni possono associarsi caratteristiche tradizionalmente legate alla vecchiaia.

Le conseguenze dell'invecchiamento del concetto stesso di "invecchiamento", provoca, aldilà dei dibattiti politici in materia di previdenza sociale, un'emarginazione crescente di una quota della popolazione, che invece, per maggior numero e migliore qualità degli anni ancora da vivere, potrebbe esser resa "produttiva".

Se infatti consideriamo come è aumentata la speranza di vita dei 65enni, ci rendiamo conto che i 65enni di oggi hanno poco a che vedere con i 65enni di cinquanta anni fa.

In questo contesto appare interessante pensare al ruolo che potrebbe essere svolto dalla popolazione anziana 'ringiovanita' nello sviluppo della società; è necessario dunque ipotizzare la necessità di un ripensamento dell'approccio stesso all'invecchiamento e di una serie di aggiustamenti degli strumenti statistici, ma anche socio-economici e politici, destinati alle fasce di età più anziane.

Infatti, se da un lato la popolazione invecchia, con l'aumentare al suo interno della parte più anziana, i singoli individui in un certo senso ringiovaniscono, nella misura in cui vivono più a lungo ed in condizioni migliori. Quello che, a prima vista, può apparire un paradosso è in realtà il punto di partenza di una riflessione sulla condizione della popolazione cosiddetta "anziana", nel tentativo di superare un'interpretazione tanto diffusa quanto erranea dell'invecchiamento: se, per effetto dell'allungamento della vita, la parte di popolazione con più di 65 anni è cresciuta, d'altra parte le persone di 65 anni e oltre sono oggi più giovani rispetto al passato, nella misura in cui sono autonome più a lungo, la loro salute è migliore, partecipano di più alla vita sociale. Trascurare questo aspetto dell'evoluzione demografica e sociale significherebbe emarginare una parte della popolazione che diversamente potrebbe svolgere un ruolo attivo nello sviluppo della società.

Gli anziani di oggi rappresentano infatti un sub-universo complesso e eterogeneo che un indicatore rappresentato dall'età anagrafica può risultare poco informativo delle reali condizioni e delle reali necessità dell'individuo.

In questo contesto individuare la soglia che separa la popolazione giovane da quella anziana diventa un esercizio complesso: la popolazione invecchia nella misura in cui le generazioni che si susseguono raggiungono traguardi di età via via più elevati, ma nello stesso momento i singoli componenti ringiovaniscono, in quanto vivono meglio e più a lungo.

Il termine utilizzato più di recente per indicare quello che in italiano definiamo lo svecchiamento della popolazione, è *counter-ageing*; questo termine indica, secondo alcuni (Giarini, 2000), che le nostre società, ovvero le strutture demografiche, stanno diventando più giovani, poiché viviamo meglio e più a lungo per cui le capacità potenziali (fisiche e intellettuali), in termini di capitale umano, stanno aumentando; secondo altri esso indica, invece, il fatto che l'apporto di immigrati nelle classi di età più giovani potrebbe contribuire allo svecchiamento delle popolazioni di accoglienza. Infatti, l'Italia è divenuta recentemente, nel panorama dei Paesi sviluppati, uno tra quelli più attrattivi, trasformando molto velocemente (in termini di tempi demografici) la sua vocazione di Paese d'emigrazione in quella di Paese eminentemente d'immigrazione. Questa trasformazione, dal punto di vista demografico, ha certamente effetti potenzialmente positivi a breve e medio termine (Istat, 2006); l'aumento dell'immigrazione "giovane", che sta caratterizzando la popolazione italiana in questi ultimi anni, sta dando un prezioso contributo al fenomeno del *counter-ageing*.

Si può dunque affermare che la popolazione sta invecchiando, in senso demografico, ma allo stesso tempo sta ringiovanendo, nella misura in cui ad ogni età si può sperare di vivere più a lungo rispetto al passato e soprattutto in buone condizioni. Paragonare i 65enni di oggi con quelli di una volta significa ipotizzare che lo scorrere del tempo abbia gli stessi effetti su ognuno di essi, indipendentemente dal periodo storico e dalle storie di vita. Gli anziani di oggi, al contrario, costituiscono un sub-universo molto più complesso ed eterogeneo, e un indicatore basato esclusivamente sull'età anagrafica può risultare poco informativo delle reali condizioni ed esigenze di un individuo.

Se consideriamo la soglia fissa di anziani a 65 anni tra il 1951 e il 2006, emerge come la popolazione "anziana" sia aumentata del 198%, e, nello scenario più probabile, crescerà ancora del 18% fino al 2020. Anche la speranza di vita a 65 anni è andata progressivamente crescendo; negli ultimi 55 anni il guadagno è stato di circa 5 anni per i maschi e quasi 8 per le femmine; tale guadagno è destinato ad aumentare rispettivamente di altri 1,1 e 1,4 anni nei prossimi 15 anni. Tale effetto produce un ringiovanimento della collettività, e quindi uno svecchiamento, in quanto la percentuale di persone "in buona condizione" aumenta in concomitanza con lo spostarsi in avanti della speranza di vita; rispetto al passato, ad ogni età compiuta, un individuo può aspettarsi di vivere più anni, e in migliori condizioni; secondo l'Istat (2002) "lo scenario attuale consente un cauto ottimismo: a 65 anni una donna può aspettarsi di vivere i 2/3 dei 20 anni che le restano da vivere in piena autosufficienza; per un uomo della stessa età la situazione è relativamente più favorevole perché la condizione di autosufficienza interessa l'85% circa dei 16 anni di vita complessivi".

Tabella 2: Invecchiamento della popolazione in Italia, 1951-2001, 2006 and 2020

Età	Anziani (over 65)	Soglia di anzianità	Quota di anziani (con 65 anni e più) %	Speranza di vita a 65 anni MASCHI	Speranza di vita a 65 anni FEMMINE
1951	3.895.184	65	8,2%	12,6	13,7
1961	4.827.416	65	9,5%	13,4	15,3
1971	6.102.720	65	11,3%	13,3	16,5
1981	7.485.126	65	13,2%	13,6	17,3
1991	8.700.185	65	15,3%	14,8	18,7
2001	10.645.874	65	18,7%	16,5	20,5
2006	11.592.335	65	19,7%	17,7	21,5
2020	13.676.265	65	23,1%	18,8	22,9

Fonte: Censimento generale della popolazione (1951, de jure population) e Popolazione residente per età, sesso e stato civile al 1° gennaio 2006 e Previsione Istat sulla popolazione al 2020 nell'ipotesi centrale.

Per superare la definizione di invecchiamento basata sul criterio anagrafico, che rimanendo statico nel tempo porta a confrontare aggregati di popolazione sottoposti ad esigenze e a condizioni completamente diversi, un criterio interessante potrebbe essere quello di definire una soglia “dinamica”; la persona “anziana” potrebbe essere, ad esempio, qualificata come quella che ad una determinata età ha orizzonte temporale determinato. L’orizzonte temporale è definito dal numero di anni che l’individuo può aspettarsi di vivere. Questo orizzonte è stato frequentemente reso pari a 10 anni, basandosi sulla speranza di vita che un 65enne aveva a inizio secolo.

Se si volesse modificare la definizione della soglia di anzianità, mantenendo sempre come “anno base” il 1951, si potrebbe immaginare, nel I SCENARIO (cfr. tabella 3), che gli “anziani” siano quelle persone alle quali restano da vivere circa 13 anni (12,6 per gli uomini e 13,7 per le donne); si tratterebbe allora delle donne con più di 75 anni e degli uomini con più di 72 anni ed in questo caso la popolazione “anziana” ammonterebbe a circa 6.200.000 persone, equivalente al 10,5% del totale.

Tabella 3: Invecchiamento della popolazione in Italia, 1951-2001, 2006 e 2020

Anni	Anziani (oltre la soglia di anzianità)	Soglia di anzianità		Quota di anziani (oltre la soglia di anzianità) %		Speranza di vita a 65 anni (1951) MASCHI	Speranza di vita a 65 anni (1951) FEMMINE
		(M)	(F)	(M)	(F)	(M)	(F)
1951	3.895.184	65(M)	65 (F)	7,6 (M)	8,8(F)	7,6 (M)	13,7
1961	4.231.016	66 (M)	67 (F)	7,5 (M)	9,1(F)	7,5 (M)	13,7
1971	5.074.301	66 (M)	68 (F)	8,7 (M)	10,0(F)	8,7 (M)	13,7
1981	5.594.682	67 (M)	70 (F)	9,5 (M)	10,2(F)	9,5 (M)	13,7
1991	5.331.565	69 (M)	72 (F)	8,8 (M)	9,8(F)	8,8 (M)	13,7
2001	6.322.309	71 (M)	73 (F)	9,7 (M)	12,4(F)	9,7 (M)	13,7
2006	6.163.422	72(M)	75(F)	9,6 (M)	11,4 (F)	9,6 (M)	13,7
2020	6.945.812	74 (M)	76 (F)	10,2 (M)	13,2 (F)	10,2 (M)	13,7

Fonte: Censimento generale della popolazione (1951, de jure population) e Popolazione residente per età, sesso e stato civile al 1° gennaio 2006 e Previsione Istat sulla popolazione al 2020 nell'ipotesi centrale.

Secondo questo scenario dunque, la popolazione anziana diminuirebbe all'aumentare della soglia di anzianità (rispetto alla soglia statica dei 65 anni), che, data questa ipotesi, salirebbe di 7 anni per gli uomini e 10 anni per le donne; un individuo, sarebbe dunque considerato 'anziano', solo dopo i 72 anni se maschio, e dopo i 75 anni se femmina. La quota di anziani così considerati (oltre la soglia) risulterebbe, senza considerare differenze di genere, del 47% più bassa rispetto alla quota di anziani risultante dalla soglia classica, nel 2006, e tale differenza potrebbe avere un importante impatto sul sistema sociale ed economico (cfr. Tabella 3 e Tabella 2).

Un altro scenario ipotetico potrebbe essere costruito considerando una quota fissa di popolazione 'anziana' sul totale della popolazione (cfr. Tabella 4), ad esempio, quella all'inizio del periodo di osservazione (1951).

Tabella 4: Invecchiamento della popolazione in Italia, 1951-2001, 2006 and 2020

II SCENARIO - quota di popolazione anziana = 8,2%					
Anni	Anziani (oltre la soglia di anzianità)	Soglia di anzianità	Quota di anziani (oltre la soglia di anzianità) (1951)	Speranza di vita alla soglia di anzianità MASCHI	Speranza di vita alla soglia di anzianità FEMMINE
1951	3.895.184	65	8,2	12,6	13,7
1961	4.151.133	66	8,2	12,8	14,6
1971	4.439.353	68	8,2	11,4	13,9
1981	4.637.667	70	8,2	10,5	13,4
1991	4.655.799	72	8,2	10,8	13,4
2001	4.673.651	75	8,2	9,9	12,5
2006	4.877.062	76	8,2	10,2	12,6
2020	4.967.280	79	8,2	9,4	11,5

Fonte: Censimento generale della popolazione (1951, de jure population) e Popolazione residente per età, sesso e stato civile al 1° gennaio 2006 e Previsione Istat sulla popolazione al 2020 nell'ipotesi centrale

Mantenendo fissa la quota di anziani pari all'8,2% nel periodo considerato (cfr. tabella 4), la soglia di anzianità subirebbe un considerevole aumento, raggiungendo nel 2006 i 76 anni; tale soglia sarebbe destinata ad arrivare ai 79 anni nel 2020. In questo II SCENARIO, la speranza di vita alle nuove soglie di anzianità si ridurrebbe di circa 2 anni per gli uomini e uno per le donne, rispetto alla speranza di vita nel 1951 presa come riferimento.

Se invece considerassimo, nel III SCENARIO, un numero fisso di popolazione anziana (cfr. Tabella 5), ad esempio i 3.895.184 ultrasessantacinquenni del 1951, la popolazione italiana risulterebbe ringiovanita, in quanto la quota di anziani passerebbe dall'8,2% nel 1951 al 6,6% nel 2006 e al 6,7% nel 2020⁴; tuttavia, se confrontiamo questa ipotesi con quella dello SCENARIO II, l'orizzonte temporale risulterebbe ancora diminuito. Questa ipotesi, che sembrerebbe un paradosso, potrebbe essere dettata da un criterio prettamente economico, in cui si potrebbe ipotizzare, ad esempio, una somma fissa di spesa.

⁴ Nonostante la soglia si alzi di 3 anni tra il 2006 e il 2020, la quota di popolazione anziana aumenta lievemente a causa dell'invecchiamento che porta ad aumenti consistenti della popolazione alle età più avanzate.

Tabella 5: Invecchiamento della popolazione in Italia, 1951-2001, 2006 and 2020

III SCENARIO — popolazione con 65 anni e più = 3.895.184 individui					
Anni	Anziani (oltre la soglia di anzianità) (1951)	Soglia di anzianità	Quota di anziani (oltre la soglia di anzianità) %	Speranza di vita alla soglia di anzianità MASCHI	Speranza di vita alla soglia di anzianità FEMMINE
1951	3.895.184	65	8,2	12,6	13,7
1961	3.895.184	68	7,7	11,2	13
1971	3.895.184	70	7,2	10,3	12,4
1981	3.895.184	72	6,9	9,4	12,0
1991	3.895.184	75	6,9	9,0	11,3
2001	3.895.184	77	6,8	8,8	11,1
2006	3.895.184	78	6,6	9,1	11,2
2020	3.895.184	81	6,7	8,3	10,2

Fonte: Censimento generale della popolazione (1951, de jure population) e Popolazione residente per età, sesso e stato civile al 1° gennaio 2006 e Previsione Istat sulla popolazione al 2020 nell'ipotesi centrale.

Questo scenario mostra come, per effetto della crescita della popolazione la soglia di anzianità raggiungerebbe i 78 anni di età nel 2006; tale soglia richiama l'ipotesi di O. Giarini⁵ (Giarini, 2001), che prende in considerazione come popolazione attiva quella tra i 18 e 77 anni di età, anziché la soglia tradizionale tra i 15 e 64 anni: “dobbiamo rivedere innanzitutto i nostri schemi culturali, comprendendo che i vecchi oggi sono giovani. E che, poiché il valore degli esseri umani è legato alle loro attività produttive e ai loro sforzi attivi, la principale sfida politica e sociale dei prossimi anni sarà questa: coinvolgere sempre più a fondo tutte le persone dai 18 ai 78 anni nell'impresa di creare e sostenere la ricchezza delle nazioni”.

Secondo O. Giarini infatti, considerare la popolazione in età attiva quella tra i 18 e 78 anni e non il tradizionale intervallo anagrafico tra i 15 e 64 anni compiuti, potrebbe essere uno strumento per re-includere, attraverso l'attività produttiva, la popolazione ultrasessantenne, tendenzialmente esclusa dalla rivoluzione industriale. O. Giarini aggiunge infatti che “i lavoratori anziani potrebbero iniziare a 60 anni un periodo di pensionamento graduale continuando a contribuire attivamente, mettendo a disposizione la loro esperienza ai più giovani, e, grazie ad un processo di formazione continua, preparando se stessi a nuove attività sia nel sistema monetarizzato, sia in quello non monetarizzato”.

In questo modo verrebbe garantita da una parte la maggiore protezione sociale degli anziani che, come detto più volte, godono di una vita più lunga e qualitativamente migliore, e, dall'altra, la riduzione del peso contributivo delle giovani generazioni. La possibilità di un lavoro part-time secondo O. Giarini dovrebbe costituire un complemento fondamentale ai pilastri del sistema di sicurezza sociale, pensione statale, fondi pensione di categoria e risparmio privato.

Questo scenario, aggiunge O. Giarini, “dovrebbe inoltre ridurre il fardello contributivo delle giovani generazioni, attenuando le conseguenze economiche dell'invecchiamento della popolazione e ponendo entrambi i gruppi, giovani e anziani, in una migliore posizione culturale ed economica”.

⁵ L'invecchiamento: una sfida per l'impresa assicurativa.

Se consideriamo dunque “in età attiva” la popolazione tra i 18 e 77 anni compiuti, vediamo come cambiano gli indicatori demografici al Censimento del 2001, al 2006 e al 2020 nello scenario considerato dall’Istat più probabile (cfr. Tabella 6).

Tabella 6: Invecchiamento della popolazione in Italia⁶, 2001, 2006 and 2020

Indicatori dell’invecchiamento della popolazione	2001			2006			2020		
	M	F	TOT	M	F	TOT	M	F	TOT
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
% 0-17	18,3	16,3	17,3	18,1	16,1	17,1	17,0	15,2	16,1
% 18-77	77,5	76,3	77,0	77,2	75,4	76,3	75,9	73,5	74,6
% pop. 78+	4,2	7,4	5,8	4,7	8,4	6,6	7,1	11,3	9,2
Indice di vecchiaia	22,7	45,7	33,9	26,2	52,2	38,8	41,7	74,1	57,4
Indice di dipendenza	28,9	31,1	30,0	29,6	32,6	31,1	31,8	36,1	34,0
Indice di dipendenza degli anziani	5,4	9,7	7,6	6,1	11,2	8,7	9,4	15,4	12,4

Fonte: Censimento generale della popolazione (1951, de jure population) e Popolazione residente per età, sesso e stato civile al 1° gennaio 2006 e Previsione Istat sulla popolazione al 2020 nell’ipotesi centrale.

Nel 2006 la quota di popolazione con 78 anni risulterebbe molto contenuta, raggiungendo mediamente il 6,6% contro il 19,7% se consideriamo invece la popolazione con più di 65 anni nello stesso anno.

La speranza di vita a 78 anni, rispettivamente di 9,1 e 11,2 anni per maschi e femmine, risulterebbe ancora inferiore di circa 3 anni a quella del 1951 a 65 anni presa come riferimento per l’analisi.

In altre parole, non sembra necessario indicare con esattezza l’età alla quale un individuo debba essere considerato “anziano”, in considerazione del fatto che in presenza di invecchiamento demografico il rapporto tra le persone “anziane” e il totale della popolazione aumenta nel tempo, qualunque sia la soglia di anzianità.

Un IV SCENARIO ipotetico, che chiameremo Recupero della Popolazione Adulta, consiste nell’entrata e uscita progressiva dal mondo del lavoro, in particolari classi d’età, attraverso forme di lavoro part-time; l’obiettivo è quello di migliorare gli equilibri economici, previdenziali e assistenziali, attraverso l’aumento degli anni di contribuzione standard.

In particolare:

- tra i 18 e 29 anni inserimento progressivo nel mondo attraverso forme di lavoro part-time;
- tra i 65 e i 79 anni uscita progressiva del mondo del lavoro attraverso forme di lavoro part-time;
- tra i 30 e i 64 anni lavoro full-time;
- oltre gli 80 anni uscita dal mondo del lavoro — quiescenza.

⁶ L’Indice di vecchiaia, in questa ipotesi, è stato ottenuto rapportando la popolazione con 78 anni e più (grey pressure) a quella tra 0 e 17 anni (green pressure), per 100.

L’Indice di dipendenza, in questa ipotesi, è stato ottenuto sommando la popolazione con 78 anni e più (grey pressure) a quella tra 0 e 17 anni (green pressure) e rapportando la somma alla popolazione tra i 18 e 77 anni (in età attiva), per 100.

L’Indice di dipendenza degli anziani, in questa ipotesi, è stato ottenuto rapportando la popolazione con 78 anni e più (grey pressure) alla popolazione tra i 18 e 77 anni (in età attiva), per 100.

Previsione Istat della popolazione residente al primo gennaio nell’ipotesi centrale che indica lo scenario più probabile. La speranza di vita alla soglia di 65 anni si riferisce alla tavola di mortalità del 2020.

Secondo questa ipotesi, il numero di anni di contribuzione standard salirebbe a 46,5⁷ anni al posto degli attuali 40 anni.

Secondo questo scenario, attraverso forme di lavoro part-time, ipotizziamo che sia i giovani (18-29 anni), sia gli anziani (65-79 anni) lavorino per metà del loro tempo, e per il restante tempo facciano parte della popolazione “dipendente”; la popolazione ultraottantenne nel complesso la consideriamo popolazione “dipendente”. La popolazione “dipendente” complessiva ottenuta secondo questa ipotesi, che chiameremo gli “anziana equivalente” corrisponde a 11.356.719 individui nel 2006; se confrontiamo questa popolazione con quella ultrasessantacinquenne nello stesso anno (11.593.335), emerge una differenza di 235.616 individui nell’anno e dunque un relativo risparmio nel sistema socio-economico; questa differenza la chiameremo “tesoretto demografico”.

La soglia che garantisce lo stesso numero di anziani equivalenti è 65 anni, destinata a salire, nel 2020, a 66 anni.

Questa nuova ipotesi di studio di entrata e uscita dal mercato del lavoro attraverso forme di lavoro part-time, garantirebbe un migliore equilibrio tra le generazioni dei più giovani e dei più anziani, attraverso un inserimento, ed un re-inserimento nel sistema produttivo, e ottenendo un “risparmio”, detto tesoretto demografico.

Tutti questi scenari, che possono sembrare paradossali, nascono dalla necessità di non fissare i vincoli dell’analisi, con l’obiettivo di operare un compromesso tra esigenze economiche (fissare il numero di anziani equivale a fissare l’ammontare della spesa pensionistica) e sociali (fissare la quota di popolazione “più anziana”); ma dal punto di vista demografico risulta ormai necessario ripensare la soglia di anzianità, ed adeguare definizioni e strumenti di analisi alla nuova popolazione anziana ridefinendola, anche sulla base delle considerazioni che vedono la popolazione “anziana” vivere più a lungo e con condizioni di vita migliore, per cui possono essere considerati a tutti gli effetti una importante risorsa non solo per il sistema economico, ma anche per quello sociale e culturale.

La tradizionale soglia di anzianità basata sull’età non è più in grado di rispondere ai cambiamenti intercorsi negli ultimi cinquanta anni.

La lettura inconsueta degli indicatori statistici conferma che nel futuro avremo un “ringiovanimento” della vecchiaia; questo scenario, complessivamente inteso e non favorevole alla fecondità ed alla riproduzione delle popolazioni, suggerisce di rivedere le soglie del pensionamento e della vita attiva, riflettendo sull’opportunità di nuovi schemi previdenziali e di formule moderne di valorizzazione professionale e lavorativa degli anziani “più giovani”. La necessità di spostare la soglia di anzianità è stata formulata, d’altra parte, anche dall’ONU (2001) e di recente dalla Commissione Europea “*In the absence of migration, to maintain in 2050 the 1995 ratio of persons in working-age for each older person past working-age, would require increasing the upper limit of the working-age span to 77 years*” (Charter Italy, UN, 2001).

Per concludere, l’estensione dell’età lavorativa, potrebbe rappresentare un elemento cruciale verso la rivoluzione del *counter ageing*.

⁷ $[1/2 P(18-29) + 1/2(65-79) + 1P(30-64) + 0P(80-\infty)] = 46,5$ anni di contribuzione standard.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Cagiano de Azevedo, R. (2001): "Invecchiamento e svecchiamento della popolazione, in L. Frey (a cura di), *Flessibilità e lavoro in età avanzata*", *Quaderni di economia del lavoro*, n. 70, Franco Angeli.
- Cagiano de Azevedo, R. e Ambrosetti, E. (2003): "Invecchiamento e svecchiamento della popolazione europea", *Quaderni del Dipartimento per lo Studio delle Società Mediterranee*, n. 26, Bari.
- Cagiano de Azevedo, R. (2003): "*Invecchiamento o svecchiamento: questo è il problema?*", Giornate di Studio del Gruppo di Coordinamento per la Demografia (SIS), Bari, 27-29 gennaio.
- Cagiano de Azevedo, R. e Capacci, G. (2004): "Invecchiamento e svecchiamento della popolazione europea", Aracne Editrice.
- Capacci G. e Castagnaro C. (2005): "Gli scenari dell'invecchiamento demografico: lo svecchiamento della popolazione italiana, in *Statistica & Società*", n. 1, anno IV, Napoli, 2005.
- Cliquetm R. and Nizamuddinm M. (1999): "Population Ageing: Challenges for Policies and Programmes in Developed and Developing Countries", United Nations Population Fund [UNFPA]: New York; Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudie [CBGS]: Brussels.
- Conseil de l'Europe: *Evolution démographique récente en Europe*, Editions du Conseil de l'Europe, Strasburgo, vari anni.
- EUROSTAT: *Statistiche demografiche*, ed. Eurostat, Bruxelles, vari anni.
- Giarini, O. (2000): "An Ageing Society? No, a Counter Ageing Society!" *The Four Pillars, Geneva Association Information Letter*, Ginevra.
- Giarini, O. (2001a): "Promuovere il pensionamento graduale in una società la cui speranza di vita cresce", in L. Frey (a cura di), *Flessibilità e lavoro in età avanzata — Quaderni di economia del lavoro*, n. 70, Franco Angeli, Milano.
- Giarini, O. (2001b): "Vulnerabilità sociale. Servizi, occupazione, invecchiamento nell'economia di oggi", *International Association for the Study of the Economy of Risk*, Ginevra.
- Giarini, O. (2002), *Itinéraire vers la retraite à 80 ans avec une lettre ouverte à ceux qui ont- ou auront- 65 ans*, Ed. Economica, Paris.
- Giarini, O. (2003): "Notes on the Economics of Services and Health in the So-Called «Ageing Society»", *Insurance Economics*, n. 47.
- ISTAT: *Annuario statistico*, vari anni.
- ISTAT: *Annali di statistica serie VIII*, vari anni.
- ISTAT: *Censimenti generali della popolazione (dal 1951 al 2001)*.
- ISTAT (2003): *Rapporto annuale, la situazione del Paese nel 2002*.
- ISTAT (2006): *Previsioni demografiche nazionali 1° gennaio 2005 - 1° gennaio 2050*.
- ISTAT (2006): *Previsioni demografiche nazionali 1° gennaio 2005 - 1° gennaio 2050*, Nota informativa, demo.istat.it.
- ISTAT (2007): *Popolazione residente per età, sesso e stato civile al 1° gennaio 2006*.
- United Nations Economic and Social Affaire (2001): *Replacement migration — is it a solution to declining and ageing population?*, New York.
- United Nations (2006): *Population Ageing 2006, Population Division*, United Nations, New York.

Funzionamento e disabilità nell'invecchiamento della popolazione europea: quale politica per quale intervento?

di Matilde Leonardi*, Somnath Chatterji** e E. Jerome Bickenbach***

1. L'invecchiamento in Europa: trend demografici

In Europa, il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione, con l'incremento dell'incidenza dei livelli di disabilità legata all'allungamento della vita, pone la necessità di disporre di dati longitudinali validi e comparabili sulla salute, sia nei giovani che negli anziani, al fine di creare un'ampia base empirica per la formulazione di analisi e la pianificazione di politiche e strategie di sviluppo. L'invecchiamento della popolazione europea è strettamente legato al miglioramento della salute delle persone, che tendono ad essere più attive e a vivere più a lungo. Nella sua Comunicazione sul Futuro Demografico dell'Europa, la Commissione Europea mette in luce quattro trend demografici salienti:

- Il fatto che il numero medio di bambini per ciascuna donna è inferiore al tasso di rimpiazzo generazionale — pari a 2,1 per donna — per i Paesi industrializzati, e tende a diminuire ulteriormente;
- Le conseguenze del baby-boom post bellico sulla popolazione;
- Il forte aumento dell'aspettativa di vita dal 1960 in avanti;
- Il fatto che l'immigrazione, seppur riguardante persone in età lavorativa, non compenserà gli effetti congiunti della bassa fertilità e dell'aumentata aspettativa di vita.

L'effetto complessivo di questi trend è un aumento della popolazione nella fascia di età anziana. Attualmente, nei ventisette paesi dell'Unione Europea vi sono 18,2 milioni di abitanti di età superiore ad 80 anni, pari al 4% della popolazione, e l'Eurostat prevede che entro il 2014 ve ne saranno 24,1 (ovvero il 5,2% della popolazione).

Il numero delle persone di età compresa fra 65 e 79 anni è aumentato significativamente dal 2000 in avanti, ed il trend rimarrà tale fin verso il 2050. Al tempo stesso, tuttavia, i trend di salute — in particolare la diminuzione della mortalità per malattie infettive ed il migliore accesso alle cure — sembrano fornire un valido supporto al dibattuto concetto di “compressione della morbilità”, ovvero al fatto che le menomazioni ed i problemi di salute si presentano in età avanzata. Secondo quanto espresso in un recente rapporto del Dipartimento degli Affari Sociali ed Economici delle Nazioni Unite, questa transizione demografica è un fenomeno di portata globale che, manifestandosi nelle diverse nazioni in modalità e tempi differenti, provocherà, nelle prossime decadi, sostanziali tensioni geopolitiche fra nazioni sviluppate e nazioni in via di sviluppo.

Secondo le proiezioni dell'Eurostat, l'ampiezza relativa della fascia di popolazione in età lavorativa subirà una riduzione e, entro il 2050, l'attuale rapporto di 4 a 1 tra le persone in età lavorativa e quelle di età superiore a 65 anni passerà a 2 a 1. Il peso del prepensionamento

* Neurology, Public Health, Disability Unit - Neurological Institute Carlo Besta IRCCS Foundation, Milan - Italy
leonardi@istituto-besta.it.

** WHO Multi-country Studies Team (MCS), World Health Organization, Geneva, Switzerland.

*** Department of Philosophy, Queen's University, Kingston, Canada.

sulla produttività influenzerà pesantemente la crescita economica, e potrebbe non essere compensato dalle politiche volte ad incoraggiare la prosecuzione del lavoro dopo i 65 anni. La pressione sui sistemi sanitari europei sarà notevole e potrebbe minare i principi di equità, solidarietà ed universalità dei governi. Poiché l'invecchiamento della popolazione è accompagnato da un mutamento epidemiologico - da una prevalenza di malattie infettive ed alta mortalità materno-infantile verso un'augmentata prevalenza di malattie non trasmissibili, specialmente croniche - i sistemi sanitari dovranno essere orientati diversamente per potersi occupare del crescente numero di persone con disabilità (Olesen, Leonardi 2003).

2. Gli effetti dell'invecchiamento della popolazione sulle prestazioni sanitarie

Gli effetti dell'invecchiamento della popolazione sulle cure saranno amplificati da un aumento sproporzionato di demenza, depressione ed altre malattie neurologiche e psichiatriche (Draper, 2004). Più in generale, l'invecchiamento, come sottolineato dalla Commissione Europea nel Disability Action Plan 2006-07, è fortemente correlato alla prevalenza della disabilità. Circa il 30% delle persone in età compresa fra 55 e 64 anni denunciano una disabilità, e il 63% delle persone con una disabilità hanno più di 45 anni.

Storicamente, la ricerca sul futuro impatto del cambiamento demografico sui sistemi sanitari è stata focalizzata sugli effetti specifici dell'aumento della fascia giovane di popolazione, e sui fattori determinanti della salute nel corso della vita. Dalla tendenza all'invecchiamento della popolazione, e dall'incremento della disabilità conseguente all'allungamento della vita, scaturisce la necessità che l'Europa disponga di dati longitudinali validi e confrontabili sulla salute degli anziani, per creare un'ampia base empirica per la formulazione di analisi future.

Gli attuali studi sull'invecchiamento, condotti su persone di età superiore a 50 anni, tendono a confondere le relazioni fra stato di salute, qualità della vita e benessere delle persone, affidandosi a strumenti di misura di limitata validità. Tale confusione è legata ad una sovrapposizione concettuale delle domande utilizzate e ad una commistione di osservazioni soggettive ed oggettive.

Di qui la necessità di sistemi di misura, di outcome validi ed affidabili per poter disporre di statistiche adeguate, e di strumenti innovativi per analisi comparative trasversali fra popolazioni diverse. L'obiettivo di questi sistemi di misura e metodologie di analisi dovrebbe essere quello di incrementare la capacità scientifica di produrre e rendere disponibili sia informazioni longitudinali confrontabili, sugli esiti non fatali delle malattie fisiche e mentali, che dati affidabili sui legami fra stato di salute, qualità di vita e benessere. Tali misure dovrebbero rispecchiare il fatto che l'invecchiamento è un processo, e che la valutazione dei fattori determinanti può essere compiuta in diversi stadi della vita.

3. Disabilità ed invecchiamento: i risultati degli studi europei

Come affermano C.T. Römer and HJ von Kōndratowitz "Lo stato attuale degli studi comparativi sull'invecchiamento sembra essere caratterizzato da poca teorizzazione sul se (e sul perché) vi dovrebbero essere differenze (o similarità) nei processi di invecchiamento fra nazioni, società e culture diverse. Nel primo numero dell'European Journal of Ageing (dicembre 2004), furono pubblicati i risultati di una serie di progetti europei, nella maggior parte dei quali sono stati utilizzati metodi di ricerca interculturale (per esempio, i progetti CLESA, ENABLE AGE, ESAW, EURODEP, FAMSUP, MOBILATE, OASIS, and SHARE). Benché tutti questi progetti abbiano comportato la collaborazione di centri provenienti da un minimo di quattro ad un massimo di undici nazioni, è difficile individuare esplicite ipotesi a priori sulle differenze (o similarità) fra società e culture. Più frequentemente si trovano

considerazioni fatte a posteriori (Römer and von Konradowitz 2006)”.

Di seguito si presenterà una breve analisi di alcuni studi rilevanti sull’invecchiamento, focalizzati sulla metodologia di analisi delle informazioni su salute e disabilità e sugli effetti di definizioni differenti di disabilità nell’invecchiamento.

4. *Health Working Paper* dell’OCSE

Nel 2007, l’OCSE ha pubblicato un “Health Working Paper” sui trend di disabilità grave fra le persone anziane in 12 Paesi che fanno parte dell’organizzazione (fra cui Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Italia, Paesi Bassi e Svezia). Il documento operationalizza il concetto di disabilità grave, in termini di dipendenza e presenza di una o più limitazioni nelle ADL (activities of daily living). I dati di prevalenza sono stati acquisiti da fonti nazionali, tenendo conto — ove possibile — della definizione di disabilità grave basata sulla denuncia soggettiva di una o più limitazioni nelle ADL. Il risultato principale è stato che, sebbene vi sia una chiara evidenza del declino della disabilità negli anziani in cinque nazioni su dodici, tre nazioni ne hanno riferito un aumento e due un tasso stabile. I dati sulle malattie croniche (artrite, malattia cardiaca, diabete, ipertensione ed obesità) e sui fattori di rischio negli anziani sono stati approfonditi al fine di valutare se i trend di disabilità di nazioni diverse possano essere associati a una riduzione o ad un aumento nella prevalenza di queste condizioni croniche. Benché la prevalenza di gran parte di queste condizioni e dei fattori di rischio sia aumentata nella maggioranza delle nazioni, non è stato possibile formulare un giudizio preciso sulle correlazioni fra condizioni croniche e la disabilità. Il documento dell’OCSE conclude che *“non sarebbe prudente per i politici confidare in una futura riduzione della disabilità grave negli anziani; si dovrebbe piuttosto migliorare la capacità delle nazioni di approntare sistemi e programmi di cura a lungo termine per prevenire e posporre le condizioni croniche.”* (Lafortune, et al. 2007).

È importante notare come lo studio dell’OCSE si sia basato su di una definizione di disabilità grave creata ad hoc, ovvero una definizione che:

- era chiaramente coerente con i dati degli studi nazionali e basati su indicazioni soggettive disponibili
- era intuitivamente collegata ai bisogni di cura a lungo termine.

Benché questa metodologia fosse stata elaborata da esperti, essa trova i suoi limiti nella natura dei dati disponibili, in particolare dalla notevole diversità degli strumenti utilizzati nei singoli studi. La raccolta dei dati necessita di un approccio a priori, nel senso che la domanda politica (quale sarà la nostra necessità di cure a lungo termine in futuro?) è utilizzata per definire il problema in esame (la grave disabilità).

Gli autori sono stati costretti ad utilizzare questo approccio principalmente a causa del fatto che vi sono definizioni molto diverse di “disabilità grave” fra le nazioni dell’OCSE e che la struttura concettuale coerente fornita dalla Classificazione ICF non è stata ancora adottata praticamente nelle ricerche che vengono compiute nei paesi dell’OCSE, il che è scientificamente inadeguato. Per fornire adeguata evidenza ai trend dei bisogni, è naturalmente preferibile definire il fenomeno che genera tali necessità, indipendentemente dai bisogni stessi. Lo stato dell’arte rappresentato dallo studio dell’OCSE rende chiaro ed esplicito che, piuttosto che manipolare i dati di disabilità delle differenti nazioni, e pertanto fare affidamento su di un insieme di strumenti di raccolta dati non coordinato e non confrontabile, è scientificamente più sensato e corretto sviluppare un’unica misura, perfezionare e testare una singola metodologia che può essere utilizzata da tutte le nazioni per determinare il livello di salute delle popolazioni e gli effettivi trend di disabilità. In questo modo, è possibile ottenere dati utili a soddisfare qualsiasi domanda posta dalla politica.

5. Il progetto SHARE: *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*

Fra gli studi sull'invecchiamento condotti in Europa, indubbiamente quello più completo ed ampio è stato il progetto SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe – Borsch-Supan, *et al.* 2005 a, b). La prima parte di lavoro del progetto SHARE si è svolta in undici nazioni europee nel 2004, e la seconda parte è stata completata nel 2007, con l'aggiunta di altre due nazioni. Il progetto SHARE è stato modellato sullo studio statunitense "Health and Retirement Study (HRS)", sullo studio inglese "English Longitudinal Study on Ageing (ELSA)" e su altri studi europei, come lo studio ILSA (Italian Longitudinal Survey on Ageing), il progetto European Community Household Panel (EHCP), il progetto SILC (Survey of Income and Living Conditions) ed il progetto ESS (European Social Survey).

Le tre aree di ricerca coperte da SHARE sono l'economia, la sociologia e la salute. Gli strumenti di SHARE si basano su domande che riguardano il giudizio soggettivo globale sulla salute, le malattie diagnosticate, i sintomi riportati dalle persone intervistate, una valutazione di visione e udito e le difficoltà nelle ADL e nelle IADL (instrumental activities of daily living). Inoltre è richiesto alla persona di riferire altezza, peso e sintomi di depressione. I partecipanti (ma solo quelli di età superiore a 75 anni) vengono sottoposti ad un test che misura la forza della stretta della mano, la velocità di camminata, la scioltezza verbale, la capacità di ricordare una lista di parole sia nell'immediato che dopo un intervallo di tempo. Il questionario comprende anche domande sul fumo e sul consumo di alcolici, domande generiche sull'attività fisica e sull'utilizzo di servizi sanitari. SHARE misura la qualità di vita utilizzando la versione a dodici item del test CASP, derivata dalla versione originale a 19 item (Hyde *et al.* 2003). In una sezione separata del progetto, SHARE pone domande più dettagliate sugli stati di salute, avvalendosi di vignette per correggere eventuali errori di interpretazione da parte delle persone intervistate. Le analisi iniziali dei dati del progetto SHARE (Borsch-Supan 2005a) mostrano che, mentre il 50% dei danesi intervistati ritiene di avere una salute buona o eccellente, meno del 20% degli spagnoli riferisce la stessa cosa. Quando i dati sono stati assimilati in un unico indice per la salute (che comprende lo stato di salute, i sintomi e le limitazioni), in cui 0 rappresenta la salute peggiore ed 1 la salute perfetta, il punteggio medio degli spagnoli era 0,70, mentre quello dei danesi era 0,75.

Più in generale, i dati di SHARE mostrano un consistente gradiente nord-sud. Per contro, lo studio HALE dell'OMS (Healthy Life Expectancies), che ha unificato gli indicatori di esiti fatali e non fatali di salute in una singola misura, ha chiaramente mostrato che all'età di 50 anni la popolazione generale spagnola si trova in una condizione di salute migliore rispetto a quella danese di pari età. La ragione principale di tale discrepanza risiede negli strumenti utilizzati nel progetto SHARE: la sua concettualizzazione di salute come un'insieme di diagnosi, sintomi, ADL e IADL (ed una limitata selezione di domini di funzionamento) non è in grado di distinguere chiaramente la salute, che è un fenomeno oggettivo, dal fenomeno soggettivo rappresentato dalla qualità di vita e dal benessere.

6. Il progetto ELSA: *English Longitudinal Study on Ageing*

Il secondo importante studio europeo sull'invecchiamento, il progetto ELSA (English Longitudinal Study on Ageing), ha completato due fasi di raccolta di dati su salute, disabilità ed aspettativa di vita sana, e su di una serie di questioni che pongono in relazione condizione economica ed invecchiamento. Per quanto riguarda l'aspetto sanitario, ELSA ha fornito dati interessanti, compreso il fatto che la popolazione anziana del Regno Unito risulta avere meno malattie croniche di quella statunitense, sebbene la spesa sanitaria negli USA sia due volte e mezzo quella del Regno Unito (Banks, *et al.* 2006). Tuttavia gli strumenti utilizzati da ELSA

sono basati su misure di autovalutazione focalizzate sulle malattie croniche e sui sintomi, e pertanto ELSA presenta gli stessi limiti di SHARE.

7. Progetto CLESA: *Cross-National Determinants of Quality of Life and Health Services for the Elderly Project*

Un altro importante progetto finanziato dal Quinto Programma Quadro della Commissione Europea è CLESA (Cross-National Determinants of Quality of Life and Health Services for the Elderly), che ha armonizzato ed analizzato dati dalla Finlandia (Tampere), Israele, Italia, Paesi Bassi, Spagna (Leganes) e Svezia. CLESA è uno studio longitudinale, ma si è servito, per creare un database comune, di strumenti diversi in cui un questionario di valutazione dell'ADL, composto da quattro elementi, è stato utilizzato per confrontare la disabilità fra le diverse nazioni. I dati di CLESA mostrano che il 22,1% di anziani spagnoli di sesso maschile erano classificati come disabili, ma solo il 9,8% di maschi finlandesi lo era (fra le donne le percentuali sono rispettivamente del 33,3% e del 14,2%). I corrispondenti dati sulla mortalità, tuttavia, indicavano che la mortalità era maggiore in Finlandia e minore in Spagna (Minicucci, *et al.* 2003, Noale *et al.* 2005). Questa discrepanza è il risultato degli strumenti utilizzati, che pongono domande solo sulle menomazioni e fondano i loro presupposti su di un concetto di disabilità inadeguato.

Si è qui inteso offrire solo una breve panoramica di alcuni studi rilevanti, i cui risultati tuttavia mostrano chiaramente quanto sia importante riaffermare la necessità di raccogliere dati su salute e disabilità utilizzando parametri di funzionamento chiari e condivisi. I dati che si basano su definizioni non chiare di disabilità, o unicamente su indici di prevalenza, forniscono scarse informazioni sulla salute delle persone e delle popolazioni e, di per sé, non sono in grado di offrire indicazioni utili per la pianificazione politica.

8. Misurare la salute e la disabilità della popolazione anziana in Europa: il modello concettuale dell'ICF e la sua importanza per le politiche europee sull'invecchiamento

L'insorgenza di una malattia non fornisce una previsione attendibile sull'accesso ad eventuali indennità di disabilità, il possibile rientro al lavoro e le capacità lavorative, le probabilità di integrazione sociale. Inoltre la diagnosi di per sé non permette di prevedere il bisogno di servizi, la durata della permanenza in ospedale, i livelli di cura ed i risultati raggiungibili. Questo significa che se noi utilizziamo solamente una classificazione medica delle malattie, come ad esempio l'ICD (International Classification of Diseases), non potremo disporre delle informazioni necessarie per pianificare proposte e piani di intervento adeguati.

Allo stato attuale non esistono dati confrontabili su funzionamento e disabilità, principalmente a causa del fatto che i diversi Paesi, per svariati motivi, definiscono la disabilità in modo differente. Come ha evidenziato lo studio della Commissione Europea sulla definizione di disabilità in Europa (the Brunel University Report, 2003), i dati sulla disabilità non sono raccolti in modo coerente, poiché ad esempio in alcuni stati la disabilità viene definita solo in termini di livelli di performance al lavoro o in altre attività sociali. Nell'ambito lavorativo, per citare un esempio, la formulazione di politiche europee coordinate è stata vanificata dalla impossibilità di raccogliere dati confrontabili sui livelli di disabilità e di occupazione.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità è da molti anni sensibile al problema della

comparabilità dei dati statistici su salute e disabilità. Perseguendo il suo mandato di elaborare standard internazionali per assicurare la comparabilità dei dati nell'ambito della salute, l'OMS iniziò nel 1974 ad ampliare la sua classificazione internazionale delle malattie, ICD, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (WHO 1992-94), con una classificazione del funzionamento e della disabilità, ICIDH, International Classification of Impairments, Disability and Handicap (WHO 1980). Questa Classificazione fu sottoposta ad un processo di revisione durato molti anni. Dopo ampia sperimentazione, la versione finale della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (International Classification of Functioning Disability and Health, ICF) è stata pubblicata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel maggio del 2001 (WHO 2001).

La Classificazione ICF è stata accettata da 191 Paesi come lo standard internazionale che permette di descrivere e misurare la salute e la disabilità, sia come un modello valido per strutturare le informazioni che come classificazione per codificare e raccogliere informazioni su funzionamento e disabilità. L'ICD-10 e l'ICF attualmente compongono la famiglia delle classificazioni internazionali dell'OMS (WHO Family of International Classifications/WHO-FIC).

La disabilità è un fenomeno multidimensionale che nasce dall'interazione tra lo stato di salute di un individuo e l'ambiente fisico e sociale nel quale egli vive (Leonardi *et al.* 2006). I dati sulla disabilità e gli strumenti che la misurano devono rispecchiare questo modello biopsicosociale della disabilità. Ottenere delle informazioni valide e ripetibili risulta essenziale per poter programmare, implementare o valutare le politiche e le leggi atte a combattere la discriminazione, promuovere l'integrazione sociale e la partecipazione e migliorare le pari opportunità.

Il modello teorico su cui si fonda l'ICF è basato su due importanti principi che influiscono direttamente sul modo in cui vengono creati gli strumenti di misurazione della disabilità:

- la disabilità è una condizione comune a tutto il genere umano, piuttosto che una specificità di un gruppo minoritario di persone (principio dell'universalismo);
- funzionamento e disabilità, sia a livello della popolazione che individuale, si situano su un livello di continuità e rispecchiano il fenomeno del "maggiore o minore" piuttosto che del "tutto o nulla".

Considerati insieme, questi due principi prevedono che la misurazione della disabilità debba emergere dalla determinazione del livello di funzionamento in tutti i domini della vita, piuttosto che da considerazioni personali aprioristiche o dalla valutazione di singole categorie diagnostiche quali cecità, sordità, ritardo mentale o paralisi.

Seguendo il principio dell'universalismo, e considerando la disabilità come un continuum di salute e funzionamento, è necessario raccogliere le informazioni a tale riguardo avendo ben presente una comune definizione di disabilità e dei suoi domini; fondamentale risulta inoltre avere un riferimento alla popolazione normale per poter comparare i dati. In questo modo le disuguaglianze potranno essere descritte e misurate rispetto alla differenza di opportunità offerte alle persone con o senza menomazioni. Tali disuguaglianze definiscono i bisogni non soddisfatti legati alle menomazioni, ivi compresi quelli creati dalle politiche e da pratiche discriminatorie.

La Classificazione ICF include i fattori ambientali, i comportamenti e gli atteggiamenti, rendendo per la prima volta possibile l'inclusione, negli studi di popolazione ed altri strumenti di raccolta dati, di domande sulle barriere ambientali e sui facilitatori, domande che, utilizzando un modello teorico comune, rendono più agevoli la comparazione di dati. Tali dati possono quindi essere confrontati tra diversi paesi, popolazioni e gruppi di età differenti. È inoltre possibile misurare gli effetti determinati dai comportamenti e

dagli atteggiamenti altrui sul funzionamento della persona e, di conseguenza, sviluppare interventi in tal senso.

9. Misurare la disabilità in Europa: l'esperienza del progetto europeo MHADIE

La Commissione Europea, Direzione Generale Salute, nell'ambito del Sesto Programma Quadro (*6FP's Scientific Support to Policies Projects*), ha finanziato nel 2005 un progetto di ricerca di tre anni il cui acronimo è MHADIE (*Measuring Health and Disability in Europe: Supporting Policy Development*). Il riferimento teorico e concettuale di MHADIE (www.mhadie.it) è la Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute promossa dall'OMS.

Gli obiettivi del progetto sono:

- a) utilizzare il modello dell'ICF per analizzare i dati provenienti dagli studi di popolazione già presenti e orientare gli studi futuri;
- b) dimostrare la necessità di descrivere la disabilità a livello internazionale e in differenti contesti clinici;
- c) verificare l'utilità dell'ICF nella pratica clinica, nella riabilitazione, nella ricerca e nei settori dell'educazione;
- d) produrre raccomandazioni politiche e linee guida che armonizzino i dati europei al modello di ICF.

Alcuni dei risultati principali di MHADIE sono stati ottenuti nella statistica, area di ricerca nella quale si sono sviluppati dei software per collegare il modello ICF ai database degli studi di popolazione già esistenti con il modello ICF e verificare quali aree della salute e della disabilità non sono coperte da questi studi. Un altro ambito nel quale MHADIE ha prodotto notevoli risultati è la clinica: i ricercatori di MHADIE hanno intervistato 1119 pazienti in 8 Paesi europei, con 13 diagnosi differenti, utilizzando un protocollo composto da strumenti basati sull'ICF (la ICF checklist e il WHO-DAS II), insieme ad altri strumenti di valutazione (sia clinici che di QoL). Questo protocollo ha prodotto dati comparabili sul funzionamento ed ha fornito, informazioni reali sull'impatto delle condizioni di salute, al di là della diagnosi, e sul funzionamento in ambiti come quello lavorativo. I dati su istruzione e disabilità sono stati analizzati grazie alla classificazione ICF-CY (versione Children & Youth), impiegata e testata in questo studio; è stato sviluppato il protocollo MAP-EP (Matrix of Analysis of Problems in Education Planning), che collega le condizioni cliniche e le esigenze educative.

I risultati di MHADIE confermano che i dati raccolti negli studi nazionali e internazionali sono caratterizzati da una confusione sul piano concettuale, da incoerenza e ambiguità rispetto alla definizione di disabilità e alle relazioni tra condizioni di salute, diagnosi e fattori ambientali. Si è dimostrato inoltre come l'ICF sia uno strumento importante, tra le altre cose, anche nella definizione delle politiche sulla disabilità. I risultati di MHADIE saranno presentati alla Commissione Europea; essi forniscono una definizione dei domini di disabilità ed una base per comparare la salute e la disabilità della popolazione, informazioni necessarie per migliorare la capacità di analisi dell'Unione Europea rispetto a questi temi.

10. Pianificare gli interventi socio-sanitari sulla popolazione anziana europea tramite ICF

Di fatto, lo scopo delle ricerche sull'invecchiamento è lo sviluppo di strumenti che possano permettere ai ricercatori di rispondere alle seguenti domande:

- L'invecchiamento della popolazione è il principale elemento trainante dei futuri trend epidemiologici europei e dell'impatto delle malattie?
- Nella popolazione anziana europea risulta evidente il fenomeno della riduzione della morbilità?
- L'invecchiamento si accompagna ad una diminuzione della qualità della vita?
- L'invecchiamento è connesso ad una diminuzione del benessere?
- Quali sono i maggiori determinanti degli outcome correlati all'invecchiamento?

Rispetto alle ultime tre domande, è nostra opinione che gli attuali studi spesso non si occupino in modo chiaro dei meccanismi che spiegano i collegamenti tra salute, qualità della vita e benessere. Tali studi fanno riferimento a misure che non distinguono questi tre costrutti, e ciò indebolisce chiaramente la loro validità. Questo fatto sottolinea la necessità di misurare salute, qualità della vita e benessere in modo indipendente e facendo riferimento a un chiaro quadro concettuale di salute. L'ICF fornisce appunto un tale quadro, distinguendo apertamente gli aspetti collegati alle esperienze di salute, e offrendo una terminologia e una logica di classificazione per descrivere funzionamento e disabilità nell'individuo.

L'ICF è chiaramente una classificazione e non un sistema di valutazione, ma, grazie al suo potere descrittivo, permette di ottenere valutazioni ben definite, ad esempio sulla qualità della vita, basate sulla soddisfazione soggettiva rispetto ai livelli di funzionamento o agli stati di salute. Ciò permette di separare i diversi livelli di difficoltà effettivamente vissuti dalle persone, quali indicatori dello stato di salute, dall'importanza e dal valore che viene attribuito da ciascuna persona al livello di funzionamento in diversi domini. L'ICF permette di definire i livelli individuali di salute in termini di livelli oggettivi di funzionamento in determinate aree di vita, laddove la qualità della vita di una persona è legata alla percezione soggettiva del proprio funzionamento, indipendentemente dal reale stato di salute, ed il benessere è descritto sia in relazione alla percezione soggettiva della soddisfazione in diversi aspetti della vita che al reale stato emotivo.

Identificare e soddisfare i bisogni che emergono a questi differenti livelli richiede interventi politici e socio-economici di tipo diverso. L'utilizzo del modello ICF nella programmazione delle politiche sull'invecchiamento necessita di ulteriori ricerche, ma tuttavia l'ICF rappresenta un linguaggio internazionale comparabile rispetto a tutte le dimensioni del funzionamento umano, a livello del corpo, della persona e della vita sociale. Le difficoltà nel funzionamento a livello del corpo (o limitazioni), possono essere distinte concettualmente e operazionalmente dalle difficoltà di funzionamento a livello della persona o della società (limitazioni delle attività o restrizioni nella partecipazione).

Posto che l'ICF offre un modello interattivo di disabilità, che riunisce il meglio del cosiddetto modello medico e di quello sociale in un unico modello integrato, essa contiene anche una classificazione dei fattori ambientali, vale a dire quei fattori (fisici, sociali e legati agli atteggiamenti) che, in qualità di barriere, contribuiscono a determinare menomazioni, limiti nelle attività e restrizioni alla partecipazione e, in veste di facilitatori, migliorano il funzionamento a livello del corpo, della persona o della società. La classificazione dei fattori ambientali rende possibile, per la prima volta, identificare e misurare l'impatto dell'ambiente sui livelli di disabilità di una persona. In tal modo l'ICF si rivela uno strumento utile alla misurazione dei livelli di salute e di disabilità della popolazione ed alla pianificazione di interventi a livello della persona o dei suoi fattori ambientali.

11. Conclusioni

L'invecchiamento è il più importante fattore associato ad un declino del funzionamento ed è strettamente collegato all'aumento della disabilità, come confermano i dati provenienti dal progetto europeo di ricerca MHADIE, ove si raccomanda che i futuri studi di popolazione siano maggiormente precisi nel raccogliere i dati relativi al fenomeno dell'invecchiamento. L'Europa necessita di dati stabili e comparabili sul funzionamento e sulla disabilità, e di informazioni precise sull'impatto della disabilità nella popolazione anziana, al fine di pianificare politiche adeguate.

Altrettanto fondamentale è la raccolta di dati sulla presenza dei servizi e sugli outcome delle persone con disabilità. In particolare vi è la necessità di ottenere dati qualitativamente migliori dai sistemi amministrativi, dati che possano essere confrontati nel tempo tra diversi stati e territori e tra diversi programmi di salute e welfare. Esiste inoltre il bisogno di comparare le statistiche prodotte da fonti amministrative con gli studi di popolazione ed i censimenti, in modo che da ottenere una stima di quali servizi servono a particolari gruppi di persone e di come essi possano accedervi.

L'invecchiamento è un processo che dura nel tempo, la misurazione dei determinanti dell'invecchiamento deve essere quindi fatta nei vari stadi della vita. Per capire l'impatto della disabilità sulla popolazione, è necessario valutare la salute indipendentemente dai fattori che non riguardano la salute stessa o che sono ad essa correlati. Il modello dell'ICF e il suo approccio biopsicosociale identificano chiaramente le differenze tra questi costrutti e può essere utilizzato per programmare politiche e interventi a diverso livello, come dimostra la ricerca MHADIE. Una valida misurazione della disabilità può essere ottenuta solo tramite studi di popolazione che raccolgano dati sul funzionamento in diversi ambiti di vita, anziché attraverso poche domande sulle menomazioni che danno origine a stime non appropriate sulla prevalenza della disabilità e che possono pertanto distorcere la pianificazione delle politiche e degli interventi.

Queste sono necessità urgenti negli studi di popolazione sull'invecchiamento, poiché i dati possono indirizzare le politiche. Dai risultati della ricerca europea MHADIE emerge la raccomandazione che gli studi di popolazione utilizzino un approccio multidimensionale e che gli interventi politici siano pianificati a livello del corpo, della persona e della società. Di fronte all'invecchiamento della popolazione, legato all'allungamento della vita e suscettibile di produrre un incremento di disabilità, solo questo approccio potrà permettere una razionale definizione delle politiche prioritarie in Europa.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Andlin-Sobocki, P., Jonsson, B., Wittchen, H.U. and Olesen, J. (2005): "Cost of Disorders of the Brain in Europe", *Eur J Neurol*, 2 Suppl 1:1-27.
- Banks, J., Marmot, M., Oldfield, Z. and Smith, J.P. (2006): "Disease and Disadvantage in the United States and in England", *JAMA*, May 3, Vol 295, No. 17 2037-2045.
- Börsch-Supan, A., Brugiavini, A., Jürges, H., Mackenbach, J., Siegrist, J. and Weber, G. (eds.) (2005a): *Health, Ageing and Retirement in Europe – First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*, Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing, University of Mannheim.
- Börsch-Supan, A., Hank, K., Jürges, H. (2005b): "A New Comprehensive and International View on Ageing: Introducing the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe", *European Journal of Ageing*, 2: 4: 245-253.
- Draper, B. (2004): *What is the Effectiveness of Old-Age Mental Health Services?*, Health Evidence Network.

- European Commission Directorate-General for Employment and Social Affairs (2002): *Definition of Disability in Europe: A Comparative Analysis*, Study Prepared by Brunel University, Unit E.4, Bruxelles.
- Hyde, M., Wiggins, R.D., Higgs, P., *et al.* (2003): A Measure of Quality of Life in Early Old Age: The Theory, Development and Properties of a Needs Satisfaction Model (CASP-19), *Ageing and Mental Health*, 7:186-94.
- Lafortune, G., Balestat, G., and the Disability Study Expert Group Members (2007): "Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications", *OECD Health Working Paper*, No. 26.
- Leonardi, M., *et al.* (2006): The Definition of Disability: What Is in a Name?, *The Lancet* 2006; 368(9543):1219-21.
- Minicuci, N., Noale, M., Bardage, C., Blumstein, T., Deeg, D.J., Gindin, J., Jylhä, M., Nikula, S., Otero, A., Pedersen, N.L., Pluijm, S.M., Zunzunegui, M.V., Maggi, S.; CLESA Working Group (2003): "Cross-National Determinants of Quality of Life From Six Longitudinal Studies on Ageing: The CLESA Project", *Ageing Clinical Experimental Research*. 15(3):187-202.
- Noale, M., Minicuci, N., Bardage, C., Gindin, J., Nikula, S., Pluijm, S., Rodríguez-Laso, A., Maggi, S.; CLESA Working Group (2005): "Predictors of Mortality: An International Comparison of Socio-Demographic and Health Characteristics from Six Longitudinal Studies on Ageing: the CLESA project", *Experimental Gerontology*, 40(1-2):89-99.
- Olesen, J. and Leonardi, M. (2003): "The Burden of Brain Disease in Europe", *Eur J Neurol*, 10(5):471-7.
- Tesch-Römer, C. and von Kōndratowitz, H.J., (2006): "Comparative Ageing Research: A Flourishing Field in Need of Theoretical Cultivation", *European Journal of Ageing*, 2006. 3: 155-157.
- WHO (1980): *International Classification of Impairment, Disability and Handicap. A., Manual of Classification Relating to Consequences of Diseases*, World Health Organization, Geneva, Switzerland.
- WHO (1992-94): "International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems -10th Revision", ICD 10 vols. 1-3; World Health Organization. Geneva. Switzerland.
- WHO (2001): *International Classification of Functioning, Disability and Health*, World Health Organization, Geneva, Switzerland.

La salute e l'allungamento dell'aspettativa di vita: prospettive nell'Unione Europea

di Angelo Carenzi*

1. Introduzione

Nonostante che tutti i dati relativi all'aspettativa di vita alla nascita nei diversi Paesi dell'Unione Europea (UE) dimostrino che essa è in continuo aumento, il tema della salute rappresenta ancora una delle maggiori fonti di preoccupazione per i cittadini europei.

Le ragioni sono molteplici ma, ai fini di questo lavoro, ne verranno approfondite due in particolare.

La prima consiste nell'evidenza che esistono ancora differenze significative nell'andamento dell'aspettativa di vita alla nascita tra i diversi Stati membri e questo pone un serio interrogativo a tutti coloro che hanno responsabilità nel definire politiche tendenti a tutelare la salute e alla qualità dei servizi sanitari che devono operare al fine di garantire pari opportunità a tutti i cittadini dell'UE.

Il secondo motivo di preoccupazione deriva dal fatto che l'allungamento della vita e la diminuzione della natalità stanno generando un progressivo invecchiamento della popolazione che, generalmente, si associa ad un aumento della disabilità e dell'incidenza di patologie croniche: il tutto porta a costi sempre più elevati per i servizi sanitari, per le cure a lungo termine e per le pensioni.

I cambiamenti demografici in atto sembrano presentare due facce: una, molto positiva, rappresentata dall'allungamento dell'aspettativa di vita, l'altra, più preoccupante, è quella di una società che invecchia e che pone seri dubbi sulla futura sostenibilità finanziaria del sistema di Welfare europeo.

2. Lo stato di salute nel periodo precedente all'allargamento dell'UE

Dal 1970 l'aspettativa di vita alla nascita è aumentata stabilmente di circa 3 mesi ogni anno nei Paesi più sviluppati e questo andamento non sembra destinato a rallentare (Oeppen J. e Vaupel J.W., 2002; Robine J.M. *et al.*, 2003). Tuttavia, questo fenomeno, chiaramente presente nei Paesi che facevano parte dell'UE nel periodo 1970-1995, non era condiviso dai Paesi dell'Europa Centrale e da quelli dell'Est Europeo, dove l'aspettativa di vita era decisamente inferiore. In un rapporto sullo stato di salute delle popolazioni dei diversi Stati europei redatto dall'Ufficio Regionale per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 1997) veniva messa in evidenza l'esistenza di differenze significative tra i Paesi che già facevano parte dell'UE e i restanti Paesi.

Più recentemente, un interessante lavoro ha paragonato lo stato di salute e i sistemi sanitari dei Paesi della cosiddetta "vecchia Europa" (UE 15) con quelli dei Paesi che a quel tempo

* Presidente, Fondazione Istituto Insubrico di Ricerca per la Vita. www.ricercaperlavita.it.

erano candidati ad entrare nell'UE (Thomson S. *et al.*, 2004). Se si considera l'aspettativa di vita alla nascita, nel periodo 1970-2002 le differenze appaiono piuttosto significative.

Per quanto riguarda la popolazione maschile, il Portogallo è sempre stato, tra i Paesi dell'UE 15, al limite inferiore con valori di aspettativa di vita alla nascita pari a 67,5 anni nel 1980 e a 72,7 anni nel 2002, mentre la Svezia è sempre stata al limite superiore registrando una aspettativa di vita di 77,7 anni nel 2001.

Per la popolazione femminile, i valori più bassi sono stati rilevati in Portogallo e in Irlanda (79,9 anni nel 2001), mentre la Francia si è sempre posizionata ai livelli più alti (83,2 anni nel 2001). Pur permanendo delle differenze in tutto il periodo considerato, si nota una progressiva tendenza ad una riduzione del divario, riduzione che diventa più accentuata dopo il 2002.

Esaminando l'andamento dell'aspettativa di vita alla nascita nello stesso periodo nei Paesi dell'Europa Centrale e in quelli dell'Est Europeo, risulta subito evidente che i valori sono decisamente più bassi rispetto a quelli dell'Europa Occidentale, la differenza di genere è più ampia e, in diversi casi, si registra un aumento del tasso di mortalità all'inizio degli anni novanta. Inoltre, mentre l'aspettativa di vita nei Paesi dell'UE 15 ha avuto un progressivo aumento a cominciare dal 1980, in Lettonia, Estonia, Lituania, Romania e Bulgaria non si è evidenziato alcun miglioramento significativo e anche nei Paesi dell'Europa Centrale, ove si può notare un certo incremento dei valori sia per la popolazione femminile che per quella maschile, l'aspettativa di vita rimane chiaramente al di sotto della media dell'UE 15. Per esemplificare, nel 2001 un uomo nato in un Paese dell'UE 15 poteva aspettarsi di vivere 7,5 anni in più rispetto a un ungherese e circa 11 anni in più rispetto ad un uomo nato in Lettonia.

Attraverso l'analisi di alcuni indicatori significativi dello stato di salute di una popolazione, si evidenzia che nel 2001 la mortalità infantile in Estonia, Lettonia, Lituania, Polonia, Romania e Bulgaria era 2-3 volte più alta rispetto alla media dei Paesi dell'UE 15, mentre un rapporto simile viene documentato in Estonia, Ungheria, Lettonia, Lituania, Slovacchia, Repubblica Ceca quando si mette a confronto la mortalità da malattia ischemica del cuore in questi Paesi e la media dei Paesi della vecchia Europa (WHO, 2004). Per cercare di individuare i fattori responsabili di queste importanti differenze, alcuni autori hanno indagato l'incidenza della cosiddetta mortalità evitabile nei Paesi membri dell'UE 15 e nei Paesi candidati all'accesso (Newey C. *et al.*, 2004). Il concetto di mortalità evitabile era stato proposto inizialmente da Rutstein e collaboratori nel 1976 come indicatore della qualità dei servizi sanitari.

Più recentemente, lo stesso concetto è stato messo in relazione con condizioni che possono essere oggetto di un appropriato trattamento medico (condizioni trattabili) e con altre che dovrebbero essere gestite in modo più efficace attraverso idonei interventi di prevenzione (condizioni prevenibili) e come tali più sensibili ad interventi derivanti da specifiche politiche intersettoriali. Nel rapporto di Newey e collaboratori, 33 patologie erano state selezionate come condizioni trattabili (per es. le infezioni intestinali, la mortalità perinatale, l'appendicite, la malattia di Hodgkin, il tumore del testicolo), 3 condizioni oggetto di prevenzione (le neoplasie dell'apparato polmonare, la cirrosi epatica e la mortalità da incidenti stradali) e la malattia ischemica del cuore trattata a parte in quanto ritenuta suscettibile non solo della qualità e dell'efficienza delle cure ma anche dell'efficacia dei programmi di prevenzione.

Non è compito di questo lavoro analizzare nel dettaglio i risultati di questa ricerca: interessa esemplificare in sintesi l'esistenza di differenze consistenti.

Prendendo in considerazione la mortalità trattabile, il tasso di incidenza all'inizio degli anni '90 era decisamente più elevato in Romania e Bulgaria, seguite dai Paesi dell'Europa Centrale e da quelli dell'Est Europeo: tra questi, solo Slovenia, Lituania e Polonia si attestavano su

valori vicini a quelli del Portogallo, il Paese dell'UE 15 con la più alta incidenza di mortalità da condizioni trattabili sia per la popolazione maschile che per quella femminile. Paragonando i Paesi che stanno nelle posizioni estreme, risulta che nella popolazione maschile c'erano 260 morti per condizioni trattabili ogni 100.000 abitanti maschi in Romania, rispetto alle 69 della Svezia.

Per la popolazione femminile, la situazione peggiore si registra ancora in Romania con 221 morti ogni 100.000 abitanti femmine, mentre la migliore si evidenzia in Francia con 66 morti per 100.000 abitanti femmine.

Se si analizzano i cambiamenti avvenuti nel periodo 1990-2002 nei Paesi dell'UE 15, si può notare che in Portogallo, Austria e Finlandia, l'indice di mortalità da condizioni trattabili si riduce di circa un terzo rispetto al valore iniziale sia per la popolazione maschile che per quella femminile, mentre in Olanda il miglioramento è stato più limitato, pari a circa un decimo del valore iniziale.

Tra i Paesi candidati, la Repubblica Ceca ha mostrato la riduzione dell'indice di mortalità trattabile più marcata; l'Estonia, la Lettonia e la Lituania un lieve progresso specialmente per la popolazione maschile; la Romania, in controtendenza, mostra un aumento della mortalità per la popolazione maschile pari al 5,48%.

Considerando la mortalità da cause che è possibile prevenire, nel 1990-91 l'incidenza più elevata si registra nella popolazione maschile ungherese con 209 morti per 100.000 abitanti maschi, relativamente alta in Romania con 123 morti, mentre il tasso più basso si riscontra in Svezia con 46 morti per 100.000 abitanti maschi. Tra la popolazione femminile, l'incidenza di mortalità da cause prevenibili era di 59 morti per 100.000 abitanti donne in Ungheria, 44 in Romania, 35 in Slovenia, 31 in Gran Bretagna, 18 in Bulgaria e 15 in Spagna.

Nel 2000-2002 una chiara riduzione della mortalità prevenibile è stata riscontrata per gli uomini ma non per le donne ed è particolarmente evidente in Italia, Austria, Portogallo, Finlandia e, tra i Paesi candidati, Repubblica Ceca e Slovenia. Miglioramenti molto contenuti sono riscontrabili in Ungheria e Bulgaria, mentre la Romania è caratterizzata dal peggior andamento.

Un quadro diverso compare quando si esamina la popolazione femminile: nel 2000-2002 si assiste ad un aumento generalizzato della mortalità prevenibile in tutti i Paesi candidati con l'eccezione di Slovenia e Bulgaria, ma, con una certa sorpresa, l'aumento è presente anche in Olanda, Svezia e Finlandia.

Da ultimo, la mortalità per malattia ischemica del cuore: nel periodo 1990-91 è decisamente più alta in tutti i Paesi candidati particolarmente in Lettonia, Estonia, Lituania e Romania. Fa eccezione la Slovenia.

Tra i Paesi della vecchia Europa, l'Irlanda e la Finlandia mostrano i più alti livelli di mortalità sia per gli uomini che per le donne, mentre i tassi più bassi sono riscontrabili nei Paesi dell'area mediterranea. Va comunque precisato che la mortalità nella popolazione femminile è tra le 2 e le 3 volte inferiore rispetto a quella della popolazione maschile.

Nel 2000-2002, una diminuzione significativa della mortalità da malattia ischemica del miocardio è stata ottenuta in tutti i Paesi considerati ad eccezione della Romania: i miglioramenti più significativi si registrano nella Repubblica Ceca, in Gran Bretagna, in Irlanda e in Finlandia.

L'analisi della mortalità evitabile nei vari Paesi che attualmente compongono l'UE dimostra che esistono ancora differenze significative nello stato di salute delle popolazioni dei diversi Paesi membri e in particolare, tra quelle degli Stati che facevano parte dell'UE 15 e quelle degli Stati che recentemente sono entrati a far parte dell'Unione. Peraltro, queste differenze

confermano sostanzialmente quelle già rilevate dagli studi sull'aspettativa di vita.

Le ragioni di queste diversità sono sicuramente molteplici: la qualità e lo sviluppo dei servizi sanitari; la disponibilità di risorse economiche per garantire una adeguata farmacoterapia; l'esistenza di politiche intersettoriali efficaci nell'incrementare idonei stili di vita e nel ridurre gli incidenti stradali; l'attuazione di efficaci interventi di prevenzione; le condizioni di vita e di contesto tali da contenere gli alti livelli di stress; le condizioni di povertà e di scarsa disponibilità di interventi di supporto a carattere sociale. Ovviamente, eventi specifici della storia anche recente di alcuni Paesi hanno inciso significativamente sugli indici di salute che sono stati presi in considerazione.

In ogni caso, ciò che emerge con chiarezza è che l'UE e i Governi degli Stati membri devono rafforzare e continuare il loro impegno nel tentativo di salvaguardare la salute dei propri cittadini e di raggiungere livelli accettabili di equità riducendo significativamente le disuguaglianze esistenti.

3. Le iniziative dell'UE

Per il principio di sussidiarietà (Delors J., 1991) che regola le competenze e i rapporti tra la Commissione Europea e i Governi degli Stati membri, l'Unione non può intervenire direttamente sull'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari dei diversi Paesi europei, ma ha un ruolo riconosciuto nel campo della promozione della salute e in quello della prevenzione.

Tra le iniziative prese dall'UE c'è il Programma di Azioni per la Salute che, con i suoi tre settori di diffusione dell'informazione relativa alla salute, di promozione dei fattori determinanti per lo stato di salute e di coordinamento strategico per affrontare efficacemente eventuali emergenze, può avere un impatto significativo sulla mortalità evitabile e, in particolare, su quella prevenibile. L'informazione e l'educazione sanitaria possono indurre migliori stili di vita, le iniziative atte a promuovere la salute e a prevenire le malattie anche attraverso l'adozione di politiche intersettoriali, possono ridurre la morbilità e la mortalità, la capacità di rispondere in modo rapido e coordinato a gravi pericoli per la salute dell'intera popolazione europea può ridurre gli effetti preoccupanti di eventi gravi quali le pandemie.

Il primo Programma di Azioni Comunitarie nel campo della sanità pubblica (2003-2008) ha finanziato più di 300 progetti e interventi specifici con l'obiettivo di contribuire ad assicurare un alto livello di protezione della salute attraverso una strategia che prevedeva interventi integrati e intersettoriali a favore della salute e l'aumento della cooperazione degli Stati membri nel settore sanitario.

È opportuno sottolineare che recentemente, il Consiglio Europeo dei Ministri ha approvato il secondo Programma di Azioni Comunitarie di sanità pubblica (2008-2013) che è entrato in vigore il 1° gennaio 2008. Gli obiettivi del programma sono: a) aumentare la sicurezza dei cittadini europei; b) promuovere la salute con interventi specifici tendenti a ridurre le disuguaglianze; c) generare e diffondere l'informazione e la conoscenza in materia di salute.

La preoccupazione di ridurre le significative differenze ancora esistenti, sia che si tratti della diversa aspettativa di vita alla nascita o della differente incidenza di mortalità evitabile negli Stati membri dell'UE, sembra essere chiaramente presente nelle strategie dell'UE e il secondo Programma di Azioni Comunitarie che comprende numerose iniziative rivolte alla riduzione delle disuguaglianze, è considerato uno strumento efficace per ottenere gli obiettivi prefissati.

4. L'allungamento della vita e la sostenibilità finanziaria dei sistemi di welfare in Europa

Studi previsionali hanno stimato che nel 2050 ci saranno nell'UE circa 88 milioni di persone con età compresa tra i 60 e i 79 anni, rispetto ai 69 milioni del 2005 (Barea M. e Cesana G., 2005). Inoltre, le persone con più di 80 anni saranno circa 38 milioni rispetto ai 16 milioni del 2005.

L'aumento più significativo avrà luogo tra il 2020 e il 2030 e sarà a carico dei gruppi di persone tra i 60-69 e i 70-79 anni di età. Il primo gruppo è destinato a diminuire tra il 2030 e il 2050, mentre il secondo tenderà ad appiattirsi a favore di una forte crescita delle persone con più di 80 anni di età.

I cambiamenti demografici nei nuovi Stati membri hanno un andamento sostanzialmente analogo rispetto a quello dei Paesi dell'UE 15; in alcuni casi l'invecchiamento della popolazione è addirittura più pronunciato poiché il tasso di fertilità nei nuovi Stati membri, con l'eccezione di Malta e Cipro, è inferiore rispetto alla media europea. Quindi, sebbene l'aspettativa di vita sia più bassa rispetto a quella dell'Europa Occidentale, nei nuovi Stati membri dell'UE i livelli di invecchiamento e di dipendenza stanno aumentando rapidamente.

L'allungamento della vita in Europa è ovviamente un risultato importante legato verosimilmente al miglioramento delle condizioni di vita e dei servizi sanitari. Tuttavia, poiché alcune patologie degenerative, come ad esempio il morbo di Parkinson o la malattia di Alzheimer, sono più frequenti nelle persone che hanno superato i 65 anni di età e, in ogni caso, il costo per le cure sanitarie e per l'assistenza sociale aumenta fortemente nelle persone anziane, l'invecchiamento della popolazione pone un serio interrogativo sulla sostenibilità finanziaria dei sistemi di Welfare in Europa.

In uno studio dell'Economic Policy Committee del Novembre 2001 riguardante le proiezioni della popolazione dell'UE 15 in età da lavoro, realmente impiegata e in età da pensione, viene riportato che nel 2040 per ogni persona anziana pensionata ci sarà solo una persona e mezza effettivamente impiegata e quindi in grado di contribuire al fondo sociale. Inoltre, il bisogno di assistenza a lungo termine inizia a porsi con l'avvicinarsi del 65° anno di età e cresce in maniera esponenziale negli anni successivi (Bosa I. *et al.* 2005). È stato stimato che l'impatto dei cambiamenti demografici sulle risorse necessarie per finanziare le cure a lungo termine nei paesi dell'UE 15 richiederà nel 2050 di raddoppiare la percentuale di PIL destinata a questo settore (Economic Policy Committee, 2001).

Bisogna dire che molti di questi scenari sono stati costruiti sulla base dell'andamento della aspettativa di vita alla nascita, ma avendo come assunto l'attuale indice di comparsa della disabilità. Se l'aspettativa di vita libera da disabilità dovesse crescere con un ritmo più elevato rispetto a quello dell'aspettativa di vita alla nascita, le prospettive future sarebbero certamente migliori rispetto a quanto prospettato dalle previsioni citate precedentemente. In attesa di dati più definitivi sull'andamento della vita libera da disabilità, sembra opportuno citare le iniziative adottate dall'UE nel tentativo di garantire la futura sostenibilità finanziaria dei sistemi di Welfare in Europa.

5. L' "Open Method of Coordination" e le strategie dei Governi per riformare i sistemi di protezione sociale

Nel Consiglio Europeo che si tenne a Lisbona nel Marzo 2000, fu deciso che "il metodo aperto di coordinamento" doveva essere applicato al settore del Welfare. I contenuti di questo

metodo possono essere sintetizzati nelle seguenti azioni (Commission des Communautés Européennes, 2003):

- a) definire le linee guida dell'Unione e tracciare i percorsi idonei per il raggiungimento degli obiettivi a breve, medio e lungo termine;
- b) selezionare indicatori qualitativi e quantitativi e criteri di valutazione adeguati ai bisogni degli Stati membri e facilitare il confronto delle soluzioni migliori;
- c) trasferire i contenuti delle linee guida europee all'interno delle politiche nazionali e regionali;
- d) verificare periodicamente queste politiche ed elaborare conclusioni che possano essere di utilità per tutte le parti coinvolte.

Con il "metodo aperto di coordinamento" l'UE intende promuovere una strategia concertata con le autorità delle singole Nazioni, per modernizzare i sistemi di Welfare dei Paesi membri. La strategia di modernizzazione vuole raggiungere quattro obiettivi principali:

- a) riformare i sistemi di tassazione e i servizi sociali per rendere il lavoro più remunerativo e conveniente;
- b) garantire pensioni sicure e adeguate;
- c) promuovere l'integrazione sociale;
- d) assicurare risposte ai bisogni di salute di alta qualità e anche per il futuro.

La strategia dell'UE mette chiaramente in evidenza che non è possibile affrontare il problema della futura sostenibilità finanziaria dei sistemi di Welfare in maniera settoriale ed è uno stimolo importante ai Governi degli Stati membri per definire le priorità d'intervento sui problemi più urgenti di ogni singola realtà.

Conseguentemente, le strategie dei Governi tendenti a riformare i sistemi di protezione sociale devono prevedere un ampio spettro di interventi in cui ciascun Paese deciderà le priorità in relazione alle problematiche locali ritenute più urgenti.

Gli interventi più significativi che sono stati adottati riguardano:

- a) il miglioramento dei servizi pubblici attraverso un più ampio utilizzo della tecnologia informatica per aumentare la produttività e un uso più ampio del benchmarking per identificare le inefficienze, adottare le migliori soluzioni e aumentare la competitività;
- b) il cambiamento del rapporto con i produttori di servizi, introducendo incentivi per aumentare l'efficienza e la cultura dei risultati;
- c) l'utilizzo di tecniche di mercato nell'appaltare i servizi pubblici, come l'introduzione di elementi di competitività, un maggior utilizzo dei privati e delle collaborazioni pubblico-privato;
- d) la riforma delle competenze fiscali dei diversi livelli di governo, a favore di processi di decentralizzazione;
- e) l'introduzione di forme di contribuzione diretta al pagamento da parte degli utilizzatori dei servizi;
- f) la riforma dei sistemi pensionistici per cercare di aumentare l'età pensionabile;
- g) le riforme dei sistemi sanitari e dell'assistenza a lungo termine per promuovere una organizzazione più efficiente dei servizi che hanno minori costi, come, per esempio, le cure primarie, l'assistenza domiciliare e l'assistenza informale.

6. Conclusioni

È difficile valutare l'adeguatezza e l'efficacia delle iniziative intraprese dall'UE e degli incentivi che l'Unione mette a disposizione dei singoli Governi per superare i problemi derivanti dai cambiamenti demografici che stanno attualmente interessando la popolazione europea. In ogni caso, va riconosciuto all'UE il merito di aver avviato tempestivamente alcuni processi importanti.

In primo luogo, l'UE ha analizzato approfonditamente gli aspetti rilevanti del fenomeno dell'allungamento dell'aspettativa di vita: dalla necessità di intervenire per ridurre le disuguaglianze ancora presenti tra i diversi Stati membri, alla elaborazione degli scenari sull'impatto che i cambiamenti demografici avranno sulla futura sostenibilità finanziaria dei sistemi di Welfare europei.

L'UE ha anche anticipato molti Paesi membri nella messa a fuoco di queste problematiche e ha preso numerose iniziative per aumentare la consapevolezza dei diversi Stati, in particolare di quelli che tendevano a sottovalutare le dimensioni dei problemi o a ritardare decisioni adeguate a causa dell'impopolarità delle decisioni stesse.

Inoltre, l'UE ha definito una politica di sviluppo complessiva e ha proposto una metodologia per affrontare la sfida.

La visione politica è stata presentata con la cosiddetta "Strategia di Lisbona": lo sviluppo della società europea nel periodo 2000-2010 si basa su un aumento della capacità competitiva fondata a sua volta sulla crescita dell'economia e della società della conoscenza. Tuttavia questa maggior competitività non può essere raggiunta a scapito dei livelli di protezione sociale attualmente garantiti ma, anzi, tali livelli dovrebbero essere ulteriormente migliorati.

Il metodo, da un lato propone azioni che l'UE e i singoli Stati membri possono intraprendere in modo coordinato per migliorare la qualità e l'efficienza dei diversi sistemi nazionali di Welfare, dall'altro sottolinea la necessità di affrontare i problemi con la consapevolezza che non si potranno avere risultati significativi adottando provvedimenti limitati e prendendo iniziative scarsamente efficaci.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Barea, M. e Cesana, G. (2005): "Le riforme delle pensioni di vecchiaia", *Il Welfare in Europa: i principali fattori di una crisi*, Società Editrice Fiorentina, M. Barea, A. Carenzi, G. Cesana, eds. 51-80.
- Bosa, I., Cavazza, M. e Carenzi, A. (2005): "L'invecchiamento della popolazione e il crescente bisogno di cure a lungo termine", *Il Welfare in Europa: i principali fattori di una crisi*, Società Editrice Fiorentina, M. Barea, A. Carenzi e G. Cesana, eds. 111-140.
- Commission des Communautés Européennes (2003): "Communication sur le renforcement de la dimension sociale de la stratégie de Lisbonne: Rationalisation de la coordination ouverte dans le domaine de la protection sociale", *COM*, 261 fin./2, Bruxelles.
- Delors, J. (1991): "Subsidiarité: défi du changement", *Actes du Colloque Jacques Delors*, Institut Européen d'Administration Publique, 7-18, Maastricht.
- Economic Policy Committee (2001): "Budgetary Challenges Posed by Ageing Populations: The Impact on Public Spending on Pensions, Health and Long-Term Care For the Elderly and Possible Indicators of the Long-Term Sustainability of Public Finances", *EPC/ECFIN/655/01-EN final*, European Commission, Bruxelles.
- Newey, C., Nolte, E., McKee, M. and Mossialos, E. (2004): "Avoidable Mortality in the Enlarged European Union", *ISS Statistics*, 2: 7-44.

- Oeppen, J. and Vaupel, J.W. (2002): "Broken Limits to Life Expectancy", *Science*, 296: 1029-31.
- Robine, J.M., Saito, Y. and Jagger, C. (2003): "The Emergence of Extremely Old People: The Case of Japan", *Experimental Gerontology*, 38: 735-9.
- Rutstein, D.D., Berenberg, W., Chalmers, T.C., Child, C.G., Fishman, A.P. and Perrin E.B. (1976): "Measuring the Quality of Medical Care", *New England Journal Medicine*, 294: 582-8.
- Thomson, S., Mossialos, E., McKee, M., Nolte, E., Allin, S. (2004): "Health and Health Systems in the New Member States", *ISS Statistics*, 1: 9-62.
- World Health Organization, Regional Office for Europe (1977): "Health in Europe, 1977", *WHO Regional Publications, European Series*, 83.
- World Health Organization (2004): *Health for All Database*.

Easy Care: un modello innovativo di rete a sostegno del Welfare Community a protezione variabile

di Raul Cavalli*

1. Introduzione

Il panorama italiano del settore dei servizi socio-assistenziali si è notevolmente ampliato e ha raggiunto livelli di dinamicità, eterogeneità e complessità tali da imporre a tutti gli attori del settore (operatori pubblici e privati, famiglie, enti programmatori, ecc.) una capacità di lettura e orientamento molto elevata.

Sul lato dell'offerta, infatti, sono presenti numerosissime categorie di operatori e di recente si sono affacciati ulteriori nuovi soggetti — sia in seguito a interventi normativi (ad esempio il D.Lgs. 155/2006 sull'impresa sociale) sia in seguito all'evoluzione delle dinamiche interne alla società civile (ad esempio l'ingresso delle assistenti familiari e il loro diffuso impiego da parte delle famiglie).

Sul lato della domanda i trend demografici ed economici, gli stili di vita e l'avanzamento della scienza e della tecnica determinano l'emergere continuo di nuovi bisogni socio-assistenziali che, per essere soddisfatti, necessiterebbero di un incremento di spesa pubblica non sostenibile e dell'attivazione di logiche o strumenti più efficaci.

Inoltre, le politiche di spesa pubblica e le normative che disciplinano l'accesso ai servizi, l'erogazione e il controllo delle prestazioni sono significativamente difformi anche in territori contigui e solo di recente si evidenziano iniziative nazionali di rilievo (come la legge quadro sulla assistenza, fondo nazionale per la non autosufficienza e livelli essenziali di assistenza) tese a ridurre le differenze e le disuguaglianze territoriali.

Infine, la richiesta di sempre maggiore partecipazione (e responsabilizzazione) alla spesa da parte delle famiglie e un recente significativo riconoscimento dei diritti del consumatore (codice del consumatore, carta dei servizi, class action, ecc.) ha portato a una progressiva maturazione dell'utente-fruttore di servizi socio-assistenziali a consumatore-cliente titolare di diritti.

Da tutto ciò risulta evidente come sia la sfera del pubblico e del privato, sia le famiglie necessitano di strumenti e soggetti di informazione, orientamento, coordinamento ed erogazione di "natura professionale" che sostengano l'operatore pubblico e le famiglie nei reciproci ruoli di attori del mercato dei servizi socio-assistenziali e integrino le specificità dei vari operatori del welfare, recuperando efficienza e appropriatezza nei percorsi assistenziali.

Tuttavia, negli ultimi anni alcune normative regionali e alcune azioni sindacali e politiche sembrano rimettere in discussione la attualità e la validità del principio di sussidiarietà perno del *Welfare Community*.

* Direttore Generale Coopselios.

2. La sussidiarietà: origine e affermazione

Il principio di sussidiarietà, ora particolarmente attuale seppure discusso nelle sue varie forme applicative, rappresenta un aspetto cruciale del rapporto fra stato e società civile. Più esplicitamente la sussidiarietà — da *subsidium*, vale a dire aiuto — ha a che fare con una questione tutt'altro che semplice: pone l'esigenza di definire nuovi confini e nuovi ruoli all'interno del sistema con cui si regola una comunità tra pubblico e privato in virtù di quali bisogni e con quali compiti nei confronti dei cittadini.

Le radici della sussidiarietà sono molto lontane nel tempo e, nel corso dei secoli, tale principio si è accostato a diverse posizioni civili, morali, politiche e religiose, fino ad essere regolamentato nell'ordinamento giuridico italiano e all'interno del diritto comunitario.

Se pure indirettamente, il problema della sussidiarietà viene affrontato da Aristotele che riflette a lungo sui rapporti fra Stato e libertà; successivamente sarà Tommaso d'Aquino a sviluppare i concetti di libertà e di autonomia all'interno di un ambiente culturale, come era quello delle corporazioni medioevali, in cui l'individuo non è pensato come indipendente dai legami sociali, ma si colloca all'interno di fitte trame di collaborazioni professionali o di rapporti familiari-comunitari. Tommaso d'Aquino è forse il primo a riconoscere che il potere politico è chiamato a servire dei fini che non può definire in prima persona, ma che riconosce all'interno della società civile, “unificando e valorizzando gli sforzi sociali all'interno di una visione di bene comune che è, così, frutto di una pluralità di apporti” (Vittadini 2004).

Ma sarà solo nel XIX secolo, all'interno della Dottrina Sociale della Chiesa, che il principio di sussidiarietà viene esplicitamente formulato. Un primo abbozzo è rintracciabile nell'enciclica *Rerum Novarum* (1891) di Papa Leone XIII. Mentre è a Pio XI che dobbiamo l'esplicita enunciazione di tale principio, nell'enciclica *Quadragesimo Anno* (1931):

Come è illecito togliere agli individui ciò che essi possono compiere con le loro forze e l'industria propria per affidarlo alla comunità, così è ingiusto rimettere ad una maggiore e più alta società quello che dalle minori ed inferiori comunità si può fare [...] perché l'oggetto naturale di qualsiasi intervento nella società stessa è quello di aiutare in maniera suppletiva (subsidium) le membra del corpo sociale, non già di distruggerle e assorbirle. [...]

È necessario che l'autorità suprema dello Stato rimetta ad assemblee minori ed inferiori il disbrigo degli affari e delle cure di minore importanza in modo che esso possa eseguire con più libertà, con più forza ed efficacia le parti che a lei sola spettano [...] di direzione, di vigilanza, di incitamento, di repressione, a seconda dei casi e delle necessità.

In queste poche righe emerge chiaramente un'idea di individuo sovrano di sé stesso, dunque in grado di definire i propri bisogni e di individuare autonomamente le norme necessarie per mettere in atto azioni volte a soddisfare le proprie esigenze. Un soggetto, dunque, che non può essere interamente assorbito nelle maglie dell'Istituzione Pubblica, ma che dovrà essere messo nelle condizioni di auto-regolarsi. Da qui il ruolo sussidiario dello Stato.

Nel frattempo il principio di sussidiarietà si afferma progressivamente anche all'interno della scienza giuridica, e, secondo un'accezione laica, trova una sua piena formulazione all'interno della nostra Costituzione. L'articolo 2 ne getta implicitamente le basi, a partire dalla necessità di definire un confine fra diritti e doveri, fra libertà e interesse comune:

La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale.

Ma occorrerà attendere il 2001, con la modifica dell'Articolo 118, avvenuta nel contesto della Riforma Costituzionale che sancisce l'avvio del federalismo nel nostro Paese, perché il principio di sussidiarietà entri esplicitamente a far parte della nostra Costituzione, anche attraverso una sua declinazione operativa in termini di rapporti fra i diversi organi pubblici (*sussidiarietà verticale*) e in relazione al riconoscimento e al rispetto dell'autonomia dei cittadini (*sussidiarietà orizzontale*).

Le funzioni amministrative sono attribuite ai Comuni salvo che, per assicurarne l'esercizio unitario, siano conferite a Province, Città metropolitane, Regioni e Stato, sulla base dei principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza.

I Comuni, le Province e le Città metropolitane sono titolari di funzioni amministrative proprie e di quelle conferite con legge statale o regionale, secondo le rispettive competenze. [...]

Stato, Regioni, Città metropolitane, Province e Comuni favoriscono l'autonomia iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà.

Anche la Comunità Europea, all'interno del Trattato di Maastricht del 1993, ha abbracciato chiaramente il principio di sussidiarietà verticale.

La Comunità agisce nei limiti delle competenze che le sono conferite e degli obiettivi che le sono assegnati dal presente trattato.

Nei settori che non sono di sua esclusiva competenza la Comunità interviene, secondo il principio della sussidiarietà, soltanto se e nella misura in cui gli obiettivi dell'azione prevista non possono essere sufficientemente realizzati dagli Stati membri e possono dunque, a motivo delle dimensioni o degli effetti dell'azione in questione, essere realizzati meglio a livello comunitario.

L'azione della Comunità non va al di là di quanto necessario per il raggiungimento degli obiettivi del presente trattato.

Vale la pena sottolineare che, a partire da queste formulazioni, il principio di sussidiarietà, può essere considerato sotto un duplice aspetto.

- *In senso orizzontale*, con riferimento alla suddivisione di competenze tra Stato e le autonomie locali. Ciò significa che le Istituzioni Statali, anziché sostituire i singoli o le aggregazioni nello svolgimento delle loro attività, creeranno le condizioni idonee per consentire alle componenti singole o collettive delle comunità di poter avere condizioni esigibili come diritti e pari opportunità per sviluppare tutte le potenzialità proprie. Queste sono le garanzie per il rispetto della democrazia, ma anche della libertà e della responsabilità, sia individuale che collettiva.
- *In senso verticale*, con riferimento alla suddivisione di competenze fra Stato, formazioni sociali e cittadino. Ciò significa che l'intervento sussidiario della *mano pubblica* dovrebbe comunque essere riferito al livello più vicino al cittadino. Operativamente, in caso di bisogni sociali, i primi ad agire saranno le comunità ed i Comuni. Se questi non fossero in grado di fornire risposte adeguate, interverranno le Province, quindi la Regione (Art. 118 Costituzione), in seguito lo Stato centrale e infine la Comunità Europea (Art. 3b Trattato di Maastricht).

Tuttavia, passando dalla concezione filosofica e giuridica alle implicazioni pratiche legate alla sussidiarietà, il panorama italiano presenta ancora non poche controversie.

Se infatti la sussidiarietà verticale è ormai ampiamente accettata e praticata, anche in relazione alle riforme nella direzione di una devoluzione sostenuta da tutte le parti politiche, la sussidiarietà orizzontale genera ancora resistenze di natura ideologica, *spesso riconducibili a difficoltà di rapporto tra pubblico e privato* che ha caratterizzato — e continuano a caratterizzare — parte consistente della cultura politica italiana del secondo dopoguerra.

Si tratta di un panorama giuridico e culturale, come vedremo, in continua evoluzione. Un panorama che lascia intravedere margini *di trasformazione dei rapporti tra pubblico e privato in sanità e nelle politiche sociali*. Il settore sanitario, ad esempio, è *da sempre aperto alla presenza di operatori privati che però non sono mai entrati a far parte dei tavoli di programmazione pubblica se non in situazioni territoriali di difficoltà e con un potere, a volte, al limite del ricattatorio*.

Per quanto riguarda invece le politiche sociali, solo di recente, nella formulazione delle normative sul terzo settore, si è preso atto di una collaborazione ormai consolidata tra pubblico e privato sociale. Tuttavia, se il cittadino gode di ampi margini di libertà nella scelta delle strutture sanitarie alle quali rivolgersi in casi di bisogno, al contrario, è assolutamente vincolato nel campo delle necessità socio-assistenziali di carattere non sanitario (come ad esempio l'assistenza domiciliare): una situazione alquanto paradossale.

I motivi di questi squilibri si possono comprendere, da una parte, analizzando la storia della normativa che ha formalizzato la nascita del terzo settore e, dall'altra, gettando lo sguardo ai mutamenti socio-demografici che stanno caratterizzando i paesi occidentali e che danno luogo a nuovi bisogni socio-assistenziali.

3. Sussidiarietà e terzo settore. Un breve excursus storico sulle normative

Parlare di normative relative allo sviluppo del Terzo Settore significa anche fare riferimento alle trasformazioni culturali e organizzative che hanno investito i servizi alla persona.

In particolare, le normative emesse ci permettono, da un lato, di analizzare come il legislatore, coerentemente con il principio di sussidiarietà, sia intervenuto negli ultimi trent'anni a disciplinare e promuovere una pluralità considerevole di fattispecie giuridiche che oggi costituiscono il Terzo Settore, e, dall'altro, in che modo tale regolamentazione abbia implicato profonde ricadute sull'erogazione di servizi.

Se a partire dalla fine del XIX secolo (con la Legge Crispi, 1890) vengono gettate le basi per inquadrare l'intero sistema socio-assistenziale sotto il controllo dello Stato, il punto di partenza verso la formulazione del principio di sussidiarietà, se pure in fase embrionale, coincide con la promulgazione della Legge 833/1978, sull'Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale.

Si tratta indubbiamente di una riforma che impone una svolta in primo luogo culturale nel modo di intendere la salute, sintetizzato nell'articolo 1 della Legge:

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il Servizio sanitario nazionale.

La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana.

La salute, dunque, come diritto del singolo e bene collettivo, ma anche come dimensione complessa che investe la persona nella sua globalità. Già in questa Legge, infatti, sono

contenuti diversi riferimenti alla dimensione sociale e alla necessità di impostare un'assistenza fondata sull'integrazione fra settore sociale e settore sanitario.

Non solo. Questa Legge, pur essendo il risultato di una politica ancora permeata da un'ideologia statalista, sancisce una prima forma di decentramento dell'assistenza pubblica (con le Unità Sanitarie Locali — USL) e introduce il concetto di partecipazione dei cittadini e dei gruppi più o meno istituzionalizzati come requisito necessario per un buon sviluppo dei servizi alla persona.

L'attuazione del Servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle Regioni e agli Enti locali territoriali garantendo la partecipazione dei cittadini.

Nel Servizio sanitario nazionale è assicurato il collegamento e il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività.

Le associazioni di volontariato possono concorrere ai fini istituzionali del Servizio sanitario nazionale nei modi e nelle forme stabilite dalla presente legge.

Tuttavia, se con la 833/1978 tanto è stato fatto in termini di cultura della salute e approccio globale alla persona intesa come portatrice di una complessità da tutelare nel rispetto della sua libertà, la riforma faticò a raggiungere gli obiettivi prefissati. I problemi sono da ricondurre alla “scarsità di risorse disponibili, a una non sufficiente attenzione agli aspetti gestionali che realtà complesse come le USL richiedevano e l'instaurarsi di prassi che confondevano i ruoli dei politici e dei tecnici nella programmazione e gestione dei servizi” (Franzoni, Anconelli 2007, p. 40).

Scarsità di risorse e confusione di ruoli fra politici e tecnici possono essere considerati, non solo nel nostro Paese, ma a livello europeo, i principali motivi di crisi dei sistemi di welfare; una crisi che ha indotto alcuni cambiamenti cruciali: si sono intensificate le collaborazioni fra sistema pubblico e soggetti privati (la fase del cosiddetto welfare mix), e si sono valorizzate le risorse informali e relazionali proprie delle comunità, sempre più intese come proficua risorsa (community care).

In particolare, le soluzioni nell'ottica del welfare mix, sostenute dalla normativa quadro nazionale e, a partire dagli anni '80, declinate attraverso diverse norme regionali, sono state pensate allo scopo di abbassare le spese, creare organizzazioni meno burocratiche, più elastiche, maggiormente adatte a cogliere e a fornire risposte a una molteplicità di bisogni in continuo divenire, capaci infine di coinvolgere un numero più elevato di cittadini in processi di mutuo-aiuto.

Occorrerà attendere però il 1991 perché il protagonismo del non profit venga ufficialmente riconosciuto e sostenuto all'interno della normativa nazionale, con le leggi sulla cooperazione sociale (381/1991) e sul volontariato (266/1991).

Le cooperative sociali si sono affacciate sul panorama economico intorno alla metà degli anni '70, ma la loro più capillare diffusione (a partire prevalentemente dall'Emilia Romagna, con realtà che ancora costituiscono esperienze d'eccellenza in Italia) è riconducibile alla metà degli anni '80. Tuttavia, è solo nel 1991 che il legislatore nazionale ha regolamentato questa importante realtà, qualificandole come enti che hanno lo “scopo di perseguire l'interesse generale della comunità alla promozione umana e all'integrazione sociale dei cittadini” e suddividendole in cooperative di tipo A (volte a produrre servizi sociali) e di tipo B (volte a promuovere l'inserimento lavorativo di persone “svantaggiate”). Sarà solo nel 1997, con il decreto legislativo sul Riordino della disciplina tributaria degli enti non commerciali e delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale (ONLUS), che le cooperative sociali, considerate ONLUS di diritto (come citato nell'articolo 10), inizieranno a godere di un

regime tributario di favore in materia di imposte sui redditi, di imposta sul valore aggiunto e di altre imposte indirette nonché di ulteriori specifici tributi.

Ancora nel 1991, sempre nell'ottica di riconoscere l'ufficialità del Terzo Settore in una prospettiva che si avvicina alla formalizzazione del principio di sussidiarietà, viene varata la Legge quadro sul volontariato. Se il volontariato, infatti, era già stato menzionato nella normativa sull'istituzione del Servizio sanitario nazionale (1978), nel 1991 diventa entità giuridica a tutti gli effetti:

Art. 3.1 La Repubblica Italiana riconosce il valore sociale e la funzione dell'attività di volontariato come espressione di partecipazione, solidarietà e pluralismo, ne promuove lo sviluppo salvaguardandone l'autonomia e ne favorisce l'apporto originale per il conseguimento delle finalità di carattere sociale, civile e culturale individuate dallo Stato, dalle regioni, dalle province autonome di Trento e di Bolzano e dagli enti locali. [...]

Art. 3.2 Le organizzazioni di volontariato possono assumere la forma giuridica che ritengono più adeguata al perseguimento dei loro fini, salvo il limite di compatibilità con lo scopo solidaristico. [...]

Art. 3.3. Le organizzazioni di volontariato possono assumere lavoratori dipendenti o avvalersi di prestazioni di lavoro autonomo esclusivamente nei limiti necessari al loro regolare funzionamento oppure occorrenti a qualificare o specializzare l'attività da esse svolta.

Art. 3.4. Le organizzazioni svolgono le attività di volontariato mediante strutture proprie o, nelle forme e nei modi previsti dalla legge, nell'ambito di strutture pubbliche o con queste convenzionate.

Tuttavia, nonostante il chiaro riconoscimento di un Terzo Settore, come soggetto del privato-sociale capace di produrre valore aggiunto alla rete dei servizi, la soluzione del welfare mix fatica a decollare. Da una parte, gli Enti locali difficilmente sono disposti ad arretrare sul tema dell'erogazione di servizi e percepiscono i soggetti privati solo in termini di "supplenza" di personale, che spesso si traduce in pura esternalizzazione di mano d'opera. Dall'altra, le scarse risorse economiche a disposizione danno luogo al meccanismo delle gare d'appalto al massimo ribasso di costi, generando in alcuni casi gravi conseguenze sulla qualità di servizi. Si tratta di una situazione non ancora completamente risolta.

Solo nel 2000, il pubblico legislatore ha cercato di dare una risposta a queste problematiche attraverso la Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali (328/2000).

In primo luogo la legge codifica i diritti dei cittadini rispetto ai loro bisogni e le obbligazioni da parte del sistema pubblico: in tal senso lo Stato si riserverà la competenza di stabilire i livelli essenziali delle prestazioni erogate. Ma questo è solo il punto di partenza: il vero salto innovativo consentito dalla Legge consiste nell'attribuzione dei compiti più rilevanti al Terzo settore in termini di servizi alla persona, spianando la strada al principio di sussidiarietà che, come abbiamo visto, verrà rafforzato e portato ad ulteriore completezza con la modifica in senso federale della Costituzione.

L'articolo 5 della Legge 328/2000 recita:

1. Per favorire l'attuazione del principio di sussidiarietà, gli enti locali, le regioni e lo Stato, nell'ambito delle risorse disponibili [...], promuovono azioni per il sostegno e la qualificazione dei soggetti operanti nel terzo settore anche attraverso politiche formative ed interventi per l'accesso agevolato al credito ed ai fondi dell'Unione europea.

2. Ai fini dell'affidamento dei servizi previsti dalla presente legge, gli enti pubblici [...] promuovono azioni per favorire la trasparenza e la semplificazione amministrativa

nonché il ricorso a forme di aggiudicazione o negoziali che consentano ai soggetti operanti nel terzo settore la piena espressione della propria progettualità, avvalendosi di analisi e di verifiche che tengano conto della qualità e delle caratteristiche delle prestazioni offerte e della qualificazione del personale.

Il Terzo Settore, dunque, anziché essere chiamato a supplire le carenze del sistema pubblico, è finalmente considerato portatore di un valore aggiunto: un valore aggiunto che si concretizza mediante la produzione di capitale sociale, ovvero nella capacità di esprimere una propria progettualità. Una progettualità che, nell'erogazione dei servizi, si declina come forma di co-progettazione con l'ente pubblico, all'interno di quello che viene chiamato Piano di Zona: un accordo di programma a cui partecipano appunto i Comuni, le Aziende Sanitarie e i soggetti del privato sociale interessati (art. 19). Infine, la Legge sancisce che sarà compito degli enti pubblici più vicini al cittadino, quindi i Comuni, autorizzare, accreditare e vigilare i soggetti privati deputati all'erogazione dei servizi (Art. 6c).

Indubbiamente, la Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali rappresenta una tappa fondamentale per l'affermazione del principio di sussidiarietà, nell'ottica di un welfare municipale e comunitario.

Le ricadute sono estremamente importanti: sia in termini di qualità dei servizi che di differenziazione dell'offerta (si pensi in tal senso all'art. 17 sui Titoli per l'acquisto di servizi sociali, nel quale si stabilisce che “i comuni possono prevedere la concessione, su richiesta dell'interessato, di titoli validi per l'acquisto di servizi sociali dai soggetti accreditati del sistema integrato”).

Dalla Legge 328/2000 in poi, le normative successivamente formulate hanno rafforzato il processo di legittimazione e di riordino di nuovi promotori del privato-sociale.

Nel 2001, un ulteriore passo in avanti è permesso dal decreto legislativo sulle IPAB (Istituzioni di Pubblica Assistenza e Beneficenza). Il decreto detta una nuova disciplina secondo la quale vengono individuati i requisiti per definire la natura giuridica dei futuri Enti prevedendone la trasformazione in Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona (ASP) oppure persone giuridiche di diritto privato.

Nel 2006 il decreto legislativo 155/2006 disciplina l'impresa sociale, in quanto organizzazione che produce ed eroga servizi di utilità sociale nei settori dell'assistenza socio-sanitaria, dell'educazione, dell'istruzione e della formazione, della tutela dell'ambiente, della valorizzazione del patrimonio culturale. Con questa novità legislativa si promuove un intervento nei settori imprenditoriali definiti profit in settori che sono definiti da caratteri imprenditoriali e valori sociali. Non più quindi “buonismo aziendale”, ma strategie di intervento che chiamano in causa rapporti strutturati tra profit e Terzo settore in meccanismi di sussidiarietà. Si profila in questo modo uno “scenario di welfare allargato che si avvale del ruolo delle imprese sociali ove la sussidiarietà diventa concreta ed efficace se è filiera sussidiaria e aziendale” (Fiorentini 2006).

Queste ed altre successive norme hanno creato le condizioni per un potenziale sviluppo di un sistema welfare in grado di fornire risposte adeguate ai bisogni sempre più articolati e differenziati dei cittadini.

Tuttavia, le possibilità messe in campo dalle normative, non sempre sono praticate all'interno dei servizi alla persona, ancora inquadrati all'interno di logiche di welfare mix, ancora lontani dal raggiungere i requisiti di elasticità ed efficienza che le stesse normative sollecitano, ancora in difficoltà nell'esprimere la loro capacità di rinnovamento e, di conseguenza, nel fornire risposte in tempo reale ai bisogni che rapidamente cambiano.

Le normative hanno gettato le basi, appunto. Ma ciò non è sufficiente. Ciò che si auspica,

al contrario, è un cambiamento di mentalità, sia da parte degli Enti locali che ancora si affidano prevalentemente alle logiche dell'appalto, spesso troppo costrittive per i soggetti privati del Terzo settore, sia da parte del privato-sociale che non sempre è in grado di percepirsi come un soggetto anche imprenditoriale e, di conseguenza, non sempre si mostra in grado di stare al passo con le prospettive aperte dal mercato.

D'altra parte, se confrontiamo lo stato attuale dei servizi alla persona con i bisogni emergenti, pur riconoscendo che tanti traguardi sono stati raggiunti sia in termini di sussidiarietà che di qualità dei servizi erogati, emerge che ancora esistono aree non coperte dall'attuale offerta socio-assistenziale.

4. Il settore anziani. Un confronto: l'offerta di assistenza socio-sanitaria e i bisogni emergenti

È un'evidenza ormai riconosciuta che il tessuto sociale italiano, e occidentale in generale, sta subendo una fase di profondo mutamento. Le ragioni sono diverse.

Sono di ordine culturale, se pensiamo al mutamento degli stili di vita e di consumo: un numero sempre più crescente di donne oggi lavora e ciò comporta necessariamente una diminuzione della disponibilità di tempo da dedicare alla famiglia. Parallelamente, in un processo che ha avuto inizio a partire dagli anni '60, la cultura del tempo libero si è imposta come ambito di consumo centrale nella vita di ciascuno: con essa si è sviluppata una forte attenzione anche per i bisogni relazionali, da soddisfare mediante la fruizione di servizi culturali e ludici. Gli stessi servizi assistenziali sono stati in parte condizionati da questa tendenza e la cultura della salute, in una prospettiva sempre più olistica, a partire dagli anni '80 in poi, si specifica non solo come assenza di malattia, ma anche come benessere sociale, psicologico e dunque relazionale (il cosiddetto WellNess).

Contemporaneamente è cambiato l'assetto demografico del nostro Paese. Le famiglie estese, composte da nonni che accudiscono i nipoti, figli che aiutano i genitori anziani, in un circolo virtuoso di reciproco sostegno, sono state via via sostituite da modelli familiari nucleari all'interno delle quali sono venute a mancare le naturali risorse da dedicare all'assistenza.

In aggiunta a ciò, un altro importante mutamento demografico, che investe soprattutto il Settore dei servizi per Anziani ma che presenta ricadute su tutta la popolazione, riguarda l'allungamento delle speranze di vita e, in particolare, l'allungamento di quella fascia d'età ibrida, non del tutto priva di bisogni socio-assistenziali, che sta fra l'inizio della vecchiaia (oggi convenzionalmente fatto coincidere con il compimento del 65esimo anno d'età) e la sua fase avanzata (quella dei cosiddetti "grandi anziani").

Infine, un ulteriore aspetto che incide sul tessuto sociale e che è in grado di produrre importanti mutamenti negli stili di vita nei bisogni delle persone, riguarda la capacità d'acquisto delle famiglie. Ciò produce un forte divario fra chi può usufruire di servizi a pagamento, erogati anche da enti for profit, ad alte qualità di prestazioni, e chi, invece, non riesce a trovare risposte adeguate ai propri bisogni e che, pertanto, si avvale di aiuti non regolamentati dalla Legge (ad esempio le badanti, che pure comportano una spesa significativa) o ricorre a soluzioni che non rispecchiano necessariamente le proprie esigenze.

Anche in questo caso, con particolare riferimento agli anziani, la normativa ha fissato linee guida atte ad agevolare, anche in un'ottica di sussidiarietà, l'erogazione di servizi diversificati, flessibili, capaci di dare risposta a bisogni complessi ed eterogenei.

Facendo un passo indietro nel tempo, è bene ricordare che i servizi agli anziani emersero come problema sociale urgente da risolvere mediante soluzioni diversificate, intorno alla fine degli anni '70. Dopo anni di crescita economica e ampliamento dei margini di benessere,

nel contesto di clima culturale che fa del consumatore-utente di servizi una persona sempre più esigente, all'interno di un processo di crisi delle cosiddette istituzioni totali (si ricorda in al senso la Legge 180/1978) e di apertura dell'assistenza sanitaria all'assistenza sociale e alla partecipazione dei singoli (Legge 833/1978), si fece strada l'idea di poter rispondere ai bisogni degli anziani attraverso un'offerta diversificata e orientata sempre più spesso all'assistenza domiciliare rivolta alla cura della persona e della casa e al supporto in attività quotidiane.

Tuttavia, se pure in un clima di ottimismo e di volontà di sperimentazione, il crescente numero di anziani soli e non autosufficienti e la scarsità di risorse disponibili, indussero l'assistenza domiciliare a trasformare la tipologia di interventi tralasciando la cura domestica, l'effettuazione della spesa, il disbrigo di pratiche burocratiche, per favorire invece una sempre più specializzata cura della persona (alzata, igiene, prevenzione delle piaghe da decubito ecc.). In questo modo, però, rimasero insoddisfatti i bisogni relazionali degli anziani soli (Franzoni, Anconelli 2007).

Questo spiega la parziale inversione avvenuta negli anni '80: all'interno del Servizio Sanitario Nazionale si consolidò la consapevolezza del fatto che le case di riposo erano molto più necessarie di quello che si era pensato negli anni '70. Tuttavia, il progetto, compatibilmente con i costi, era quello di creare strutture residenziali di dimensioni più ridotte (80-100 anziani) con prestazioni il più possibile attente alla dimensione umana e relazionale.

I processi demografici hanno poi cambiato la tipologia di utenza e nelle residenze si è affermata l'ospitalità della non autosufficienza, determinando un consistente aumento delle esigenze di assistenza e dei relativi costi di gestione.

Oltre a ciò la parcellizzazione dei nuclei familiari, in assenza di risposte concrete di sostegno, ha determinato un'impennata nelle richieste di accesso alla residenzialità che viene fruita sempre di più solo ed esclusivamente da utenze con bisogni assistenziali e di cura molto pesanti.

Fu il piano nazionale degli interventi e servizi sociali 2001-2003, Libertà, responsabilità e solidarietà nell'Italia delle autonomie, a riproporre la questione della domiciliarità come uno dei capisaldi del sistema integrato di servizi e interventi. Da questa prospettiva, l'assistenza domiciliare è vista come uno soltanto degli aspetti necessari a costruire la domiciliarità. La domiciliarità, al contrario, si fonda su strategie ben più articolate che riguardano la vita dell'anziano nella sua complessità: dalla vita in casa, alle possibilità offerte dal quartiere, alla città come sistema accogliente e sicuro in cui abitare (da qui la progettazione sulla mobilità e sugli spazi verdi).

In questo contesto si inserisce anche il progetto di Edilizia residenziale, progettata attraverso locali idonei per l'utilizzo di ausili e privi di barriere architettoniche. È il decreto legislativo n. 195, del 1° ottobre 2007 (Interventi urgenti in materia economico-finanziaria, per lo sviluppo e l'equità fiscale), che all'articolo 21 (Programma straordinario di edilizia residenziale pubblica) sancisce il finanziamento, con 550 milioni di euro, di un programma di edilizia residenziale pubblica destinato a soggetti con reddito complessivo familiare inferiore a 27mila euro, che siano o abbiano nel nucleo familiare persone ultra sessantenni, malati terminali o disabili con invalidità superiore al 66%, non in possesso di altra abitazione adeguata al nucleo nella regione di residenza. Un decreto ripartirà fra i Comuni capoluoghi di provincia e confinanti con oltre 10mila abitanti e quelli ad alta tensione abitativa i fondi per un programma straordinario di edilizia residenziale pubblica finalizzato al recupero degli alloggi ex-IACP (Istituto Autonomo delle Case Popolari) o dei Comuni non occupati.

Anche questo, dunque, è un esempio di come le normative siano orientate a preparare il terreno perché i servizi alla persona possano adeguarsi a tendenze socio-culturali e

demografiche in continua evoluzione, fornendo risposte il più possibile soddisfacenti ai bisogni emergenti.

Tuttavia, come sappiamo, esiste sempre uno scarto fra teoria e prassi, dovuto a molteplici fattori.

- 1) I bisogni mutano con una rapidità inattesa, dando luogo ad un'eterogeneità di situazioni e di esigenze difficilmente governabile da strutture che, pur puntando a una crescente differenziazione dell'offerta, sono caratterizzate da tempi organizzativi tradizionalmente lunghi.
- 2) Il mercato muta altrettanto velocemente e la pubblica amministrazione è chiamata a restare al passo, non solo con le richieste sempre più differenziate di sostegno e assistenza, ma anche con l'offerta presente sul mercato. Si pensi allora, alla necessità di utilizzare le nuove tecnologie per l'individuazione di percorsi di cura e assistenza (solo ora, in qualche Asl italiana, si stanno muovendo i primi passi verso la cosiddetta "sanità elettronica", che prevede servizi di telemedicina — cfr. <http://www.sanita.forumpa.it/home/home.html>). Ma si pensi anche alle offerte non regolamentate, come quelle del *badantaggio*, che non possono non essere governate, sia per la loro effettiva utilità che per i potenziali rischi connessi alla totale mancanza di regolamentazione.

Alla luce di queste considerazioni non possiamo fare altro che riconoscere le difficoltà che incontrerebbe un *welfare state* a base prevalentemente pubblica e, di conseguenza, non possiamo che rimarcare la necessità di promuovere soluzioni di *welfare mix* e *welfare community* che, tuttavia, ancora faticano a decollare appieno.

5. La sostenibilità economica del *Long Term Care*

I processi demografici, i cambiamenti istituzionali e le evoluzioni culturali hanno inciso e incideranno sempre di più sui processi di cura ed assistenza e su come questi sono percepiti dai cittadini/utenti.

In particolare la cronicità legata all'invecchiamento, sta avendo solo ora un riconoscimento di protezione e assistenza non solo quando si presenta nelle fasi di acuzie.

È in atto, addirittura, una lenta evoluzione nella definizione dei settori della sanità e della assistenza sociale che danno forma all'area dell'integrazione socio-sanitaria. Le cure primarie, ad esempio, sono, soprattutto quelle prestate a determinate categorie di utenza, avviate a rientrare nella sfera della integrazione.

I processi sopra ricordati, oltre a tanti altri meccanismi che interagiscono nella società, pongono il problema di pensare all'assistenza come a un periodo temporale in continuo allungamento.

Si parla da tempo di *long term care*, sostituendo l'ormai obsoleto termine di cronicità, soprattutto per quanto riguarda le persone anziane. E con questo termine non si indicano solo le cure dedicate allo stato di salute fisica, ma una sfera molto più ampia di interventi di prevenzione delle fasi più acute di decadimento fisico o psichico, fino a comprendere anche tutte quelle azioni parallele a servizio del sostegno al nucleo familiare o comunque ai *caregivers*.

Il *long term care* porta con sé la necessità di un sistema di *welfare* che, necessariamente, deve essere molto più flessibile, dinamico e aperto di quanto avviene oggi.

Occorre, pertanto, superare definitivamente il "*welfare state di tipo universalistico*" e favorire nuovi modelli di "*welfare comunitario a protezione variabile*" che fondano la propria essenza sul principio di sussidiarietà, sui diritti del consumatore (libera scelta in primis), sulla

responsabilità del cittadino (prevenzione, stili di vita, ecc.) e sulla compartecipazione del fruitore al pagamento del servizio.

È consapevolezza diffusa che una sola tipologia di risposta non può essere coerente dal punto di vista sociale né sostenibile da quello economico; ciò è vero sia nel caso dell'erogazione pubblica di servizi residenziali sia, al contrario, nel caso di servizi di sola domiciliarietà. Lo stesso dicasi per le contrapposizioni tra erogatore pubblico ed erogatore privato.

Si è definitivamente affermata la convinzione che solo puntando a mettere in sinergia tutte le potenzialità di una comunità solidale si possa far fronte ad un sistema di welfare sostenibile, anche nel lungo termine.

6. Il progetto *Easy-Care*: un modello integrato di *social-advisoring*

Le analisi fino a qui proposte — sia in relazione alle normative sul Terzo Settore e sul principio di sussidiarietà sia riguardo l'evoluzione dei servizi alla persona con particolare riferimento al Settore Anziani — costituiscono la base di partenza per un progetto di ricerca di soluzioni innovative alle nuove emergenze socio-sanitarie. Il progetto vede la partecipazione del Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria (CERGAS) dell'Università Bicconi di Milano, di TeSan SpA, azienda leader nei servizi integrati di Teleassistenza e di Telemedicina (telefonia sociale, telesoccorso, telecontrollo, telemonitoraggio, telediagnostica ecc.), e Coopselios, cooperativa sociale leader nei servizi alla persona (per anziani, infanzia, disabili, psichiatrici e minori), presente attualmente in 8 Regioni del territorio italiano.

Il progetto, che già si è dotato di un brand — *Easy Care* — e di un logo, si propone come social advisor per la promozione e il coordinamento di network solidali.

L'obiettivo è quello di offrire risposte coerenti sia sotto l'aspetto economico che di servizio: risposte alla famiglia in relazione all'evolvere dei bisogni socio-sanitari della persona anziana, e all'Ente Locale in relazione all'evolvere degli operatori e dei servizi reperibili sul mercato.

Un elemento fondamentale è la diffusione di soluzioni e di una cultura di prevenzione e di mutuo-auto-aiuto, che tende ad evitare una istituzionalizzazione precoce.

In particolare, *Easy-Care* agisce captando i bisogni, realizza e coordina una rete territoriale di operatori molto eterogenei tra loro e in grado di offrire competenze e servizi idonei a soddisfare profili assistenziali molto diversificati. Così operando, *Easy Care* è in grado di garantire sia una continuità assistenziale alla famiglia sia una appropriatezza del profilo assistenziale coerente con i bisogni espressi dalla persona anziana, potendo così segnalare ed offrire nuovi servizi in grado di prevedere un upgrading dell'intensità assistenziale.

Tutto ciò in un'ottica di promozione e sperimentazione di processi socio-sanitari innovativi in grado di facilitare il rapporto tra programmazione pubblica ed erogazione anche privata, nonché tra risorse e competenze pubbliche e private.

A partire da queste premesse, vale la pena entrare nel dettaglio del progetto e descrivere, sinteticamente, il suo funzionamento e i servizi offerti.

Easy-Care prevede l'erogazione di diversi pacchetti di servizi, ciascuno corrispondente a diverse tipologie combinate di prestazioni. Ad ogni combinazione di servizi corrisponde un profilo diversificato dei bisogni socio-assistenziali (e sanitari) espressi dalla persona anziana e dalla sua famiglia.

Nella scelta verrà comunque assistito da un Centro Servizi che ne delinea il profilo in base alla tipologia di bisogni espressi, alla sua condizione familiare e al grado di autonomia.

In questo modo si intende garantire una differenziazione dell'offerta erogata sulla base di una personalizzazione del servizio orientata a ricercare una coerenza fra bisogno e prestazione.

In un'ottica di massima flessibilità, i servizi possono essere suddivisi sulla base di tre tipologie.

6.1 Sportello famiglie

Si tratta di un insieme di servizi e prestazioni destinati agli anziani che vivono in famiglia, senza usufruire in maniera costante e strutturata di servizi specifici, ma che necessitano un sostegno sia per orientarsi nella rete dell'offerta territoriale. Questo pacchetto offre assistenza diretta sia a chi, all'interno della famiglia, si prende cura dell'anziano (care-giver) (a), sia all'eventuale assistente familiare individuata (b).

- a) Funzione di informazione e orientamento al care-giver: fra le prestazioni erogate ricordiamo la possibilità di accedere (con un operatore, mediante un call center telefonico e uno sportello fisico, o tramite un portale Internet interattivo) ad una serie di informazioni sulla rete di servizi territoriali disponibili (assistenza domiciliare, strutture residenziali e semiresidenziali, servizi di supporto da parte del volontariato e dell'associazionismo locale, diritto alla casa, ecc); la Segreteria Sociale (l'utente verrà contattato in occasione delle scadenze di analisi ed esami medici o delle scadenze di documenti, ecc); la continuità e il Consulto medico 24 ore su 24;
- b) Assistenza alle famiglie: nella ricerca di un'assistente familiare adeguatamente formata trasformando il personale domiciliare da badanti a regolari assistenti tramite la predisposizione di un punto di incontro fra domanda e offerta di lavoro (albo locale delle assistenti familiari in collaborazione con il Centro per l'Impiego o Agenzie per il lavoro). Il servizio, inoltre, si avvarrà di uno sportello gestito da un'operatrice qualificata che, attraverso apposite banche dati, fornirà alle assistenti: informazioni sui servizi di diretto interesse (salute, casa, trasporti, auto-aiuto, formazione ecc.); possibilità di raccordo con i servizi territoriali a fronte di specifiche problematiche incontrate nello svolgimento del proprio lavoro e/o in relazione alle condizioni dell'assistito; supporto alla fruizione in auto-formazione attraverso unità didattiche specialistiche multilingue; organizzazione di incontri di informazione e/o di aggiornamento su tematiche di interesse da parte di gruppi di assistenti familiari. Inoltre è prevista la fornitura a domicilio di presidi e ausili a condizioni agevolate.

6.2 Sostegno alla domiciliarità

Si tratta di un pacchetto rivolto agli anziani che, per mancanza parziale di autonomia, necessitano di abitare in un ambiente protetto ma non eccessivamente istituzionalizzato, sia questo uno specifico alloggio creato ad hoc, o la loro casa attrezzata per garantire una adeguata permanenza e assistenza (anche tramite soluzioni di domotica e di teleassistenza e telecontrollo). In tal senso, questo pacchetto si orienta a due ambiti di offerta: l'edilizia socio-sanitaria (a) e la telemedicina (b), anche in concorso tra loro.

- a) Housing Sociale: è, questo, un progetto atto a proporre soluzioni innovative alle tradizionali alternative (domicilio o RSA) che spesso non riconoscono una fase intermedia di bisogno caratterizzato da una alta esigenza di protezione e sicurezza ma da una richiesta di servizi socio-assistenziali solo potenziale o discontinua (a chiamata). Gli alloggi protetti possono essere una risposta concreta che oggi, tuttavia, non trova sufficiente riscontro né negli impegni programmatori di spesa degli enti locali né delle Asl e pertanto ricade sull'utente l'intero costo del servizio riducendo significativamente le potenzialità di successo di

progetti di questo tipo. Per questo, in attesa di politiche forti di spesa pubblica, Easy-Care ha individuato soluzioni finanziarie innovative che, riconoscendo negli anziani una ridotta capacità di reddito (spesso solo le pensioni), si possono fondare sia sulla cartolarizzazione del patrimonio accumulato che sulla promozione di iniziative di edilizia abitativa agevolata o sulla compravendita di diritti di usufrutto a condizioni tali da risultare assimilabili ai canoni sociali.

- b) Domotica e Telemedicina: in questo caso si vogliono dotare gli alloggi degli anziani di apparecchiature di semplice uso, attive 24 ore su 24 e collegate sia ad una rete di emergenza (come ad esempio il rilevatore di cadute o il telesoccorso) sia a servizi di valenza sociale di particolare utilità per vincere l'isolamento, la solitudine e per semplificare la gestione di alcune attività (es. la telecompagnia attraverso la quale sarà possibile attivare un controllo sulle attività svolte dall'utente, oppure lo si informerà dell'arrivo dei farmaci in farmacia, della disponibilità dei suoi esami, dei suoi certificati o delle ricette richieste, ecc.). In aggiunta potrà essere predisposto un ulteriore servizio di telemedicina (quali monitoraggi clinici periodici quali la glicemia, l'ECG, ecc.) in collegamento costante con il medico di medicina generale. Infine, potranno essere fornite proposte tecnologiche di domotica abitativa unitamente a possibili soluzioni di copertura finanziaria.

6.3 *Sostegno alla famiglia*

In questo caso l'offerta riguarda una molteplicità di prestazioni che riguardano: iniziative di anzianità attiva (mediante l'utilizzo della banca del tempo); la possibilità di usufruire di prelazione e di condizioni agevolate nei ricoveri di sollievo per le famiglie (per i periodi di ferie o di intenso impegno lavorativo dei familiari); usufruire di un supporto nel delicato momento della dimissione ospedaliera; beneficiare delle prestazioni della Mutua socio-integrativa (quali consulto medico e guardia medica h24, rimborso integrale del ticket, delle prestazioni specialistiche e delle prestazioni di diagnostica strumentale, ecc. a costi estremamente convenienti rispetto a quello delle tradizionali assicurazioni); accesso a sistemi di finanziamento agevolato della spesa sociale.

Da una attenta lettura dei bisogni espressi dalla persona anziana e dalla sua famiglia si sono elaborati numerosi profili-utente diversificati ai quali sono stati assegnati altrettanti pacchetti di servizi (tra quelli sopra indicati e altri ancora) ottenendo, così, quasi 100 combinazioni di bisogno/servizio che partendo da 35 euro arrivano fino a 80 euro al mese.

Il terreno sul quale sono stati formulati, a seguito di approfondite ricerche socio-demografiche, è la convinzione che sia necessario promuovere una cultura olistica della salute, nel rispetto della dignità e della libertà di ciascuno. Una convinzione che ha portato gli ideatori di questo progetto a impegnarsi nello sviluppo di un'offerta nella prospettiva di una domiciliarità intesa, coerentemente con il Piano nazionale degli interventi e servizi sociali 2001-2003, come dimensione complessa e riguardante l'intera vita dell'anziano: quindi gli aspetti assistenziali, gli aspetti sanitari, ma anche quelli socio-relazionali, in un'ottica di WellNess e prevenzione.

È evidente, lo ribadiamo, che un progetto come Easy-Care si basa necessariamente sulla definitiva affermazione di un welfare comunitario in grado di tenere insieme i decisori pubblici, i servizi pubblici (la Pubblica Amministrazione, i Medici di Medicina Generale, le Assistenti Sociali, ecc.), gli attori del privato-sociale, le Assicurazioni e il sistema delle Mutue e del credito e, infine, gli stessi utenti, coinvolti in una rete di ascolto continuo e attivati mediante percorso di auto-aiuto volti a stimolare soluzioni anche spontanee di assistenza e animazione.

Indubbiamente i vantaggi di una soluzione così integrata sono molteplici: in termini di

innovazione continua, di qualità del servizio erogato e di efficienza dell'intero sistema.

L'esistenza di network solidali come Easy-Care è solo un primo passo verso una effettiva accettazione e integrazione nei sistemi di welfare. Ad oggi una piena funzionalità del modello è praticabile solo per i servizi a domanda individuale a favore del privato cittadino sia in forma singola che associata (si pensi, ad esempio, alle casse mutue di categoria). Sarebbe auspicabile e di reciproco interesse che la Pubblica Amministrazione, sia a livello centrale che a livello locale, accettasse e sostenesse tali innovative tipologie di operatori.

In tal senso, perché Easy-Care si ponga effettivamente come soggetto attivo della sussidiarietà, si impone come indispensabile, a livello politico, un accreditamento istituzionale del network e un riconoscimento della sua funzione a specifica valenza sociale. A livello territoriale, invece, sarebbero assolutamente auspicabili misure quali: l'accREDITamento del network, la spendibilità delle quote dei Fondi Socio-Sanitari Regionali sui servizi erogati dal network; l'integrazione tra le fasi della presa in carico pubblica e della erogazione; l'accesso ai tavoli programmatori; una definizione delle linee di accesso al modello che permettano il passaggio automatico alla fase definita dalla programmazione pubblica. A livello normativo, infine, una deduzione dei versamenti ai fondi sanitari (mutue ed assicurazioni); una defiscalizzazione per l'acquisto delle tecnologie domiciliari; un'incentivazione all'integrazione tra assicurazioni e mutue.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Fiorentini, G. (2006): *Impresa sociale e sussidiarietà: dalle fondazioni alle SpA*, Franco Angeli, Milano.
- Franzoni, F. e Anconelli, M. (2007): *La rete dei servizi alla persona. Dalla normativa all'organizzazione*, Carocci, Bologna.
- Quadrio Curzio A. (2002): *Sussidiarietà e sviluppo: paradigmi per l'Europa e per l'Italia*, V&P Editore, Milano.
- Quadrio Curzio, A. (2002): (a cura di), *Non profit e sussidiarietà: il terzo settore tra servizi alla comunità e alla persona*, Franco Angeli, Milano.
- Massa Pinto I. (2003): *Il principio di sussidiarietà: profili storici e costituzionali*, Jovene, Napoli.
- Vittadini G. (2004): "Il principio di sussidiarietà tra storia e prospettiva", in Violini Lorenza (a cura di), *L'attuazione della sussidiarietà orizzontale in Lombardia*, Giuffrè Editore, Milano.

Invecchiamento e svecchiamento delle popolazioni europee: i fondamenti filosofici

di Raimondo Cagiano de Azevedo*

1. Introduzione

La riforma dei sistemi pensionistici appare una necessità sempre più imperativa per tutti i governi e i Paesi europei: la conseguenza immediata per tutti, e per ciascun Paese, è il riassetto dell'intero sistema delle politiche, economiche e sociali; anzi di tutta l'Europa, giacché queste riforme rappresentano e vieppiù rappresenteranno la nuova frontiera politica del dopo-euro per tutta l'Unione europea allargata.

Si ha così che da una impellente ed apparentemente congiunturale riforma della struttura di solidarietà intergenerazionale scaturisca il ripensamento dell'intero modello europeo di cui a volte si trascurano le radici vitali e profonde di origine filosofica e culturale.

2. Il rischio e la dignità della persona: fondamenti filosofici nel primo novecento

L'apparizione di una persona è legata alla manifestazione di una tensione (De Rougemont n. 8 (1934) p. 17); di un conflitto vitale e creativo che si risolve in un'azione; questa azione provoca un nuovo conflitto ed un rischio, generatori di nuove creazioni. È così che l'azione e la persona risultano indivisibili (D. Rops n.3 (1933) p.14). Il conflitto è interno alla persona che quindi lo supera sempre (A. Marc n. 38, 1937 p. 47). E quando manifesta con l'azione la sua ragion d'essere crea una novità, vale a dire un nuovo rischio. E tutta la sua dignità consiste proprio nell'assumere questo nuovo rischio. In questo sta la dignità dell'uomo come essere responsabile (D. de Rougemont n.8 1934 p. 18). Per la persona non è sufficiente riflettere ed adattarsi, ascoltare ed obbedire: dovrà invece accettare totalmente di assumere rischi e responsabilità (A. Marc n. 11 1934 p. 31). La realtà della persona significa accettare l'azione conoscendone i rischi. Prenderne la responsabilità è avere fiducia nel futuro ed affermare la capacità di introdurre nel mondo il nuovo assoluto. Questa responsabilità può essere assunta solo dalle persone che agiscono (C. Chevalley, n. 17 (1935) p. 5-7).

Ne discende che la società dovrà garantire «à chacun, contre tous les empiétements impérialistes (...), l'aire de libre activité morale et matérielle dont il a besoin pour développer ses dons de création; mettre à la disposition de chacun (...) le minimum d'aide matérielle et morale faute duquel l'individu est hors d'état de tenter sa chance spirituelle et matérielle» (R. Dupuis, n. 39 (1936) p. 33): ipotesi che fa da sfondo teorico a tutte le proposte di minimo sociale garantito, di reddito vitale, di assegno di cittadinanza e così via.

* Istat — Direzione Centrale per le Indagini sulle Istituzioni Sociali, Servizio Popolazione, Istruzione e Cultura.

La cultura personalista propone così l'uomo che si afferma, prende posizione e responsabilità nei confronti degli altri esseri umani, delle cose e della vita impegnandosi e rischiando totalmente in proprio in ogni momento (R. Dupuis, n. 18 (1935) p. 17). Questa cultura è una creazione continua e rinnovata di valori e tradizioni. L'assunzione dei rischi è tanto più praticabile quanto più la persona è liberata da bisogni vitali; è così che le misure di minimo sociale garantito () sono condizione essenziale e preliminare per assicurare la dignità delle persone. Esse assumono dimensione istituzionale: ciò che avviene in modo esemplare e prioritario nel progetto di Costituzione Europea.

La natura stessa delle misure pensionistiche implicano, per definizione, il riconoscimento istituzionale della necessità di garantire i fabbisogni vitali delle persone anche al di fuori degli schemi di redditi (o assegni) di cittadinanza e di altri sistemi di equiripartizione istituzionale del minimo vitale garantito. Esse sono quindi espressione, praticamente indiscussa in Europa, di garanzia della persona: nella fattispecie al di là di una certa soglia di età o per altre specifiche condizioni (disabilità, effetti bellici, riparazioni di danni sociali od altro). Esse esprimono quindi le condizioni necessarie per garantire dignità costituzionale alle persone considerate: e quindi, per seguire l'ipotesi dei filosofi personalisti, di consentire "una liberazione crescente della personalità creatrice" (citazione p. 15 di Gilda M. F.) alle stesse persone con l'assunzione dei rischi proporzionali alle loro attività, cioè alle loro imprese.

Le istituzioni che riescono a fondarsi sulla persona ne riconoscono il primato, riconoscono la natura concreta dell'uomo e ne accettano il permanente conflitto: che è dicotomicamente individuale e sociale così come la stessa persona. Il conflitto della persona con sé stessa; i conflitti individuali e collettivi, nelle coppie, nelle aggregazioni, fra le nazioni, fra i popoli, fra le religioni, fra le etnie richiedono e producono una incessante dialettica per la fissazione di confini e di frontiere e per il loro superamento.

D'altra parte senza frontiere non ci sarebbero cause di conflitto, tradizioni di conflitto, presenza e necessità di conflitti, non ci sarebbero migrazioni né prevenzione e regolazione del conflitto.

La dialettica personalista ed "englobante" che ne discende, diversamente da quella "dechirante" hegeliana, comprende i poli del conflitto così come le relative tensioni; e ne cerca il superamento, nella soluzione, attraverso equilibri successivi che producono nuovi conflitti e nuove contraddizioni e ricerca di nuovi equilibri creativi.

La dialettica "englobante" si applica alla persona come alla società; al lavoro ed all'economia; alla cultura ed alle istituzioni; e rappresenta l'essenza metodologica della cultura personalista che sul piano politico ed istituzionale conduce al federalismo globale.

Il federalismo — ed in particolare il federalismo europeo — non riconosce e non può riconoscere, neppure teoricamente, la guerra come metodo di risoluzione dei conflitti; che è invece prevedibile e frequentemente praticata (anche in forma surrettizia) come metodo di risoluzione dei conflitti nelle relazioni internazionali ed intergovernative. Relazioni federali, sussidiarie e solidali ai diversi livelli di conflitto delle persone sono l'alternativa storica e dottrinarina a quelle diplomatiche, negoziali ed internazionali.

L'Europa esprime il laboratorio moderno di queste dottrine; le loro manifestazioni si sono alternate e si alternano nella storia recente del processo di costruzione dell'Unione Europea; il progetto di Trattato per la Costituzione europea esprime il più recente di questi passaggi; ed in esso la dignità della persona rappresenta il Titolo I del preambolo, nella parte riservata ai diritti fondamentali dell'Unione.

È possibile che non sia stato esplicitamente consapevole il legame tra persona (non individuo), la sua dignità ed il rischio generatore di tensioni esistenziali: legame fondamentale nel federalismo personalista; ma esso appare nel testo costituzionale che risente così, in modo

profondo, delle radici filosofiche che hanno generato il clima culturale e politico nel quale è nato, con i padri fondatori, il progetto dell'Unione Europea. E non dispiace ricordarlo fra i tanti aspetti celebrativi del cinquantesimo anniversario dei Trattati di Roma.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Chevalle, C. Y. (1935): "Sur l'idée de responsabilité", in *Ordre Nouveau n° 17*, Imp. E. Aubin et Fils, Ligugé (Vienne): p. 5-7.
- Dupuis, R. (1935): "Qu'est-ce que la culture ?", in *Ordre Nouveau n° 18*, Imp. E. Aubin et Fils, Ligugé (Vienne): p. 17.
- Dupuis, R. (1936): "Election et souveraineté", in *Ordre Nouveau n° 39*, Imp. Graphique, Paris, p. 33.
- Heim, M. (2004): *Introduction au fédéralisme global*, Aracne ed., Roma,
- Manganaro Favaretto, G. (2006): "Federalismo personalista di Alexandre Marc", in *Antologia di A. Marc*, Franco Angeli ed., Milano, p.15
- Marc, A. (1934): "Ton destin", in *Ordre Nouveau n° 11*, Imp. E. Aubin et Fils, Ligugé (Vienne), p. 31.
- Marc, A. (1937): "L'être qui dit non", in *Ordre Nouveau n° 38*, Imp. Graphique, Paris, p. 47.
- Rops, D. (1933): "Spirituel d'abord", in *Ordre Nouveau n° 3*, Imp. E. Aubin et Fils, Ligugé (Vienne), p. 14.
- de Rougemont, D. (1934): "Communauté révolutionnaire", in *Ordre Nouveau n° 8*, Imp. E. Aubin et Fils, Ligugé (Vienne), p. 17-18.

La gestione dell'invecchiamento attivo: dall'allungamento dell'età pensionabile ai nuovi rischi del lavoro maturo

di Maria Luisa Mirabile*

1. Introduzione: sulla varietà delle vecchie e lo strabismo delle politiche

Il paper intende contribuire alla riflessione generale in corso sull'invecchiamento attivo per l'aspetto relativo alla componente occupazionale. Si sosterrà, sulla base di alcuni output delle azioni europee e nazionali realizzate per l'allungamento della vita lavorativa e la crescita dell'occupazione delle età mature, che l'azione sviluppata sul versante delle politiche previdenziali sia in qualche modo entrata in un suo ciclo maturo e che, al contrario, le politiche del lavoro necessitino ancora di un'attenzione importante, sia per creare la voluta crescita dei tassi occupazionali, sia per evitare che nel passaggio in corso dalla protezione sociale classica (sul cui uso distorto si sono in parte basate negli anni '80 le condizioni del fenomeno 'over45' in quanto tale) alle strategie di attivazione si producano effetti di una diversa, e forse più subdola, marginalizzazione della manodopera (considerata) meno dotata.

In quest'ottica un richiamo più specifico potrebbe riguardare l'esigenza di una maggiore attenzione degli osservatori al processo e al tipo di effetti che vanno determinandosi dalla combinazione fra l'omogeneità cognitiva certamente riconoscibile come risultato delle azioni di coordinamento e dei programmi europei nel 'discorso pubblico' dei singoli stati membri (e dei relativi livelli sub nazionali di governo) e la persistente diversità, che oggi si esprime principalmente come onda lunga confermativa della path dependency di piersoniana memoria, negli stili e nei tempi di attuazione delle riforme, dei modelli ed anche dei sistemi operativi nazionali e regionali del mercato del lavoro e del welfare (per un'analisi delle riforme nazionali del mercato del lavoro in Europa, cfr. AAVV, "La Rivista delle Politiche Sociali", n. 2, 2007; per un'analisi localizzata degli ammortizzatori sociali in Italia, cfr. M. Marocco, *ivi*). Stando agli over, in questa fase di trasformazione che dovrebbe vedere l'evoluzione dell'azione dei meccanismi 'passivi' di tutela (siano essi di matrice lavoristica, o siano di matrice socio-assistenziale) verso quelli di tutela 'attiva', la capacità di sostegno della manodopera più debole dovrebbe venire assunta come elemento sensibile d'attenzione. In termini chiari: la questione richiede di essere osservata anche sotto il profilo dei rischi. Il senso sempre più comune (e di per sé corretto) di un necessario allungamento dell'età lavorativa e alla crescita dell'occupazione delle persone avanti negli anni, se non sostenuto da pratiche pubbliche, aziendali e sindacali convinte ed efficaci può dar luogo a situazioni di forte esposizione sociale di queste fasce generazionali: l'Italia si propone come un Paese non esente da questo rischio. Anticipando qui qualche considerazione sul caso italiano, va infatti notato come la recente crescita occupazionale registrata fra le classi d'età più avanzate è avvenuta principalmente grazie ad un consistente impegno della componente femminile nelle occupazioni non standard, cosa che può suggerire profili di impiego-reimpiego diversi:

* Direttore "La Rivista delle politiche sociali" e responsabile area Welfare, IRES.

dai nuovi ingressi volontari a quelli spinti da insorte necessità economiche individuali o del nucleo familiare, fino ai re-impieghi in “seconde carriere” tali solo per il passaggio, dopo il pensionamento, dal lavoro dipendente al lavoro non standard.

Ma preliminare a tutto ciò è l’argomento generale relativo all’ovvia constatazione della varietà di significati della nozione stessa di vecchiaia, a seconda che essa venga utilizzata in ambito demografico, biologico, sociologico o altro; della diversità di tempi e di modi con cui si verifica nei corsi individuali di vita e di come il suo modo di manifestarsi rifletta raggruppamenti sociali in base al lavoro svolto, al livello di istruzione, all’adeguatezza professionale, al possesso di ‘competenze sociali’, all’accessibilità ai vari campi del benessere, e così via. Di qui, se quanto detto è vero, la necessità che tanto l’allungamento della vita lavorativa quanto lo sviluppo dell’occupazione in età matura transitino dal terreno finora principe delle politiche previdenziali (riforme complessive e restrizioni specifiche delle uscite anticipate, con associazione — o meno — di incentivi economici per il prolungamento del lavoro) a quello delle iniziative integrate, *multipolicy* e *multilevel*, e mirate all’obiettivo della valorizzazione della manodopera matura, sia essa da mantenere in occupazione, sia da reclutare ex novo.

Sono d’altra parte numerose le evidenze empiriche derivanti dall’esperienza dei vari Paesi, Italia compresa, che sostengono questo punto di vista. Due soli dati possono essere sufficienti ad esemplificare la questione. Innanzitutto le durate occupazionali. Secondo una recente elaborazione Eurostat, la quota di occupati di età compresa fra i 55 e i 64 anni varia di quasi il doppio a seconda del titolo di studio; nella media fra i due generi (ma la differenza è ancora più accentuata per le sole donne) l’occupazione complessiva delle persone della suddetta classe d’età con un’istruzione ‘tertiary level’ è pari al 61,8%, mentre è del solo il 32,4% fra le persone con un grado di istruzione inferiore alla scuola secondaria superiore (Eurostat, “Statistics in focus. Population and Social Conditions”, 17/2006). L’altro dato illuminante riguarda i tassi di reimpiego per età: secondo un recente rapporto EMCO, in Europa il tasso di reimpiego di un disoccupato over 50 è inferiore di oltre la metà di quello dei disoccupati compresi fra i 25 e i 49 anni (European Commission, Social Protection Committee, “Active Ageing. The Policies of EU Member States”, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bonn, 2007).

2. L’Europa e gli over: una riflessione ex post

I principali obiettivi che le istituzioni europee si sono poste riguardo all’incremento del lavoro maturo sono noti e fanno riferimento a quelli assunti nel più ampio contesto della Strategia di Lisbona. In particolare nei Consigli di Stoccolma (2001) e di Barcellona (2002) sono stati assunti rispettivamente gli obiettivi che entro il 2010 il tasso di occupazione degli over 55 avrebbe dovuto raggiungere il 50% del totale delle forze di lavoro di quella classe d’età e, per la stessa data, l’età media di uscita dal lavoro sarebbe dovuta aumentare di cinque anni. Ad oggi, nonostante un certo avvicinamento agli obiettivi, il tasso medio di occupazione europea degli over 55 è pari al 42,5% e l’età media di uscita dal lavoro è pari a 60,9 anni.

I processi segnalati dai dati suggeriscono considerazioni diverse. Per ciò che riguarda l’occupazione siamo di fronte ad un andamento di crescita sostanzialmente relativamente lineare (contraddetto in parte da alcune criticità di tipo qualitativo rilevabili, ad esempio, nel caso italiano su cui si tornerà più avanti). Nell’insieme la distanza dall’obiettivo fissato a Stoccolma si è spostata dai 13,1 punti percentuali del 2000 ai 7 e mezzo punti percentuali del 2005 (cfr. EMCO, op. cit.), ed è rilevante notare — come rilevabile dai dati Eurostat — il ruolo di traino giocato dalla componente femminile, il cui tasso di crescita occupazionale è stato in questi anni superiore al doppio rispetto a quello maschile.

Al contrario, l'allungamento della vita lavorativa ha avuto un andamento discontinuo, di crescita e recessione.

L'azione di riforma sviluppata dai paesi membri dell'Unione è avvenuta in momenti e con intensità diverse, ed è così riassumibile: innanzitutto, naturalmente, la presa di consapevolezza del fenomeno e la messa in discussione del ricorso imprenditoriale alle uscite anticipate in quanto strumento di gestione di fatto delle ristrutturazioni e delle eccedenze occupazionali (tutti i Paesi); l'adozione criteri restrittivi per l'autorizzazione delle uscite individuali precoci (tutti i Paesi); il varo di riforme previdenziali con, tranne eccezioni, l'innalzamento dell'età pensionabile, l'introduzione del pensionamento graduale e lo sviluppo di sistemi flessibili della relazione età-pensionamento-lavoro, basati anche su meccanismi di incentivi/penalità finalizzati al prolungamento della vita lavorativa (soprattutto i Paesi dell'Europa continentale, ma anche l'Olanda e i Paesi mediterranei come l'Italia e la Spagna); la promozione del lavoro in età avanzata attraverso le politiche di attivazione del lavoro, vale a dire di misure che tendano a rendere più occupabile la manodopera più anziana, fra cui lo sviluppo dei sistemi formativi continui con particolare riferimento ai lavoratori avanti negli anni, ed il miglioramento delle condizioni di prestazione del lavoro con interventi relativi tanto agli orari, quanto all'organizzazione e all'ambiente di lavoro (prevalentemente nei Paesi nordici).

Le logiche cosiddette di “bastone e carota” attraverso cui si tende ad influire sulle scelte individuali di pensionamento sono caratteristiche dell'Europa continentale e mediterranea con cui, a lato di misure di restrizione dei pensionamenti anticipati. Il target reale di queste misure sembra essere quello del dipendente maturo, considerato dalle aziende utile e capace di dare prestazioni professionali desiderabili, e non quello di lavoratori considerati in sovrappiù. La spinta verso la maggiore occupazione e il prolungamento della vita lavorativa degli over, ricercata nei vari Paesi agendo su una gamma diversificata di strumenti creati più o meno ad hoc, ha però usufruito di una tastiera più o meno ampia e, ad esempio, nei Paesi del Nord Europa, accanto alle restrizioni per l'accesso al pensionamento anticipato per disabilità, sono state ‘da subito’ varate misure integrate per il miglioramento dell'ambiente e delle condizioni di lavoro (che, nella scia della tradizionale cultura della salute e del benessere del lavoro portano, ad esempio, alla creazione dei cosiddetti “flex and soft jobs” per le persone mature) frutto (come nell'esemplare caso finlandese, che agisce in questa direzione pur in presenza di un certo condizionamento delle esigenze imprenditoriali dovuto alle relativamente meno rosee, rispetto all'area nordica, condizioni del mercato del lavoro ed ai maggiori tassi di disoccupazione) del coinvolgimento dei lavoratori, delle aziende e delle parti sociali nei processi di intervento per il recupero e l'attivazione della manodopera più matura. Qui la tradizione della formazione continua trova ulteriori canali e modalità di diffusione, sostenuta com'è in tutta Europa, in qualità di strada maestra per il mantenimento in attività delle persone mature. In generale comunque la formazione continua rientra fra gli strumenti ritenuti più interessanti ed utili per promuovere l'occupabilità dei lavoratori per l'intero arco della vita lavorativa, secondo l'ispirazione generale e i numerosi pronunciamenti comunitari in materia.

Nel panorama generale il Regno Unito spicca per disomogeneità. Qui non c'è stata alcuna riforma del sistema previdenziale, nella sua componente pubblica già ridimensionato negli anni precedenti e ‘alleggerito’ da scelte di ‘opting out’ verso gli altri pilastri del sistema, con la riduzione progressiva delle rendite pensionistiche pubbliche e lo sviluppo parallelo del peso della previdenza integrativa (cfr., per una disamina più estesa e per maggiori riferimenti bibliografici: Mirabile M.L., “Essere Over. Età, lavoro e nuovi scenari di welfare”, Quaderno Spinn n. 23, Roma, 2006).

Questa, forzando un po' le cose, la ricostruzione sintetica delle risposte al fenomeno invecchiamento della popolazione — crisi dei sistemi previdenziali — paradosso del fenomeno over; e di questa overview si vorrebbe evidenziare soprattutto l'asimmetria che

ha caratterizzato l'azione condotta sui versanti delle riforme previdenziali e del mercato del lavoro, con un'attenzione decisamente più sviluppata nei confronti del primo, trainato da un allarme generale e — come si cercherà di dire più avanti — dalla certa maggiore 'facilità' di deliberazione degli indirizzi automatici centrali.

È chiaro che lo squilibrio demografico delle società occidentali verso le componenti più anziane della popolazione e l'allungamento delle fasi di vita in condizione di pensionamento hanno rappresentato, e in qualche misura ancora rappresentano, fattori chiave di orientamento per il ridisegno dei sistemi di welfare, a partire dalle componenti previdenziali. Alla luce di ciò si vuole però sostenere che l'esigenza di correggere questi meccanismi in previsione di un futuro in cui la componente attiva del lavoro non sarebbe stata più in grado di sostenere quella 'a riposo' ha prodotto un'intensa azione riformatrice ed importanti confronti economici, politici e sociali, che nel loro insieme teso ad oscurare l'esigenza di un contemporaneo e approfondito sviluppo di quelli che avrebbero dovuto essere i presupposti culturali, economici e organizzativi di una ripresa valida della presenza degli over nei luoghi di lavoro. Questo almeno nei Paesi più gravati da limiti di universalità e da retaggi di inefficienza delle relative azioni di riforma e di governo.

A latere dello squilibrio demografico, *paradossalmente*, si è avuto negli anni '80 il crollo dell'occupazione matura, spinto principalmente dalle esigenze imprenditoriali di realizzare processi di ristrutturazione industriale e di innovazione tecnologica con limitati investimenti in capitale umano (e di avviare — attraverso il ricambio intergenerazionale della manodopera — nuove 'regole d'ingaggio' per l'insieme del lavoro in chiave sempre più economica e flessibile). Il crollo, che ha toccato in alcuni paesi i 20 punti percentuali di caduta dell'occupazione maschile, è stato consentito dalla possibilità di ricorrere a meccanismi di uscita anticipata su base previdenziale (prepensionamenti e vari tipi di pathway out) tali da sostenere i redditi dei lavoratori precocemente allontanati dalla produzione. Di qui lo strutturarsi di una convergenza di interessi diversi fra le parti economiche e sociali che ha dato luogo a quella che è stata efficacemente battezzata da G. Naegale 'la grande alleanza di prepensionamenti'.

Rispetto a tutto ciò l'azione europea e degli Stati membri è stata solo in parte un'azione distintiva. In generale è proliferata una visione di senso comune, diffusa, semplificata ed omologante, del "pensionato giovane" come figura responsabile della propria ingiustificata inattività.

3. Comportamenti nazionali, prospettive e rischi

Ma torniamo ai risultati. L'età reale di pensionamento si è prolungata di un solo anno con andamenti intermedi del periodo d'interesse oscillatori mentre i tassi d'occupazione hanno ridotto con progressi lineari di circa la metà il gap con l'obiettivo di Lisbona. Alla luce di questi due andamenti non è eludibile un tentativo di interpretazione che non si ponga naturalmente l'obiettivo di fornire una vera e propria spiegazione. La numerosità e la complessità degli elementi in gioco, che coinvolgono interessi materiali, modelli organizzativi, consuetudini relazionali, prassi datoriali consolidate e diritti sociali acquisiti, modelli culturali, stili di vita e così via, certamente non permette di dare qui risposte adeguate. Ciononostante si tenterà di tratteggiare un tipo di riflessione che conduca a qualche considerazione soddisfacente.

Innanzitutto l'azione europea e, a seguire, quella degli Stati membri. Anche se in un processo non meccanico, a partire dalla seconda metà degli anni '90 l'azione sollecitata dall'Unione europea verso il target dei lavoratori over si è incardinata nelle riforme nazionali dei sistemi previdenziali e dei mercati nazionali del lavoro. E sembra da questo punto di vista plausibile sostenere che, in linea generale, vale a dire nella grande maggioranza dei

casi, l'azione nazionale è stata più immediata e intensa nel primo dei due settori. Questo per un insieme di ragioni che vanno dalla diversa strutturazione istituzionale all'interno degli stati membri dei due settori, con politiche previdenziali del tutto centralistiche e politiche del mercato del lavoro "miste", con importanti competenze decisionali e gestionali allocate anche a livello regionale, alla maggiore possibilità che le politiche previdenziali hanno offerto di operare sia varando misure restrittive omogenee dei requisiti per le uscite anticipate, sia attivando meccanismi di incentivi-penalità come leva di comportamenti individuali "virtuosi", a prescindere dalla considerazione di condizioni soggettive e contestuali più o meno favorevoli alla loro attuazione. L'incremento dell'occupazione matura via gestione del mercato del lavoro si presenta come obiettivo decisamente più complesso sia a causa delle disomogeneità territoriali di arrivo delle indicazioni europee e regionali, sia perchè — al di là dei più o meno brillanti disegni regionali di policy — profondamente immersa nel sistema allargato di convinzioni e relazioni economiche e sociali locali.

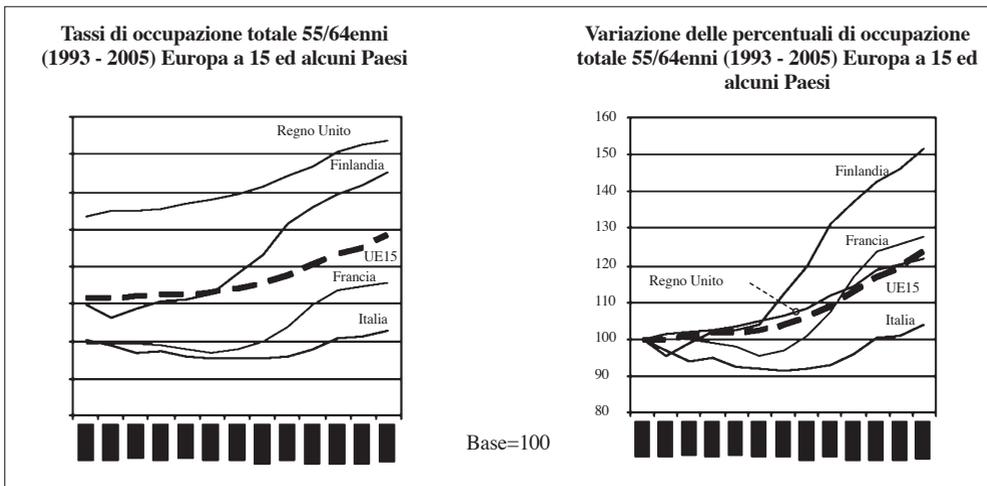
Sul primo versante, quello delle riforme previdenziali, le azioni di riforma sono state più comparabili (e comparate) di quelle agite sul versante delle politiche del lavoro. Questo forse anche perchè le prime hanno avuto, a livello dell'organizzazione istituzionale dei singoli Stati, punti di riferimento centrali, essendo allo stesso tempo espressione di culture nazionali di welfare che, pur se diversificate da un capo dell'Europa, hanno trovato nei sistemi previdenziali le loro prime e più consolidate espressioni, determinando l'esistenza di istituti più simili e maggiormente confrontabili da un Paese all'altro rispetto alle strutture e modalità di governo del mercato del lavoro. Su questa base, semplificando, esse hanno agito, in assonanza con le indicazioni europee, da un lato iniziando a porre barriere e vincoli legislativi contro le varie forme di uscita anticipata; dall'altro introducendo il principio della flessibilità di uscita in relazione all'età, introducendo maggiorazioni e riduzioni delle future rendite pensionistiche rapportate alla durata effettiva individuale del lavoro, introducendo forme di pensionamento graduale. Dall'altro lato c'è da ribadire che, pur se raccordate alla SEO, le riforme europee del mercato lavoro esprimono, rispetto a quelle in ambito previdenziale, una maggiore eterogeneità e dunque una minore comparabilità trans e intranazionale. Questo probabilmente è dovuto al loro minor consolidamento nella vicenda storica del welfare europeo, ed anche alla loro connotazione statale non centrale, con allocazioni istituzionali ai livelli sub-nazionali di governo. La personalizzazione delle politiche è inoltre un'attività che richiede, al di là della differenziazione delle pathways nazionali più o meno predisposte verso il criterio dell'attivazione, risorse e competenze molto elevate, non sempre facilmente reperibili in tutti gli scenari nazionali di welfare. Anche a fronte dei limiti della ricerca empirica comparativa sulle modalità di attivazione del lavoro maturo, è comunque chiaro che i Paesi scandinavi e quelli anglosassoni hanno avviato — più di quelli dell'Europa continentale e mediterranea — politiche e pratiche di attivazione del lavoro maturo relativamente tempestive, integrate e anche mirate sia a livello aziendale che a quello delle strutture preposte al governo territoriale dei sistemi occupazionali.

A titolo esemplificativo si guarderà brevemente di seguito, oltre che all'Italia, a tre Paesi, la Finlandia, Francia e Regno Unito, caratteristici di altrettante modalità d'approccio al tema del lavoro maturo (cfr. figura). Le migliori performance sono (notoriamente) quelle realizzate dalla Finlandia, considerata sul piano europeo una buona pratica per eccellenza. Vigono l'età di pensionamento flessibile (fra i 62 e i 68 anni) e fin dai primi anni 2000 piani di policy integrati sia a livello nazionale che settoriali e locale in cui è assegnato un forte ruolo agli attori socio-economici territoriali.

La Finlandia si distingue per l'approccio "storicamente" più integrato e orientato al mantenimento della capacità di lavoro degli over; la Francia per il limite di coerenza delle politiche di mantenimento in attività del lavoro maturo, forse oggi superato dal recente varo di un piano nazionale particolarmente rivolto al mondo del lavoro; il Regno Unito si distingue a sua volta sia per la presenza di misure antidiscriminazione, sia per l'azione molto spinta di

incitamento forzoso e sostegno personalizzato attraverso piani nazionali e programmi mirati al rientro al lavoro degli over. La Francia, la cui azione è stata caratterizzata fino al 2006 da politiche contraddittorie, quando il Governo Villepin ha varato un importante Piano nazionale quinquennale basato su cinque misure (rappresentazione socio-culturale; mantenimento; rientro; pianificazione fine carriera; rifinanziamento) e 31 linee. La performance del Regno Unito è di poco superiore a quella italiana, e ha giocato sull'integrazione fra (bassi) redditi previdenziali e redditi da lavoro. Sono recentemente varate iniziative importanti, fra cui il *New deal fifty plus* (nel 2002); il *Pathways Work* (nel 2005); la legge nazionale antidiscriminazione per età (nel 2006).

Figura 1: Alcune evidenze empiriche "semplificate"
(UE a 15 e quattro paesi: Francia, Italia, Finlandia, Regno Unito)



Fonte: Eurostat.

L'Italia si colloca ai livelli più bassi della performance media europea, registrando nel 2006 un differenziale negativo rispetto all'occupazione europea a circa 13 punti percentuali. Le statistiche più analitiche hanno rilevato come la recente crescita occupazionale delle classi d'età maggiori sia stata caratterizzata dalla forte presenza, in particolare femminile, nelle occupazioni non standard, il che può suggerire tanto "l'obbligo" a lavorare in forma non stabile da parte di persone non più in grado di trovare altre occupazioni, quanto la possibile convergenza di esigenze di reciproco "disimpegno" e contemporaneo utilizzo di capacità professionali sedimentate nel tempo (Cnel, Rapporto sul mercato del lavoro, 2006).

L'età media di uscita dal lavoro nel 2005 ha registrato un differenziale di quattro mesi (EU = 61,1; Italia = 59,7) ed è interessante considerare a tal proposito l'andamento contraddittorio delle pensioni d'anzianità. Da un recente studio svolto dall'Ires è risultato come fra il 2002 e il 2006 la popolazione dei pensionati di anzianità sia cresciuta di circa il 25%. E come però tuttavia la struttura dei pensionati per anzianità sia in repentino mutamento, soprattutto sotto il profilo dell'età, che nell'ultimo quadriennio si è decisamente spostata in avanti. In particolare se nel 2002 la classe d'età più rappresentativa era quella dei 60-64enni (seguita dai 55-59enni) nel 2006 la situazione è fortemente cambiata, con i 65-69enni ormai

quasi alla pari con la classe d'età precedente e al secondo posto tra le classi dei pensionati per anzianità. È inoltre indicativo che mentre i prepensionamenti risultano in netto calo, si rileva la crescita degli oneri per Cassa integrazione e mobilità (ancora secondo lo studio dell'Ires, tra il 2000 e il 2004 il numero dei beneficiari dei due strumenti è passato da 85.000 a 105.000 circa). Le classi d'età dei beneficiari di questi strumenti si concentrano intorno a quelle pensionabili (50-55enni 55-60enni, con una crescita progressiva della seconda delle due classi d'età, divenuta nel volgere dell'ultimo quinquennio la classe d'età maggioritaria (Ires, "Fra strategie ed esiti. Le politiche di valorizzazione del lavoro maturo e dell'attività degli anziani", Dattiloscritto, Roma, 2007).

4. Considerazioni conclusive

A fronte dei processi di ristrutturazione degli anni '80 e '90, la struttura "forte" del welfare europeo 'classico' ha rappresentato un elemento di salvaguardia della manodopera maschile occupata a tempo pieno e indeterminato. Sulla base dell'utilizzo massiccio e distorto dei regimi previdenziali europei (piuttosto che di politiche del lavoro) e in quanto collocati nei regimi pensionistici, gli over 45 si sono visti attribuire uno status di vecchiaia (per il lavoro). Nelle mutate condizioni economiche, sociali e demografiche si è reso successivamente necessario un profondo cambiamento nelle logiche del sistema europeo di protezione sociale, che ha dovuto limitare le uscite anticipate, puntando di più sull'attività delle persone avanti negli anni. L'Unione europea ha agito in questa direzione un ruolo fondamentale di guida nei confronti degli Stati membri, sviluppando un processo che culmina nella Strategia europea di Lisbona (2000), rafforzata e corretta a seguito della valutazione a medio termine (2005). Anche sulla scorta di queste sollecitazioni e della dialettica in corso con la UE, gli Stati membri iniziano politiche di inversione del ciclo delle "uscite anticipate", avviando o sviluppando misure, sia sul versante delle riforme previdenziali sia su quello del recupero e dell'attivazione del lavoro, rivolte al mantenimento in attività e al rafforzamento e all'attivazione dei lavoratori over 45.

Questo nuovo corso può ancora apparire caratterizzato dall'onda lunga delle restrizioni dei criteri d'accesso alle uscite anticipate e dall'operatività delle riforme previdenziali varate in Europa intorno alla metà degli anni '90, comprendenti l'allungamento dell'età pensionabile, ed in cui ricorrono i meccanismi di incentivazione e penalizzazione delle opzioni individuali di maggiore o minore durata nel lavoro. Emergono naturalmente innovazioni anche sul versante delle politiche del mercato lavoro, cui la Strategia europea per l'occupazione ha dato una notevole spinta e armonizzazione. Qui le esperienze sono però più recenti, con maggiori connotati di "esemplarità" e meno comparabili, anche date le caratteristiche "una tantum" dei Piani nazionali varati in favore dell'occupazione matura e della struttura decentrata del governo dei mercati del lavoro nazionali. In questo quadro, le azioni più forti o visibili sono quelle promosse dai Paesi nordici (che sviluppano politiche di concertazione sociale, di riorganizzazione e di salute del lavoro) e dal Regno Unito (in cui c'è una peculiare combinazione di politiche fra la riforma in senso restrittivo dell'assistenza sociale e sviluppo delle azioni mirate all'occupazione anche dei soggetti più deboli). A fronte di ciò, i tassi di occupazione delle persone in età matura riprendono a crescere dalla metà degli anni '90, sia pure con notevoli scostamenti da Paese a Paese (l'Italia è uno dei fanalini di coda di questa ripresa) e spesso grazie alla componente femminile del mercato del lavoro (che probabilmente risponde a logiche diverse di partecipazione al lavoro), ma si rivelano mediamente e generalmente distanti dagli obiettivi fissati a Lisbona.

Ricapitolando e per concludere, l'ormai lunga stagione di recupero in attività del lavoro maturo si è caratterizzata per il suo procedere lungo due principali direzioni di policy: quella dei sistemi previdenziali e quella delle politiche del mercato del lavoro. A livello nazionale

normalmente i due versanti si sviluppano in maniera distinta e con un'anticipazione ed enfasi maggiore sul versante previdenziale. Ancora normalmente, successivamente l'attenzione si rivolge anche al mercato del lavoro (dove il criterio è di passare da logiche di tutela passiva del reddito a criteri di attivazione della manodopera) e in maniera che si vorrebbe più integrata fra i due ambiti. Le ragioni della diversa tempistica sono evidenti. C'è un'indubbia maggiore facilità a limitare, con indicazioni centrali di policy, le diverse forme di uscita anticipata (a partire da quelle individuali e volontarie) che avrebbero innalzato le età medie reali di pensionamento che a loro volta avrebbero influito sull'innalzamento dei tassi d'occupazione delle persone avanti negli anni.

Alla luce del quadro d'insieme sia dei passaggi di policy sia degli output ottenuti negli ultimi anni sembra di poter concludere che ci sia probabilmente da attendersi ancora non molto da eventuali ulteriori 'aggiustamenti' delle sole politiche previdenziali. Soprattutto in Italia sarebbe oggi necessario procedere con convinzione verso il lancio di politiche di settore nazionali e intersettoriali integrate; l'attuazione efficace delle politiche e misure regionali e locali in essere (sviluppando la capacità delle strutture locali di personalizzazione e placement degli over), di culture aziendali dell'età profondamente rinnovate e capaci di rigenerare investimenti sulla manodopera ed infine cambiamenti in profondità dei diversi comportamenti sociali, spesso sottilmente discriminatori, di cui ciascuno di noi è probabilmente, inconsapevolmente, portatore.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- European Commission, Social Protection Committee (2007): *Active Ageing. The Policies of EU Member States*, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bonn.
- Mirabile, M.L (2006): "Essere Over. Età, lavoro e nuovi scenari di welfare", *Quaderno Spinn*, n. 23, Roma.
- IRES (2007): "Between Strategies and Exits. The Policies of Upgrading Employment Among the Middle Aged and the Activity of the Elderly, Printed, Rome.

Verso un miglioramento delle condizioni di lavoro in età matura: le esperienze di alcune aziende maltesi

di Andrea Principi* e Giovanni Lamura**

1. Introduzione

Come nella maggior parte dei 27 stati membri dell'Unione Europea e sulla spinta delle politiche comunitarie, anche a Malta è in atto un processo politico-normativo che ha l'obiettivo di prolungare la vita professionale dei lavoratori, in primo luogo attraverso il posticipo dell'età pensionabile. Nel perseguire questo obiettivo, Malta parte però da una posizione piuttosto singolare e definibile "svantaggiata", rispetto alla maggior parte degli altri Paesi europei, per una serie di caratteristiche che connotano la sua forza lavoro: questa risulta essere infatti la più giovane tra quelle dei 12 nuovi Stati membri (solo il 16% dei lavoratori maltesi ha più di 50 anni, mentre il 23% ha tra i 15 e i 24 anni — Mandl, Dorr e Oberholzner 2006: 14); l'età media di uscita dal mondo del lavoro, anche se in crescita, è tra le più basse nell'Europa dei 27 (nel 2005 è risultata di 58,8 anni come quella della Francia, e superiore solamente a quella della Slovenia); è al penultimo posto davanti alla sola Polonia in termini di tasso di occupazione, sia generale sia dei lavoratori anziani (quest'ultimo toccava il 30,0% nel 2006), tasso che però scende all'ultima posizione se riferito alle sole donne anziane (11,2%) (Eurostat 2007).

Il notevole gap di genere nel tasso di occupazione e la scarsa rappresentanza di lavoratori anziani (peraltro contraddistinta da un basso livello di qualifica — Gonzi e Diamantopoulou 2001: 11) sul totale della forza lavoro maltese sono appunto ritenute le cause principali del basso tasso di occupazione generale del Paese. Il tasso di occupazione femminile è esiguo in particolare nelle classi di età 45-54 e 55-64, sia perché le donne in quest'ultima fascia d'età escono dal mercato del lavoro più frequentemente degli uomini (Technical Team to the Pensions Working Group 2005a: 7-9), sia perché la maggior parte delle donne più giovani che lasciano il lavoro a causa di una gravidanza, tendono a non riprendere successivamente la loro vita professionale, se non per brevi periodi (Schwarz, Musalem e Bogomolova 2004: 4).

Il quadro assume contorni preoccupanti anche perché Malta non è esente dal processo demografico di crescita della popolazione anziana (Pensions working group 2004a: 5) che interessa tutta l'Unione Europea (Employment Taskforce 2003: 12). Dunque, pur partendo da una posizione non favorevole per i motivi sopra esposti, l'obiettivo europeo 1 di attuare strategie volte ad innalzare il tasso di occupazione generale e di adeguare i sistemi di protezione sociale a partire da una riforma dei sistemi pensionistici (Principi e Lamura 2007a: 122), è prioritario anche nel caso di Malta. Una delle soluzioni individuate, in Europa come a Malta,

* Istituto Nazionale Riposo e Cura Anziani (Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico — IRCCS). Dipartimento Ricerche Gerontologiche, Ancona.

** Nel panorama delle politiche europee sull'argomento, sono considerate pietre miliari le decisioni prese dal Consiglio Europeo a Lisbona nel 2000 (portare il tasso di occupazione dal 61 al 70% entro il 2010), a Stoccolma nel 2001 (portare al 50% il tasso di occupazione dei lavoratori anziani — quelli tra i 55 e 64 anni — entro il 2010) e a Barcellona nel 2002 (aumentare gradatamente di circa 5 anni l'età di pensionamento entro il 2010).

Si ringrazia la Fondazione Europea per il Miglioramento delle Condizioni di Vita e di Lavoro (© 2006, Wyattville Road, Loughlinstown, Dublin 18, Ireland. Linguaggio originale: inglese), per l'autorizzazione concessa all'utilizzo dei risultati ottenuti nel corso della ricerca, ai fini di una loro divulgazione. Un grazie va anche a Michelle Vigar dell'Outlook Coop di Malta, e a Paul Borg e Raphael Scerri dell'Employment and Training Corporation maltese, per la loro preziosa collaborazione nel corso della ricerca.

è quella del prolungamento della vita attiva dei lavoratori (Employment Taskforce 2003: 11, Commissione Europea 2002, Commissione Europea 2004, OECD 2005: 6, Gonzi and Diamantopoulus 2001: 7 e 22, Ministry for the Family and Social Solidarity 2006a: 30).

Più nello specifico, i due principali obiettivi che attualmente persegue il governo maltese, sono quelli di innalzare il tasso di occupazione dei lavoratori anziani, e quello femminile in genere (Technical Team to the Pensions Working Group 2005a: 7-8, Technical Team to the Pensions Working Group 2005b: 8, Ministry for the Family and Social Solidarity 2004: 9), attraverso la riforma del sistema pensionistico e una serie di iniziative di inserimento lavorativo per disoccupati, sotto il coordinamento dell'organizzazione governativa *Employment and Training Corporation*.

2. La riforma del sistema pensionistico maltese

Malta ha attuato di recente una riforma del proprio sistema pensionistico (l'apposita legge è entrata in vigore il 1° gennaio 2007: Social Security — Amendment No. 2 — Act 2006), che ha innalzato sia l'età di pensionamento (da 60 anni per le donne e 61 anni per gli uomini, a 65 anni per entrambi i sessi) sia il numero di anni di contributi necessari per poter accedere alla pensione (da 30 a 40). Il processo sarà implementato in maniera graduale, in quanto l'innalzamento dell'età pensionabile a 65 anni potrà dirsi compiuto solamente nel 2027, quando cioè gli attuali quarantacinquenni raggiungeranno il sessantacinquesimo anno di età (Tabella 1).

Tabella 1: L'innalzamento graduale dell'età pensionabile

Età nel 2007	Età di pensionamento
56 o più	60 per le donne* 61 per gli uomini
52-55	62
49-51	63
46-48	64
45 o meno	65

**Alle donne è data la possibilità di poter continuare a lavorare fino a 61 anni
Fonte: Principi e Lamura 2007b.*

Per quanto riguarda l'innalzamento graduale dai 30 ai 40 anni di contribuzione per poter accedere al trattamento pensionistico, prendendo il 2007 come anno di riferimento, vale quanto segue: non sono previsti cambiamenti per chi ha 56 anni o più (bastano cioè 30 anni di contributi); occorrono 35 anni di contribuzione per le persone comprese tra i 46 e i 55 anni; servono infine 40 anni di contributi per chi ha 45 anni o meno (Fairbairn 2006).

La legge rappresenta il risultato di un vasto dibattito sull'argomento tra tutte le parti sociali, che ha avuto luogo in maniera più concreta a partire dal 2004, quando è stato nominato un gruppo di lavoro incaricato di redigere un Libro Bianco sulla riforma pensionistica, contenente proposte e raccomandazioni poi sottoposte al feedback di tutte le parti sociali del paese (Pensions working group 2004a, Pensions working group 2004b, Technical Team to the Pensions Working Group 2005c). La normativa costituisce sicuramente un passo in avanti verso lo sperato aumento del tasso di occupazione dei lavoratori anziani a Malta, ma nel paese sono anche presenti frizioni tra le parti sociali, e altre contraddizioni. Ad esempio, il sindacato nazionale Union Haddiema Maghqudin (Unione Generale dei Lavoratori), si era espresso in maniera contraria rispetto all'innalzamento dell'età pensionabile a 65 anni, proponendo che questa restasse invariata, e che fosse lasciata al lavoratore l'eventuale

decisione di posticipare l'uscita dal mondo del lavoro (Technical Team to the Pensions Working Group 2005d: 11). La contraddizione forse più evidente ravvisabile al momento nel sistema maltese concerne appunto questa decisione, che resta esclusivamente di competenza dei datori di lavoro, i quali, a norma di legge, possono attualmente decidere di terminare il rapporto di lavoro con i propri dipendenti quando questi raggiungono l'età pensionabile (Employment and Industrial Relations Act 2002: 22). Il gruppo di lavoro sopra menzionato aveva inserito una raccomandazione nel Libro Bianco (riguardante la possibilità appunto per i lavoratori di poter scegliere di continuare a lavorare anche dopo il raggiungimento della nuova età pensionabile) per eliminare questo elemento in evidente contraddizione con le recenti linee guida fornite dalle politiche europee (i.e. Employment Taskforce 2003: 8; Commissione Europea 2004: 15; OECD 2006: 137), ma questa non è stata fatta propria dalla legge. Dunque in sostanza, mentre da una parte si opera per innalzare il tasso di occupazione dei lavoratori anziani, dall'altra si continua a discriminarli non consentendo loro di decidere in autonomia se prolungare o meno la propria vita lavorativa. Il tema della discriminazione sul lavoro basata sull'età a dire il vero è direttamente trattato dalla normativa maltese (Fortuny, Nesporova e Popova 2003: 26), ma la legge comprende anche una serie di eccezioni che ne limitano la portata. Ad esempio, la normativa contempla che le differenze di trattamento basate sull'età non costituiscono discriminazione quando sono "obiettivamente e ragionevolmente giustificate da un legittimo obiettivo" non meglio specificato dalla legge, o nel caso in cui il fatto di fissare un limite massimo di età per l'assunzione sia determinato dalla necessità aziendale di formare il lavoratore per la mansione che dovrà svolgere, o di dover impiegare il lavoratore nuovo assunto "per un periodo di tempo ragionevole prima del suo pensionamento" (Equal treatment in employment regulations 2004: 4).

3. Il ruolo dell'Employment and Training Corporation

Per l'implementazione delle varie misure di sostegno occupazionale a favore dei lavoratori anziani, il governo maltese si affida all'Employment and Training Corporation (ETC). Si tratta dell'agenzia pubblica nazionale per l'impiego, incaricata di organizzare iniziative a livello centrale volte ad innalzare il tasso di occupazione nel Paese, attraverso programmi di inserimento lavorativo per specifiche categorie di lavoratori disoccupati, tra i quali le donne e i lavoratori anziani (Ministry for the Family and Social Solidarity 2006a: 93). Con questi ultimi a Malta, a livello "istituzionale", si sono finora intesi coloro al di sopra dei 40 anni, un limite di età non solo al di sotto di quello di 45 anni generalmente adottato, ad esempio, in Italia (Senato della Repubblica 2005: 25, ATDAL 2003: 30, Bombelli e Finzi 2006), ma soprattutto al limite "ufficiale" di 55 anni indicato dal Consiglio Europeo di Stoccolma del 2001. Tale peculiarità maltese si giustifica in quanto, nell'esperienza degli operatori dell'ETC, è a partire da tale età che nel Paese fino ad ora si sono sperimentati più spesso fenomeni di espulsione dal mondo del lavoro, e problemi di re-inserimento lavorativo.

Come diretta conseguenza, fin dall'anno della sua fondazione (1990), l'organizzazione ha lanciato molteplici progetti a tutela della categoria dei disoccupati over 40, con l'obiettivo di favorirne il rientro nel mercato del lavoro². Tra i programmi organizzati dall'ETC, il principale finora messo a punto per i disoccupati anziani, iniziato nel 2005 e concluso nel 2006, è stato il Training Employment Exposure Scheme (TEES), un progetto di inserimento lavorativo riservato ai disoccupati con più di 40 anni in cerca di lavoro da più di 6 mesi, co-finanziato dal Fondo Sociale Europeo, che ha garantito ai partecipanti per un anno (di cui sei mesi attraverso formazione in aula a cura dell'ETC, seguiti da sei mesi di on-the-

² L'organizzazione ha anche dedicato una sezione del proprio sito internet ai disoccupati con più di 40 anni di età: <http://www.etc.gov.mt/site/page.aspx?pageid=2150> [accesso: 31 luglio 2007]

job training in azienda) un salario superiore al minimo contrattuale, con la possibilità di una assunzione definitiva da parte dell'azienda al termine del programma. Tale programma, adattabile nella durata della fase di training on-the-job a seconda delle esigenze delle aziende, oltre ad essere risultato favorevole ai disoccupati, è stato ben considerato anche dai datori di lavoro, per le agevolazioni economiche ad esso connesse (il periodo di formazione on-the-job del lavoratore è stato in parte finanziato dal Governo), nonché per l'opportunità di poter considerare "di prova" il periodo di formazione, con la possibilità di decidere solo successivamente se assumere il lavoratore su base permanente.

Al programma hanno partecipato circa 460 disoccupati con più di 40 anni (il 25% circa di sesso femminile), dei quali soltanto il 24% risulta ancora iscritto nelle liste di disoccupazione. La maggioranza è stata assunta dalle aziende ove ha fatto tirocinio, oppure ha utilizzato l'esperienza per trovare un impiego in autonomia (Employment and Training Corporation 2006: 32).

In prospettiva futura, al fine di avvicinarsi verso la definizione "europea" di "lavoratori anziani", l'ETC sta modificando (elevandola di 10 anni) la fascia di riferimento con cui "etichettare" i lavoratori anziani. Il prossimo progetto, che sarà implementato (l'Employment Aid Scheme) è indirizzato, tra gli altri "cluster" di beneficiari³, alle persone con più di 50 anni senza lavoro o che stanno perdendo il loro lavoro (Employment and Training Corporation 2007).

In attesa di conoscere gli esiti di questo programma, e anche alla luce della recente riforma pensionistica, diviene tuttavia cruciale approfondire le conoscenze sull'argomento dei lavoratori anziani analizzando la situazione anche ad un altro livello, vale a dire quello aziendale. Quali iniziative sono state poste in essere dalle aziende maltesi per fronteggiare l'invecchiamento della forza lavoro? Un recente contributo in tal senso è dato dallo studio "Iniziativa Occupazionali per la Forza Lavoro in via di Invecchiamento nell'Unione Europea", condotto sul territorio maltese tra la fine del 2006 e l'inizio del 2007, che ha consentito di raccogliere alcune prime evidenze empiriche rispetto all'esistenza ed alle caratteristiche delle iniziative aziendali adottate a sostegno della forza lavoro in via di invecchiamento, di cui di seguito vengono illustrati i principali contenuti e risultati.

4. La ricerca: obiettivi e metodo

4.1 Obiettivi

Lo studio condotto a Malta si inserisce nell'ambito di un progetto di ricerca europeo avviato nel 2005 su iniziativa della Fondazione Europea per il Miglioramento delle Condizioni di Vita e di Lavoro di Dublino, avente l'obiettivo di documentare iniziative aziendali a favore di dipendenti anziani (incluse quelle indirizzate a tutti i lavoratori, compresi i più anziani) attraverso la realizzazione di un database (liberamente consultabile) degli esempi raccolti⁴. Ciò, al fine di favorire la trasferibilità delle iniziative presso altre aziende desiderose di confrontarsi con la tematica dell'age management dei propri dipendenti. Le iniziative sono state analizzate nelle loro caratteristiche, anche al fine di formulare proposte a livello centrale, per promuovere buone prassi nella gestione dell'età all'interno delle aziende (Naegle e Walker 2006).

³ Alcuni dei quali sono "persone disabili", "disoccupati da più di 5 anni", "genitori soli con figli al di sotto dei 18 anni", "persone con basso livello di qualifica e licenziati di recente", etc.

⁴ Il database è consultabile sul sito internet: <http://www.eurofound.europa.eu/areas/populationandsociety/ageingworkforceadvanced.php> [accesso: 31 luglio 2007].

Avviato in prima istanza in 11 Paesi⁵, ed esteso successivamente ad ulteriori sette nuovi Stati Membri⁶ (per un totale di 138 studi di caso aziendali provenienti da 18 Paesi), il progetto è stato da ultimo integrato tra il 2006 e il 2007 in modo da includere nella ricerca i restanti Stati Membri⁷, al fine di disporre di un quadro europeo completo delle buone pratiche di age management aziendali esistenti in tutti i 27 Paesi membri dell'Unione Europea.

4.2 Metodo

A Malta la ricerca è stata condotta dal Dipartimento Ricerche Gerontologiche dell'INRCA di Ancona (Italia), organizzazione che nel 2005 aveva realizzato lo studio sul territorio italiano (Principi e Lamura 2007a). La metodologia del progetto, in parte innovando la strategia originariamente impiegata nel 2005 nei primi 11 Paesi⁸, ha previsto di individuare cinque "casi studio" di aziende che avessero avviato iniziative positive nei confronti dei loro dipendenti più anziani o in via di invecchiamento, al fine di analizzarne i contenuti in merito, tra l'altro, alle ragioni che hanno determinato l'avvio dell'iniziativa, ai processi di implementazione, ai risultati osservati ed alle prospettive future. Sono state così individuate cinque aziende di piccole (meno di 99 dipendenti) o medie (da 100 a 499 dipendenti) dimensioni e diversi settori di attività, nelle quali sono risultati complessivamente impiegati circa 1.000 dipendenti (Tabella 2): una struttura alberghiera (Park Hotel); un'unità privatizzata del Dipartimento dell'Agricoltura operante nel settore del giardinaggio e della manutenzione di parchi e giardini (ELC); una ditta impegnata nella lavorazione dell'acciaio (Motherwell Bridge); un call centre (Dial It, gestito da Telepage Limited, che è una filiale dell'operatore nazionale delle telecomunicazioni, Maltacom Plc); un'agenzia pubblica impegnata nella promozione, gestione e manutenzione dell'eredità culturale maltese come musei, chiese, etc. (Heritage Malta).

Tabella 2: Evoluzione del reddito dei pensionati dai quattro pilastri dal 2000 al 2020

Azienda	Settore	Numero di dipendenti	Di cui:	
			over 45 (%)	donne (%)
Park Hotel	Hotel e Ristoranti	70	39,0	42,8
ELC	Manutenzione	296	57,0	2,0
Motherwell Bridge	Metalmeccanico	35	43,0	11,0
Dial It - Telepage	Telecomunicazioni	371	14,5	67,5
Heritage Malta	Settore Pubblico	240	45,0	23,8

Fonte: Fondazione Europea per il Miglioramento delle Condizioni di Vita e di Lavoro

Il compito di reperire le aziende che avessero attivato le iniziative, è stato realizzato con la consulenza e la collaborazione di esperti maltesi del mercato del lavoro (i.e. dirigenti dell'Employment and Training Corporation e soprattutto manager dell'Outlook Coop⁹), con conoscenza del settore e abituati a rapportarsi con le aziende maltesi sull'argomento del miglioramento delle condizioni di lavoro del personale.

⁵ Austria, Belgio, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Italia, Olanda, Spagna, Svezia e Regno Unito.

⁶ Bulgaria, Estonia, Lettonia, Polonia, Romania, Slovacchia e Slovenia.

⁷ Cipro, Repubblica Ceca, Danimarca, Ungheria, Irlanda, Lituania, Lussemburgo, Malta e Portogallo.

⁸ Qui era previsto che si documentassero esclusivamente iniziative aziendali di lunga durata, con ciò intendendo quelle esistenti cioè da almeno 5 anni (Principi e Lamura 2007a: 127). Tale nota metodologica in questa nuova fase della ricerca non era presente.

⁹ Organizzazione maltese che opera, tra l'altro, nel campo della gestione delle risorse umane e collabora con aziende private ed organizzazioni governative, tra cui l'ETC.

Le rilevazioni sono state gestite attraverso interviste qualitative faccia a faccia, condotte da un ricercatore dell'INRCA che si è recato in ognuna delle cinque aziende maltesi nel gennaio del 2007. Sono stati intervistati più referenti di ogni azienda: responsabili delle risorse umane, responsabili delle iniziative attivate e, separatamente, rappresentanti dei lavoratori. Ogni intervista è durata circa un'ora e mezza, e si è basata su un questionario semi-strutturato diviso in due sezioni principali: informazioni generali sull'azienda e descrizione dell'iniziativa. Seguendo un procedimento simile alle precedenti edizioni del progetto europeo, le iniziative individuate sono state classificate in base a 10 diverse dimensioni pre-stabilite a livello metodologico: cambiamento di mentalità dell'azienda; approccio comprensivo; ergonomia e luogo di lavoro; politiche di transizione al pensionamento; pratiche di lavoro flessibile; salute e benessere; assunzione; re-impiego; formazione, sviluppo e carriera; politica salariale (Principi e Lamura 2007a: 128).

La raccolta e l'analisi dei dati sono state seguite da un doppio monitoraggio qualitativo, il primo a cura dell'organizzazione coordinatrice dell'esecuzione del progetto, il secondo realizzato dall'organizzazione che lo ha finanziato¹⁰. In base a tale metodologia, la prima versione dei rapporti di ogni singolo caso aziendale è stata sottoposta ad un primo controllo, per poi essere revisionata e migliorata in base ai suggerimenti formulati dai coordinatori. Ciò ha comportato in diversi casi l'integrazione delle informazioni inizialmente raccolte da parte dei ricercatori dell'INRCA attraverso un follow-up telefonico con gli esperti maltesi del mercato del lavoro sopra menzionati e alcuni dei referenti precedentemente intervistati nelle aziende. Successivamente alla seconda stesura, i rapporti sono stati sottoposti ad ulteriore supervisione da parte della Fondazione Europea per il Miglioramento delle Condizioni di Vita e di Lavoro, cui è seguita, in caso di suggerimenti e proposte di miglioramento, la redazione della versione definitiva, che è stata infine inserita nel database on-line del sito internet della Fondazione, e a cui i risultati di seguito riportati fanno riferimento.

5. Risultati

La maggior parte delle iniziative a favore di una forza lavoro in via di invecchiamento individuate nelle aziende maltesi rientrano nel campo dell'assunzione e della formazione. Si stanno comunque muovendo passi (seppure in misura limitata) anche in direzione di un approccio più comprensivo, indicatore di una certa tendenza ad un cambiamento di mentalità all'interno delle aziende rispetto alla tematica dell'age management, tendenza che si manifesta per lo più attraverso l'introduzione di misure di lavoro flessibile. Rimane invece ancora molto da fare in ambiti come l'ergonomia e il job design, le politiche di transizione al pensionamento e la tutela della salute, rispetto ai quali le realtà aziendali maltesi sembrano essere rimaste meno attive (Tabella 3).

¹⁰ Si tratta rispettivamente dell'Istituto di Gerontologia all'Università di Dortmund (Germania) e della Fondazione Europea per il Miglioramento delle Condizioni di Vita e di Lavoro di Dublino (Irlanda).

Tabella 3: Tipologia delle iniziative

Iniziativa	Cambiamento di mentalità	Approccio comprensivo	Ergonomia e job design	Politiche di transizione al pensionamento	Pratiche di lavoro flessibile	Salute e benessere	Assunzione	Re-impiego	Formazione e sviluppo	Politiche salariali
Aziende										
ELC							X		X	
Motherwell Bridge							X		X	
Dial It – Telepage		X			X		X		X	
Park Hotel							X			
Heritage Malta									X	

Fonte: Fondazione Europea per il Miglioramento delle Condizioni di Vita e di Lavoro

6. Sintesi delle iniziative aziendali adottate

6.1 Assunzione

Le iniziative aziendali maggiormente strutturate e convincenti sotto il profilo della concretezza, rientrano nel campo dell'assunzione dei lavoratori anziani. Ciò è dovuto soprattutto all'attività della sopra menzionata organizzazione governativa ETC, che ha avviato negli anni una serie di progetti dedicati esplicitamente all'inserimento lavorativo dei disoccupati con più di 40 anni di età. Il programma di maggiore impatto nel panorama aziendale maltese è stato il TEES (Training and Employment Exposure Scheme), al quale hanno aderito due delle cinque aziende che costituiscono il nostro campione:

- ELC (Environmental Landscape Consortium): tra il 2005 e il 2006 l'ELC tramite il TEES ha assunto 12 lavoratori con più di 40 anni di età: una donna (per compiti amministrativi nel vivaio) e 11 uomini (uno come elettrauta, uno come installatore di sistemi d'irrigazione, uno come manutentore generale e 8 per compiti di giardinaggio). Queste persone sono state selezionate tramite un processo che ha coinvolto 60 tirocinanti in tre periodi diversi, della durata di 8 settimane ognuno. Successivamente i tirocinanti sono stati ospitati all'ELC per un ulteriore periodo di formazione specifica per il lavoro da compiere, al termine del quale l'azienda ha individuato i soggetti da assumere;
- Park Hotel: nel 2005, il Park Hotel ha assunto un disoccupato dell'età di 53 anni tramite il TEES. Il periodo di formazione on-the-job in questo caso è durato 4 mesi, trascorso il quale il lavoratore è stato assunto a tempo indeterminato come responsabile del settore "cibo e bevande".

6.2 Approccio Comprensivo

Lo stimolo per l'assunzione di lavoratori maturi a Malta non proviene tuttavia esclusivamente dal TEES. L'azienda Dial It — Telepage, ad esempio, nell'ambito di un approccio comprensivo di politiche verso i propri lavoratori, maturi e non, ha avviato diverse iniziative, in parte legate tra loro, di cui hanno beneficiato in modo particolare i lavoratori anziani:

- nel corso del 2006 l'azienda ha assunto 22 lavoratori con più di 45 anni di età. L'azienda ha infatti lanciato una campagna di assunzione esplicitamente rivolta ai lavoratori anziani, attraverso la pubblicazione di un volantino con la foto di due persone di circa 50 anni (un uomo e una donna) che riposano comodamente in un prato con lo slogan: "scegli il tuo orario lavorativo... e riposati per il resto del giorno!". Il volantino specifica che l'azienda è alla ricerca di personale di tutte le età, una puntualizzazione che serve a sottolineare che i candidati maturi non sono discriminati a causa della loro età;
- l'iniziativa di assunzione sopra esposta è evidentemente legata ad un'altra di lavoro flessibile (flessibilità d'orario). L'azienda permette infatti ai suoi dipendenti di scegliere il numero delle ore lavorative su base settimanale, ed anche il proprio orario di lavoro. I dipendenti possono scegliere se lavorare a tempo pieno (40 ore settimanali) o part-time (minimo 20 ore settimanali), esprimendo le loro preferenze in merito all'orario di lavoro (generalmente soddisfatte dall'azienda) ogni settimana. Gli aspiranti più maturi (e specialmente le donne), che sovente oltre ad avere compiti domestici hanno anche quelli di cura di famigliari anziani e/o di crescita dei nipoti, sono chiaramente attratti dalla possibilità di poter conciliare il tempo dedicato a tali attività con quello dedicato al lavoro professionale;
- questa mentalità aziendale nel gestire i dipendenti anziani porta loro benefici anche sotto il profilo degli avanzamenti di carriera. Le ultime tre "promozioni", al gennaio del 2007, hanno riguardato dipendenti di 44, 42 e 57 anni. È particolarmente significativo quest'ultimo caso, che ha visto protagonista una donna assunta soltanto due anni prima, e dunque all'età di 55 anni.

6.3 Formazione

Sulla linea di una tendenza già riscontrata in Italia (Principi e Lamura 2007c:1), le iniziative di formazione individuate a Malta sono principalmente rivolte alla totalità dei dipendenti, potendone i lavoratori anziani trarre beneficio alla pari degli altri. Nel panorama maltese tuttavia, come emerso nel corso della ricerca, alcune aziende sono considerabili come delle eccellenze nell'erogazione di formazione, talvolta grazie ad un determinante contributo e coinvolgimento dei lavoratori anziani:

- alla Motherwell Bridge è riconosciuta dai propri dipendenti la capacità di erogare formazione di elevata qualità, grazie soprattutto al trasferimento di know-how "on the job" da parte dei lavoratori più esperti a quelli più giovani. "Più esperti" non significa necessariamente anziani, ma ciò è spesso sottinteso, acquisendosi "expertise" generalmente grazie ad una lunga carriera. In concreto, il trasferimento di competenze viene organizzato e monitorato da un responsabile dell'azienda, il quale implementa ogni anno un programma deciso dal management aziendale, talvolta in collaborazione con i rappresentanti dei lavoratori;
- nel 2003 (anno in cui più di 200 dipendenti sono stati trasferiti alla nuova agenzia pubblica dal vecchio "Museum Department") l'Heritage Malta ha organizzato un'iniziativa di training a favore di tutti i dipendenti, a seguito di una riscontrata scarsa motivazione sul lavoro. Quando facevano parte del Museum Department, i dipendenti (il 50% circa dei

quali con più di 45 anni) non avevano mai beneficiato di alcun tipo di formazione nel corso della carriera lavorativa, pertanto la neonata Heritage Malta ha dovuto fronteggiare una situazione difficile non soltanto per la demotivazione che caratterizzava i dipendenti (accompagnata nel settore pubblico anche da un diffuso assenteismo, come riportato da più di uno dei rappresentanti aziendali intervistati), ma anche per il loro basso livello di qualifica. La direzione dell'Heritage Malta ha deciso quindi di intervenire attivando una serie di iniziative di formazione a tutti i livelli, con l'obiettivo principale di ri-motivare i lavoratori e fornire loro rinnovate competenze, operazioni proposte unitamente ad un cambiamento di mentalità nel proporsi sul lavoro, sia verso gli utenti dei servizi culturali sia verso la stessa attività lavorativa. In aggiunta a questi programmi "interni" di formazione, pregevole appare anche l'ulteriore iniziativa aziendale di incoraggiare tutti i propri dipendenti a partecipare a percorsi di studio esterni (ad esempio per conseguire un diploma, la laurea, per partecipare ad un master o per approfondire le proprie conoscenze linguistiche), al di fuori dall'orario di lavoro, finanziandoli per il 70%.

7. Perché sono state attivate le iniziative?

Un altro aspetto approfondito dallo studio concerne i motivi che hanno spinto le varie aziende ad attivare iniziative positive a favore dei dipendenti più anziani, e dall'analisi condotta sono emerse motivazioni diverse a seconda dei casi.

Per le iniziative di assunzione tramite il TEES, indubbiamente le aziende sono state attratte dalle condizioni particolarmente favorevoli loro riservate dal programma, ed in primo luogo dalla possibilità di "avere in prova" personale per più settimane, senza essere obbligate ad assumerlo alla fine del periodo di formazione. Ciò si è verificato ad esempio per l'ELC, che al momento del lancio del TEES stava appunto considerando di assumere ulteriore personale, sebbene oltre a ciò, i rappresentanti aziendali dell'ETC abbiano anche dichiarato di ritenere un proprio "dovere sociale", aiutare il Governo a raggiungere l'obiettivo di accrescere il tasso di occupazione dei lavoratori anziani. In altri casi, non è stato di secondo piano l'aspetto economico favorevole legato al TEES, come sottolineato ad esempio dal management del Park Hotel, che ha gradito in particolare il fatto che il Governo, tramite l'ETC, abbia per sei mesi coperto (con circa 140 euro alla settimana) parte dello stipendio delle persone assunte.

Il motivo principale per cui la Motherwell Bridge ha deciso di attivare le iniziative di formazione è invece individuabile nella grande difficoltà dell'azienda nell'assumere personale specializzato. Tale difficoltà è particolarmente evidente nel caso di alcune mansioni specifiche (come ad esempio quella di saldatore), rispetto alle quali il trasferimento delle conoscenze e dell'esperienza dai lavoratori più esperti a quelli più giovani e inesperti diviene una strategia cruciale per conservare professionalità vitali per il futuro dell'azienda. Diverso il caso dell'Heritage Malta, dove l'attivazione dei programmi formativi mirava, come parzialmente accennato sopra, soprattutto a favorire un cambiamento culturale nel personale, caratterizzato fino a quel momento da scarsa motivazione e dall'assenza di una cultura di cooperazione tra colleghi.

Dial It — Telepage ha infine messo in atto le molteplici iniziative descritte, principalmente per elevare il grado di fedeltà, motivazione e impegno del proprio personale, al fine di ridurre il turn-over (in passato particolarmente elevato), anche se l'azienda non ha mai dovuto fronteggiare veri e propri problemi di ristrettezze d'organico, grazie alla vasta schiera di candidati che abitualmente presenta domanda di assunzione. Data la natura particolarmente stressante dell'attività svolta dagli operatori di call centre, il miglioramento delle condizioni di lavoro e la costruzione di un'atmosfera più congeniale alla situazione, sono risultati cruciali per l'azienda.

8. La valutazione delle iniziative da parte delle aziende e dei lavoratori

Le iniziative sono state valutate positivamente sia da parte delle aziende che dei lavoratori. Le prime hanno tutte manifestato un'attitudine positiva nei confronti dei lavoratori più anziani, dimostrando di "credere in loro", tanto da aver scelto di migliorarne le condizioni di lavoro creando iniziative a volte specifiche (come quelle di assunzione), e in altri casi non discriminandoli rispetto a lavoratori più giovani (ad esempio in sede di formazione). In tutte e cinque le aziende del campione maltese i lavoratori anziani appaiono valorizzati e stimati, e in qualche caso, come ad esempio alla Dial It — Telepage, vengono considerati più fedeli all'azienda rispetto a quelli giovani. Non deve sorprendere pertanto che questa azienda aspiri ad accrescere il numero dei propri dipendenti anziani, i quali generalmente ripagano la fiducia loro accordata da parte dell'azienda con una notevole fedeltà e un significativo senso di appartenenza. Ciò vale in particolare per le lavoratrici anziane, che risultano soddisfatte per due motivi principali: per il fatto di essere riuscite ad ottenere un lavoro (risultato particolarmente significativo, alla luce del livello estremamente basso del tasso nazionale di occupazione delle donne mature) e per il fatto di poter scegliere il proprio orario di lavoro avendo così la possibilità concreta (fornita dal part-time) di riuscire a bilanciare il tempo da dedicare al lavoro con quello da dedicare alla famiglia o ad altre attività, pure molto importanti, come ad esempio quelle di volontariato (Giarini 2005: 21).

I lavoratori si dichiarano infine soddisfatti anche per la propensione dimostrata dall'azienda nel consentire loro di proseguire la vita professionale, anche oltre il raggiungimento dell'età pensionabile (non esercitando il "diritto di rescissione" assegnatogli dalla legge). Tale comportamento della Dial It — Telepage è sicuramente in controtendenza rispetto alla realtà aziendale maltese più generale.

Anche i lavoratori anziani assunti alla ELC e al Park Hotel tramite il TEES appaiono soddisfatti dell'esperienza svolta, dal momento che lo schema ha loro garantito un re-inserimento nel mercato del lavoro a condizioni agevolate. Tra i vantaggi per i lavoratori, anche quello della possibilità di svolgere il tirocinio (in periodi diversi) presso più di un'azienda. Un lavoratore assunto dalla ELC ad esempio, tramite il TEES aveva precedentemente svolto il tirocinio presso altre due aziende, decidendo egli stesso al termine di non continuare con quel tipo di lavoro, perché le sue aspettative erano diverse. Adesso alla ELC è soddisfatto, e ripaga la fiducia che gli ha concesso l'azienda con una notevole motivazione sul lavoro, particolare sottolineato dai referenti dell'azienda.

L'efficacia dello schema è emersa anche nella valutazione del lavoratore assunto al Park Hotel, che ha dichiarato di essere riuscito a re-inserirsi nel mercato del lavoro dopo diverse cocenti delusioni riportate nella fase di ricerca di un impiego precedente all'adesione al TEES, a causa della discriminazione delle aziende per la sua età, da queste considerata troppo elevata.

Per quanto riguarda le altre iniziative, la Motherwell Bridge è soddisfatta della qualità della formazione erogata, cosa confermata dagli stessi lavoratori (e in particolare da quelli provenienti da altre aziende maltesi operanti nello stesso settore), che riconoscono alla Motherwell Bridge il fatto di riuscire ad erogare una formazione di qualità assai più elevata rispetto alle aziende concorrenti. I lavoratori anziani sono soddisfatti anche perché consapevoli dell'importanza strategica loro riconosciuta dall'azienda, come detentori di esperienza e know-how da trasferire ai lavoratori più giovani. Tale compito, è sentito dai lavoratori maturi come un'importante "missione" da compiere.

Anche il management aziendale dell'Heritage Malta dimostra piena soddisfazione degli obiettivi raggiunti attraverso le attività di formazione partite nel 2003, potendo contare ora su personale molto più motivato, maggiormente fedele all'azienda e impegnato sul lavoro. Dopo

una resistenza mentale all'iniziativa nel suo periodo iniziale di implementazione da parte del personale più anziano (che non riusciva inizialmente a comprendere cosa intendesse l'azienda per "cambiamento di mentalità" sul lavoro), la situazione appare notevolmente migliorata. Ciò, grazie soprattutto ad una maggiore attenzione dedicata dall'azienda alla comunicazione con i lavoratori, attraverso la quale è riuscita a far intendere con maggior chiarezza le finalità di miglioramento delle condizioni lavorative abbinate ai programmi formativi proposti, cosa poi di fatto verificatasi, come ammesso dagli stessi lavoratori.

9. Conclusioni

Questa prima ricognizione empirica ha evidenziato che a Malta l'argomento del lavoro in età avanzata inizia ad essere affrontato anche a livello aziendale, ma che si è solo all'inizio di un processo con ampi margini di sviluppo, perché bisognoso di un apparato normativo più efficace di quello attualmente esistente. Le varie parti coinvolte (governo, sindacati, organizzazioni di datori di lavoro, aziende e lavoratori) appaiono inoltre ancora poco integrate tra loro come sistema, nonostante buoni tentativi di "messa in rete" come quello rappresentato dal Libro Bianco. Mentre ad esempio più di un segnale positivo in tal senso si è colto da parte dei rappresentanti dei datori di lavoro (MEA 2005a, MEA 2005b, MEA 2006), altrettanto non si può dire dei sindacati, che sembrano partecipare al dibattito troppo marginalmente (Principi e Lamura 2007b).

A livello normativo, il governo maltese si è concentrato soprattutto sul tema della riforma del sistema pensionistico, ma benché l'avvenuto innalzamento dell'età pensionabile sia considerabile senza dubbio positivo, esistono ancora, come è stato già considerato, delle evidenti contraddizioni normative da risolvere per poter garantire ai lavoratori anziani migliori prospettive e condizioni di lavoro. Un esempio di ciò, come già menzionato, è rappresentato dalla legge sulla discriminazione sul lavoro, che pur contempla una serie di provvedimenti indubbiamente favorevoli per lavoratori anziani, come ad esempio il dovere delle aziende di favorire l'accesso all'impiego e alla formazione dei lavoratori, offrendo a tal fine permessi e remunerazione adeguati ai lavoratori giovani, anziani e a quelli con responsabilità di cura dei familiari (altro tema prioritario a livello europeo: Naegele *et al.* 2003). Nei fatti, tuttavia, nonostante il Governo si dica impegnato nel prolungare la vita professionale dei lavoratori prossimi alla pensione (Ministry for the Family & Social Solidarity 2006b), si ravvisano sovente casi di licenziamento di lavoratori anziani senza giusta causa, pensionamenti decisi unilateralmente dalle aziende, e scarsa partecipazione dei lavoratori più anziani alle attività di formazione (Formosa 1999, Fortuny, Nesporova e Popola 2003: 34, Government of Malta 2004: 29).

Si manifesta così il doppio problema dell'assenza di una struttura normativa adeguata, e nello stesso tempo della (almeno in parte) mancata applicazione di quella esistente. Appare evidente inoltre che in mancanza del sostegno di sindacati e delle organizzazioni dei lavoratori, difficilmente si metteranno in atto, se non sporadicamente grazie ad iniziative aziendali particolarmente illuminate (come ad esempio nel caso della Dial It Telepage), politiche innovative e favorevoli ai lavoratori anziani, all'interno di dimensioni come la salute e il benessere, l'ergonomia, il lavoro flessibile, la formazione, la transizione al pensionamento. Non è un caso infatti che le politiche aziendali di maggior successo nei confronti dei lavoratori maturi siano risultate nel campo dell'assunzione, quello maggiormente supportato e sostenuto dal Governo tramite l'ETC. Al momento sembra mancare una vera e propria cultura aziendale dell'age management dei dipendenti, come dimostrato dal fatto che la variabile età raramente riesce in qualche modo ad influenzare le iniziative, o comunque ad essere considerata in modo esplicito.

Per quanto riguarda le prospettive future, rispetto agli obiettivi specifici che si è posto il Governo maltese in termini di crescita del tasso di occupazione femminile e dei lavoratori anziani, le più recenti proiezioni appaiono positive. Il tasso di occupazione femminile dovrebbe salire al 45% entro il 2010 e al 55% entro il 2020 (Ministry for the Family and Social Solidarity 2004: 9, Pensions working group 2004b: 122, Ministry for the Family and Social Solidarity 2005: 52); è previsto anche un innalzamento del tasso di occupazione dei lavoratori anziani (Ministry for Health, the Elderly and Community Care 2006), dato anche il recente innalzamento a 65 anni dell'età pensionabile, che potrebbe essere in un prossimo futuro essere elevata fino a 68 anni (Schwarz, Musalem e Bogomolova 2004: 17-18).

Per raggiungere questi due obiettivi e per migliorare in maniera più organica le condizioni di lavoro del personale che invecchia, sono state avanzate numerose proposte. Tra i vari suggerimenti formulati, si segnalano in particolare i seguenti:

- incentivare le aziende attraverso nuove normative o misure politiche (Technical Team to the Pensions Working Group 2005b: 11; Gonzi and Diamantopoulos 2001: 7 and 22; Ministry for Competitiveness and Communications 2006: 29; Ministry for the Family and Social Solidarity 2006a: 30);
- disincentivare le politiche di pensionamento anticipato; ridurre le imposte sugli stipendi dei lavoratori con più di 55 anni; ridurre e rendere maggiormente flessibile l'orario di lavoro dopo l'età di 55 anni, a stipendio pieno (Mifsud 2005);
- supportare ogni tipo di misura avente l'obiettivo di inserire i disoccupati maturi nel mercato del lavoro; permettere ai lavoratori di restare attivi anche oltre al limite dell'età pensionabile attraverso una riduzione-flessibilità di orario; creare le giuste condizioni al fine di disporre di una forza lavoro con un migliore livello di istruzione e partecipazione (MEA 2005a: 3 e 5, MEA 2005b: 5 and 6, MEA 2006; Technical Team to the Pensions Working Group 2005b: 9; Ministry of Education 2006; MIM 2005: 3-4);
- aggiornare le conoscenze e le competenze dei lavoratori anziani fornendo loro una opportuna formazione sul lavoro (UHM 2001; Ministry for the Family and Social Solidarity 2006a: 30);
- assicurare ai lavoratori anziani un ambiente di lavoro che rispetti i loro bisogni di salute e sicurezza (Ministry of Education 2003: 4).

Non manca quindi materiale a livello di dibattito istituzionale, ma i problemi nel riuscire a tradurre in pratica al livello aziendale tutte queste buone intenzioni sono evidenti, soprattutto nel settore pubblico. In questo ambito infatti si registrano particolari attitudini "culturali" dei dipendenti, quali in particolare una generale "scarsa motivazione dei lavoratori", frequenti casi di assenteismo (che se da un lato potrebbero essere connessi a questa demotivazione, nel caso dei dipendenti più anziani potrebbero tuttavia anche essere la conseguenza di fenomeni di discriminazione sul lavoro operanti nei loro confronti - Berger 2004: 513; Shah and Kleiner 2005), la frequente gestione di un "secondo lavoro" (in genere sommerso), e un tasso di invalidità particolarmente elevato quale motivo di pensionamento anticipato¹².

A Malta dunque, pur essendo cresciuta negli ultimi anni la consapevolezza della necessità di dover affrontare in maniera organica l'argomento dell'invecchiamento della forza lavoro, testimoniata dai passi (specie in ambito pensionistico) già mossi in tale direzione, risultano ancora presenti molte contraddizioni nel sistema. Ciò si riscontra sia a livello normativo, sia in generale nelle attitudini dei singoli datori di lavoro che, nonostante il citato impegno in senso contrario della Malta Employers' Association (l'associazione maltese dei datori di lavoro), continuano ad espellere i lavoratori anziani al raggiungimento dell'età pensionabile.

¹² Per limitare l'abuso del ricorso a tali prestazioni sta per essere implementata la legge sulle Pensioni di Invalidità, che nelle intenzioni dovrebbe portare anche ad un incremento del tasso di occupazione dei lavoratori anziani (Ministry for the Family and Social Solidarity 2006a: 32-33).

Queste contraddizioni necessitano di essere risolte quanto prima, per favorire un approccio sistemico nel miglioramento di un processo che altrimenti molto difficilmente potrà essere gestito dalle aziende in autonomia. Gli esempi positivi riportati (come quello della Dial It — Telepage) dimostrano che possono essere raggiunti risultati eccellenti intervenendo al livello aziendale. Sarà ora necessario operare in maniera più strutturale partendo da questi esempi, per poter estendere le iniziative in modo non sporadico, anche alle altre aziende maltesi.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- ATDAL (2003): *Troppo giovani per la pensione, troppo vecchi per lavorare*, Tipografica Sociale Spa, Monza.
- Berger, E. (2004): “Older Workers’ Perceptions and Management of Age Discrimination: An Examination of the Struggles Encountered when Seeking Employment”, *The Gerontologist*, 44, 1, 513.
- Bombelli, M.C. e Finzi, E. (ed.) (2006): *Over 45. Quanto conta l’età nel mondo del lavoro*, Guerini e Associati, Milano.
- Commissione Europea (2002): Accrescere il tasso di attività e prolungare la vita attiva, *COM 9 definitivo*, Bruxelles. www.eu.int/comm/employment_social/news/2002/feb/com_2002_9_it.pdf [accesso: 31 luglio 2007].
- Commissione Europea (2004): “Aumentare il tasso d’occupazione dei lavoratori anziani e differire l’uscita dal mercato del lavoro”, *COM 146 definitivo*, Bruxelles. www.europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/site/it/com/2004/com2004_0146it01.pdf [accesso: 31 luglio 2007].
- Employment and Industrial Relations Act (2002): http://docs.justice.gov.mt/lom/legislation/english/leg/vol_14/chapt452.pdf [accesso: 31 luglio 2007].
- Employment and Training Corporation (ETC) (2006): *Annual Report 2005-2006*.
- Employment and Training Corporation (ETC) (2007): *Working paper*.
- Employment Taskforce (2003): *Jobs, Jobs, Jobs. Creating More Employment in Europe*. European Commission, Brussels. www.europa.eu.int/comm/employment_social/publications/2004/ke5703265_en.pdf [accesso: 31 luglio 2007].
- Equal treatment in employment regulations (2004): *Legal Notice 461*. <http://docs.justice.gov.mt/lom%5Clegislation%5Cenglish%5Csubleg%5C452%5C95.pdf> [accesso: 31 luglio 2007].
- Eurostat (2007): Queen detail. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu> [accesso: 31 luglio 2007].
- Fairbairn, S. (2006): How will the pension reform affect you? The Times & The Sunday Times, Malta. Sunday, 24th December 2006.
- Formosa, M. (1999): Ageism: the unrecognised oppression. The Sunday Times Malta, 11 December by Marvin Formosa (member in The Maltese Association of Gerontology and Geriatrics, and Assistant Lecturer in Gerontology and Geriatrics within the University of Malta) <http://www.um.edu.mt/pub/formosam4.html> [accesso: 31 luglio 2007].
- Fortuny, M., Nesporova, A. and Popova, N. (2003): Employment promotion policies for older workers in the EU accession countries, the Russian Federation and Ukraine. Employment paper. International Labour Office Geneva. <http://www.ilo.org/public/english/employment/strat/download/ep50.pdf> [accesso: 31 luglio 2007].
- Giarini, O. (2005): “Il privilegio di lavorare dopo i 60 anni”, *Quaderni Europei sul Nuovo Welfare*, 2, 20-24.
- Gonzi, L. and Diamantopoulus, A. (2001): *Joint Assessment of the Employment Policy Priorities of Malta*, Government of Malta. <http://www.msp.gov.mt/esf/publications/jap.pdf> [accesso: 31 luglio 2007].

- Government of Malta (2004): *National Action Plan for Employment*. Malta. http://www.msp.gov.mt/esf/publications/nap_employment.pdf [accesso: 31 luglio 2007].
- Mandl I., Dorr A. and Oberholzner T. (2006): *Age and Employment in the New Member States. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions*, <http://www.eurofound.eu.int/pubdocs/2006/26/en/1/ef0626en.pdf> [accesso: 31 luglio 2007].
- MEA (Malta Employers' Association) (2005a): *Reaction by the Malta Employers' Association to Malta Labour Party's document: Towards an Economic and Social Regeneration Plan*. <http://www.maltaemployers.com/Portals/22/MEA's%20reaction%20to%20MLPdocument.PDF> [accesso: 31 luglio 2007].
- MEA (Malta Employers' Association). (2005b): *Pension Reform. Proposals by the Malta Employers' Association*. <http://www.maltaemployers.com/Portals/22/MEA%20Proposal%20for%20Pension%20Reform%20-%20April%20%202005.pdf> [accesso: 31 luglio 2007].
- MEA (Malta Employers' Association) (2006): *Pension Reform. Update*, The Malta Employers' Association Information Sheet, Issue 204.
- Mifsud V. (2005): *Create Incentives and Reduce Taxation to Promote Active Ageing for an Adequate and Sustainable, Future Pension System*, Victos Mifsud B.A. (Hons) Econ. & Pub. Adm., D.P.E. (Oxon). <http://www.mfss.gov.mt/pensions/deliverfile.aspx?id=90> [accesso: 31 luglio 2007].
- MIM (Malta Institute of Management) (2005): *Pension Reform*, Proposals by The Malta Institute of Management. http://www.mfss.gov.mt/pensions/documents/mim_pens_reform_proposals.pdf [accesso: 31 luglio 2007].
- Ministry for Competitiveness and Communications (2006): *Malta's National Reform Program. Annual Progress Report*, http://ec.europa.eu/growthandjobs/pdf/nrp/MT_nrp_en.pdf [accesso: 31 luglio 2007].
- Ministry for Health, the Elderly and Community Care (2006): *Healthy employees for healthy organisations*. <http://www.sahha.gov.mt/showdoc.aspx?id=640&filesource=4&file=Healthy%20Employees%20in%20Healthy%20Organisations.pdf> [accesso: 31 luglio 2007].
- Ministry for the Family and Social Solidarity (2004): *National Action Plan for Employment 2004*, Malta, http://www.msp.gov.mt/esf/publications/nap_employment.pdf [accesso: 31 luglio 2007].
- Ministry for the Family and Social Solidarity (2005): *National Action Plan against Poverty and Social Exclusion 2004-2006 Light Update Report*, http://www.msp.gov.mt/documents/msp/nap_incl_mt_20050801.pdf [accesso: 31 luglio 2007].
- Ministry for the Family and Social Solidarity (2006a): *National Report on Strategies for Social Protection and Social Inclusion 2006-2008*, http://www.msp.gov.mt/documents/msp/nap_inc_2006_2008.pdf [accesso: 31 luglio 2007].
- Ministry for the Family and Social Solidarity (2006b): *Speech by The Hon. Dolores Cristina, Minister for the Family and Social Solidarity at The Business Breakfast on The Pension Reform organised by Mediatoday*, <http://www.msp.gov.mt/services/subpages/content.asp?id=1894> [accesso: 31 luglio 2007].
- Ministry of Education (2003): *The Role of Work in a Healthy Life*. Speech by the Minister of Education Louis Galea at the seminar organised by the National Commission for Mental Health, Victoria Hotel, Sliema. http://www.education.gov.mt/ministry/doc/pr_pdf3/PR%20118%2003.pdf [accesso: 31 luglio 2007].
- Ministry of Education (2006): *Training and Employment Exposure Scheme*. <http://www.education.gov.mt/employment/tees.htm> [accesso: 31 luglio 2007].
- Naegele, G., Barkholdt, C., de Vroom, B., Goul Andersen, J., Krämer, K., Amann, A., Borrás, V., Chletsos, M., Cox, R. H., Dores Guerreiro, M., Ehgartner, G., Guillemard, A. M., Huyez,

- G., Järvisalo, J., Kazuya, O., Lamura, G., Marklund, S., Petroglou, A., Principi, A., Sprenger, W., Stenlund, C., and Wigfield, A. (2003): *A New Organisation of Time Over Working Life*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Dublin. <http://www.eurofound.eu.int/pubdocs/2003/36/en/1/ef0336en.pdf> [accesso: 31 luglio 2007].
- Naegele, G., Walker, A. (2006): *A Guide to Good Practice in Age Management*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Dublin. <http://www.eurofound.eu.int/pubdocs/2005/137/en/1/ef05137en.pdf> [accesso: 31 luglio 2007].
- OECD (2005): *Ageing Populations: High Time for Action*. <http://www.oecd.org/dataoecd/61/50/34600619.pdf> [accesso: 31 luglio 2007].
- OECD (2006): *Live Longer, Work Longer. Ageing and Employment Policies*, Oecd Publications, Paris Cedex.
- Pensions Working Group (2004a): “Pensions Adequate & Sustainable”, *White Paper*. http://www.mfss.gov.mt/pensions/documents/whitepaper/wp_layout.pdf [accesso: 31 luglio 2007].
- Pensions Working Group (2004b): “Pensions Adequate & Sustainable”, *White Paper*. Appendices. http://www.mfss.gov.mt/pensions/documents/whitepaper/wp_appendices.pdf [accesso: 31 luglio 2007].
- Principi, A., Lamura, G. (2007a): “Iniziativa aziendali a favore di una forza lavoro in via di invecchiamento: recenti evidenze empiriche in Italia”, *Economia & Lavoro*, XLI, n. 1, pp.121-141. http://www.inrca.it/CES/AgeingWorkforce/Iniziativa_Aziendali.pdf [accesso: 31 luglio 2007].
- Principi A., Lamura G. (2007b): *Employment Initiatives for the Ageing Workforce in the European Union*. Country presentation: Malta. Porto, 5 e 6 marzo. http://www.inrca.it/CES/AgeingWorkforce/Malta-Employment_initiatives.pps [accesso: 31 luglio 2007].
- Principi, A. and Lamura, G. (2007c): *Employment and labour market policies for an ageing workforce and initiatives at the workplace*, National overview report: Italy. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Ireland. <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2007/058/en/1/ef07058en.pdf> [accesso: 31 luglio 2007].
- Schwarz, A., Musalem, A. and Bogomolova, T. (2004): *The Maltese Pension System*. An analysis of the current system and options for reform. World Bank. <http://www.mfss.gov.mt/pensions/documents/maltesepensionsystem.doc> [accesso: 31 luglio 2007].
- Senato della Repubblica (2005): Documento approvato dalla 11^a commissione permanente a conclusione dell'indagine conoscitiva sulla condizione dei lavoratori anziani in Italia. www.senato.it/service/PDF/PDFServer?tipo=BGT&id=144693 [accesso: 31 luglio 2007].
- Shah, P. and Kleiner, B. (2005): “New Developments Concerning Age Discrimination in the Workplace”, *Equal Opportunity International*, 24, 5/6, 15-23.
- Social Security Act (1987): http://docs.justice.gov.mt/lom/legislation/english/leg/vol_7/chapt318.pdf [accesso: 31 luglio 2007].
- Social Security (Amendment) (No. 2) Act. (2006): <http://www.doi.gov.mt/EN/bills/2006/Bill%2076E.pdf> [accesso: 31 luglio 2007].
- Technical Team to the Pensions Working Group (2005a): *65 Years Retirement Age: Impact on Manual Workers and Other Demanding Jobs*. Supplementary paper n° 2 (b) to the Final Report of the Pensions Working Group. http://www.mfss.gov.mt/pensions/documents/supplementary_paper_02b.pdf [accesso: 31 luglio 2007].
- Technical Team to the Pensions Working Group (2005b): *Incentivising Female Participation in the Work Force to Ensure a Sustainable Pension System*. Supplementary paper n° 3 to the Final Report of the Pensions Working Group. <http://www.mfss.gov.mt/pensions/documents/>

supplementary_paper_no_03.pdf [accesso: 31 luglio 2007].

Technical Team to the Pensions Working Group (2005c): Analysis of Formal Feedback Received. Supplementary paper n° 1 to the Final Report of the Pensions Working Group. http://www.mfss.gov.mt/pensions/documents/supplementary_paper_no_01.pdf [accesso: 31 luglio 2007].

Technical Team to the Pensions Working Group (2005d): Appendix to supplementary paper n° 1 to the Final Report of the Pensions Working Group. http://www.mfss.gov.mt/pensions/documents/appendix_to_supplementary_paper_no_01.pdf [accesso: 31 luglio 2007].

UHM (Union Haddiema Maghqudin — Unione Generale dei Lavoratori) (2001): L-Isfida tal-bidla lejn socjeta` inklusiva (La sfida del cambiamento verso una società inclusiva). By Alfred St John President, Pensions Section — UHM. https://www.uhm.org.mt/article_item.aspx?id=9979 [accesso: 31 luglio 2007].

Prendersi cura di un familiare affetto da demenza: evidenze da uno studio *cross-sectional* sul carico sostenuto e sul benessere psicologico del *caregiver*¹

di Cristian Balducci^{*}, Maria Gabriella Melchiorre^{**},
Sabrina Quattrini^{***}, Giovanni Lamura^{****}

Riassunto

Contesto e obiettivi: la ricerca non ha ancora stabilito con chiarezza se i caregivers di anziani affetti da demenza siano più negativamente influenzati dal loro ruolo di assistenti rispetto ai caregivers di anziani non dementi. Il presente studio ha esaminato ulteriormente tale ipotesi confrontando 84 diadi carers — dementi con 53 carers — non dementi in termini di carico sostenuto e benessere psicologico del *caregiver*.

Metodi: le due tipologie di diadi individuate sono state inizialmente descritte in dettaglio per valutare la comparabilità dei due gruppi. Successivamente sono state eseguite cinque analisi della regressione multipla, per verificare se lo stato di anziano demente era predittivo delle variabili dipendenti considerate (carico oggettivo e soggettivo del caregiver, stress, ansia e depressione) una volta preso in considerazione l'effetto di potenziali fattori di confondimento.

Risultati: lo stato di paziente affetto da demenza è emerso come fattore predittivo dello stress e della depressione del caregiver, indicando che i carers di dementi riportano livelli più elevati di stress e depressione rispetto ai carers di non dementi. Inoltre, si è anche riscontrato che i carers coniugi, a confronto con i carers figli o altri parenti, riportano le conseguenze psicofisiche peggiori.

Conclusioni: questi risultati supportano la tesi che il caregiving di un paziente affetto da demenza sia un'esperienza particolarmente difficile, e che i carers di dementi — soprattutto se coniugi — hanno bisogno di maggiore sostegno da parte dei servizi di assistenza formale.

Parole chiave: coniugi carers, demenza, burden, stress, ansia, depressione

1. Introduzione

Fornire assistenza ad un anziano affetto da demenza è un compito molto impegnativo. Questa attività, che nella gran parte dei casi è svolta da assistenti informali (Kneebone e Martin, 2003; Stone *et al.*, 1987; Wiles, 2003), spesso provoca in quest'ultimi alti livelli

¹ Questo studio si basa sui dati raccolti per un progetto cofinanziato dal Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR sovvenzioni, n. 96.01583.CT10, 97.01296.CT10 e 98.01504.CT10), e l'Unione europea (contratto, n. BMH4 - 98 - 3374).

^{*} Dipartimento Ricerche Gerontologiche - I.N.R.C.A. (Istituto Ricovero e Cura Anziani: www.inrca.it), Ancona; Dipartimento Scienze della Cognizione e della Formazione - Università di Trento.

^{**} Dipartimento Ricerche Gerontologiche - I.N.R.C.A. (Istituto Ricovero e Cura Anziani: www.inrca.it), Ancona.

^{***} Department of Gerontological Research, I.N.R.C.A. (Italian National Research Centre on Aging: www.inrca.it) Via S. Margherita 5, 60124 Ancona (AN) - Italy.

di stress, che a loro volta possono causare conseguenze sia fisiche che psicologiche non sottovalutabili (Barinaga, 1998; Di Gregorio *et al.*, 2002; Macdonald e Denning, 2002; Marshall, 2001; Pinquart e Sorensen, 2003; Schulz *et al.*, 1995), soprattutto quando gli assistenti informali sono caratterizzati da uno stato psico-fisico già compromesso (Onishi *et al.*, 2005). A questo proposito, i carers coniugi fanno rilevare le conseguenze psicofisiche peggiori, dato che sono stati più volte individuati quali soggetti maggiormente depressi rispetto ad altri parenti (Pinquart e Sorensen, 2003; Schulz *et al.*, 1998, 2004). Inoltre, nel caso di coniugi, la tensione emotiva derivante dall'attività di cura è risultata essere un fattore di rischio indipendente di mortalità (Christakis e Allison, 2006; Schulz e Beach, 1999).

Una questione che sta ricevendo una crescente attenzione, in questo settore di ricerca, è se prendersi cura di un paziente demente sia relativamente peggiore rispetto al prendersi cura di un soggetto in condizioni fisiche croniche e debilitanti, ma con sufficiente livello di lucidità mentale. È stato suggerito (Luce *et al.*, 1994) che assistere una persona demente possa rappresentare "qualcosa di unico", indipendentemente dalle caratteristiche e dal livello di coinvolgimento del caregiver.

Ciò può dipendere dal fatto che la demenza, diversamente da altre condizioni fisiche croniche, progredisce danneggiando la capacità di giudizio, la memoria e il senso di sé, fino a compromettere i presupposti per qualsiasi forma di interazione tra l'assistente e l'assistito (MacRae, 2002), tanto che la gravità della compromissione cognitiva è risultata associata con la depressione dei carers (Ballard *et al.*, 1995). Inoltre, i cambiamenti comportamentali associati con l'insorgenza della malattia (Hooker *et al.*, 2002) spesso rendono molto più difficile occuparsi del demente. Come conseguenza, l'assistente non riesce più a trovare aspetti positivi nel suo ruolo di caregiver.

Tuttavia, mentre appare comprensibile che le compromissioni (cognitive, comportamentali e affettive) associate con la progressione della malattia rendano i carers di dementi relativamente più stressati, le evidenze empiriche a riguardo sono insoddisfacenti. Nette differenze tra carers di dementi e di non dementi sono emerse in alcuni studi (Clipp e George 1993; Holmen *et al.*, 2000; Ory *et al.*, 1999), dove i primi segnalano conseguenze peggiori in termini di salute fisica percepita, di salute emotiva, di vita sociale e status economico. Inoltre, i carers di dementi fanno registrare un maggior uso di sostanze psicotrope rispetto ai carers di soggetti malati di cancro (Clipp e George, 1993), suggerendo che affrontare il declino cognitivo e comportamentale di una persona con demenza possa essere un compito particolarmente difficile per chi se ne occupa. Tali differenze tra i due gruppi di caregivers, tuttavia, non sono state confermate in altri studi. Ad esempio, in un confronto tra assistenti di malati di Alzheimer e di malati di Parkinson senza compresenza di demenza (Hooker *et al.*, 1998), si è riscontrato che, mentre i primi riportano conseguenze peggiori per la salute mentale (ansia, depressione e altri stati affettivi positivi e negativi) rispetto ai secondi, il pattern dei risultati risulta invertito rispetto alle conseguenze sulla salute fisica (salute percepita e numero di condizioni croniche segnalate). In un altro studio, che mette a confronto carers di soggetti con demenza lieve, con morbo di Parkinson e colpite da ictus (Tommessen *et al.*, 2002), non sono state riscontrate differenze tra i gruppi per quanto riguarda lo stress percepito dal caregiver. Differenze trascurabili tra i gruppi di caregivers sono emerse anche in una serie di altri studi (Canadian Study of Health and Ageing Working Group, 2002; Cattanach e Tebes 1991; Draper *et al.*, 1992; Rabins *et al.*, 1990); alcune ricerche hanno peraltro evidenziato migliori condizioni di salute per i carers di soggetti con problemi cognitivi rispetto ai carers di pazienti con disabilità fisica (Yu *et al.*, 1993), e rispetto anche a quelli di pazienti con disabilità cognitiva ma non dementi (Hinton *et al.*, 2003).

Nonostante tali risultati controversi, questo settore di ricerca è molto importante e merita ulteriore attenzione: mentre la maggior parte dei caregivers assiste allo stato attuale pazienti con disabilità fisica, le previsioni per i paesi della Comunità Europea indicano che il numero

di persone dementi con 65 anni di età e oltre aumenterà sostanzialmente nel prossimo futuro, crescendo dai circa 4 milioni nel 2000 a circa 4,8 milioni nel 2015 (Berr *et al.*, 2005; Eurostat, 2003; Lobo *et al.*, 2000), e si prevede che un trend analogo interesserà tutte le principali regioni del mondo (Cleusa *et al.*, 2005). Pertanto, l'assistenza a soggetti dementi diventerà sempre più uno degli aspetti centrali della problematica del caregiving. Se l'obiettivo riconosciuto è quello di indirizzare le risorse disponibili verso gli assistenti informali - non solo per migliorarne la qualità di vita, ma anche per rallentare il deterioramento psico-fisico degli assistiti (Leung *et al.*, 2007) o ritardarne l'istituzionalizzazione (circostanza quest'ultima molto più frequente per le persone affette da demenza in tutti i gruppi di età, Jagger *et al.*, 2000), contribuendo così a ridurre i costi dell'assistenza sanitaria (Bernabei, Landi e Zuccalà 2002; Michel *et al.*, 2001; Stuart *et al.*, 2005) - allora è importante conoscere in quali contesti un carer riporti le conseguenze peggiori per la sua attività di cura, in quanto ciò ha rilevanti implicazioni in termini di allocazione delle risorse.

Alla luce di queste considerazioni, il principale obiettivo di questo studio è stato quello di vagliare ulteriormente l'ipotesi che il prendersi cura di persone dementi produca un più forte impatto sui carers rispetto all'assistere non dementi. La presente ricerca si è concentrata sulle misure di outcome del carico oggettivo e soggettivo del caregiver, nonché sul suo stress e benessere psicologico. Abbiamo ipotizzato che l'incoerenza dei precedenti risultati in questo settore sia dovuta all'esistenza di influenti differenze socio-demografiche tra carers di dementi e non, non adeguatamente prese in considerazione. Ad esempio, come già detto in precedenza, i caregivers coniugi denotano spesso un più elevato livello di stress rispetto ai caregivers con altra relazione di parentela con l'assistito (Pinquart e Sorensen, 2003; Schulz *et al.*, 1995, 2004); pertanto, se un numero significativamente maggiore di coniugi viene incluso tra i carers di malati di demenza rispetto ai carers di non dementi, il primo gruppo mostrerà un livello di stress più elevato che potrebbe non essere correlato allo stato di demenza del paziente. Allo stesso modo, esistono evidenze riguardo all'influenza del genere e dell'età del caregiver, che dimostrano come le donne e i soggetti più anziani riportano più elevati livelli di depressione rispetto agli uomini e agli assistenti giovani (Baumgarten *et al.*, 1992; Russo *et al.*, 1995).

Anche le caratteristiche dell'assistito possono essere influenti. Ad esempio, si è accertato (Miyamoto *et al.*, 2002) che i caregivers di pazienti dementi, con un buon livello di mobilità, segnalano un carico maggiore rispetto a quanti assistono pazienti con demenza ma uno scarso livello di mobilità, suggerendo così che, quando si esaminano le differenze tra carers di dementi e non, lo stato funzionale del paziente dovrebbe essere tenuto in considerazione. La maggior parte delle ricerche precedenti non sembra aver rivolto sufficiente attenzione a questi fattori, il che può spiegare il motivo per cui, in alcuni studi, i carers di malati di demenza fanno rilevare peggiori condizioni psicofisiche rispetto ai carers di non dementi, mentre in altre indagini non sono emerse differenze tra i gruppi. Nella presente ricerca, per esaminare ulteriormente l'impatto relativo dell'assistenza prestata ad una persona affetta da demenza, abbiamo utilizzato una strategia di analisi a tre stadi.

Nel primo abbiamo condotto una descrizione dettagliata delle diadi caregivers/assistiti dementi e caregivers/assistiti non dementi, per valutare la misura in cui i due gruppi fossero comparabili. Abbiamo quindi effettuato un'analisi della regressione multipla, al fine di determinare se lo stato di paziente con demenza potesse influenzare significativamente il carico ed il benessere psicologico del caregiver, una volta preso in considerazione l'effetto di potenziali fattori di confondimento. Infine, utilizzando un'analisi multivariata della varianza, abbiamo valutato l'ulteriore ipotesi che il coniuge caregiver possa riportare conseguenze peggiori a seguito dell'attività di cura rispetto ad altri tipi di carer. Questo fornirebbe ulteriore evidenza per ciò che riguarda la posizione particolarmente critica di questo gruppo di assistenti informali.

2. Metodo

2.1 Campione

Il campione complessivo è stato costruito attraverso un' estrazione casuale dagli elenchi degli utenti del servizio di "Assistenza domiciliare programmata" (ADP) prestato in sei distretti del Servizio Sanitario Nazionale dell'Italia centrale e nord-orientale (Ancona, Camerino, Fabriano, Senigallia, Bologna-Sud e Ferrara), i quali hanno concesso l'approvazione etica allo studio sottoscrivendo un apposito consenso informato. L'ADP è un servizio diretto a pazienti esaminati dalle Unità di Valutazione Multidimensionale dei Distretti Sanitari locali interessati, pazienti ufficialmente definiti come "non in grado di raggiungere il medico di medicina generale", e quindi nella necessità di ricevere visite supplementari a domicilio da parte appunto del medico di base, e per un massimo di quattro volte al mese. Tale criterio di ammissibilità all'ADP ha fatto sì che venissero inclusi nel campione studio — costituito da 413 anziani (età media: 84,4 anni; range: 65-105) e rispettivi assistenti famigliari principali (età media: 60,1 anni; range: 20-87 anni) — solo i caregivers che assistono anziani con almeno un moderato grado di disabilità funzionale. In questo articolo ci siamo concentrati su due sottogruppi di tale campione: diadi con presenza di soggetti dementi e non.

Abbiamo identificato le prime come quelle in cui l'assistito presenti sia il più elevato grado di disabilità cognitiva in base ad una valutazione effettuata con lo Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) (Pfeiffer, 1975), sia una delle seguenti patologie: malattia di Alzheimer, morbo di Parkinson, demenza o demenza senile (malattie indagate attraverso domande a risposta dicotomica nel questionario dell'assistito). Abbiamo considerato, come diadi di carers e non dementi, solo quelle in cui non risultava effettuata alcuna diagnosi formale delle malattie di cui sopra e al contempo l'assistito non mostrava alcun deterioramento mentale (capacità cognitiva intatta in base allo strumento SPMSQ). Abbiamo adottato questa classificazione delle diadi, più rigorosa rispetto ad altre utilizzate in altri studi (ad es., Ory *et al.*, 1999), per evitare un'errata classificazione dei pazienti con lieve e moderata disabilità cognitiva, i quali potrebbero soffrire di demenza o pre-demenza nonostante la mancanza di una diagnosi formale (Galluzzi *et al.*, 2001; Honig e Mayeux, 2001; Ravaglia *et al.*, 2003), diagnosi la cui divulgazione, inoltre, se presente, è da molti assistenti famigliari spesso sottaciuta (Corner e Bond, 2004; Fahy *et al.*, 2003).

Tramite questa procedura, abbiamo quindi ottenuto due distinti gruppi di diadi, al fine di evidenziare meglio eventuali differenze tra carers di dementi e non. Inoltre, poiché 22 assistiti hanno frequentato in modo più o meno regolare un centro Alzheimer diurno, si è deciso di escludere dalla nostra analisi questi soggetti e i rispettivi caregivers, per evitare potenziali bias a seguito del possibile effetto positivo dovuto al sostegno ricevuto utilizzando tale servizio. Questo procedimento ha reso disponibili, ai fini dell'analisi, dati per 84 diadi di carers e assistiti non dementi e 53 diadi di carers e assistiti dementi.

2.2 Strumenti e analisi statistiche

Questionari

I dati sono stati raccolti per mezzo di due questionari semi-strutturati, somministrati distintamente al caregiver e al suo familiare assistito, da intervistatori opportunamente formati. Ove possibile, i dati sono stati raccolti durante un unico incontro con i membri della diade, durante il quale entrambi sono stati intervistati. In molti casi, il carer ha assistito all'intervista dell'assistito e, se necessario, ha dato il suo sostegno quando quest'ultimo non è stato in grado di rispondere personalmente.

Questionario deell'assistito:

- In aggiunta a misure socio-demografiche di base, è stato incluso un modulo di 17 items tratti dal questionario EASY-Care (Philp, 2000; Richardson, 2001), il quale valuta la disabilità funzionale del paziente. Questi items misurano infatti la capacità di quest'ultimo nell'effettuare attività diverse della vita quotidiana, e assegnano un punteggio ad ogni risposta secondo il peso relativo della capacità o meno di svolgere la singola attività nel determinare la disabilità funzionale complessiva. Si ottiene così un punteggio totale di disabilità, che varia da 0 a 100, con i valori più alti indicanti livelli superiori di disabilità funzionale. Il coefficiente alfa di Cronbach (indice di fedeltà) per questa scala è stato di 0.89. La commissione cognitiva è stata valutata mediante la somministrazione dello Short Portable Mental Status Questionnaire (Pfeiffer, 1975).

Abbiamo scelto questo strumento per la sua brevità, per la possibilità di essere correttamente somministrato da intervistatori senza un formale training neurologico (Welch e Occidente, 1999), ed anche perché i suoi punteggi sono meno facilmente influenzabili da variabili quali il livello di istruzione, l'età e la classe sociale di appartenenza del soggetto indagato, rispetto, ad esempio, al Mini Mental Status Examination (MMSE), sebbene quest'ultimo abbia una migliore sensibilità e specificità (McKenzie *et al.*, 1996; Yeh e Liu, 2003). Lo SPSMQ è costituito da dieci quesiti che valutano la cognizione del paziente in relazione ad alcuni fatti generali ben noti (ad es. "Che giorno della settimana è?") e ad altri che lo riguardano personalmente (ad es. "Quanti anni ha?"). Il punteggio totale è determinato dal conteggio del numero di errori commessi da parte del paziente (tenendo però conto del livello di istruzione dello stesso), e permette di distinguere quattro categorie di funzionalità cognitiva: intatta, lieve deterioramento, moderato deterioramento e grave deterioramento. Nel presente studio il coefficiente alfa di Cronbach, per questo strumento, è stato di 0,93.

In aggiunta, è stata effettuata anche una misurazione delle condizioni croniche del paziente come indicatore del suo stato di salute. Ciò è stato realizzato con l'utilizzo di una lista contenente 20 delle più rilevanti patologie croniche diagnosticate nella popolazione italiana (cardiopatie, diabete, cancro, artrite ecc), per ciascuna delle quali ne è stata indagata la presenza o meno nel soggetto in esame (domanda con risposta dicotomica "sì/no"). Le malattie riferite dal paziente sono state aggregate in una nuova variabile che indica il numero totale di condizioni croniche a lui relative. Malattia di Alzheimer, demenza e demenza senile sono state escluse dal calcolo di tale variabile, dal momento che tali patologie erano state assunte come criteri di inclusione per la categorizzazione delle diadi carers-assistiti dementi e carers-assistiti non dementi. Tuttavia, il morbo di Parkinson è stato incluso nel calcolo, dal momento che non tutti i soggetti affetti da questa malattia sono pazienti dementi.

Questionario del caregiver:

- *Aspetti del caregiving.* In aggiunta a caratteristiche socio-demografiche standard, al caregiver sono state poste domande sul suo rapporto con il parente assistito e sulla convivenza o meno con questi. L'impegno richiesto dall'attività di assistenza è stato stimato in termini di durata ("Da quanto tempo assiste il parente?") e di intensità ("Quante ore alla settimana dedica alle diverse attività di assistenza?"). È stata ottenuta anche un'indicazione del sostegno sociale disponibile per il carer tramite la domanda: "Su quante persone può contare, in caso di necessità (si prega di indicarne fino ad un massimo di dieci)?". Il numero totale delle persone indicate dal caregiver ha così fornito la misura utilizzata in questo studio per indicare il supporto sociale disponibile.
- *Stato di salute.* Lo stato di salute del caregiver è stato stimato con il numero di patologie croniche da cui era affetto (seguendo la stessa metodologia utilizzata per l'assistito), attraverso un quesito che indagava se il caregiver aveva subito un ricovero nell'ultimo anno

(“sì/no”), e tramite il numero totale di farmaci attualmente utilizzati. Due ulteriori domande hanno esplorato le abitudini del caregiver in relazione al fumare e al bere, ed infine una domanda riassuntiva ha chiesto al carer: “Nel complesso, come giudica il suo attuale stato di salute?” (da 1 = ottimo, a 5 = pessimo). Quest’ultimo quesito può rappresentare un potente fattore predittivo della salute del paziente, in quanto è stato rilevato che le misure di autopercezione della salute possono prevedere la morbilità e la mortalità anche meglio delle stime effettuate da un medico (Ferraro *et al.*, 1999; Spiers *et al.*, 2003).

- *Carico del caregiver.* All’assistente è stato somministrato il Montgomery Burden Inventories, strumento che indaga i due costrutti del carico oggettivo e soggettivo (Montgomery *et al.*, 1985). Abbiamo utilizzato sette items della sub-scala relativa al carico oggettivo per esplorare come l’attività di cura abbia influenzato sette diverse sfere della vita personale del caregiver (tempo per se stessi, privacy, libertà personale, ecc.). Le risposte fornite con l’utilizzo di questo strumento sono state riportate su una scala a cinque punti (nel presente studio: da -2 = molto migliorate, a +2 = molto peggiorate). A riguardo è stato ottenuto un alfa di Cronbach pari a 0,81. In riferimento alla misura del carico soggettivo, abbiamo utilizzato 11 items che valutano quanto spesso l’assistente provi particolari sentimenti (senso di utilità, depressione, sensi di colpa, ecc) nel rapporto con la persona assistita. Le risposte così ottenute sono state riportate su una scala di cinque punti (da 1 = quasi sempre, a 5 = raramente o mai). A riguardo è stato ottenuto un alfa di Cronbach pari a 0,58.

Stress. Lo stress del caregiver è stato misurato utilizzando la Relative’s Stress Scale (Greene *et al.*, 1982), che consiste di quindici items che esplorano sintomi dello stress associati al caregiving. Le risposte così ottenute sono state raccolte su una scala a cinque punti (da 0 = assente/i, a 4 = in misura considerevole). Per questo strumento è stato ottenuto un alfa di Cronbach pari a 0,88.

Ansia. La Zung Self-rating Anxiety Scale (Zung, 1971) è stata utilizzata per ottenere una misura dello stato di ansia dell’assistente. Questa scala è composta da venti items e le risposte sono state riportate su una scala di quattro punti (da 1 = mai o un po’, a 4 = per la maggior parte o tutto il tempo, per 15 items; l’inverso per i restanti 5). Per questo strumento è stato ottenuto un alfa di Cronbach pari a 0,86.

Depressione. La Zung Self-rating Depression Scale (Zung, 1965) è stata utilizzata per misurare il livello di depressione dell’assistente. Venti domande compongono questo strumento psicometrico e le risposte fornite sono state riportate su una scala di quattro punti (da 1 = raramente, a 4 = quasi sempre, per 10 items; l’inverso per gli altri 10). Nel presente studio, per questo strumento è stato ottenuto un alfa di Cronbach di 0,85.

3. Risultati

Le caratteristiche degli assistiti sono indicate nella Tabella 1.

Tabella 1: Variabili socio-demografiche degli assistiti

Variabili dell'assistito	Stato di demenza		Statistiche
	Demenza (N =53)	Non demenza (N = 84)	
Sesso (% femminile)	66,0	65,5	$\chi^2 (1) =,00$
Età media	82,6 (SD: 7,1)	81,6 (SD: 9,1)	t (135) =,71
Mediana del livello di istruzione	Scuola Elementare	Scuola Elementare	
Stato civile (%)			$\chi^2 (3) = 7,14$
Single	0	7,1	
Coniugato	45,3	40,5	
Separato/ Divorziato	3,8	0	
Vedovo	50,9	52,4	
Mediana del reddito personale mensile netto (Euro)	516,5-723,0	516,5-723,0	
Mediana del reddito familiare mensile netto (Euro)	1032,9-1549,4	1032,9-1549,4	
Disabilità funzionale media (EASYcare)	80,9 (20,0)	46,53 (22,0)	t (110) = 8,49***
Numero medio di condizioni croniche riportate	1,2 (1,4)	2,2 (2,0)	t (133,31) = 3,72***

* p <.05; ** p <.01; *** p <.001,

Tabella 2: Capacità dell'assistito di compiere attività della vita quotidiana

Disabilità funzionale dell'assistito (% con più alta dipendenza nell'item)	Stato di demenza		Statistiche
	Demenza	Non demenza	
<i>ADLs</i>			
Muoversi dal letto alla sedia, se vicini	57,1	20,3	$\chi^2 (3) = 19,97***$
Usare il gabinetto (o la comoda)	74,5	22,4	$\chi^2 (2) = 41,48***$
Avere problemi di incontinenza vescicale	82,7	20,7	$\chi^2 (2) = 58,35*$
Avere problemi di incontinenza fecale	61,5	17,1	$\chi^2 (2) = 33,31***$
Usare il bagno o la doccia	100,0	91,8	$\chi^2 (1) = 4,07*$
Avere cura del suo aspetto	100,0	56,1	$\chi^2 (1) = 30,7***$
Vestirsi da solo	79,6	27,3	$\chi^2 (2) = 35,38***$
Mangiare da solo	59,6	7,3	$\chi^2 (2) = 52,63***$
<i>IADLs</i>			
Fare i lavori di casa	97,8	69,9	$\chi^2 (2) = 14,2**$
Prepararsi da mangiare	93,6	53,4	$\chi^2 (2) = 22,52***$
Andare a far spese	100,0	86,3	$\chi^2 (2) = 7,02*$
Gestire i suoi soldi	100,0	48,3	$\chi^2 (2) = 34,19***$
Fare una telefonata	95,6	10,0	$\chi^2 (2) = 76,14***$
Prendere le sue medicine	95,7	21,0	$\chi^2 (2) = 60,27***$
Camminare fuori di casa	53,7	39,4	$\chi^2 (2) = 2,13$
Muoversi per casa	39,6	7,9	$\chi^2 (3) = 25,02***$
Fare le scale	57,4	46,6	$\chi^2 (2) = 1,36$

* p <.05; ** p <.01; *** p <.001.

Si può notare che i due sub-campioni di soggetti dementi e non dementi sono simili rispetto alla maggior parte delle misure socio-demografiche prese in considerazione dallo studio: sesso, età, livello di istruzione, stato civile, reddito mensile netto personale e familiare.

Differenze statisticamente significative tra i due sotto campioni sono emerse solo in termini di disabilità funzionale e numero di condizioni critiche riferite: mentre i soggetti dementi, in media, mostrano una più grave disabilità funzionale (cfr. Tabella 2 per maggiori dettagli a livello di singole attività della vita quotidiana), i non dementi segnalano un numero più elevato di condizioni critiche (cfr. Tabella 3 per maggiori dettagli).

Tabella 3: Condizioni critiche dell'assistito

Condizioni critiche - (% S)	Stato di demenza		Statistiche
	Demenzia	Non demenza	
Diabete	9,4	17,9	$\chi^2 (1) = 1,85$
Ipertensione	9,4	27,4	$\chi^2 (1) = 6,44^*$
Infarto	1,9	3,6	$\chi^2 (1) = ,32$
Angina pectoris	0,0	4,8	$\chi^2 (1) = 2,6$
Altri problemi di cuore	13,2	22,6	$\chi^2 (1) = 1,87$
Bronchite cronica o enfisema	11,3	15,5	$\chi^2 (1) = ,47$
Asma	3,8	16,7	$\chi^2 (1) = 5,24^*$
Malattie allergiche	0,0	6,0	$\chi^2 (1) = 3,27 p = ,07$
Tumore	0,0	11,9	$\chi^2 (1) = 6,81^{**}$
Ulcere dell'apparato digerente	0,0	4,8	$\chi^2 (1) = 2,6$
Calcoli al fegato	3,8	10,7	$\chi^2 (1) = 2,12$
Cirrosi del fegato	0,0	1,2	$\chi^2 (1) = 0,64$
Calcoli al rene	0,0	4,8	$\chi^2 (1) = 2,6$
Artrite	11,3	32,1	$\chi^2 (1) = 7,7^{**}$
Osteoporosi	1,9	9,5	$\chi^2 (1) = 3,09 p = ,08$
Morbo di Parkinson	1,9	0,0	$\chi^2 (1) = ,79$
Ictus cerebrale	13,2	19,0	$\chi^2 (1) = ,79$
Traumi da caduta	11,3	10,7	$\chi^2 (1) = ,01$

* p <,05; ** p <,01; *** p <,001

Le caratteristiche del caregiver sono riportate nella Tabella, dove i carers di dementi e non dementi sono comparabili per tutte le variabili relative alle aree inerenti le misure socio-demografiche, le condizioni del caregiving e lo stato di salute. Questo indica che sono stati ottenuti due campioni di assistenti altamente omogenei con riguardo a queste variabili.

Dopo questa preliminare descrizione delle diadi di dementi e non dementi, sono state eseguite cinque analisi di regressione multipla utilizzando, come variabili dipendenti, le misure relative al carico del carer, al suo stress e benessere psicologico, e come predittori le variabili per le quali le due diadi risultano differenziarsi (variabili di controllo) e lo stato di demenza dell'assistito.

Nel primo stadio abbiamo inserito, in tutti i modelli, le variabili di controllo (disabilità funzionale dell'assistito, cioè punteggio totale EASY-Care, e il numero di condizioni croniche segnalate). Nel secondo stadio delle analisi abbiamo inserito la variabile inerente lo stato di demenza (1 = demenza; 0 = non demenza). I risultati dei cinque modelli di regressione sono riportati nella Tabella 5.

Tabella 4: Variabili dell'assistente (socio-demografiche, aspetti del caregiving e stato di salute)

Variabili dell'assistito	Stato di demenza dell'assistito		Statistiche
	Demenza	Non demenza	
<i>Variabili Socio-demografiche</i>			
Sesso (% femminile)	79,2	75,0	X ² (1) =,33
Età media	59,2 (SD: 12,7)	58,8 (SD: 14,5)	t (135) =,17
Mediana del livello di istruzione	Scuola Elementare	Scuola Elementare	
Stato civile (%)			X ² (3) = 3,44
Single	9,4	16,7	
Coniugato	84,9	72,6	
Separato/ Divorziato	1,9	1,2	
Vedovo	3,8	9,5	
Condizione professionale (% occupati)	22,6	20,2	X ² (1) =,11
Mediana del reddito personale mensile netto (Euro)	309,9-516,5	309,9-516,5	
Soddisfazione media per la condizione economica	2,7 (.8)	2,8 (.8)	t (133) =,69
<i>Aspetti del Caregiving</i>			
Parentela con l'assistito (%)			X ² (2) = 4,26
Coniuge	22,6	28,6	
Figlio/figlia	60,4	42,8	
Altro	17,0	28,6	
Vive con l'assistito (% di si)	81,1	76,2	X ² (1) =,46
Durata media del caregiving (in anni)	5,8 (4,6)	7,6 (7,5)	t (134,85) = 1,79
Num. medio ore settimana dedicate al caregiving	91,5 (66,2)	76,0 (64,2)	t (133) = 1,35
Supporto sociale medio disponibile (n. di persone)	2,2 (1,3)	2,3 (1,5)	t (135) =,59
<i>Stato di salute</i>			
Attualmente affetto da qualche patologia (% di si)	66	61,9	X ² (1) =,24
Numero medio totale di patologie	1,2 (1,2)	1,2 (1,3)	t (135) =,05
Ricoveri nell'ultimo anno (% di si)	7,7	12,0	X ² (1) =,65
Numero medio totale di farmaci usati	1,3 (1,5)	1,0 (1,3)	t (95,55) = 1,33
Abitudini relative al fumo (% di si)	35,8	46,4	X ² (1) = 1,49
Abitudini relative al consumo di alcolici (% di si)	52,8	65,5	X ² (1) = 2,18
Giudizio medio del proprio stato di salute corrente	2,7 (.8)	2,5 (.8)	t (130) = 1,47
p <,05; ** p <,01; *** p <,001			

Tabella 5: Regressione multipla delle misure di outcome del caregiver sullo stato di demenza dell'assistito (controllando lo stato funzionale dell'assistito ed il numero di condizioni critiche riportate dallo stesso)[^]

	Carico oggettivo	Carico soggettivo	Stress	Ansia	Depressione
Stadio 1	F(2, 108)=8,23*** R2 Change =,132	F(2, 108) =1,89 R2 Change =,034	F(2, 108) =2,62 R2 Change =,046	F(2, 108) =,46 R2 Change =,01	F(2, 108) =2,19 R2 Change =,04
Stadio 2	F(1, 107) = 2,61 R2 Change =,021	F(1, 107) = 0,39 R2 Change =,004	F(1, 107) = 4,13* R2 Change =,035	F(1, 107) = 2,34 R2 Change =,02	F(1, 107) = 4,73* R2 Change =,04
F complessivo	F (3, 107) = 6,44***	F (3, 107) = 1,38	F (3, 107) = 3,17*	F (3, 107) = 1,09	F (3, 107) = 3,09*
Intercetta (beta non standardizzato)	1,87	21,62***	17,96***	35,16***	36,61***
Disabilità funzionale (Easy Care)	,25*	,12	,05	-,05	-,15
Numero di condizioni croniche	,10	,10	,14	,11	,25
Stato di demenza (1= demenza; 0= non demenza)	,19	,08	,25*	,19	,27*

[^]: Se non stabilito in altro modo, i valori relativi alle singole variabili sono coefficienti di regressione standardizzata per l'ultimo stadio in ogni modello di regressione. * p <,05; ** p <,01; *** p <,001

Tabella 6: Confronto tra Coniugi vs. Figli/Figlie vs. Altri Parenti in relazione alle misure del carico assistenziale e del benessere emotivo

Outcomes del caregiver	Coniugi (N = 74)	Figli/figlie (N = 201)	Altri parenti (N = 103)
Carico oggettivo	5,9 (SE:4)	5,7 (SE:2)	4,8 (SE:3)
Carico soggettivo	26,2 (.7)	25,6 (.4)	23,6 (.6)
Stress	27,3 (1,3)	25,0 (.8)	19,6 (1,1)
Ansia	39,5 (1,2)	37,2 (.7)	34,5 (1,0)
Depressione	42,4 (1,1)	38,5 (.7)	34,3 (1,0)

Considerate nel loro insieme, le variabili di controllo hanno spiegato una porzione significativa della varianza solo in riferimento al carico oggettivo del caregiver (13,2%). Le stime dei parametri hanno indicato che lo stato funzionale dell'assistito è stato l'unico fattore ad incidere su questa variabile. Il coefficiente standardizzato di regressione (β) è risultato positivo, suggerendo che maggiore è la disabilità funzionale del paziente, più alto risulta il carico oggettivo del caregiver. Lo Stadio 1 del modello di regressione non è risultato significativo per nessuna delle altre variabili dipendenti. Quando la variabile relativa allo stato di demenza è stata inclusa (Tabella 3), essa ha aggiunto una modesta ma significativa porzione di varianza spiegata nel caso delle variabili stress (4,0%) e depressione (4,0%). Questo ha indicato che, anche dopo il controllo delle variabili potenzialmente confondenti, lo stato di demenza dell'assistito riesce a prevedere, in misura significativa, lo stress e la depressione del caregiver. Poiché i valori β erano positivi in entrambi i casi, i risultati hanno indicato che i carers di pazienti dementi riportavano livelli più elevati di stress e depressione rispetto ai carers di non dementi. Successivamente, al fine di valutare la seconda ipotesi avanzata (i.e. che i coniugi carers riferiscono conseguenze dell'attività di assistenza peggiori rispetto ai non coniugi), abbiamo condotto sul campione totale (N = 413) un'analisi multivariata della varianza (MANOVA; variabili dipendenti: carico soggettivo del caregiver, stress, ansia e depressione; variabile indipendente: rapporto di parentela carer-assistito), seguita dai confronti multipli secondo il metodo di Tukey (HSD). I valori medi per i vari gruppi di assistenti sono riportati nella Tabella 6.

L'analisi MANOVA complessiva è stata statisticamente significativa - Hotelling's T: F (10,736) = 4,08, $p < .001$ - e così sono stati tutti i tests di follow-up: carico oggettivo: F (2,373) = 3,04 $p < .05$; carico soggettivo: F (2,373) = 4,8 $p < .01$; stress: F (2,373) = 11,42 $p < .001$; ansia: F (2,373) = 5,61 $p < .01$; depressione: F (2,373) = 15,3 $p < .001$.

I confronti multipli hanno evidenziato che i tre gruppi (Coniugi: C; Figli/Figlie: F/F; Altri parenti: Altri) non differivano in maniera significativa nella misura del carico oggettivo. In termini di carico assistenziale soggettivo, stress e ansia, i coniugi non differivano significativamente da figli/figlie, esistendo delle differenze principalmente tra i coniugi e figli/figlie versus altri parenti (carico soggettivo: C = F/F, C > Altri; F/F > Altri; Stress: C = F/F, C > Altri, F/F > Altri; Ansia: C = F/F, C > Altri, F/F = Altri). Tuttavia, i risultati mostrano che i coniugi hanno riportato livelli significativamente più alti di depressione rispetto ai carers figli/figlie, i quali a loro volta sono risultati significativamente più depressi di altri parenti (C > F/F > Altri).

4. Discussione

Il principale obiettivo di questo studio è stato quello di esplorare ulteriormente l'ipotesi che il caregiving di persone affette da demenza ha un più forte impatto sugli assistenti familiari rispetto al caregiving di soggetti non dementi. I risultati hanno fornito sostegno a questa ipotesi: infatti, una volta preso in considerazione l'effetto di fattori potenzialmente influenti, i carers di dementi sono risultati ancora avere più alti livelli di stress e depressione rispetto ai carers di non dementi. Pertanto, i risultati di questo studio supportano la tesi che la cura di persone con problemi di demenza, e quindi cognitivi, possa rappresentare, in qualche misura, un'esperienza diversa rispetto all'assistere persone fisicamente disabili ma mentalmente lucide, e che questa esperienza comporti per l'assistente familiare maggiori conseguenze negative.

Le ragioni per le quali quanti si occupano di persone dementi mostrano livelli più alti di stress e depressione rimangono comunque solo ipotetiche, in quanto non abbiamo potuto testarle direttamente nel nostro studio. Tuttavia, sulla base di ricerche precedenti, possiamo proporre possibili spiegazioni per chiarire i nostri risultati. Abbiamo valutato lo stress dei carers tramite la Relative's Stress Scale (RSS), che si concentra sull'entità di stress e tensione sperimentati dai caregivers familiari di parenti anziani, toccando nei suoi items diversi aspetti della risposta emotiva del caregiver. Secondo un modello cognitivo dello stress ampiamente condiviso (Lazarus e Folkman, 1984), valutato anche nel contesto del caregiving (Kane e Kane, 2000), lo stress aumenta quando un individuo percepisce una mancanza di risorse per arginare una situazione valutata quale pericolo. Di conseguenza, la nostra constatazione che i carers di dementi riportino valori di RSS superiori rispetto ai carers di non dementi, suggerisce che i primi percepiscono in maniera più consistente una mancanza di risorse per soddisfare le esigenze connesse al loro ruolo di assistenti.

Dopo aver controllato i fattori contestuali più influenti, possiamo ipotizzare che le cause del maggiore stress mostrato da assistenti di dementi possano essere cercate nelle peculiarità del rapporto di assistenza carer-demente. La demenza è una malattia progressiva che porta alla dissoluzione dell'identità personale del paziente. Ciò significa che col passare del tempo il livello di reciprocità è notevolmente ridotto nel rapporto di assistenza (Nagaratnam *et al.*, 2001). In queste circostanze può essere difficile per il caregiver soddisfare adeguatamente le necessità di cura dell'assistito (Woods, 2001), e questa è stata segnalata quale esperienza estremamente stressante (Pearlin *et al.*, 1990), spesso associata a sentimenti di colpa e di impotenza (Martin *et al.*, 2006).

Riteniamo che la maggior parte dei caregivers di dementi nel nostro studio si trovavano in queste circostanze, dato che tutti i pazienti con demenza soffrivano di un grave deficit cognitivo e si collocavano presumibilmente in una delle ultime fasi del processo di demenza. Pertanto, questo può spiegare i più elevati livelli di stress mostrati dai carers di malati di demenza.

Se questa spiegazione è valida, ci si sarebbe aspettati di trovare anche una differenza significativa, tra i due gruppi di pazienti, in riferimento al carico soggettivo. Al contrario, sebbene i carers di dementi hanno fatto registrare in media un punteggio maggiore, la differenza non ha raggiunto la significatività statistica. Tuttavia, va notato che non abbiamo ottenuto una soddisfacente coerenza interna di questa scala, il che significa che questi risultati non possono essere considerati completamente affidabili.

Come ulteriore spiegazione per i risultati emersi, si può ipotizzare che i pazienti dementi mostrassero una consistente presenza di problematiche comportamentali, le quali tuttavia non sono state indagate nel presente studio.

Comunque, appare necessaria ulteriore attività di ricerca per approfondire il perché assistere

soggetti affetti da demenza sia comparativamente più stressante rispetto all'assistenza di altri tipi di pazienti.

Quanto alla depressione, definita come una persistente tristezza e un diminuito interesse per le attività di svago, da sottolineare che è stata valutata mediante la scala sviluppata da Zung (1965), strumento ampiamente utilizzato negli studi sulle persone anziane (Kane e Kane, 2000), i cui items sono stati ricavati dall'osservazione clinica di pazienti depressi e comprendono un certo numero di sintomi psicosomatici associati con il disturbo. Precedenti ricerche (Hooker *et al.*, 1998, 2002) hanno ripetutamente trovato un nesso causale tra stress e depressione, così i nostri risultati, inerenti il fatto che i carers di malati di demenza hanno mostrato una più elevata frequenza di sintomi depressivi, possono essere visti come una conseguenza dei loro più elevati livelli di stress percepito.

I risultati del presente studio non sono quindi in linea con quelli di altri indagini e che non hanno evidenziato alcuna differenza tra gli assistenti di dementi e quelli di non dementi (ad es., Canadian Study of Health and Ageing Working Group, 2002; Tommessen *et al.*, 2002). Tuttavia, risultano meno "estremi" rispetto ad altri riportati da ulteriori studi (Clipp e George, 1993; Holmen *et al.*, 2000; Ory *et al.*, 1999), nei quali sono emerse nette differenze, tra assistenti di dementi e gruppo di controllo, in relazione a più indicatori di benessere. Diverse possono essere le motivazioni per l'incoerenza di tali risultati; a nostro avviso la principale risiede nel fatto che non è stata sempre effettuata, nelle precedenti ricerche, una dettagliata descrizione preliminare delle diadi di dementi e non (ad es., Draper *et al.*, 1992; Hooker *et al.*, 1998), con la conseguenza che le caratteristiche dei carers quali la misura del coinvolgimento nel caregiving, il reddito, il sesso, ecc., ma anche le caratteristiche del paziente, non potevano essere prese in considerazione adeguatamente. Uno studio che ha comunque previsto una distinzione dettagliata delle diadi in esame (Ory *et al.*, 1999) ha tuttavia interamente basato il confronto tra i carers di dementi e i carers di non dementi su misure di benessere non standardizzate (e con unico item), il che significa che i risultati non possono essere considerati del tutto affidabili. Successive ricerche si sono poi concentrate su pochi indicatori del benessere del caregiver (ad es., Draper *et al.*, 1992; Tommessen *et al.*, 2002), e questo significa che diversi aspetti in cui esso si declina sono rimaste inesplorate.

Il nostro studio fa fronte a tali carenze e può quindi essere considerato un importante contributo per l'attuale ricerca in questo settore. Presenta tuttavia anche alcuni limiti, da tenere in considerazione quando se ne volessero generalizzare i risultati. In primo luogo, come la maggior parte delle ricerche precedenti in tale ambito, la nostra indagine ha utilizzato due campioni - assistenti di dementi e assistenti di non dementi - relativamente poco numerosi, circostanza che ha ridotto la potenza dei test statistici, i quali possono così non essere stati in grado di rilevare differenze più sottili tra i due gruppi. Inoltre, ci siamo concentrati su due gruppi di pazienti chiaramente distinti: dementi con grave deficit cognitivo versus non dementi con capacità cognitive intatte. In altre parole, non abbiamo incluso diadi in cui il soggetto assistito avesse una lieve o moderata compromissione cognitiva.

Abbiamo deliberatamente operato tale scelta al fine di evitare l'immissione di falsi negativi tra i non dementi (problema verso il quale le ricerche precedenti non hanno sempre prestato sufficiente attenzione, ad es., Ory *et al.*, 1999). Riducendo la possibilità di effettuare errate classificazioni, abbiamo così aumentato la probabilità di osservare le differenze tra assistenti di dementi e non dementi, se queste esistono. Tuttavia, ciò sta a significare che la restrizione del campo di variazione rispetto alle capacità cognitive del paziente ha giocato un suo ruolo nel nostro studio, fatto che indebolisce la possibilità di generalizzarne i risultati. Così, sebbene abbiamo fornito una prova evidente che il prendersi cura di una persona con demenza sia più problematico del prendersi cura di qualcuno con altre condizioni fisiche croniche e debilitanti, ma mentalmente lucido, i nostri risultati non possono essere presi come generali e conclusivi. Ulteriori ricerche in questo campo sono quindi necessarie. In particolare,

si suggerisce di sviluppare il presente studio ed eventualmente di ripeterlo longitudinalmente, dato che questa indagine - come la maggior parte delle ricerche precedenti - ha una disegno cross-sectional che non consente di considerare la causalità. Inoltre, le variabili e i costrutti investigati (depressione, stress ecc.) sono per loro natura di tipo dinamico, e con l'uso di disegni di studio che prevedono la ripetizione delle misurazioni, gli indicatori di benessere dei carers di dementi potrebbero essere monitorati nel tempo, e il loro cambiamento osservato alla luce del progressivo deterioramento cognitivo dei pazienti.

In questo studio abbiamo anche valutato una seconda ipotesi, relativa ai carers coniugi quali soggetti maggiormente colpiti dalle conseguenze peggiori del caregiving. I risultati ottenuti supportano questa ipotesi, e quindi replicano precedenti ricerche in questo settore: indipendentemente dallo stato di demenza degli assistiti, i coniugi che svolgono attività di cura hanno mostrato livelli più elevati di carico oggettivo e soggettivo, di stress, ansia e depressione rispetto ad altri parenti. Mentre nella maggior parte dei casi i coniugi non sono risultati significativamente più compromessi di figli e figlie, i risultati hanno evidenziato che i coniugi sono significativamente più depressi di tutti gli altri parenti carers.

Questa constatazione apporta ulteriori elementi a riprova della posizione particolarmente critica di questo gruppo di assistenti famigliari, e dovrebbe anche destare grande preoccupazione, dato che la tensione emotiva vissuta dai coniugi carers è risultata fattore di rischio indipendente di mortalità (Christakis e Allison, 2006; Schulz e Beach, 1999).

Sebbene i risultati di questo studio non possano essere considerati conclusivi, come già ribadito, essi suggeriscono comunque che quanti assistono anziani affetti da demenza hanno maggiore bisogno di sostegno da parte dei servizi formali. Nel caso dei coniugi, questa necessità di aiuto e di sostegno deve essere considerata una priorità e un possibile approccio per aiutare i caregivers famigliari potrebbe essere quello di ricorrere ai centri diurni, i quali forniscono vari servizi per le persone anziane che soffrono di diverse malattie, tra le quali la demenza.

Questi centri permettono ai caregivers di "uscire" dal loro ruolo per un certo numero di ore durante il giorno o la settimana, così da spendere un po' di tempo per altre attività ed eventualmente ripristinare le proprie risorse sociali e psicologiche, migliorando in tal modo i livelli di stress e depressione, anche dopo brevi periodi di tempo (Zarit *et al.*, 1998). Recenti risultati di ricerca mostrano, tuttavia, che l'uso di questo servizio è associato ad un più alto rischio di istituzionalizzazione futura per l'assistito (McCann *et al.*, 2005), soprattutto quando i carers attendono troppo a lungo prima di ricorrervi (Gaugler e Zarit, 2001; Gaugler *et al.*, 2003), riducendo così i potenziali vantaggi derivanti da adeguati interventi formativi (Coon *et al.*, 2003; Gelmini *et al.*, 2001; Teri *et al.*, 2005).

5. Conclusioni

Mentre i risultati di ricerche precedenti risultano incoerenti in materia di conseguenze negative subite dagli assistenti di persone colpite da demenza, il presente studio, confrontando due campioni di caregivers molto simili, e tenendo conto di una serie di caratteristiche del parente assistito, fornisce evidenza del fatto che quanti si prendono cura di parenti dementi sono colpiti più negativamente dall'esperienza del caregiving rispetto ai carers di non dementi. In particolare, questo studio ha mostrato che quanti assistono famigliari anziani dementi segnalano più elevati livelli di stress e un umore maggiormente depresso. Tuttavia, si ritiene necessario un approfondimento della ricerca in tale ambito, soprattutto di tipo longitudinale e su campioni più ampi di pazienti, in modo da replicare i risultati presenti, rafforzando così ulteriormente la loro generalizzabilità.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Ballard, C., Saad, K., Coope, B., Graham, C., Gahir, M. and Wilcock, G. (1995): "The Etiology of Depression in the Carers of Dementia Sufferers", *J. Affect. Disorders*, 35, 59-63.
- Barinaga, M. (1998): "Caregivers Need Healing, Too", *Science*, 282, 1031-1032.
- Baumgarten, M., Battista, R. N., Infante-Rivard, C., Hanley, J. A., Becker, R. and Gauthier, S. (1992): "The Psychological and Physical Health of Family Members Caring for an Elderly Person with Dementia", *J. Clin. Epidemiol*, 45, 61-70.
- Bernabei, R., Landi, F. and Zuccalà, G. (2002): "Health Care for Older Persons in Italy", *Aging Clin. Exp. Res.*, 14, 247-251.
- Berr, C., Wancata, J., Ritchie, K. (2005): "Prevalence of Dementia in Europe", *Eur. J. Neuropsychopharm*, 15, 463-471.
- Canadian Study of Health and Ageing Working Group (2002): "Patterns and Health Effects of Caring for People with Dementia: The Impact of Changing Cognitive and Residential Status", *Gerontologist*, 42, 643-652.
- Cattanach, L., Tebes, J. K. (1991): "The Nature of Elder Impairment and its Impact on Family Caregivers' Health and Psychosocial Functioning", *Gerontologist*, 31, 246-255.
- Christakis, N. A. and Allison, P. D. (2006): "Mortality After the Hospitalization of a Spouse", *New Engl. J. Med*, 354, 719-730.
- Clipp, E. C., George, L. K. (1993): "Dementia and Cancer: A Comparison of Spouse Caregivers", *Gerontologist*, 33, 534-541.
- Coon, D.W., Thompson, L.A., Steffen, K., Sorocco, D. and Gallagher-Thompson (2003): "Anger and Depression Management: Psychoeducational Skill Training Interventions for Women Caregivers of a Relative with Dementia", *Gerontologist*, 43, 678-689.
- Corner, L. and Bond, J. (2004): "Being at Risk of Dementia: Fears and Anxieties of Older Adults", *J. Aging Stud.*, 18, 143-155.
- Di Gregorio, N., Lechiara, M.C., Di Francesco, D., Lambert-Gardini, S. and Taglieri, G. (2002): "Correlations Between the Behavioral Disorders in Alzheimer's Disease and Caregiver's Distress", *Arch. Gerontol. Geriat.*, 35(s.1), 139-144.
- Draper, B.M., Poulos, C.J., Cole, A.D., Poulos, R.G. and Ehrlich, F.A. (1992): "Comparison of Caregivers for Elderly Stroke and Dementia Victims", *J. Am. Geriatr. Soc.*, 40, 896-901.
- Eurostat (2001): *European Social Statistics-Demography*, European Communities, Luxembourg.
- Fahy, M., Wald, C., Walker, Z. and Livingston, G. (2003): "Secrets and Lies: The Dilemma of Disclosing the Diagnosis to an Adult with Dementia", *Age Ageing*, 32, 439-441.
- Ferraro, K.F. and Farmer, M.M. (1999): "Utility of Health Data from Social Surveys: Is there a Gold Standard for Measuring Morbidity?", *Am. Sociol. Rev.*, 64, 303-315.
- Ferri, C., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., Fratiglioni, L. and Ganguli, M. (2005): "Global Prevalence of Dementia: a Delphi Consensus Study", *Lancet*, 366, 2112-2117.
- Galluzzi, S., Cimaschi, L., Ferrucci, L. and Frisoni, G.B. (2001): "Mild Cognitive Impairment: Clinical Features and Review of Screening Instruments", *Aging Clin. Exp. Res.*, 13, 183-202.
- Gaugler, J.E. and Zarit, S.H. (2001): "The Effectiveness of Adult Day Services for Disabled Older People", *J. Aging Soc. Policy*, 12, 23-47.
- Gaugler, J.E., Kane, R.L., Kane, R.A., Clay, T. and Newcomer, R. (2003): "Caregiving and Institutionalisation of Cognitively Impaired Older People: Utilizing Dynamic Predictors of Change", *Gerontologist*, 43, 219-229.
- Gelmini, G., Morabito, B., Braidì, G. and Rolani, A. (2001): "The Importance of the Family Training in the Home Care of Demented Patients", *Arch. Gerontol. Geriat*, 33(s.1), 191-194.

- Greene, J. G., Smith, R., Gardiner, M. and Timbury, G.C. (1982): "Measuring Behavioural Disturbance of Elderly Demented Patients in the Community and its Effects on Relatives: A Factor Analytic Study", *Age Ageing*, 11, 121-126.
- Hinton, L., M. Haan, S., Geller, D. and (2003): "Mungas. Neuropsychiatric Symptoms in Latino Elders with Dementia or Cognitive Impairment without Dementia and Factors that Modify their Association with Caregiver Depression", *Gerontologist*, 43, 669-677.
- Holmen, K., Ericsson, K. and Winblad, B. (2000): "Social and Emotional Loneliness among Non-Demented and Demented Elderly People", *Arch. Gerontol. Geriat*, 31, 177-192.
- Honig, L.S. and Mayeux, R. (2001): "Natural History of Alzheimer's Disease", *Aging Clin. Exp. Res.*, 13, 171-182.
- Hooker, K., Monahan, D.J., Frazier, L.D. and Shifren K. (1998): "Personality Counts for a Lot: Predictors of Mental and Physical Health of Spouse Caregivers in Two Disease Groups", *J. Gerontol*, B-Psychol. 53B, 73-85.
- Hooker, K., Bowman, S.R., Coehlo, D.P., Lim, S.R., Kaye, J. and Guariglia, R. (2002): Behavioral Change in Persons with Dementia: Relationships with Mental and Physical Health of Caregivers", *J. Gerontol. B-Psychol*, 57B, 453-460.
- Jagger, C., Andersen, K., Breteler, M. M. B. (2000): "Prognosis with dementia in Europe: a collaborative study of population-based cohorts. *Neurology* 54(s. 5), S16-S20.
- Kane, R.L., Kane, R.A. (Eds.) (2000): *Assessing Older Persons*, University Press, New York, Oxford.
- Kneebone, I.I. and Martin, P.R. (2003): "Coping and Caregivers of People with Dementia", *Brit. J. Health Psych.*, 8, 1-17.
- Lazarus, R., and Folkman, S. (1984): *Stress, Appraisal, and Coping*, Springer, New York.
- Leung, K.-K., Chen, C.-Y., Lue, B.-H. and Hsu, S.-T. (2007): "Social Support and Family Functioning on Psychological Symptoms in Elderly Chinese", *Arch. Gerontol. Geriat*, 44, 203-213.
- Light, E., Niederehe, G. and Lebowitz, B.D. (1994): *Stress Effects on Family Caregivers of Alzheimer's Patients: Research and Interventions*, Springer, New York.
- Lobo, A., Launer, L.J., Fratiglioni, L., Andersen, K., Di Carlo, A. and Breteler, M.M. (2000): "Prevalence of Dementia and Major Subtypes in Europe: A Collaborative Study of Population-Based Cohorts, Neurologic Diseases in the Elderly Research Group", *Neurology*, 54: S4-9.
- Macdonald, A. and Dening, T. (2002): "Dementia Is Being Avoided in NHS and Social Care", *Brit. Med. J.* 324, 548.
- MacKenzie, D. M., Copp, P., Shaw, R. J., Goodwin, G. M. (1996): "A Comparison of the Mini-Mental State Examination (MMSE), Abbreviated Mental Test (AMT) and Mental Status Questionnaire (MSQ)", *Psychol. Med.*, 26, 427-430.
- MacRae, H. (2002): "The Identity Maintenance Work of Family Members of Persons with Alzheimer's Disease", *Can. J. Aging*, 21, 405-415.
- Marshall, M. (2001): "The Challenge of Looking After People with Dementia", *Brit. Med. J.*, 323, 410-411.
- Martin, Y., Gilbert, P., McEwan K. and Irons, I. (2006): "The Relation of Entrapment, Shame and Guilt to Depression, in Carers of People with Dementia", *Aging Ment. Health*, 10, 101-106.
- McCann, J.J., Hebert, L.E., Li, Y., Wolinsky, F.D., Gilley, D.W., and Aggarwal, N.T. (2005): "The Effect of Adult Day Care Services on Time to Nursing home Placement in older Adults with Alzheimer's Disease", *Gerontologist*, 45, 754-763.
- McCarty, H.J., Roth, D.L., Goode, K.T., Owen, J.E., Harrel, L. and Donovan, K. (2000): "Longitudinal Course of Behavioural Problems During Alzheimer's Disease: Linear Versus Curvilinear Patterns of Decline", *J. Gerontol. A-Med.*, 55A, M200-206.

- Michel, J.P., Zekry, D., Mulligan, R., Giacobini, E. and Gold, G. (2001): "Economic Considerations of Alzheimer's Disease and Related Disorders", *Aging Clin. Exp. Res.*, 13, 255-260.
- Miyamoto, Y., Ito, H., Otsuka, T. and Kurita, H. (2002): "Caregiver Burden in Mobile and Non-Mobile Demented Patients: A Comparative Study", *Int. J. Geriatr. Psych.*, 17, 765-773.
- Montgomery, R.J.V., Gonyea, J.G., Hooyman, N.R. (1985): "Caregiving and the Experience of Subjective and Objective Burden", *Fam. Relat.*, 34:19-26.
- Nagaratnam, N., Lim, W. and Hutyn, S. (2001): "Some Problematic Behaviors in Alzheimer's Dementia", *Arch. Gerontol. Geriat*, 32, 57-65.
- Onishi, J., Suzuki, Y., Umegaki, H., Nakamura, A., Endo, H. and Iguchi, A. (2005): "Influence of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) and Environment of Care on Caregiver's Burden", *Arch. Gerontol. Geriat*, 41, 159-168.
- Ory, M.G., Hoffman, R.R., Yee, J.L., Tennstedt, S., Schulz, R. (1999): "Prevalence and Impact of Caregiving: A Detailed Comparison Between Dementia and Nondementia Caregivers", *Gerontologist*, 39, 177-185.
- Pearlin, L.I., Mullan, J.T., Semple, S.J. and Skaff, M.M. (1990): "Caregiving and the Stress Process: An Overview of Concepts and their Measures", *Gerontologist*, 30, 583-594.
- Pfeiffer, E. (1975): A Short Portable Mental Status Questionnaire for the Assessment of Organic Brain Deficit in Elderly Patients", *J. Am. Geriatr. Soc.*, 23, 433-441.
- Philp, I. (1997): "Can a Medical and Social Assessment be Combined?", *J.Roy. Soc. Med.*, 90 (s. 32), 11-32.
- Philp, I. (2000): "EASY-Care: A Systematic Approach to the Assessment of Older People", *Geriatr. Med.*, 30, 15-19.
- Pinquart, M. and Sorensen, S. (2003): "Associations of Stressors and Uplifts of Caregiving with Caregiver Burden and Depressive Mood: A Meta Analysis", *J. Gerontol. B-Psychol.*, 58B, 453-460.
- Robins, P.V., Fitting, M.D., Eastham, J. and Fetting, J. (1990): "The Emotional Impact of Caring for the Chronically Ill", *Psychosomatics*, 31, 331-336.
- Ravaglia, G., Forti, P., Maioli, F., Martelli, M., Sevadei, L. and Nativio, V. (2003): Mild Cognitive Impairment: Current Knowledge and Future Perspectives", *Giorn. Gerontol.*, 51, 119-130.
- Richardson, J. (2001): "The EASY-Care Assessment System and Its Appropriateness for Older People", *Nurs. Older People*, 13, 17-19.
- Russo, J., Vitaliano, P.P., Brewer, D.D., Katon, W. and Becker, J. (1995): "Psychiatric Disorders in Spouse Caregivers of Care Recipients with Alzheimer Disease and Matched Controls: A Diathesis-stress Model of Psychopathology", *J. Abnorm. Psychol.*, 104, 197-204.
- Schott-Baer, D., Fisher, L., Gregory, C. (1995): "Dependent Care, Caregiver Burden, Hardiness, and Self-Care Agency of Caregivers", *Cancer Nurs.*, 18, 299-305.
- Schulz, R., Beach, S. R. (1999): "Caregiving As a Risk Factor for Mortality", *J. Am. Med. Assoc.*, 282, 2215-2219.
- Schulz, R., O'Brien, A.T., Bookwala, J., Fleissner, K. (1995): "Psychiatric and Physical Morbidity Effects of Dementia Caregiving: Prevalence, Correlates and Causes", *Gerontologist*, 35, 771-791.
- Schulz, R., Belle, S.H., Czaja, S.J., McGinnis, K.A., Stevens, A. and Zhang, S. (2004): "Long-Term Care Placement of Dementia Patients and Caregiver Health and Well-Being", *J. Am. Med. Assoc.*, 292, 961-967.
- Spiers, N., Jagger, C., Clarke, M., Arthur, A. (2003): "Are Gender Differences in the Relationship Between Self-Rated Health and Mortality Enduring? Results From Three Birth Cohorts in Melton Mowbray, United Kingdom", *Gerontologist*, 43, 406-411.

- Stone, R.G., Cafferata, L. and Sangl, J. (1987): Caregivers of the frail elderly: A national profile. *Gerontologist* 27, 616-626.
- Stuart, B., Gruber-Baldini, A. L., Fahlman, C., Quinn C. C., Burton, L., Zuckerman, I. H., (2005): "Medicare Costs Differences Between Nursing Home Patients Admitted with and without Dementia", *Gerontologist* 45, 505-515.
- Teri, L., McCurry, S. M., Logsdon, R. and Gibbons, L. (2005): "Training Community Consultants to Help Family Members Improve Dementia Care: A Randomized Controlled Trial", *Gerontologist*, 45, 802-811.
- Tommessen, B., Aarsland, D., Braekhus, A., Oksengaard, A.R., Engedal, K. and Laake, K. (2002): "The Psychosocial Burden on Spouses of the Elderly with Stroke, Dementia and Parkinson's Disease", *Int. J. Geriatr. Psych.*, 17, 78-84.
- Welch, D.C. and West, R.L. (1999): "The Short Portable Mental Status Questionnaire: Assessing Cognitive Ability in Nursing Home Residents", *Nurs. Res.*, 48, 329—332.
- Wiles, J. (2003): "Informal Caregivers' Experiences of Formal Support in a Changing Context", *Health Soc. Care Comm.*, 11, 189-207.
- Woods, R.T., and (2001): "Discovering the Person with Alzheimer's Disease: Cognitive, Emotional and Behavioural Aspects", *Aging Ment. Health*, 5(s. 11), S7-16.
- Yeh, S.C.J., Liu, Y.Y. (2003): "Influence of Social Support on Cognitive Function in the Elderly", *BioMed Cent. Health Serv. Res.*, 3, 9.
- Yu, E., Liu, W.T., Wang, Z., Levy, P.S., Katzman, R. and Zhang, M. (1993): "Caregivers of the Cognitively Impaired and the Disabled in Shanghai", in: Zarit, S.H., Pearlin, L.I. and Schaie, K.W. (Eds), *Caregiving Systems: Formal and Informal Helpers*, Lawrence Erlbaum, Hillsdale, NJ, pp 5-30.
- Zarit, H.S., Parris-Stephens, M.A., Townsend, A. and Greene, R. (1998): "Stress Reduction for Family Caregivers: Effects of adult Day Care Use", *J. Gerontol. B-Soc.*, 53B, S267-77.
- Zung, W.W. (1965): "A Self-Rating Depression Scale", *Arch. Gen. Psychiat.*, 12, 63-70.
- Zung, W.W. (1971): "A Rating Instrument for Anxiety Disorders", *Psychosomatics*, 12, 371-379.

Rischi e vulnerabilità sociale: quali sistemi di protezione?

di Sabina Mazza*

1. Introduzione

Come è noto, e come ricorda Baldwin (1997), sono due le esigenze che hanno dato origine ai moderni Welfare State: combattere la povertà e trasferire dal singolo individuo alla collettività, attraverso la sicurezza sociale, alcuni rilevanti rischi. Con il trascorrere del tempo i Welfare State hanno subito importanti evoluzioni: si sono differenziati in esperienze nazionali che rendono difficili i tentativi di classificazione, ma non è venuta meno la convinzione che la loro ragione d'essere consista, principalmente se non esclusivamente, nel duplice tentativo di ridurre le disuguaglianze e di offrire sicurezza agli individui (Franzini, Milone, 1999).

Il ruolo del welfare è proteggere l'individuo dai principali rischi sociali, consentendo il superamento del problema della povertà, dell'esclusione sociale e di ogni forma di disuguaglianza nella sfera economica e sociale. Tuttavia, per comprendere a fondo la portata dei cambiamenti sociali in atto, va posta specifica attenzione, innanzitutto, nei riguardi delle caratteristiche e dell'entità dei rischi, prima che del tipo di domanda di protezione sociale che i singoli, prima, e le collettività, poi, pongono al Welfare State.

In virtù della relazione esistente tra disuguaglianza e protezione sociale, nasce anche l'esigenza di valutare la corrispondenza tra le tipologie omogenee fondate sul grado e tipo di disuguaglianza esistente tra Paesi e quelle definite dalla letteratura sulla base delle caratteristiche dei sistemi di welfare, al fine di evidenziare se e con quali modalità tali sistemi rispondano a quelli che sono i loro obiettivi prioritari. Tali classificazioni soffrono, tuttavia, di alcuni limiti dovuti alle rilevanti trasformazioni in atto seguite a modifiche strutturali verificatesi nelle società che potrebbero condurre ad una diversa architettura del welfare europeo.

Infatti, tutti i sistemi di welfare sono messi in difficoltà dai nuovi rischi sociali emergenti o dal modificarsi di quelli già esistenti, ma l'azione di contrasto viene attivata da ciascun Paese attraverso modalità e strategie di utilizzo delle risorse disponibili piuttosto diversificate. Ciò renderà certo difficile il processo di convergenza verso un modello sociale europeo. Non sembra infatti realizzabile, allo stato attuale, un modello sociale unico pur nella condivisione da parte di governi dei 27 Paesi dell'Unione dell'importanza del ruolo svolto dal Welfare State nel contrasto all'esclusione sociale e alla povertà e al permanere delle disuguaglianze. Inoltre, il recente ingresso dei nuovi 12 membri dilata ancor più nel tempo l'ipotesi di una convergenza verso il modello sociale europeo, a causa delle profonde differenze esistenti tra i Paesi dell'Unione europea nell'ambito demografico, economico e sociale.

* Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma La Sapienza e CIFE

2. Analisi dei rischi. Un approccio multidimensionale

Il quadro di riferimento appena delineato ha costituito un importante punto di partenza per l'analisi e, in particolare, per la decisione di individuare aree che rappresentino fondamentali dimensioni per ciascun Paese¹: demografica, economica e vulnerabilità sociale.

Nella iniziale fase di esplorazione dei dati, si è scelto di utilizzare un numero molto consistente di indicatori per rappresentare i fenomeni di ciascuna area, nel tentativo di effettuare un'analisi quanto più possibile attenta dei potenziali o manifesti elementi di crisi e di individuare Paesi con caratteristiche simili. Inoltre, alcuni indicatori, ritenuti specifici di un'area, si sono rivelati trasversali rispetto a più aree, suggerendo, da un lato, il confronto anche tra fenomeni di diverse dimensioni, ma richiamando, dall'altro, l'attenzione sulla labilità dei confini delle aree artificiosamente create.

L'utilizzo di un numero elevato di indicatori, però, se da un lato consente di essere particolarmente analitici, dall'altro, non permette di cogliere le strutture esistenti nei dati. Avendo la necessità di avere una rappresentazione completa della realtà ma, al contempo, di riuscire a cogliere gli aspetti più rilevanti — le dimensioni fondamentali — delle aree oggetto dell'analisi, si pone allora l'obiettivo di rappresentare le osservazioni anziché nello spazio originario in uno ridotto con una perdita minima di informazioni. Scopo di questa operazione è la costruzione di indicatori sintetici che siano in grado di descrivere il profilo delle unità e di riprodurre le caratteristiche di queste ultime attraverso un numero ristretto di nuove variabili.

Per studiare fenomeni complessi come vulnerabilità e rischi sociali appare opportuno procedere a differenti livelli di analisi. Alla descrizione dei fenomeni effettuata attraverso l'analisi degli indicatori elementari, si affianca anche una attività di esplorazione multidimensionale dei dati, attraverso l'utilizzo di procedure di ACP su ciascuna area per individuare le dimensioni latenti dei fenomeni oggetto di analisi (che risultano molto complessi da analizzare a causa della molteplicità degli indicatori utilizzati) e porle a confronto sia con le evidenze che derivano dall'analisi descrittiva sia con le riflessioni offerte dalla letteratura in materia. La sintesi derivante dall'analisi in componenti principali produrrà alcune combinazioni lineari che metteranno in evidenza le principali correlazioni fra variabili e stabiliranno delle graduatorie dei Paesi sotto altrettanti punti di vista ovvero quanti sono i fattori interpretati. Successivamente, si intende procedere ad una classificazione dei Paesi per individuare similarità e differenze nei gruppi di Paesi, considerando in questo caso, tutte le aree contemporaneamente.

2.1 Area Demografica

Per analizzare le caratteristiche e le tendenze demografiche dei 25 Paesi sono stati utilizzati e costruiti alcuni indicatori che possono essere sinteticamente riassunti in indicatori di struttura della popolazione, tassi di fecondità e speranza di vita².

Ciò che ha caratterizzato la demografia europea in questi ultimi anni è soprattutto il

¹ È parso opportuno, in virtù del nuovo allargamento dell'Unione, estendere l'analisi ai nuovi Paesi che oggi ne fanno parte, anche per valutare in quale fase del cammino verso la convergenza siano giunti. Questo nella consapevolezza della difficoltà per quel che attiene la comparabilità dei dati.

² Sono stati utilizzati i principali indicatori demografici: popolazione (in migliaia), TFT, tasso di accrescimento della popolazione, saldo naturale, saldo migratorio, età media al parto, % popolazione di 65 e +, % 0-14, % 15-24, % 25-49, % 50-64, speranza di vita a 60 anni femmine, speranza di vita a 60 anni maschi, speranza di vita alla nascita femmine, speranza di vita alla nascita maschi, indice di dipendenza (rapporto tra la popolazione inattiva, cioè 0-14 più 65 e +, e la popolazione attiva, cioè popolazione 15-64), indice di dipendenza giovanile (popolazione 0-14 rapportata con popolazione 15-64), indice di dipendenza anziani (popolazione 65 e + su popolazione 15-64), indice di vecchiaia (rapporto tra la popolazione 65 e + e quella 0-14).
Gli indicatori demografici sono stati estratti dal database di Eurostat alla sezione "Population and social conditions".

mutamento della struttura della popolazione, ed in particolar modo, il crescente peso degli anziani sia sul totale della popolazione, sia sulla popolazione attiva.

Da un'analisi degli indicatori di struttura per età della popolazione e di quelli di dipendenza (tab. 1.1), emerge una situazione abbastanza omogenea sia per la popolazione giovane che per la popolazione anziana, all'interno delle due aree, che evidenzia come i Paesi UE a 15, ad eccezione dell'Irlanda, siano già invecchiati, mentre i Paesi di nuova adesione presentino strutture più giovani.

Tabella 1: Indicatori di struttura della popolazione. Anno 2002

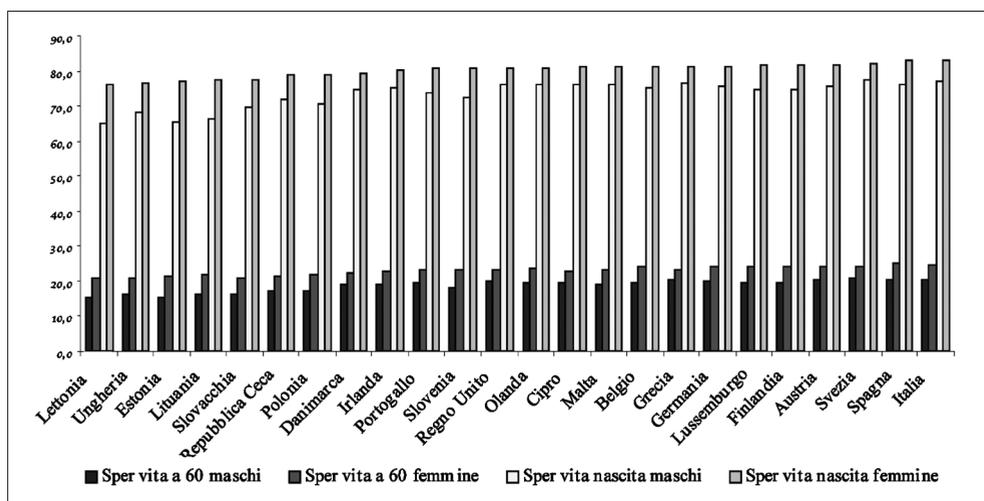
	% 0- 14	% 15- 24	% 25- 49	% 50- 64	% 65 +	indice di dipendenza	indice di dipendenza giovane	indice di dipendenza anziani	indice di vecchiaia
Belgio	17,5	12,1	36,3	17,1	16,9	52,6	26,7	25,8	96,6
Repubblica Ceca	15,9	14,5	36,4	19,4	13,9	42,3	22,6	19,7	87,4
Danimarca	18,7	11,1	36,2	19,2	14,8	50,4	28,2	22,3	79,1
Germania	15,3	11,4	37,4	18,9	17,1	47,9	22,6	25,2	111,8
Estonia	17,2	14,9	34,7	17,8	15,5	48,5	25,5	23,0	90,1
Grecia	14,8	13,8	36,8	17,3	17,2	47,1	21,8	25,3	116,2
Spagna	14,5	13,7	38,7	16,0	17,0	46,1	21,2	24,8	117,2
Francia	18,7	13,0	35,3	16,7	16,2	53,7	28,8	25,0	86,6
Irlanda	21,2	16,4	36,4	14,8	11,1	47,8	31,4	16,5	52,4
Italia	14,2	11,1	37,3	18,7	18,7	49,1	21,2	27,9	131,7
Cipro	21,5	15,5	35,7	15,6	11,7	49,6	32,2	17,4	54,4
Lettonia	16,6	14,8	35,1	18	15,5	47,4	24,5	22,9	93,4
Lituania	19	14,7	35,7	16,1	14,4	50,2	28,5	21,7	75,8
Lussemburgo	18,9	11,5	39,6	16,1	13,9	48,9	28,2	20,8	73,5
Ungheria	16,3	14,1	35,9	18,4	15,3	46,1	23,8	22,3	93,9
Malta	19,2	14,9	34,9	18,4	12,6	46,7	28,2	18,5	65,6
Olanda	18,6	11,9	38,1	17,8	13,7	47,6	27,5	20,2	73,7
Austria	16,7	12,0	38,1	17,8	15,5	47,5	24,6	22,9	92,8
Polonia	18,4	16,9	36,2	15,9	12,6	44,9	26,7	18,2	68,5
Portogallo	15,9	13,8	36,6	17,1	16,5	48,0	23,5	24,5	103,8
Slovenia	15,4	14,2	38,4	17,5	14,5	42,6	21,9	20,6	94,2
Slovacchia	18,7	17,0	37,3	15,6	11,4	43,1	26,8	16,3	61
Finlandia	17,9	12,6	34,7	19,6	15,2	49,5	26,8	22,7	84,9
Svezia	18,2	11,6	33,9	19,1	17,2	54,8	28,1	26,6	94,5
Regno Unito	18,3	12,8	35,5	17,7	16,0	52,1	27,8	24,3	87,4
Media UE 25	17,5	13,6	36,4	17,5	15,0	48,2	26,0	22,2	87,5

Fonte: proprie elaborazioni su dati Eurostat

Le previsioni, inoltre, ci indicano che la struttura per età della popolazione continuerà a registrare anche in futuro una riduzione della classe giovanile ed una crescita rilevante della classe degli anziani e che, inoltre, le differenze tra le due aree tenderanno a diminuire, evidenziando una tendenza all'invecchiamento anche nei Paesi di nuova adesione. Inoltre, ciò che potrebbe verificarsi in futuro, e che finora non si è manifestata, è una potenziale contrazione della classe della popolazione attiva, che oggi presenta al suo interno una discreta omogeneità.

Ponendo a confronto la speranza di vita alla nascita e all'età di 60 anni (fig. 1.1), si possono agevolmente osservare due grandi fenomeni; da un lato, l'esistenza di profonde differenze tra le due aree in termini di netto svantaggio dei 10 Paesi rispetto ai 15, dall'altro, la consistenza del divario tra speranza di vita alla nascita maschile e femminile, a netto vantaggio di questa, nei Paesi di nuova adesione.

Figura 1: Confronto tra gli indicatori speranza di vita alla nascita e a 60 anni per genere.
Anno 2002



Fonte: proprie elaborazioni su dati Eurostat

Tale divario si attesta per alcuni Paesi a valori superiori ad 11 anni (Estonia, Lettonia, Lituania) e ad 8 anni per altri (Polonia, Slovenia, Slovacchia). Al crescere dell'età cresce anche il divario tra la maggiore speranza di vita delle donne e la minore degli uomini, tanto che oggi si parla frequentemente di "femminizzazione della vecchiaia".

Passando all'esplorazione multidimensionale dei dati, attraverso l'Analisi in Componenti Principali³ (ACP) per individuare le dimensioni latenti, si procede considerando in primo luogo la matrice riguardante gli indicatori dell'area demografica⁴.

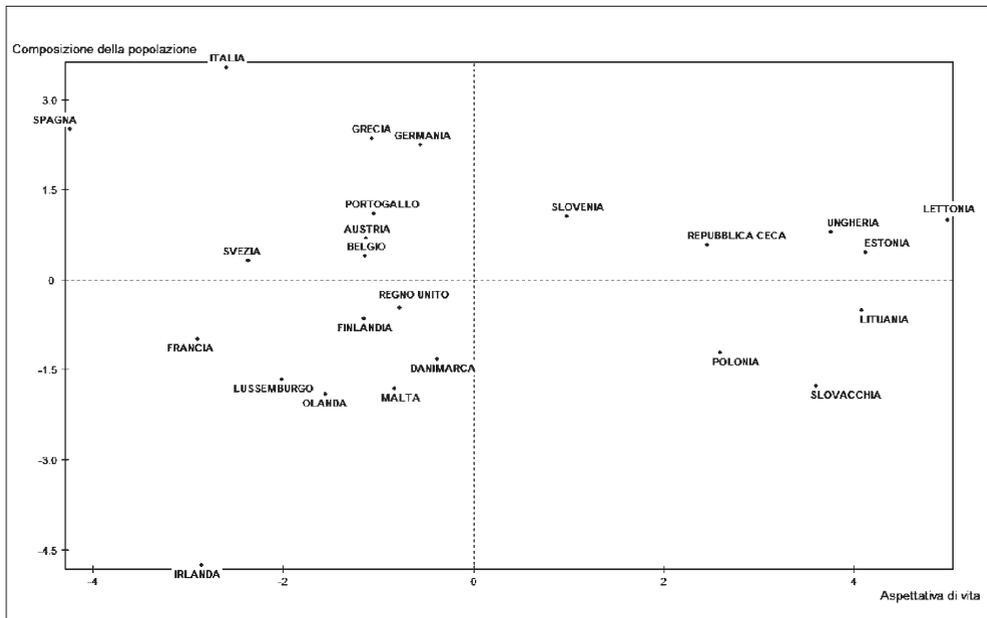
Esaminando il piano fattoriale, si nota che i Paesi situati agli estremi del grafico sono quelli che più hanno rilievo nell'interpretazione degli assi e che più vi hanno contribuito. Analizzando, infatti, la disposizione dei Paesi rispetto al primo asse (figura 1.2), che da solo spiega poco meno del 56% della variabilità degli indicatori demografici, troviamo che si

³ Si è proceduto ad un'analisi in componenti principali normalizzata perché si intende dare uguale importanza alle diverse variabili e i pesi delle unità sono uniformi.

⁴ V. nota 2

passa da Paesi come Lettonia, Estonia e Lituania fino a Italia e Spagna collocate all'estremo opposto. Ovvero da Paesi nei quali l'aspettativa di vita sia femminile che maschile è molto ridotta, anche a causa dello stile di vita che in talune circostanze condiziona la durata media della vita, e al contrario, presentano una quota elevata di giovani (% popolazione 15-24), e sono rappresentati dai Paesi di nuova adesione, fino a Paesi, sul versante opposto, che presentano aspettative di vita via via superiori che culminano con le posizioni occupate da Svezia, Francia, Italia e Spagna che rappresentano i Paesi con la più alta aspettativa di vita per entrambi i sessi ed anche un'elevata età media al parto che risulta essere correlata alla precedente. Alla sinistra del baricentro, sul primo asse, trovano collocazione tutti i Paesi già membri dell'UE ad eccezione di Malta.

Figura 2: Primo piano fattoriale relativo all'area demografica



Un ulteriore 25% di variabilità è spiegato dal secondo asse, che vede contrapposti Paesi “giovani” a Paesi “già invecchiati”. In particolare, l'Irlanda si pone in posizione polarizzante rispetto all'Italia, Grecia e Germania. La prima, caratterizzata dal forte peso della % di popolazione 0-14 e, conseguentemente, dall'indice di dipendenza giovanile e da alti valori di saldo naturale e di TFT, le seconde, al contrario, da indice di vecchiaia, da % di popolazione 65+ e da indice di dipendenza degli anziani particolarmente elevati. Una menzione deve essere riservata alla situazione rappresentata dall'Italia⁵ che raggiunge i valori più elevati rispetto al panorama dei Paesi che compongono l'Unione europea per tutti e tre gli indicatori.

L'analisi in componenti principali ha fatto emergere i fattori in grado di sintetizzare le dimensioni latenti relative alla vulnerabilità e al rischio sociale legati alle caratteristiche demografiche nei Paesi dell'Unione, ma, nella convinzione che questi siano portatori di

⁵ Ciò che ha caratterizzato la demografia italiana in questi ultimi anni è, soprattutto, il mutamento della struttura della popolazione, ed è, in particolare modo, il crescente peso degli anziani sul totale della popolazione, e sulla popolazione attiva, a caratterizzare la nostra struttura demografica recente. L'indice di invecchiamento (Iv) in cinquanta anni si è raddoppiato, e le previsioni ci mostrano che nei prossimi cinquanta anni la crescita sarà quasi esponenziale, portando l'Iv a valori vicini al 35%. Per nessun paese dell'UE si prevede, nel 2051, che si raggiunga un tale livello dell'indice di invecchiamento, a conferma che l'Italia è, e continuerà ad essere, il «paese più vecchio al mondo».

differenze, si è voluto osservare - attraverso una procedura di classificazione - come si aggregano i Paesi in gruppi rispetto ai fattori ottenuti. Il risultato della Cluster analysis ha evidenziato l'esistenza di quattro gruppi di Paesi e di due singolarità: Irlanda e Spagna⁶. Il primo cluster (Finlandia, Regno Unito, Olanda, Danimarca, Lussemburgo, Belgio, Svezia, Malta, Francia) è caratterizzato da elevati livelli del TFT e dell'indice di dipendenza giovanile, il secondo cluster (Grecia, Germania, Portogallo, Austria, Italia) da valori elevati dell'indice di vecchiaia e bassi livelli di dipendenza giovanile, nel terzo (Polonia, Repubblica Ceca, Slovacchia, Slovenia) si trovano i Paesi a basso TFT e indice di dipendenza degli anziani, per il quarto (Estonia, Lettonia, Lituania, Ungheria) sono determinanti le variabili che evidenziano una crisi nella crescita della popolazione e nei livelli di speranza di vita.

2.2 Area Economica

Per studiare questa area sono stati individuati numerosi indicatori⁷ che si riferiscono ad aspetti diversi: un primo gruppo relativo al mercato del lavoro, un secondo che potremmo definire economico-generale e un terzo che pone l'attenzione su alcune specifiche spese sostenute dagli Stati quali, ad esempio, le spese per l'istruzione o per le politiche di sostegno all'occupazione⁸.

Anche se gli effetti più rilevanti dell'evoluzione demografica a breve riguarderanno la quota di popolazione non attiva, i tassi di attività, di occupazione e di disoccupazione forniscono, senza dubbio, un importante segnale del comportamento di una parte della popolazione.

In particolare, i tassi di attività maschile e totale relativi alla popolazione 15-64, mostrano una discreta tenuta a fronte di una minore prestazione per quello femminile. Viene confermata la tendenza attuale della popolazione a rimanere stabile, consentendo di mantenere abbastanza costante, a breve termine, il rapporto di dipendenza economica tra la popolazione in età lavorativa e la restante. Sappiamo che nell'arco di due decenni questa tendenza, tuttavia, si ridurrà, fino a raggiungere livelli preoccupanti. Un'altra componente non trascurabile della tenuta del tasso di attività nelle classi di età centrali, è rappresentata dalla sensibile

⁶ Si tratta, infatti, di raggruppamenti composti da un solo Paese. È, pertanto, improprio definirli cluster. Si tratta di due Paesi con caratteristiche demografiche molto forti e contrapposte. L'Irlanda si caratterizza come unico Paese "giovane" tra i 15, mentre la Spagna può essere definito "vecchio".

⁷ Sono stati scelti i seguenti indicatori: tasso di occupazione* 15-64 femminile, maschile, totale, tasso di occupazione 15-24 femminile, maschile, totale, tasso di occupazione 55-64 femminile, maschile, totale, donne con lavoro part-time/totale occupate, uomini con lavoro part-time/totale occupati, totale lavoratori part-time/totale occupati, donne con lavoro a tempo determinato, uomini con lavoro a tempo determinato, totale lavoratori a tempo determinato, tasso di attività** 15-64 femminile, maschile, totale, tasso di attività 15-24 femminile, maschile, totale, tasso di attività 25-54 femminile, maschile, totale, tasso di attività 55-64 femminile, maschile, totale, età media di uscita dal mercato del lavoro, tasso disoccupazione*** 15-64 femminile, maschile, totale, tasso di disoccupazione 15-24 femminile, maschile, totale, disoccupazione femminile di lungo periodo/popolazione attiva, disoccupazione maschile di lungo periodo/popolazione attiva, disoccupazione totale di lungo periodo/popolazione attiva, disoccupazione di lungo periodo femminile/totale disoccupati, disoccupazione di lungo periodo maschile/totale disoccupati, disoccupazione di lungo periodo totale/totale disoccupati, tasso di disoccupazione per livello di studio primario, tasso di disoccupazione per livello di studio secondario, tasso di disoccupazione per livello di studio universitario, Pil pro-capite espresso in PPS, pressione fiscale, produttività del lavoro per occupato, spesa pubblica per istruzione/Pil.

* Tutti i tassi di occupazione sono costruiti rapportando occupati per classe di età e genere alla popolazione della medesima classe di età e genere ;** esprime il rapporto tra gli appartenenti alle forze di lavoro (per classe di età e genere) e la popolazione della medesima classe di età e genere; *** Rapporto tra le persone in cerca di occupazione (per età e genere) e le corrispondenti forze di lavoro.

Tutti gli indicatori relativi al mercato del lavoro derivano dall'European Union Labour Force Survey (EU-LFS) che è un'indagine sezionale ripetuta con cadenza annuale in tutti i 25 Paesi dell'UE tramite un questionario comune a tutti i paesi e i cui dati sono elaborati centralmente da Eurostat. L'indagine riguarda solamente la popolazione (15 anni e più) che vive in famiglie private ed esclude le persone che vivono presso collettività. In particolare, i dati relativi al tasso di disoccupazione di lungo periodo, provengono dalle Quarterly Labour Force Data (QLFD). Gli indicatori economici generali sono stati estratti dal database alla sezione "Structural Indicators"/General Economic Background e sono particolarmente stabili. Per la sola parte di Paesi appartenenti all'UE-15 e a solo scopo esplicativo, senza pretesa di comparazione, si è fatto ricorso agli indicatori relativi al sostegno pubblico all'occupazione estratti dal Labour Market Policy Database.

⁸ Per quanto concerne gli indicatori economico-generali, quelli relativi alle spese per l'istruzione e per il sostegno alle politiche dell'occupazione, si rimanda la trattazione al paragrafo dedicato alle caratteristiche dei sistemi di protezione sociale.

diminuzione del tasso di attività 15-24 anni, soprattutto femminile, piuttosto diffusa in tutti Paesi dell'UE, ad eccezione di quelli nordici. Essa esprime una tendenza comune ai Paesi dell'Unione europea, assieme al declino del tasso di attività sia maschile che, ancor di più femminile, riferito alla fascia di età superiore ai 55 anni. Sul tasso di attività femminile 15-24, e sul corrispondente tasso di occupazione, incide l'occupazione part-time, che presenta una buona correlazione con i primi due⁹, e che, soprattutto in alcuni Paesi come Olanda, Regno Unito, Germania, Belgio, Svezia, Irlanda e Danimarca, coinvolge non trascurabile quote delle occupate¹⁰. Ciò potrebbe far intravedere che, laddove vi fosse maggiore disponibilità di lavoro part-time, anche i tassi di attività e occupazione femminile potrebbero incrementarsi.

Per quel che riguarda il tasso di occupazione, la situazione è molto vicina a quella vista per il tasso di attività, anche se in questo caso l'elemento disoccupazione fa sentire maggiormente i suoi effetti.

Il fenomeno della disoccupazione è particolarmente insistente in alcuni Paesi, come Polonia, Slovacchia, Grecia, Spagna, Lettonia, Lituania, e anche Italia, Francia, nei quali colpisce soprattutto le donne, ma non risparmia gli uomini. E mostra la sua gravità ancor più se si analizzano i tassi di disoccupazione 15-24 anni, sia maschili che femminili e si confrontano con quelli relativi alla popolazione 15-64. Nel 2002, il tasso 15-24 complessivo ha fatto registrare livelli che si avvicinano a due-tre volte il valore corrispondente alla classe 15-64 anni; per quel che riguarda il corrispondente tasso femminile, il livello è ancora particolarmente elevato, e fa registrare, nei Paesi più colpiti dal fenomeno, valori tra il 20% e il 42 %.

Ed è interessante sottolineare, analizzando il fenomeno della disoccupazione di lungo periodo, che in ben dieci Paesi (tra i quali Italia, Grecia, Germania e Belgio) oltre il 50% dei disoccupati rimane a lungo in tale condizione.

Viene applicata la procedura per l'analisi in componenti principali normalizzata anche alla matrice costituita dagli indicatori dell'area economica.

Passando all'analisi della mappa fattoriale dei Paesi, vediamo contrapporsi, rispetto al primo asse che da solo spiega circa il 51% della variabilità, Olanda e Danimarca, seguite da Svezia e Regno Unito, nei confronti di Polonia e Slovacchia drammaticamente all'estremo di questo asse che termina con aree a disoccupazione molto elevata. Lungo la prima componente, sulla porzione destra, si snodano i Paesi più "virtuosi" dal punto di vista del mercato del lavoro, partendo da quelli con tassi di occupazione e di attività elevati, in particolare Olanda, Danimarca, Svezia, Regno Unito e Austria per i quali tutte le variabili positivamente correlate con l'asse hanno contribuito, a quelli per i quali hanno pesato solo alcuni indicatori come per Germania, Finlandia e Irlanda (Paese molto giovane quest'ultimo), con alti valori dei tassi 15-24 sia di occupazione che di attività e anche di ricorso all'occupazione part-time, o Lussemburgo per il quale, al contrario, hanno contribuito molto le variabili dell'occupazione 15-64; sul versante sinistro, che indica il lato della disoccupazione (o dell'offerta), trovano collocazione Paesi dalle condizioni differenti nel settore del mercato del lavoro. In particolare, Belgio, caratterizzato da disoccupazione di lungo periodo/totale disoccupati (che è molto correlato al primo asse) come Malta, Ungheria, Slovenia e Repubblica Ceca. Francia e Spagna con quote di disoccupazione giovanile e femminile nella fascia 15-64 di un discreto rilievo. Lettonia, Grecia, Italia e Lituania che presentano una condizione di diffusa crisi nel settore lavorativo fino alla drammatica consistenza del problema di Slovacchia e Polonia che

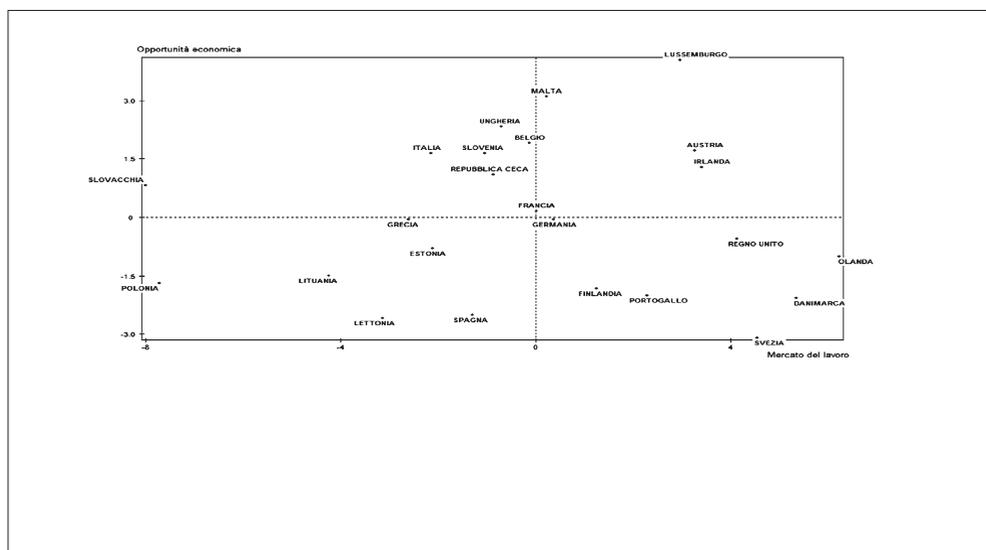
⁹ Rispettivamente $R=0,71$ e $R=0,76$. Non va trascurata la correlazione più forte tra tasso di occupazione femminile 15-24 e part-time femminile per l'UE a 15 con $R=0,848$ sign. 0,000. Mentre non è significativa quella dell'UE a 9 Paesi.

¹⁰ Rispettivamente: 73,1, 43,8, 39,5, 37,4, 33,1, 30,6, 30,3.

raggiunge livelli per taluni indicatori (tassi di disoccupazione 15-64 e 15-23 e disoccupazione di lungo periodo su popolazione attiva) pari al doppio dei Paesi appena citati.

Lungo il secondo asse troviamo, nella parte positiva, i Paesi per i quali le variabili economiche produttività del lavoro, Pil pro-capite e pressione fiscale hanno pesato molto e sono Lussemburgo, Belgio, Irlanda, Italia, Austria, e Olanda; scendendo nella parte negativa del fattore troviamo alcuni Paesi che presentavano valori elevati per le variabili economiche, ma per i quali hanno pesato maggiormente le variabili correlate negativamente con l'asse, in particolare i tassi di attività femminile, che sono Danimarca, Finlandia, Svezia e Regno Unito.

Figura 3: Primo piano fattoriale relativo all'area economica



2.3 Area della vulnerabilità sociale

Questa area è caratterizzata dalla presenza di gruppi di indicatori¹¹ abbastanza eterogenei, utilizzati con l'intento di rappresentare una dimensione che già nella definizione si percepisce ampia.

In primo luogo, sono stati analizzati gli indicatori relativi a quote di popolazione attraversate dal disagio, più o meno profondo, all'incidenza dei trasferimenti sulla riduzione della povertà e del disagio, e agli abbandoni scolastici.

¹¹ A causa della non perfetta comparabilità con indicatori della salute e altre tipologie riguardanti le condizioni di vita dei cittadini dei Paesi UE, si è scelto di rappresentare quest'area mediante i seguenti indicatori: disuguaglianza nella distribuzione del reddito, % di persone a rischio di povertà in assenza di trasferimenti, % di donne a rischio povertà in assenza di trasferimenti, % di uomini a rischio povertà in assenza di trasferimenti, % di persone a rischio di povertà nonostante i trasferimenti, % di donne a rischio di povertà nonostante i trasferimenti, % di uomini a rischio di povertà nonostante i trasferimenti, % di persone 0-17 che vive in famiglie in cui nessuno lavora, % di persone 18-59 che vive in famiglie in cui nessuno lavora, % di donne 18-59 che vive in famiglie in cui nessuno lavora, % di uomini 18-59 che vive in famiglie in cui nessuno lavora, % di persone 20-24 con istruzione superiore, % di donne 20-24 con istruzione superiore, % di uomini 20-24 con istruzione superiore, % di abbandoni scolastici persone 18-24, % di abbandoni scolastici femmine 18-24, % di abbandoni scolastici maschi 18-24, % di femmine fra gli studenti universitari, life-long learning totale, life-long learning femmine, life-long learning maschi.

Tutti gli indicatori relativi a quote di popolazione a rischio di povertà e quello relativo alla disuguaglianza nel reddito derivano dall'European Community Household Panel (ECHP), in particolare dalla versione Dicembre 2003, ad eccezione dei Paesi Danimarca, Svezia e i 10 Paesi di nuova adesione per i quali sono state utilizzate rilevazioni nazionali. I dati presentano un consistente problema di robustezza, che viene attenuato facendo ricorso spesso a dati riferiti ad anni precedenti più affidabili. Il resto degli indicatori deriva dall'European Union Labour Force Survey (EU LFS) e sono molto più stabili.

In accordo con le definizioni seguite comunemente da Eurostat in materia di povertà ed esclusione, nel 2002 in media il 15% della popolazione dell'Unione Europea è considerato a rischio di povertà¹². Questa quota, raggiunta dall'Unione nel 1998¹³, continua a rimanere immutata. All'interno del valore medio coesistono situazioni particolarmente variegata che vanno da una quota contenuta di popolazione a rischio di povertà come la Danimarca (10%), a quote decisamente più consistenti come per l'Irlanda (21%).

Per quel che concerne i dati relativi alla quota di popolazione a rischio di esclusione nei nuovi membri dell'Unione Europea, occorre precisare che la metodologia seguita per il calcolo è, per quanto possibile, uguale a quella per l'Europa dei 15.

Esiste una discreta similarità tra le quote di popolazione esposte al rischio di povertà per i 15 membri dell'Unione e per i 10 nuovi membri: in media, il 14,7% della popolazione dell'UE a 15, a fronte di un 14,9% per la popolazione UE con i 10 nuovi membri. All'interno del valore medio, troveremo anche in questo caso situazioni che mostrano una diversa intensità del fenomeno; si va dalla situazione estrema rappresentata dalla Repubblica Ceca (8%) fino al valore della Slovacchia (21%).

Inoltre, se la soglia di povertà sopra descritta è stata raggiunta non solo nell'anno di riferimento ma almeno in altri due dei tre anni che lo precedono, si è in una condizione di persistente rischio di povertà. In tal caso, la quota di popolazione a persistente rischio di povertà¹⁴ nell'Unione per il 2001 è pari al 9%, con valori che oscillano dal 5% dell'Olanda al 15% relativo al Portogallo.

Applicando alla matrice degli indicatori dell'Area vulnerabilità sociale l'Analisi in Componenti Principali vediamo che i primi due fattori spiegano circa il 60% della variabilità. Dal cerchio delle correlazioni relativo all'incontro delle prime due componenti, emerge quanto il primo asse sia correlato con le variabili che rappresentano la dimensione dell'istruzione scolastica, e quanto, quindi, esse siano ben rappresentate sia nella parte sinistra (in particolare, % di uomini 20-24 con istruzione superiore), che nella parte destra, ove troviamo altrettanto correlate e ben rappresentate le variabili relative ai fallimenti del settore dell'istruzione, ovvero gli abbandoni scolastici.

Per quanto riguarda la porzione positiva dell'asse, essa risulta inoltre correlata con l'indicatore della disuguaglianza nella distribuzione del reddito (la variabile più correlata agli abbandoni scolastici, in particolare maschili, che caratterizzano questa parte dell'asse) e la % di uomini a rischio di povertà nonostante i trasferimenti.

Il secondo fattore presenta una maggiore complessità di interpretazione. Nella sua porzione negativa è correlato positivamente in modo abbastanza consistente con alcune variabili che esprimono l'intensità del rischio sociale, in particolare di povertà, per entrambi i generi, e soprattutto per quelle fasce di popolazione così deboli che nemmeno i trasferimenti sono in grado di alleviare, segnatamente quella maschile e quella totale. All'opposto, troviamo una debole correlazione negativa della componente *life-long learning* maschile. Tuttavia, questo asse non fornisce una lettura univoca degli indicatori, in quanto l'apprendimento non si oppone al disagio chiaramente come alternativa al rischio povertà. Sembra opportuno, quindi, procedere nell'analisi di un'altra componente.

¹² L'indicatore evidenzia la quota di popolazione con un reddito netto equivalente al di sotto del 60% del reddito mediano nazionale. Il reddito cosiddetto equivalente è una grandezza che tiene conto dell'ampiezza e della composizione della famiglia cui è riferito, e viene attribuito a ciascun componente il nucleo familiare.

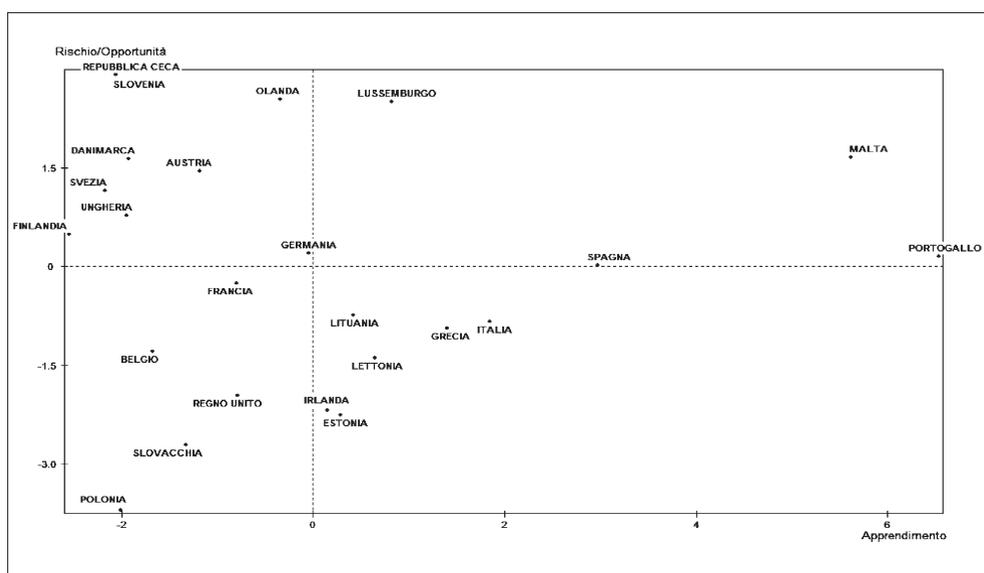
¹³ Nel 1995 ha raggiunto una quota pari al 17% della popolazione e nel biennio 1996-1997 si attestava al 16% (Yearbook 2004, Eurostat).

¹⁴ Non sono disponibili dati relativi al 2002; si tratta di dati riferiti al 2001 e riportati da Statistics in focus, Eurostat, 16/2004.

Di particolare interesse è proprio il terzo fattore, che spiega ancora circa il 17% della variabilità ed è correlato positivamente con le variabili dell'apprendimento continuo (life-long learning) e, più debolmente, con le variabili che esprimono la quota di persone a rischio di povertà in assenza di trasferimenti; nella porzione negativa si trovano gli indicatori ad esso correlati che esprimono il disagio legato all'esistenza all'interno di una famiglia in cui nessuno lavora e più debolmente correlata la variabile relativa alle persone con istruzione superiore. Questo fattore esprime il peso dell'apprendimento (più che dell'istruzione scolastica) nel contrasto al disagio da disoccupazione. Questo asse presenta una lettura lungo un continuum, che si snoda attraverso il passaggio da situazioni di disagio causato dalla disoccupazione all'interno del nucleo familiare fino alla condizione più favorevole dell'apprendimento lungo tutto l'arco della vita che rappresenta uno strumento per contrastare la disoccupazione.

La mappa dei Paesi relativa ai primi due assi evidenzia sulla prima componente la presenza di Portogallo e Malta che si oppongono alla Finlandia e che attestano, in primo luogo, il diverso configurarsi nei 25 Paesi della dimensione dell'istruzione scolastica, partendo da Paesi con alto tasso di abbandono scolastico fino a giungere a realtà nelle quali è molto consistente la quota di persone con istruzione superiore. Attorno al primo asse, nella parte positiva, si collocano i Paesi nei quali è forte il peso dell'indicatore relativo agli abbandoni scolastici, ma pesano anche le altre variabili più debolmente ad esso correlate, come la disuguaglianza nei redditi e la % di uomini a rischio di povertà nonostante i trasferimenti, che spingono il Portogallo all'estremità dell'asse; mentre la posizione di Malta è principalmente dovuta al peso degli indicatori di abbandono scolastico. Spagna, Italia e Lettonia uniscono alla negativa dimensione dell'istruzione anche rischio di povertà maschile nonostante i trasferimenti che caratterizzano anche Estonia e Irlanda che, però, presentando alti valori per le variabili che caratterizzano la parte negativa dell'asse, si trovano in una condizione intermedia tra le due dimensioni. Inoltre, procedendo a sinistra sull'asse, si passa ai Paesi caratterizzati da alta percentuale di persone con istruzione superiore in particolare Polonia, Slovenia, Slovacchia, Repubblica Ceca, Svezia e Finlandia; questi ultimi, assieme a Regno Unito e Danimarca, presentano anche consistenti valori relativi all'apprendimento continuo.

Figura 4: Primo piano fattoriale relativo all'area vulnerabilità sociale.



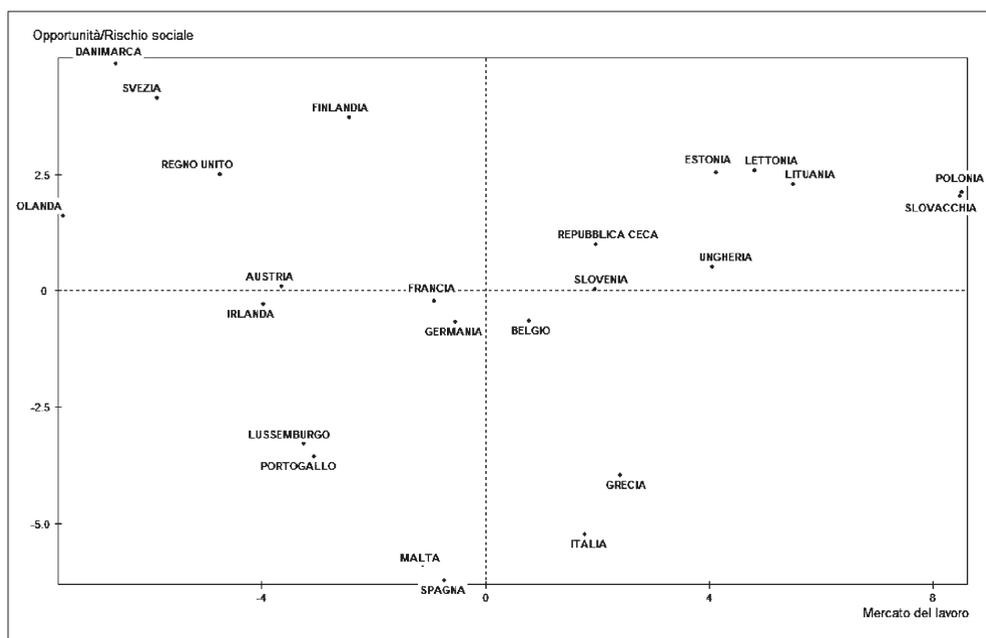
Volendo procedere ad analizzare anche il piano fattoriale dei Paesi che si sviluppa attraverso l'incontro tra la prima e la terza componente, potremo aggiungere a quanto detto per il confronto tra i primi due fattori che, poiché quest'ultima è fortemente correlata nella sua parte positiva alle variabili dell'apprendimento e molto meno alla percentuale di uomini e donne a rischio di povertà in assenza di trasferimenti e negativamente con le variabili che si riferiscono alle percentuali di popolazione 18-59 che vivono in famiglie in cui nessuno lavora, la disposizione dei Paesi sul nuovo piano non sarà molto dissimile dalla precedente. In particolare, emergono le posizioni di Danimarca, Svezia, Finlandia, Regno Unito, Olanda e Ungheria; ciò è dovuto, per quanto riguarda le prime, al peso delle variabili relative all'apprendimento continuo e, per l'ultima, a quello delle variabili relative a quote di popolazione che vivono in famiglie in cui nessuno lavora. Analogamente, Belgio, Polonia, Francia e Slovacchia risentono profondamente del peso di questo ultimo indicatore.

3. Le componenti della vulnerabilità sociale

Se nel precedente paragrafo vi era l'intenzione di far "uscire allo scoperto" alcune dimensioni fondamentali (che tanto nascoste, in verità, non erano) delle tre aree analizzate attraverso ACP ripetute distintamente per ciascuna area e, inoltre, vedere come si posizionavano, rispetto a ciascun piano fattoriale (individuato dalle componenti principali), i Paesi dell'Unione, in questa parte del lavoro l'obiettivo è osservare come si aggregano i Paesi in gruppi rispetto a nuove componenti principali. In primo luogo, la procedura di classificazione ha inizio con una nuova ACP condotta sulla matrice contenente tutti gli indicatori relativi alle tre aree — nelle quali si ritiene possano manifestarsi i fattori di vulnerabilità e rischio sociale esistenti nei Paesi dell'Unione — e vengono considerate le prime componenti principali generate. Sul primo asse, appare molto consistente il peso dell'area economica, in particolare del mercato del lavoro, in termini di contrapposizione tra la componente attraversata da gravi difficoltà e, dunque, alto tasso di disoccupazione (in particolare di lungo periodo e femminile) e la componente caratterizzata da elevati tassi di occupazione e di attività. Sul secondo asse, invece, si snodano sia le condizioni di vita sia del mercato del lavoro, dal momento che si contrappongono le dimensioni del rischio e dell'opportunità sociale, rappresentate nella parte negativa, rispettivamente dagli abbandoni scolastici, da alcuni aspetti di criticità legati all'invecchiamento, dalle risorse indirizzate per attenuarli e, sul versante opposto, dal supporto fornito dall'attività, dall'istruzione, e dalla formazione lungo l'arco della vita.

Nella convinzione che i Paesi membri siano portatori di bisogni sociali differenti, si è voluto osservare — attraverso una procedura di classificazione — come si aggregano i Paesi in gruppi rispetto ai fattori ottenuti mediante l'ACP condotta sulla matrice contenente gli indicatori relativi alle tre aree analizzate nel paragrafo precedente. Il risultato della Cluster analysis ha evidenziato l'esistenza di cinque gruppi di Paesi. Il primo cluster (Austria, Belgio, Francia, Germania, Lussemburgo) è caratterizzato da un elevato livello delle variabili di carattere economico generale come Pil pro-capite e produttività del lavoro. Il secondo Cluster (Repubblica Ceca, Slovenia, Ungheria) si caratterizza per i bassi livelli di rischio di povertà in assenza e in presenza di trasferimenti giustificati dal contenuto livello di disuguaglianza in questi Paesi. Nel terzo (Grecia, Italia, Malta, Portogallo, Spagna) sono determinanti gli indicatori relativi alla vecchiaia, alla presenza di disuguaglianza e persistente rischio di povertà nonostante i trasferimenti, che, in maniera drammatica hanno avuto luogo (gli abbandoni scolastici ed i preoccupanti bassi livelli di istruzione e di attività femminile oltre che di impegno di spesa per iniziative rivolte alla famiglia). Nel quarto (Danimarca, Finlandia, Irlanda, Olanda, Regno Unito, Svezia) le variabili caratterizzanti sono quelle relative alla formazione continua e agli indicatori relativi al mercato del lavoro che presentano valori superiori alla media per l'occupazione e l'attività e pari a circa alla metà della media UE per

Figura 5: Primo piano fattoriale relativo ad ACP sulle tre aree



la disoccupazione. Nel quinto (Estonia, Lettonia, Lituania, Polonia, Slovacchia) si trovano i Paesi caratterizzati da quote più consistenti di disoccupati e di giovani rispetto alla media dei Paesi UE, da un generale modesto investimento in protezione sociale oltre che da speranza di vita minore rispetto alla media e Pil molto modesto.

Dall'analisi sono emerse agevolmente le dimensioni, i fattori di criticità più preoccupanti che possono condurre la popolazione a condizioni di povertà ed esclusione sociale e che sono rappresentati, senza dubbio, da un elevato livello di disoccupazione, sia giovanile che femminile, soprattutto se accompagnata da bassi livelli di istruzione e formazione, che comporta una dannosa riduzione del reddito per le famiglie con conseguente rischio di diventare a rischio di povertà, dall'aumento della speranza di vita - elemento di per sé molto positivo - che, affiancato, però, da bassa fecondità e crescita molto consistente del tasso di dipendenza degli anziani, rappresenta una richiesta crescente di fondi da destinare alle pensioni e a garantire assistenza e cura a fasce deboli della popolazione.

Per quel che concerne la verifica dell'esistenza di gruppi omogenei, la classificazione ha evidenziato una loro caratterizzazione rispetto ai rischi e alle opportunità sociali e ha consentito, pur considerando il margine di incertezza legato all'interpretazione e ai criteri di scelta soggettivi, di individuare cinque gruppi di Paesi che si caratterizzano per le profonde differenze: alcuni appaiono più preparati ad affrontare i nuovi rischi (visto che controllano abbastanza agevolmente gli esistenti), altri hanno saputo cogliere le opportunità e realizzano mobilità sociale (anche attraverso la dimensione della formazione e istruzione) e gli ultimi che, al contrario, sembrano meno pronti anche perché appesantiti da fattori che non consentono di realizzare gli obiettivi di crescita e sviluppo.

Occorre, dunque, non solo dedicare attenzione ai dati sulla povertà e sulla disoccupazione, ma ad un quadro più vasto che tenga conto di come le condizioni di precarietà occupazionale ed economica dei lavoratori europei siano oggi tutelate dal sistema educativo e da quello di

protezione sociale. Analizzare i dati in modo «statico» ci può fornire solo alcune informazioni comparative limitate e in gran parte già note relativamente ai sistemi di protezione del reddito, alle criticità del mercato del lavoro o al livello educativo di una popolazione, ma non ci offre un quadro delle dinamiche¹⁵ che si vengono a produrre tra questi elementi. È da tali dinamiche, invece, che nascono i nuovi fattori di rischio ed è quindi in queste situazioni che i sistemi di protezione sociale devono trovare risposte adeguate.

4. La protezione sociale dei Paesi dell'UE

Questa area rappresenta uno strumento necessario per ridurre le disuguaglianze e contrastare le condizioni della vulnerabilità e dell'esclusione sociale. La spesa per la protezione sociale, in accordo con la definizione OCSE, consiste nell'erogazione, da parte di istituzioni pubbliche e private, di benefici e contributi finanziari destinati a famiglie e individui allo scopo di fornire loro un sostegno in presenza di circostanze che incidono negativamente sul loro benessere.

Nei Paesi dell'Unione i trasferimenti rappresentano la quasi totalità della spesa per la protezione sociale (al netto delle spese di amministrazione e pochi altri costi). Essi sono ripartiti in funzioni, in accordo con la metodologia ESSPROS, utilizzata da Eurostat, comunemente aggregate in otto voci di spesa: vecchiaia, reversibilità, sanità, famiglia, disabilità, disoccupazione, casa ed esclusione. Nella tabella 5.1, si evidenziano gli orientamenti di spesa dei diversi Paesi, pur nella uniformità di tendenza di crescita della spesa in linea con il Pil¹⁶.

In particolare, per quanto riguarda la spesa destinata a pensioni di vecchiaia e ai superstiti, essa rappresenta la più consistente quota sul totale della spesa per la protezione sociale; alle prestazioni verso la fascia più anziana e, spesso, più debole della popolazione, viene riconosciuto, indubbiamente, un ruolo fondamentale nel contrasto delle situazioni di disagio (anche potenziale), che spesso caratterizzano la popolazione non attiva. Questo provoca, senza dubbio, un forte squilibrio nella ripartizione delle risorse, penalizzando spesso gli interventi a favore di altre quote della popolazione che si trovino ugualmente in situazione di disagio. Nel panorama abbastanza omogeneo di distribuzione dei fondi, si delineano in particolare due Paesi, l'Irlanda per il basso impiego di risorse destinate al sistema pensionistico (3,6%), dovuto essenzialmente alla propria struttura demografica (appena l'11% della popolazione supera i 65 anni di età ed il 30,1% della popolazione al di sotto dei 20 anni), e l'Italia, al contrario, per l'alta percentuale di impiego (15,5%). L'Italia, del resto, è caratterizzata da un indice di vecchiaia e da una presenza di popolazione sopra i 65 anni superiori alla media comunitaria. Segue la funzione salute (pari al 27%) in termini di peso sul totale della spesa UE, e a 8,4% rispetto al Pil.

¹⁵ È importante analizzare le relazioni esistenti tra le variabili in questione, per ottenere informazioni sui meccanismi che si instaurano tra livelli formativi, funzionamento del mercato del lavoro e sistema di welfare.

Possiamo osservare, ad esempio, che esiste una correlazione tra la presenza di persone in famiglie senza lavoro e la percentuale di persone con un'educazione inferiore alla secondaria che non lavorano ($R=0,70$). Il ruolo strategico dell'educazione, nel garantire un efficiente funzionamento del mercato del lavoro, è confermato, inoltre, anche dalla forte correlazione tra il livello di disoccupazione di lungo periodo e il tasso di disoccupazione con livello di studio primario ($R=0,88$).

¹⁶ L'area della protezione sociale è illustrata dai seguenti indicatori: spesa protezione sociale pro-capite in PPS, totale spesa protezione sociale/Pil %, totale spesa Pensioni/Pil %, spesa pensioni vecchiaia/Pil %, spesa pensioni-reversibilità/Pil %, spesa famiglia-figli/Pil %, spesa per disoccupazione/Pil %, spesa salute e invalidità/Pil %, spesa casa e esclusione sociale/ Pil %, spesa funzione salute/totale funzioni %, spesa funzione invalidità/totale funzioni %, Spesa funzione vecchiaia/totale funzioni %, spesa funzione reversibilità/totale funzioni %, spesa funzione famiglia/totale funzioni %, spesa funzione disoccupazione/totale funzioni %, spesa funzione abitazione/totale funzioni %, % spesa protezione sociale finanziata da contributi statali, % spesa protezione sociale finanziata dal datore di lavoro, % spesa protezione sociale finanziata dai lavoratori, % contributi sociali sul totale delle entrate, % spesa protezione sociale finanziata da altro.

Tutti gli indicatori relativi alla dimensione della protezione sociale sono costruiti in accordo con la metodologia proposta dall'European System of Integrated Social Protection Statistics che rappresenta un valido strumento per la definizione del livello, della struttura e della dinamica della spesa per la protezione sociale nei paesi dell'Unione Europea. Tuttavia, non è stato possibile reperire alcun indicatore (nemmeno riferito ad anni precedenti) relativo a quest'area per Cipro. Inoltre, per tutti gli indicatori sono disponibili soltanto valori provvisori e stime per la quasi totalità dei Paesi, mentre per Estonia, Lettonia, Lituania e Polonia è stato necessario fare ricorso a dati precedenti.

Tabella 2: Spesa per protezione sociale ripartita per funzioni. In % sul Pil. Anno 2002

Paesi	Totale spesa prot sociale/ Pil %	Totale Spesa Pensioni/ Pil %	Spesa pensioni-vecchiaia/ Pil %	Spesa pensioni reversibilità/ Pil %	Spesa famiglia figli/ Pil %	Spesa per disoccup/ Pil %	Spesa salute e disabilità/ Pil %	Spesa casa e escl. sociale/ Pil %
Belgio	27,8	11,5	8,8	2,6	2,2	3,2	8,8	0,5
Danimarca	30,0	13,0	11,0	0,0	3,9	2,7	9,8	1,7
Germania	30,5	12,5	12,0	0,5	3,1	2,5	10,6	0,7
Grecia	26,6	13,1	12,2	0,9	1,8	1,6	8,1	1,2
Spagna	20,2	8,8	8,3	0,6	0,5	2,7	7,4	0,3
Francia	30,6	12,6	10,6	1,9	2,7	2,2	10,3	1,3
Irlanda	16,0	3,6	2,8	0,8	2,4	1,3	7,2	0,8
Italia	26,1	15,5	12,9	2,6	1,0	0,4	8,1	0,1
Lussemburgo	22,7	8,3	5,9	2,5	3,7	0,8	8,7	0,7
Olanda	28,5	11,0	9,5	1,5	1,2	1,4	11,3	1,8
Austria	29,1	14,1	11,5	2,5	3,0	1,5	9,3	0,5
Portogallo	25,4	10,1	8,6	1,5	1,1	0,9	9,7	1,1
Finlandia	26,4	9,4	8,4	1,0	3,0	2,5	9,8	0,8
Svezia	32,5	12,4	11,7	0,7	3,0	1,7	12,9	1,3
Regno Unito	27,6	12,3	11,3	1,0	1,8	0,9	9,8	1,8
media UE 15	26,7	11,2	9,7	1,4	2,3	1,8	9,5	1,0
Repubblica C.	19,9	8,3	8,1	0,1	1,6	0,7	8,7	0,7
Estonia	14,3	6,0	5,8	0,2	2,0	0,2	5,4	0,4
Lettonia	14,3	7,9	7,5	0,4	1,4	0,5	4,0	0,2
Lituania	15,2	6,8	6,5	0,3	1,2	0,3	5,6	0,5
Ungheria	20,9	8,8	8,5	0,3	2,6	0,6	7,8	0,7
Malta	17,7	9,2	7,3	1,7	1,1	1,2	5,5	0,4
Polonia	22,1	11,8	10,8	1,0	1,7	0,9	7,0	0,0
Slovenia	25,4	11,6	11,1	0,5	2,1	0,8	9,9	0,5
Slovacchia	19,2	7,1	7,0	0,2	1,5	0,8	8,0	1,2
me UE 9	18,8	8,6	8,1	0,5	1,7	0,7	6,9	0,5
media UE 24	23,2	10,0	9,0	1,0	2,0	1,2	8,4	0,8

Fonte: European Social Statistics Eurostat 2004.

In termini complessivi, tuttavia, nei paesi dell'Unione esiste generalmente una relazione positiva tra il Pil pro capite e la Spesa pro capite, ciò a significare che sussiste una sostanziale convergenza della maggior parte dei Paesi negli orientamenti di spesa per la protezione sociale, riconoscendo, da un lato, la sua necessità, e, dall'altro, la difficoltà di cambiamenti radicali nei sistemi di welfare a causa dei vincoli istituzionali.

Emerge, dunque, chiaramente l'esistenza di una generale tendenza alla crescita uniforme delle due grandezze e la presenza di distinti gruppi di Paesi caratterizzati da comportamenti di spesa rispetto al Pil sufficientemente omogenei. Nel panorama di sostanziale convergenza (sia il coefficiente di correlazione che $R^2 = 0,85$ sono elevati), si delineano le condizioni caratteristiche di alcuni Paesi che si situano al di fuori dei gruppi. In particolare, Lussemburgo, caratterizzato da un Pil molto elevato e da una spesa consistente, che lo pongono molto lontano dagli altri Paesi; Irlanda che, a fronte di un Pil consistente non affianca una spesa adeguata, come anche accade per la Spagna. I Paesi di nuova adesione formano un gruppo distinto rispetto agli altri e, pur mantenendo la linearità della relazione tra spesa e Pil, si caratterizzano per valori dei due indicatori particolarmente bassi.

4.1 I tradizionali modelli di welfare

Tutti i sistemi di welfare sono messi in difficoltà dai rischi sociali emergenti o esistenti, ma ricorrono all'azione di contrasto in modo diverso e, dunque, utilizzano diversamente le risorse per affrontare le sfide che si pongono loro davanti. E questo renderà certo difficile a breve il processo di convergenza verso un modello sociale europeo. Viviamo in un mondo di soluzioni path-dependent e la possibilità di cambiamenti radicali nei sistemi di welfare europei è praticamente inesistente a causa dei vincoli istituzionali (Esping- Andersen et al. 2002). Non risulta realizzabile, infatti, allo stato attuale, un modello sociale unico pur nella condivisione da parte di governi dei 25 Paesi dell'Unione dell'importanza del ruolo svolto dalla protezione sociale nel contrasto all'esclusione e alla povertà e al permanere delle disuguaglianze. Inoltre, l'ingresso dei nuovi membri dilata ancor più nel tempo l'ipotesi di una convergenza verso il modello sociale europeo.

In particolare, la differenza nei modelli di welfare risiede non solo nella quantità di riserve destinata a ciascuna funzione, ma anche nelle diversità dei carichi di responsabilità attribuiti a ciascun attore (stato, individuo, famiglia, mercato) che rappresentano elementi caratterizzanti per i sistemi di welfare a secondo del ruolo loro attribuito dagli stati. (Sgritta, 2005). E' dato acquisito che nella descrizione dei sistemi di welfare non ci si possa fermare allo Stato o ai rapporti tra questo e il mercato. Occorre prendere in esame il ruolo di altri protagonisti della scena sociale.

Seguendo questa interessante e originale chiave interpretativa del comporsi di volta in volta per ciascun sistema di welfare nazionale delle relazioni tra i soggetti verso i quali maggiormente sono indirizzate le responsabilità del garantire la giustizia sociale e l'allontanamento delle situazioni di disuguaglianza sarà opportuno analizzare nuovamente i tradizionali regimi per intravedere al loro interno il delinarsi, di volta in volta, di questa polarizzazione intorno a due forze che emergono dal flusso delle risorse destinate alla protezione sociale.

I livelli di spesa per la protezione sociale e di imposizione fiscale complessiva presentano grandi variazioni tra le nazioni dell'UE, con i Paesi scandinavi e continentali in cima alla lista e quelli anglosassoni e dell'Europa meridionale in fondo. Le indicazioni relative ai nuovi Paesi membri presi in esame consentono di indicare una tendenza a posizionarsi nella fascia più bassa sia di spesa che di contribuzione statale della spesa (tabella 5.1.2).

I sistemi scandinavi, soprattutto Svezia e Danimarca, sono stati a lungo considerati

come tipi quasi-ideali di welfare state e, hanno privilegiato un sistema di tassazione volto al finanziamento di una forte spesa sociale che permette una consistente offerta di servizi alla famiglia e all'infanzia (del resto, sono caratterizzati da alta fecondità), e sistemi di tutela per i più deboli che si estendono a tutta la popolazione; Anche se, i Paesi nordici vedono risolversi il problema dell'attrazione di risorse prevalentemente attorno a due attori: individui e Stato. Sono caratterizzati da un livello di tassazione elevato, che consente, inoltre, di finanziare una larga parte della spesa con contributo statale. Si tratta di Paesi nei quali la famiglia, intesa come nucleo formalmente costituito, non costituisce elemento di riferimento principale nella scena sociale e di conseguenza non possiamo definire "familisti", seguendo una definizione cara ad Esping-Andersen, ma che sono in grado di assicurare notevole supporto alla famiglia, anche in virtù del sostegno dato in passato all'incentivazione dell'occupazione femminile (che in questi Paesi raggiunge livelli molto elevati). Sono, inoltre, tra i Paesi che maggiormente spendono nel settore dell'istruzione rispetto al Pil e nelle politiche di sostegno all'occupazione e che raggiungono livelli elevati di *life-long learning*.

I Paesi dell'Europa continentale sono caratterizzati da un livello di spesa sociale abbastanza consistente: in Paesi come la Germania, la Francia, l'Olanda la spesa per la protezione sociale è stata sempre generosa (28-30% del PIL), e viene finanziata facendo ricorso principalmente ai contributi dei datori di lavoro e dei lavoratori. In questi Paesi gli attori principali sulla scena sociale sono la famiglia e lo Stato. Diversamente dai Paesi scandinavi, destinataria delle risorse è la famiglia che risulta sostenuta dalla spesa sociale, ma non abbastanza uniformemente né consistentemente, forse, da raggiungere per tutti i Paesi livelli del tasso di fecondità totale (TFT) e del tasso di occupazione femminile ugualmente elevati. La spesa sociale, inoltre, finanzia la funzione disoccupazione e salute e disabilità in misura consistente rispetto ad altri regimi di welfare. Per sostenere l'occupazione vengono finanziate anche le misure di sostegno al mercato del lavoro, anche per fronteggiare alcune vulnerabilità di questi Paesi, come ad esempio la disoccupazione di lungo periodo in Germania.

Il sistema di protezione sociale dei Paesi mediterranei, pur contenendo al suo interno varie realtà, si differenzia dai precedenti, sia in termini di risorse impiegate, che di soggetti destinatari delle risorse. Si caratterizzano per una spesa complessivamente più bassa (si va dal 20% rispetto al Pil per la Spagna al 26,6% della Grecia) e per la scelta dei settori cui destinarla. Emergono la situazione dell'Italia per la funzione Pensioni (che sommando le voci vecchiaia e reversibilità raggiunge il 15,5% rispetto al Pil ed il 60% rispetto al totale delle funzioni) e un generalizzato scarso rilievo riservato, in termini di risorse, alle altre funzioni, in particolare, alla voce Famiglia e Figli, sia rispetto al Pil che al totale della spesa. Questa situazione rappresenta un paradosso: si tratta di Paesi che, per tradizione, possono definirsi "familisti" e per i quali i soggetti investiti della responsabilità di assicurare il benessere sono in primo luogo gli individui e le famiglie ma che, tuttavia, osservando i dati non sembrerebbero attribuire alla famiglia e all'infanzia molta rilevanza. Sono caratterizzati, infatti, da un TFT molto basso e da un tasso di disoccupazione femminile consistente, in particolare per Spagna e Portogallo che, per fronteggiare tale condizione, destinano maggiori risorse rispetto agli Paesi mediterranei alla funzione occupazione e alle politiche di sostegno al mercato del lavoro.

L'ultimo sistema di welfare è quello Anglosassone che si ispira prevalentemente ai principi di mercato e comprende due Paesi, tra loro molto diversi, la cui spesa sociale oscilla nel 2002 tra il 16% dell'Irlanda e il 27% del Regno Unito, ma che sono caratterizzati entrambi da un basso livello di pressione fiscale. L'Irlanda negli anni più recenti si è per taluni aspetti allontanata dal Regno Unito ed ha seguito un processo di ricalibratura del welfare avvicinandosi al modello continentale. (Ferrera M., Hemerijck A., 2003). È caratterizzata, inoltre, da un TFT che è il più elevato tra tutti i Paesi dell'UE, arrivando quasi a sfiorare le due unità. In alcuni settori di spesa come salute, famiglia, disoccupazione ed esclusione

Tabella 3: Spesa per protezione sociale/Pil, fonti di finanziamento e pressione fiscale. %.
Anno 2002

Paesi	Totale spesa protezione sociale/ Pil %	% Spesa protez. sociale finanziata da contrib. statali	Contributi sociali		% Spesa protez. sociale finanziata da altro	Pressione fiscale %
			% Spesa protez. sociale finanziata da datori di lavoro	% Spesa prot. sociale finanziata dai lavoratori		
Belgio	27,8	11,5	8,8	2,6	da altro	3,2
Repubblica C.	30,0	13,0	11,0	0,0	3,9	2,7
Danimarca	30,5	12,5	12,0	0,5	3,1	2,5
Germania	26,6	13,1	12,2	0,9	1,8	1,6
Estonia	20,2	8,8	8,3	0,6	0,5	2,7
Grecia	30,6	12,6	10,6	1,9	2,7	2,2
Spagna	16,0	3,6	2,8	0,8	2,4	1,3
Francia	26,1	15,5	12,9	2,6	1,0	0,4
Irlanda	22,7	8,3	5,9	2,5	3,7	0,8
Italia	28,5	11,0	9,5	1,5	1,2	1,4
Lettonia	29,1	14,1	11,5	2,5	3,0	1,5
Lituania	25,4	10,1	8,6	1,5	1,1	0,9
Lussemburgo	26,4	9,4	8,4	1,0	3,0	2,5
Ungheria	32,5	12,4	11,7	0,7	3,0	1,7
Malta	27,6	12,3	11,3	1,0	1,8	0,9
Olanda	26,7	11,2	9,7	1,4	2,3	1,8
Austria	19,9	8,3	8,1	0,1	1,6	0,7
Polonia	14,3	6,0	5,8	0,2	2,0	0,2
Portogallo	14,3	7,9	7,5	0,4	1,4	0,5
Slovenia	15,2	6,8	6,5	0,3	1,2	0,3
Slovacchia	20,9	8,8	8,5	0,3	2,6	0,6
Finlandia	17,7	9,2	7,3	1,7	1,1	1,2
Svezia	22,1	11,8	10,8	1,0	1,7	0,9
Regno Unito	25,4	11,6	11,1	0,5	2,1	0,8
media UE 24	19,2	7,1	7,0	0,2	1,5	0,8

Fonte: European Social Statistics Eurostat 2004.

sociale si posiziona ben al di sopra della media UE.

Nel Regno Unito, al contrario, l'offerta di servizi sociali, oltre all'istruzione e alla sanità, ad esempio quelli rivolti alla famiglia e all'infanzia è piuttosto scarsa e di basso livello. L'accesso a tali servizi non è generalizzato ma collegato all'esistenza di uno "stato di necessità".

Al buon livello di occupazione non corrisponde una altrettanto buona garanzia del reddito. La disuguale distribuzione del reddito e di accesso ai servizi sociali mantiene piuttosto alti i tassi di povertà, di emarginazione e penalizza i tassi di attività femminile.

5. Alcune considerazioni conclusive

Da quanto emerso nel precedente paragrafo, i sistemi di protezione sociale sono tra loro molto diversi, perché diversi sono i Paesi per tradizione, per struttura demografica, economica, sociale. Ma tutti indistintamente sono attraversati da criticità che sono emerse nella trattazione analitica delle aree.

Le comuni sfide interne ed esterne si traducono in problemi differenti nel passare da un sistema di protezione sociale all'altro. Oggi la questione di un'efficace riforma del welfare non verte tanto sul progettare, in astratto, una nuova architettura della protezione sociale, quanto piuttosto sul ricalibrare i profili della politica sociale ed economica. Molti sforzi di riforma in Europa si sono ispirati all'idea della «protezione sociale come fattore produttivo» e al riconoscimento che la giustizia sociale può contribuire all'efficienza e al progresso economico (Ferrera, 2003).

Ricalibrare vuol dire spostare l'attenzione delle istituzioni, le risorse su diverse funzioni, su diversi "attori", vuol dire mutare alcune scale di valori, entrare nel cuore profondo delle tradizioni dei Paesi e tentare di modificarle per contrastare gli effetti dannosi dei rischi sociali.

Invecchiamento, occupazione (in particolare femminile) ed ereditarietà del disagio per le giovani generazioni rappresentano tre tra le spine nel fianco della nuova Europa.

L'invecchiamento demografico rappresenta una sfida formidabile per i sistemi di welfare contemporanei. Il costo delle pensioni aumenterà significativamente nel primo quarto del XXI secolo. Alcuni lievi cambiamenti nell'età di pensionamento, nel tasso di fertilità e nelle dinamiche dell'immigrazione possono potenzialmente modificare la dimensione del problema, ma la direzione è chiara: c'è un urgente bisogno di riscrivere il contratto tra le generazioni (Ferrera, 2004).

L'invecchiamento demografico, se non adeguatamente gestito, potrebbe provocare un «conflitto intergenerazionale», connesso allo squilibrio fra una spesa pensionistica crescente, da un lato, e una spesa inadeguata per i bisogni delle fasce di età più giovani, dall'altro lato. Inoltre, inserisce i temi dell'eguaglianza e dell'equità di genere tra le priorità dell'agenda delle riforme.

Per la sostenibilità finanziaria del welfare state saranno cruciali le entrate generate da elevati tassi di partecipazione femminile al mercato del lavoro. D'altra parte, la stessa persistenza dei sistemi di protezione sociale europei dipenderà anche dalla disponibilità delle donne ad avere figli. Questo doppio vincolo pone una grande sfida. Il declino della fertilità, responsabile dell'invecchiamento demografico, è connesso in modi complessi alla partecipazione delle donne al mercato del lavoro (Ferrera, 2004). Non vi è dubbio che l'attenzione verso la componente femminile dovrà divenire in futuro maggiore e garantire

una ricalibratura delle risorse soprattutto in termini di servizi¹⁷ nei confronti delle madri e di sostegno del ruolo che la donna riveste in termini di cura e assistenza ancora oggi all'interno del nucleo familiare.

La sfida più complessa, tuttavia, è rappresentata dal contrasto alla povertà tra i minori che, purtroppo, caratterizza ancora oggi le nostre società evolute “condannando” parte della popolazione più giovane a non riuscire a eliminare lo svantaggio iniziale che deriva dal provenire da una famiglia in condizioni di disagio. Occorre un'attività a tutto campo per garantire interventi in grado di sradicare l'iniziale gap che divide ragazzi della medesima generazione e che siano indirizzati soprattutto verso la formazione per impedire di riproporre all'infinito i medesimi problemi di emarginazione e povertà¹⁸ che hanno attraversato le loro famiglie di origine.

Rispetto agli obiettivi appena esaminati, l'architettura del welfare scandinavo, dunque, sembra già ben “calibrata” per rispondere ai nuovi rischi e bisogni connessi ad una società che invecchia e alla transizione verso la “nuova economia”; sia in termini di sostegno alle madri e all'infanzia¹⁹ (ben si conciliano, infatti, alta partecipazione delle donne al mercato del lavoro con alti tassi di fecondità), che di attenzione al settore della formazione ed istruzione. In particolare, sono caratterizzati da quote tra le più basse di minori che vivono in famiglie in cui nessuno lavora, di persone che sono a rischio di povertà dopo i trasferimenti (il che fa supporre che gli interventi siano particolarmente efficaci), di abbandoni scolastici, al contrario quote tra le più elevate di persone che sono coinvolte nel life-long learning, dimostrando sensibilità e attenzione alla formazione protratta nel tempo come strumento di accrescimento del capitale umano per raggiungere gli obiettivi di Lisbona.

Al contrario, gli altri sistemi di protezione sociale appaiono meno equilibrati e pronti a rispondere efficacemente alle sfide aperte dalle attuali condizioni demografiche, economiche e sociali. Sono distanti, nella destinazione delle risorse, dagli obiettivi e dalla potenziale incisività di un welfare moderno, efficace ed efficiente. In particolare, i mediterranei risultano troppo concentrati sul versante della protezione della vecchiaia e trascurano la spesa per l'istruzione e la formazione e raggiungendo, conseguentemente, alti tassi di abbandono scolastico, livelli modesti di persone con istruzione superiore e interessate dal life-long learning; gli interventi, in generale, non appaiono ben calibrati anche a giudicare dal perdurante rischio di povertà che coinvolge quote consistenti della popolazione nonostante i trasferimenti. I continentali presentano caratteristiche simili anche se con dimensioni più modeste e gli anglo-sassoni mostrano alti tassi di minori che vivono in famiglie in cui nessuno lavora a fronte dei quali, tuttavia, vi è un'alta quota di soggetti che continua la sua formazione dopo il periodo scolastico avvicinandoli per questo aspetto al modello nordico. In questi sistemi, infine, vi è una correlazione scarsa e di segno negativo tra TFT e spesa per famiglia e figli.

Dalla classificazione tradizione dei modelli di protezione sociale sono esclusi, per evidenti ragioni, i Paesi di recente adesione. In considerazione della scarsità di informazioni comparabili sul passato (in termini di serie storiche) e della non completa robustezza dei

¹⁷ Un esempio rilevante è stata la riscoperta dei servizi pubblici nel settore della cura dei bambini, della maternità e delle forme di congedo parentale. In questo campo i Paesi scandinavi emergono come modelli positivi offrendo alle madri la più ampia gamma di scelta.

¹⁸ Un aspetto importante è quello che Atkinson definisce “evoluzione della disuguaglianza”: nella maggior parte dei Paesi europei dal 1995 al 2001 la disuguaglianza è leggermente scesa ma a partire da quella data è cominciata lenta la risalita dei valori. E' realistico ipotizzare che i sistemi di protezione sociale siano stati in grado di mitigarne le cause in parte e temporaneamente ma che non siano oggi sufficienti a contrastare gli effetti del progresso tecnologico sui mercati e della globalizzazione. Inoltre, anche gli indicatori della povertà ci aprono le porte di fronte a nuovi soggetti del disagio: i lavoratori e i bambini. Non stupisca di rinvenire tra i “poveri” né chi lavora, a causa di forme non più stabili di impiego o obsolescenza delle competenze, né i più giovani poiché è un dato di fatto il consistente aumento di bambini in povertà relativa e quelli che vivono in famiglie in cui nessuno lavora.

¹⁹ Esiste, infatti, una forte correlazione tra la quota della spesa per la protezione sociale destinata a sostenere la famiglia e i figli e il TFT con $R=0,98$

dati a disposizione, i nuovi membri possono essere avvicinati, per le loro caratteristiche nei comportamenti riguardanti la spesa sociale, ai Paesi con modeste prestazioni sia in termini di investimento che di risultato. Avendo riguardo alla parzialità dei dati, e con cautela nell'esame dei risultati, si è proceduto — come avvenuto per la classificazione dei Paesi effettuata per individuare possibili gruppi espressione di differenti rischi sociali — ad effettuare una Cluster Analysis anche sulla matrice delle variabili relative alla spesa per la protezione sociale; che ha prodotto risultati in linea con la classificazione tradizionale dei sistemi di welfare per i Paesi già membri dell'UE. Essa, tuttavia, può rivelarsi utile come indicazione per descrivere similarità e differenze dei nuovi membri. In particolare, la classificazione ha posto Malta insieme ai Paesi a tradizione mediterranea, mentre sia Slovenia, Ungheria, Repubblica Ceca, che Estonia, Lettonia, Lituania, Polonia e Slovacchia in cluster autonomi.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Atkinson, A.B, Cantillon, B., Marlier, E, Nolan, B. (2003): *Social Indicators: The EU and Social Inclusion*, Oxford University Press, Oxford.
- Atkinson, A. B. (2002): *European Welfare States and Global Competition*, January.
- Atkinson A. B. (2001): *Inequality, Poverty and the Welfare State: a European Perspective on the Globalisation Debate*, November.
- Baldwin, P. (1997): "The Past Rise of Social Security: Historical Trends and Patterns", in *Reforming the Welfare State*, a cura di H. Giersch, Springer, Berlino.
- Commission of the European Communities (2005): Green Paper "Confronting Demographic Change: A New Solidarity Between the Generations", Communication from the Commission, COM (2005) 94 final, Brussels 16.3.2005.
- Commission of the European Communities (2001): *Employment and Social Policies: A Framework for Investing in Quality*, Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the Economic and Social Committee and the Committee of the Regions, Office for Official Publications of the European Communities.
- Esping-Andersen, G. (2002): "Towards the Good Society, Once Again?", in Esping Andersen G. et al.: *Why We Need a New Welfare State*, Oxford University Press, Oxford.
- Esping-Andersen, G. (2002): *Towards a Welfare State for the XXI Century*, Paper prepared for the Conference on 'European Social Services Conference', Barcelona
- Esping-Andersen, G., Gallie D., Hemerijck. A. and Myles, J. (2002): "A New Welfare Architecture for Europe", in: *Revue Belge de Sécurité Sociale*, Vol. 44, No. 3, pp. 431-437;
- European Commission (2005): *Survey on Country Profiles*. Final Report, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
- European Commission (2004): *The Social Situation in the European Union 2004*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
- European Commission (2003): *Social Protection in the 13 Candidate Countries. A comparative analysis*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
- European Commission (2001): *Employment and Social policies: A Framework for Investing in Quality*, Communication from the Commission, Brussels.
- European Commission (2000): *The Future Evolution of Social Protection from a Long-Term Point of View: Safe and Sustainable Pension*. Communication from the Commission, Brussels.
- Eurostat (2005): *Structural Indicators Update of the Statistical Annex (annex 1) to the 2005*, Report from the Commission to the Spring European Council.
- Eurostat (2004a): *Yearbook 2004*, Luxembourg.
- Eurostat (2004b): *European Social Statistics: Social Protection 1992-2001*, Luxembourg.

- Eurostat (2004c): Statistics in Focus, Population and Social Conditions, 16/2004.
- Eurostat (2004d): Statistics in Focus, Population and Social Conditions, 12/2004.
- Eurostat (2004e): Statistics in Focus, Population and Social Conditions, Theme 3, 6/2004.
- Eurostat, Labour Force Survey, varie edizioni.
- Ferrera, M. (2004a): “Ricalibrare il modello sociale europeo. Accelerare le riforme, migliorare il coordinamento”, *URGE Working Paper*, 7/2004.
- Ferrera, M. (2004b): “Verso una cittadinanza sociale aperta. I nuovi confini del welfare nell’Unione Europea”, *URGE Working Paper*, 1/2004.
- Ferrera, M. (2003a) “Recasting European welfare states (with A. Hemrijck e M. Rhodes)”, in J. Hayward and A. Menon (eds.), *Governing Europe*, Oxford, Oxford University Press.
- Ferrera, M. (2003b) Recalibrating European Welfare Regimes (with A.Hemerijck), in J. Zeitlin and D.Trubeck, eds., *Governing Work and Welfare in a New Economy: European and American Experiments*, Oxford University Press, Oxford.
- Ferrera, M. (2002): “The European Social Model and the Open Method of Coordination”, in: *Revue Belge de Sécurité Sociale*, Vol. 44, No. 3, pp. 469-472.
- Ferrera, M. (2001) The Future of the European “Social Model” in the Global Economy (with A. Hemerijck and M. Rhodes), in *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, vol. 3, n. 2, pp. 163-190.
- Ferrera, M., A. Hemerijck and M. Rhodes (2000): *The Future of Social Europe: Recasting Work and Welfare in the New Economy*, Celta Editora, Oeiras.
- Ferrera, M.(1998): *Le trappole del welfare. Uno stato sociale sostenibile per l’Europa del XXI secolo*, Il Mulino, Bologna.
- Franzini M. e Milone L.M., (1999), I Dilemmi del Welfare State nell’epoca della Globalizzazione, pubblicato in “Globalizzazione e Stato Sociale” a cura di N. Acocella, Il Mulino, Bologna.
- Golini, A. (2003), Invecchiamento della popolazione e sostenibilità delle tendenze demografiche in Italia, in AA.VV., *Una società per tutte le età*, Edup, Roma.
- Hemerijck, A. (2005): Linking Welfare Recalibration and Social Learning, Settembre 2005.
- Hemerijck, A. (2002): ‘The Self- Transformation of the European Social Model(s)’, in G. Esping-Andersen with D. Gallie, A. Hemerijck and J. Myles (2002), *Why we Need a New Welfare State*, Oxford University Press, Oxford.
- Mazza, S. (2007): “Coesione e solidarietà nel modello sociale europeo”, in *Annali del Dipartimento di Studi Geoeconomici*, Roma.
- Mazza, S. (2005): *Quale politica sociale per l’Europa a 25?*, contributo presentato durante le Giornate di Studio della Popolazione, Società Italiana di Statistica, Padova, 16-18 febbraio 2005.
- Paci, M. (2004): “Le ragioni per un nuovo assetto del welfare in Europa”, in *Rivista delle Politiche Sociali*, n. 1.
- Pizzuti, F.R. (a cura di) (2006): *Rapporto sullo stato sociale 2006, Welfare state e crescita sociale*, UTET Università.
- Ranci, C. (2002): Fenomenologia della vulnerabilità sociale, in *Rassegna italiana di sociologia*, n. 4.
- Sgritta, G.B. (2005): Famiglie di Nazioni, Nazioni di Famiglie, in *Rivista delle Politiche Sociali*, n. 1.
- Taylor-Gooby, P. (2002), “The Silver Age of the Welfare State. Perspectives on Resilience”, in *Journal of Social Policy*, 31, 4.

Il ruolo dell'assicurazione nei modelli innovativi di assistenza socio-sanitaria integrata per anziani

di Angelo Paulli*

1. Introduzione

In Italia il futuro del sistema sanitario e assistenziale è condizionato, come negli altri Paesi occidentali, da numerosi fattori che ne metteranno a dura prova le sue attuali caratteristiche. Tra i fattori che incideranno maggiormente si possono annoverare: l'allungamento della speranza di vita e il cambiamento delle aspettative degli individui, la cronicizzazione delle pluripatologie, l'aumento dei costi sanitari e assistenziali, l'evoluzione della composizione familiare a cui si affianca l'incertezza della capacità di copertura finanziaria da parte del settore pubblico.

Recenti rilevazioni statistiche evidenziano come tra gli ultrasessantacinquenni italiani il numero di coloro che hanno una disabilità (di ogni ordine e grado) si attesta a circa il 20% della popolazione anziana, pari a circa 2.165.00 persone¹. Se si dovessero però applicare criteri più oggettivi (ad esempio criteri analoghi a quelli vigenti in Germania per la concessione della copertura Long Term Care), coloro che hanno un grado di invalidità tale da necessitare di una continuata assistenza socio-sanitaria sarebbero un numero più contenuto (poco più di un milione)².

In ogni caso si evidenzia la necessità di garantire all'anziano (parzialmente o completamente) non autosufficiente un'assistenza adeguata, un servizio flessibile per rispondere alle esigenze del diverso grado di disabilità e del luogo in cui la persona vive; di garantire l'integrazione tra assistenza sociale e sanitaria, tra realtà pubblica e privata a sostegno del nucleo familiare col fine di conciliare un migliore servizio offerto ed un contenimento dei costi. Emerge l'esigenza non soltanto di un supporto finanziario e di servizi alla persona (oggi ancora largamente insufficienti), ma anche un elemento di orientamento, di sostegno e di consulenza alle persone e alle famiglie.

Dall'analisi del quadro nazionale si desume come, nonostante le numerose iniziative e programmi presenti a livello locale, continua ad esserci un gap tra necessità delle famiglie e degli individui e l'intervento assistenziale agli anziani non autosufficienti: le risorse finanziarie pubbliche sono insufficienti, l'integrazione tra i diversi operatori (pubblici, privati, volontariato) è scarsa e ancora inadeguata è l'offerta di servizi.

* Senior Researcher, Macros Research – Milano - www.macrosgroup.it.

¹ ISTAT (2007): "Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari - anno di rif. 2005".

² ASSR (2003): "L'ospedalizzazione a domicilio: un servizio ponte tra ospedale e territorio", Prospettive assistenziali, vol. 35, n. 141; ISVAP (2002): "Il costo e il finanziamento dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia", Quaderno n. 11.

2. Il ruolo dei soggetti pubblici: Stato, Regioni e Comuni

Molti sono gli attori che hanno un ruolo nel finanziare o nell'offrire servizi (formali o informali) a livello nazionale e locale, ma sono soggetti che solo in parte intervengono con una strategia coordinata ed efficace.

La legislazione³ affida *“la programmazione e l'organizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali compete agli enti locali, alle regioni ed allo Stato secondo i principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare degli enti locali”*. Più precisamente:

- Lo *Stato* fornisce le direttive principali in materia di sanità e assistenza, ripartisce le risorse del Fondo Nazionale per le politiche sociali, controlla l'uniformità dei trattamenti ed eroga (mediante il Ministero dell'Interno e l'INPS) le prestazioni in denaro a sostegno degli anziani e dei disabili⁴.
- Le *Regioni* hanno un ruolo operativo indiretto, ma svolgono un'attività *“di programmazione, coordinamento e indirizzo degli interventi sociali nonché di verifica della rispettiva attuazione a livello territoriale e disciplinano l'integrazione degli interventi stessi, con particolare riferimento all'attività sanitaria e socio-sanitaria ad elevata integrazione sanitaria”*; alle Regioni spettano varie competenze tra cui definire i criteri per l'autorizzazione, l'accreditamento e la vigilanza delle strutture e dei servizi a gestione pubblica o dei soggetti riconosciuti sulla base dei requisiti minimi fissati dallo Stato; determinare il contributo economico da parte dei cittadini alle prestazioni sanitarie; definire le tariffe che i comuni sono tenuti a corrispondere ai soggetti accreditati; promuovere la sperimentazione di modelli innovativi di servizi.
- I *Comuni* sono gli attori principali nella realizzazione dell'assistenza pubblica ai non autosufficienti, in particolare per quanto riguarda le prestazioni sociali (anche a rilevanza sanitaria). I comuni sono titolari delle funzioni amministrative per gli interventi sociali svolti a livello locale e concorrono alla programmazione regionale; a loro compete la programmazione, la progettazione e la realizzazione del sistema locale dei servizi sociali, l'eventuale integrazione economica per le persone non autosufficienti per i quali si renda necessario il ricovero presso strutture residenziali, mentre sono di competenza delle ASL (Aziende Sanitarie Locali) le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie⁵.

La *“Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”*, che attribuisce e coordina le attività tra i diversi attori pubblici e non, contiene principi generali per un sistema integrato di interventi e servizi sociali assai avanzato, ma necessita per una effettiva e diffusa realizzazione una legislazione più semplice ed efficiente, una maggiore chiarezza riguardo le competenze tra Stato e Regioni alla luce delle modifiche costituzionali che attribuiscono alle Regioni maggiori poteri in ambito socio-sanitario. E appare fondamentale che lo Stato italiano superi lo stallo legislativo che negli scorsi anni non ha consentito l'introduzione di una legge, al pari dei maggiori stati europei, per l'LTC (*Long Term Care*).

³ Legge 328/2000 - Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

⁴ Indennità di accompagnamento.

⁵ Ad esempio la prestazione di servizi a domicilio (come le visite del medico di medicina generale, visite specialistiche, prestazioni di tipo infermieristico e riabilitativo), l'attivazione di servizi di telesoccorso e telesorveglianza, l'attivazione di centri diurni integrati.

3. Il ruolo dei soggetti privati nell'attività informale

3.1 Il ruolo e la necessità delle famiglie

Nella realtà italiana la famiglia continua ad essere il *provider* principale che tradizionalmente assume il ruolo di assistere la persona disabile. Secondo una recente indagine ISTAT⁶, il 10,3% dei nuclei familiari ha almeno un componente con problemi di disabilità. Di queste famiglie, oltre un terzo è composto da persone disabili che vivono sole, e quasi il 60% è composto da un nucleo familiare in cui almeno un membro assiste la persona disabile.

A livello nazionale, quasi l'80% delle famiglie con persone disabili non risulta assistito dai servizi pubblici a domicilio ed oltre il 70% non si avvale di alcuna assistenza, né pubblica né privata; un terzo dei disabili soli e quasi la metà delle famiglie con componenti disabili hanno dichiarato che avrebbero bisogno di assistenza sanitaria a domicilio.

Dall'evoluzione demografica attesa nei prossimi lustri avremo in Italia un aumento del numero degli anziani soli ed una riduzione del numero dei componenti il nucleo familiare, determinando un aumento delle persone bisognose di assistenza ed una riduzione del numero di *caregiver* familiari.

3.2 Il ruolo del volontariato

Secondo le più recenti rilevazioni dell'ISTAT⁷, la sanità (28,0%) e l'assistenza sociale (27,8%) si confermano i settori nei quali opera il maggior numero di organizzazioni di volontariato. Tuttavia, tra il 1995 e il 2003 la quota percentuale di organizzazioni è diminuita del 14,4% nella sanità e del 2,7% nell'assistenza sociale. Nonostante questa flessione, nel 2003 i servizi agli anziani (autosufficienti e non autosufficienti) hanno riguardato oltre 790.000 persone.

Le attività delle associazioni di volontariato indirizzate agli anziani consistono principalmente in assistenza domiciliare, trasporto degli anziani, servizi ricreativi e di intrattenimento, tutte attività miranti a fornire, in collaborazione con i servizi sociali e le famiglie, un ausilio per l'esercizio delle attività quotidiane finalizzate a creare un'alternativa al ricovero di soggetti soli o limitatamente assistiti in ambito familiare e parzialmente autosufficienti.

Il *trend* rilevato dall'ISTAT (diminuzione dell'azione del volontariato negli ambiti dell'assistenza e della sanità) se confermato è un ulteriore fattore "critico" da considerare nelle future scelte di *policy*.

3.3 I Servizi di assistenza formale

3.3.1 Il ruolo dell'assistenza domiciliare

Un importante supporto alle famiglie proviene dalle cosiddette "badanti", una figura professionale che si è sviluppata come risposta spontanea ad un'insufficienza del settore pubblico nell'assistenza agli anziani e nell'inadeguatezza del nucleo familiare a provvedere

⁶ ISTAT (2007): "Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari - Anno 2005".

⁷ ISTAT (2005): "Le organizzazioni di volontariato in Italia Anno 2003".

alla tradizionale assistenza informale.

In termini di assistenza e di contenimento dei costi, il ricorso alla badante per le famiglie è un modo per risolvere, almeno parzialmente, le necessità di un'assistenza continuativa per l'anziano disabile.

Sebbene sia difficile quantificare in modo attendibile il numero delle badanti, si stimano che siano almeno 900.000, la maggior parte delle quali straniere.

Appare sempre più evidente la necessità di una formazione specifica per meglio adempiere il servizio, richiesto in particolare quando l'anziano presenta numerose ed elevate disabilità: infatti, solo un'assistenza sufficientemente specializzata e professionale può garantire anche tra le mura domestiche un'assistenza appropriata. Per rispondere a questa esigenza sono nate a livello comunale corsi per assistenti domiciliari⁸.

3.3.2 Il ruolo dei servizi innovativi: teleassistenza, telemonitoraggio e telemedicina

Lo scopo fondamentale della tecnologia è in questo caso, di migliorare le cure e l'assistenza alle persone colpite da patologie invalidanti, migliorandone le qualità della vita e riducendo il ricorso al ricovero e all'ospedalizzazione. Oggi sono già sviluppati servizi di teleassistenza e telesoccorso e numerosi sono le realtà locali che li utilizzano. Disponibili sono già anche servizi come il telemonitoraggio telefonico, la telemetria clinica, la telecardiologia e la telefonia sociale.

Un ampio e articolato servizio ad alta tecnologia è in grado di garantire diverse attività quali:

- un'efficace gestione delle emergenze (sanitarie, sociali, psicologiche);
- una significativa riduzione dei ricoveri in strutture protette e di giornate medie di degenza ospedaliera;
- una collaborazione più proficua e costruttiva con l'attività assistenziale e con il volontariato.

Con i servizi di telemedicina è possibile offrire un'assistenza assai articolata, che integrata con tutti gli altri servizi socio-sanitari disponibili sul territorio, può realmente costituire un rilevante upgrade dei servizi offerti e un miglioramento nell'Assistenza Domiciliare Integrata coniugato ad un contenimento dei costi.

Questi servizi sono già presenti in molti protocolli di assistenza a distanza, spesso su popolazioni anziane affette da patologie croniche in vari paesi occidentali.

3.3.3 Il ruolo delle strutture istituzionali

Il ruolo più importante nell'assistenza dell'anziano con elevata disabilità è garantita dalle strutture residenziali e semi-residenziali. L'ultima ricerca Istat sui presidi socio-sanitari⁹ (Istat, 2007) evidenzia come il 1.96% degli anziani ultrasessantacinquenni risulta istituzionalizzato nelle 4.473 strutture censite, le quali ospitavano, nel 2004, 223.509 anziani di cui quasi il 30% autosufficienti.

⁸ Il comune di Milano ha attivato corsi di formazione per "Assistenti familiari" organizzati dalla Scuola per operatori sociali del Comune di Milano. I corsi proposti variano in relazione all'esperienza lavorativa degli aspiranti e sono gratuiti.

⁹ ISTAT (2007): "L'assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia Periodo di riferimento: Anno 2004"

Si stanno diffondendo negli ultimi anni anche forme alternative alla tradizionale istituzionalizzazione con la creazione di Centri Diurni e Servizi Domiciliari, Residenze Sanitarie Assistenziali, Case Albergo, Comunità Alloggio e Case protette, realtà destinate ad assistere i disabili anziani parzialmente autosufficienti con capacità motorie e psico-relazionali. Lo scopo è di evitare o ritardare l'istituzionalizzazione, garantendo la possibilità di vivere autonomamente in un contesto protetto e assistito. Dall'inizio degli anni '90 a metà di questo decennio il numero delle strutture residenziali è cresciuto di circa il 10%, passando da 4.025 a 4.473, un numero però inadeguato, essendo la percentuale della popolazione anziana ricoverata sostanzialmente costante nello stesso periodo. Il numero delle strutture costruite è stato appena sufficiente a mantenere lo status quo.

Il diffondersi di questa alternative all'istituzionalizzazione dovrebbe permettere non solo di limitare la presenza tra le strutture residenziali degli anziani ancora autosufficienti, ma ampliare il numero di anziani assistiti e di rispondere meglio alle esigenze del singolo individuo e alle richieste delle famiglie.

Naturalmente per disporre di queste opzioni occorrono non solo finanziamenti adeguati ma una rete di servizi che risponda a tali necessità.

3.3.4 Il ruolo del settore privato: le compagnie di assicurazioni

In Italia il ruolo delle compagnie di assicurazioni, quale partner per l'offerta di coperture assicurative per l'assistenza degli anziani non autosufficienti, è ancora allo stato embrionale. Le prime polizze sono state proposte nel nostro paese nella seconda metà degli anni '90, ma a tutt'oggi il mercato è ancora agli albori. Le quasi totalità delle tipologie di polizze sul mercato sono riconducibili al ramo vita (a vita temporanea e a vita intera), poche riconducibili al ramo malattia (con rimborso delle spese sostenute).

Le caratteristiche delle attuali polizze italiane e l'importo economico per acquistarle, anche in assenza di una fiscalità favorevole, ha reso questi prodotti poco attraenti, anche se poco le compagnie hanno fatto per pubblicizzarle e diffondere la loro conoscenza tra il pubblico.

Un elemento che appare evidente alla luce dei modelli innovativi di assistenza socio-sanitaria integrata per gli anziani è la flessibilità che i prodotti dovranno avere per rispondere alle esigenze degli assicurati.

Al di là della strategia che le compagnie sceglieranno (polizze individuali o collettive) o gli accordi che sottoscriveranno (con le Regioni o con categorie di lavoratori) le coperture assicurative dovranno garantire una copertura a geometria variabile, ovvero permettere prestazioni e servizi (o l'acquisto di essi) in funzione della gravità dell'autosufficienza e del luogo di residenza della persona non più autosufficiente.

Per contenere la spesa (potendo così offrire un prodotto ad un costo più accessibile) e garantire un servizio qualitativamente elevato, la compagnia dovrà prevedere una strategia che contempli la prevenzione, la consulenza oltre, naturalmente, all'assistenza continuata e dove le applicazioni tecnologiche, non solo la teleassistenza ma anche la domotica abbiano un ruolo importante per consentire la permanenza delle persone disabili nella propria abitazione o in strutture che necessitino di un basso grado di assistenza.

A livello internazionale si è già assistito ad una notevole evoluzione delle polizze LTC: mentre le formule della prima generazione (fino agli inizi degli anni '90) prevedevano la copertura della sola permanenza in strutture assistenziali, si è passati ad una tipologia di prodotto più articolata (le tipologie di polizze vanno dalla copertura in struttura istituzionale

con elevata e continua assistenza a programmi di assistenza domiciliare). Un numero crescente di polizze prevede la presa in carico anticipata rispetto all'evento estremo, ovvero la possibilità di sostenere il costo di installazione di dispositivi presso l'abitazione (es. elevatori per le scala, maniglie e barre per migliorare la mobilità), o la fornitura di servizi medici (ad esempio la chiropratica, la fisioterapia...).

Nel Regno Unito la maggior parte delle polizze offrono un servizio di helpline che fornisce il consiglio medico e informazioni sui servizi offerti nel territorio di residenza¹⁰.

Questa pluralità di opzioni disponibile permetterebbe di ridurre il numero di ricoveri in strutture. Questa valutazione è confermata da numerose ricerche¹¹ e le rilevazioni, analizzando i diversi regimi assistenziali (lungo degenza ospedaliera, residenza sanitaria e assistenza domiciliare), evidenziano come a parità di bisogno di assistenza, sia molto più vantaggioso (da un punto di vista economico e di qualità di vita) mantenere l'anziano al proprio domicilio.

Un passo successivo è di integrare alla pluralità di opzioni la possibilità che un intervento integrato assistenziale riduca ancora di più il numero di ricoveri. La tecnologia è in grado di far conseguire questi risultati permettendo non solo di allestire una rete di supporto più efficiente e diffusa, ma anche innovando la tipologia di assistenza.

L'investimento sulla prevenzione e sulle cure ottimali in funzione della disabilità individuale per ritardare quanto più possibile la condizione di grave non autosufficienza potrebbe davvero assumere aspetti non solo rispondenti alle esigenze del disabile anziano, ma anche assumere per l'assicuratore aspetti commercialmente e tecnicamente rilevanti.

Certo occorre valutare con attenzione in quale misura si possa elaborare un'offerta assicurativa assistenziale moderna. Fondamentale sarà la collaborazione che si riuscirà a realizzare tra i fornitori di servizi specializzati (servizi domiciliari, servizi tecnologici, strutture di accoglienza, volontariato...) per la realizzazione di reti assistenziali.

4. Conclusioni

Le istituzioni pubbliche, dovendo già far fronte ai disavanzi economici attuali e futuri, dovrebbero favorire lo sviluppo delle coperture LTC ed il loro finanziamento. Il numero di persone disabili aumenterà significativamente nei prossimi decenni, tuttavia abbiamo un arco di tempo che, se ben utilizzato, sarebbe sufficiente per realizzare investimenti in strutture e servizi per gli anziani non autosufficienti.

L'assicurazione riveste già oggi un ruolo sociale di fondamentale importanza, grazie alle sue peculiarità (assunzione, mutualizzazione e mitigazione del rischio), deve quindi assumere l'iniziativa di offrire prodotti che soddisfino la potenziale richiesta futura di coperture assicurative di LTC, con prodotti semplici, comprensibili, strutturati in modo tale da consentire un ragionevole numero di opzioni. Ed assumere fin da oggi un ruolo di stimolo, di innovazione e di riferimento per gli altri player coinvolti nell'assistenza grazie alle competenze ed esperienze accumulate negli ultimi 30 anni nei diversi Paesi.

¹⁰ Association of British Insurers "Long-Term Care Insurance - Things you should know" http://www.abi.org.uk/Display/default.asp?Menu_ID=1140&Menu_All=946,1140.0&Child_ID=448

¹¹ Per l'Italia si veda M. Lucchiti, R. Luzi, L. Rinaldi, A. Papaleo (2004): "Lungodegenza, RSA ed ADI. Tre modalità assistenziali, nella regione Marche, a confronto", G. GERONTOL 52:140-152

Ricoprire un ruolo sociale di integrazione con la programmazione pubblica (stato, regioni, comuni) e con gli altri soggetti privati (famiglie, volontariato, gestori di case di riposo, società ed enti erogatori di servizi alla persona) finalizzato alla realizzazione di percorsi di assistenza integrabili con un maggiore coordinamento tra erogatori dei servizi.

Il settore pubblico continuerà ad avere un ruolo fondamentale per l'assistenza agli anziani non autosufficienti, ma necessiterà sempre più di una serie di attori privati, tra cui senza alcun dubbio le compagnie di assicurazione, in grado di supportare e integrare gli spazi che inevitabilmente la realtà pubblica dovrà ridurre o abbandonare.

Le società che offrono servizi di tecnologia medica e di assistenza, con le offerte modulabili di servizi alla persona, sono un partner importante da coinvolgere ed integrare nei diversi livelli dell'offerta del servizio.

Appare altrettanto chiaro però che il legislatore è chiamato a definire con chiarezza il ruolo che devono ricoprire lo Stato e le Regioni, i criteri di finanziamento e di esenzione fiscale per l'acquisto di coperture LTC, per poter sviluppare una effettivo network care per l'anziano disabile.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Association of British Insurers: "Long-Term Care Insurance - Things you should know" http://www.abi.org.uk/Display/default.asp?Menu_ID=1140&Menu_All=946,1140,0&Child_ID=448.

ASSR (2003): "L'ospedalizzazione a domicilio: un servizio ponte tra ospedale e territorio", *Prospettive assistenziali*, vol. 35, n. 141.

Friedrich, C. (2004): "Long-Term Care Insurance - Combination Products. A Summary", Milliman.

ISTAT (2005): *Le organizzazioni di volontariato in Italia Anno 2003*.

ISTAT (2007): *Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari - Anno 2005*.

ISTAT (2007): "L'assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia Periodo di riferimento: Anno 2004".

ISTAT (2007): "Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari - anno di rif. 2005".

ISVAP (2002): "Il costo e il finanziamento dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia", *Quaderno* n. 11.

Lucchetti, M., Luzi, R., Rinaldi, L., Papaleo, A. (2004): "Lungodegenza, RSA ed ADI. Tre modalità assistenziali, nella regione Marche, a confronto", *Giornale di Gerontologia*, Numero 3, G. GERONTOL 52:140-152.

Paulli, A. (2000): "Long term care in Italy: Economic Evaluation and Prospects" - ISSA Conference on Social Security - Helsinki.

Paulli, A. (2003): "La gestione assicurativa del rischio salute", Seminario IIR - Milano.

Salvioli, G. (2007): "Gli anziani e le badanti", *Giornale di Gerontologia*, Numero 2, Aprile.

Trainar, P. (2008): "Health and Ageing: the case for Long Term Care", *European Papers on the New Welfare*, n. 9: 54-63.

Dinamiche demografiche e mercato del lavoro in Italia*

di Manuela Stranges**

1. Introduzione

Esiste un legame imprescindibile, unanimemente riconosciuto a livello scientifico e ampiamente documentato in letteratura, tra variabili demografiche e sviluppo economico. Sin dalla famosa (anche se più volte criticata) impostazione malthusiana (1798), appare chiaro come la crescita economica e il benessere sociale di una Nazione siano legati a doppio filo alle dinamiche demografiche che lo interessano. Se, come sosteneva appunto Malthus, lo sviluppo demografico è seguito dallo sviluppo economico, il sistema economico stesso riesce a recepire i cambiamenti in atto in tempi rapidi e riesce ad adattarsi, in tempi altrettanto rapidi, ad essi, per cui i processi demografici non rappresentano un problema per le società. I problemi nascono, principalmente, dall'incapacità dei sistemi economici di adattarsi per tempo (o, ancor meglio, in anticipo) ai cambiamenti demografici in atto, minimizzandone le minacce e valorizzandone le opportunità.

L'Italia, così come gli altri paesi industrializzati, appare oggi caratterizzata da un intenso processo di invecchiamento demografico, che assume particolare rilevanza soprattutto in ragione delle sue conseguenze sociali ed economiche. Tra gli aspetti che destano maggiore preoccupazione vi sono le ricadute sul mercato del lavoro indotte, in particolare, dagli squilibri strutturali legati allo scompensamento tra chi contribuisce attivamente al sistema economico (la forza lavoro) e chi ne è fuori e assorbe risorse (i pensionati). A partire da tali considerazioni, nel presente contributo sarà analizzata l'evoluzione della struttura per età della popolazione italiana (in un'ottica comparativa a livello europeo), mostrandone i caratteri attuali e soprattutto, utilizzando le più recenti previsioni rilasciate dall'Istat, i trend futuri. Saranno, a tale scopo, calcolati ed osservati i diversi indici demografici (vecchiaia, dipendenza, ricambio, ecc.) al 2005, 2015, 2030 e 2050¹, avvalendosi anche degli strumenti grafici propri della disciplina.

L'analisi demografica condotta avrà lo scopo di mostrare che, per compensare efficacemente gli squilibri ingenerati dall'invecchiamento, si rendono necessarie profonde riforme del mercato del lavoro: anticipare l'ingresso nel sistema produttivo dal basso (classi più giovani) ritardandone l'uscita dall'alto (classi più anziane), incoraggiare la partecipazione di quelle fasce di popolazione che ne sono state più escluse in passato (ad esempio, le donne), favorire l'integrazione lavorativa degli stranieri, la cui partecipazione regolare al mercato del lavoro

* Il seguente lavoro prende spunto dalla relazione dal titolo "Invecchiamento demografico e squilibri del mercato del lavoro: l'Italia verso il raggiungimento degli obiettivi europei" presentata nel corso della XLIV Riunione Scientifica della SIEDS (Società Italiana di Economia, Demografia e Statistica) tenutasi presso la Facoltà di Scienze Politiche dell'Università di Teramo dal 24 al 26 maggio 2007. Una versione breve di tale relazione è in corso di pubblicazione negli atti della Riunione stessa (Stranges, 2008a).

** Assegnista di ricerca in Demografia, Dipartimento di Economia e Statistica, Università della Calabria, m.stranges@unical.it.

¹ La scelta di questi anni in particolare non è casuale. Il 2015 è stato scelto in considerazione del fatto che le previsioni demografiche presentano un maggiore grado di attendibilità nel breve periodo, poiché è ragionevole supporre che entro tale arco temporale non interverranno cambiamenti o scostamenti molto incisivi rispetto a quello che è stato ipotizzato nello scenario previsivo. Si legge in Salvini *et al.* (2006): «[...] l'orizzonte temporale scelto può essere più o meno breve. E' ovvio che più lungo è l'arco di tempo, più incerta è la previsione. [...] L'orizzonte temporale deve necessariamente ridursi al decrescere dell'area oggetto di previsione, poiché maggiore è la disaggregazione territoriale di riferimento, più i dati da trattare risultano volatili. La variabile tempo riguarda anche la lunghezza delle serie storiche su cui si basa lo studio dei trends passati per poter formulare le ipotesi su quelli futuri (naturalmente serie più lunghe influiscono positivamente sulla qualità)». Quindi un orizzonte di dieci anni ci è sembrato quello ottimale per riflettere su dati affidabili. Gli altri due riferimenti temporali sono stati scelti per fornire un'indicazione di medio periodo (25 anni fino al 2030) e un'indicazione di lungo periodo (45 anni fino al 2050).

può alleviare gli effetti di breve periodo del processo d'invecchiamento. La partita decisiva si giocherà sulla capacità di trattenere i lavoratori più anziani all'interno del mercato del lavoro, soprattutto in ragione del progressivo invecchiamento della forza lavoro. Su questo aspetto, in particolare, si concentrerà la nostra attenzione.

2. Alcuni dati sul processo d'invecchiamento in Italia e in Europa

Il processo di invecchiamento demografico accompagna in maniera ineluttabile la modernizzazione delle società occidentali ed ha due cause principali: la denatalità, frutto dei cambiamenti socio-culturali che hanno investito il nostro paese, con conseguenze forti a livello individuale e familiare, e la longevità, conseguenza delle migliorate condizioni di vita e del progresso medico-scientifico che hanno contribuito ad allungare notevolmente la vita media degli individui. Per inquadrare preliminarmente la situazione demografica italiana ed europea può essere utile fornire qualche dato sul processo di invecchiamento, così come riassunto nella Tabella 1.

Il contributo dal basso al processo di invecchiamento è reso evidente dal valore assunto dal TFT (Tasso di Fecondità Totale) che è in tutti i paesi al di sotto del valore di ricambio generazionale di 2,1 figli per donna in età feconda², mentre il contributo dall'alto si esprime attraverso il valore assunto dalla vita media alla nascita, che ha oramai superato gli ottanta anni per le donne e i settantacinque per gli uomini in quasi tutti i paesi. Il valore medio del TFT in Europa è 1,47 figli per donna in età feconda, con un valore massimo di 1,99 in Irlanda e minimo di 1,22 in Slovenia. Tra i 27 paesi vi è una leggera variabilità riguardo proprio alla fecondità, con un valore del coefficiente di variazione del 16,22%. Per quanto riguarda l'aspettativa di vita alla nascita, il valore più elevato è quello della Svezia per i maschi (78,4 anni), seguito proprio dal valore dell'Italia (77,7), mentre per le femmine è la Francia a superare, seppur di pochissimo (83,8 anni), il valore italiano (83,7). Tra i paesi si registra una maggiore variabilità per quanto riguarda l'aspettativa alla nascita maschile rispetto a quella femminile, come testimoniano il valore della deviazione standard (4 anni per i primi, 2,4 per le seconde) e del coefficiente di variazione percentuale, che assume valore, rispettivamente, del 5,5% e del 3%.

Maggiormente indicativa l'analisi della suddivisione della popolazione nelle tre macroclassi d'età, che corrispondono, rispettivamente, all'infanzia (0-14 anni), all'età adulta (15-64) e alla vecchiaia (65 anni e più). È possibile, infatti, rilevare come vi siano ben diciassette dei ventisette paesi nei quali la quota di ultrasessantacinquenni supera il 15%, e otto di questi nei quali tale quota di anziani è maggiore della quota di giovani. L'Italia è il paese nel quale la distanza tra questi due macrogruppi di popolazione è maggiore (5,4 punti percentuali di differenza). Tali osservazioni sono ulteriormente rafforzate dall'analisi del valore assunto dall'indice di vecchiaia, ottenuto come rapporto percentuale tra la popolazione anziana e la popolazione giovane. L'Italia è, appunto, il paese che mostra il valore più elevato di tale indice (137,7%), il che equivale a dire che, nel nostro paese, ci sono quasi 140 anziani ogni 100 bambini. Valori elevati si registrano anche in Bulgaria (123,9%), Germania (128,3%), Grecia (122,8%), Spagna (115,9%) e Lettonia (111,5%). I valori più bassi di invecchiamento si registrano, invece, in Irlanda³ (54,1%), Cipro (62%) e Slovacchia (67,8%). Riguardo a tale indicatore, rispetto a tutti gli altri indicatori di invecchiamento presentati, si nota tra i paesi europei la maggiore eterogeneità: il coefficiente di variazione assume, infatti, il valore più elevato (21,6%). In generale, in ogni caso, osservando tutti i dati e gli indici di posizione e di dispersione riportati

² Il valore di ricambio è fissato in corrispondenza di 2,1 figli per donna in età feconda perché, tenendo conto del fatto che mediamente il 48,8% delle nascite è costituito da femmine, questo significa che su 2,1 nati, 1 è certamente di sesso femminile (il 48,8% di 2,1), quindi si realizzerà la sostituzione di ogni madre con una figlia.

³ L'Irlanda, tra tutti i paesi europei, è quello che ha registrato per un periodo di tempo più lungo i livelli di fecondità più elevati. Ciò ha certamente contribuito a rallentare il processo di invecchiamento rispetto agli altri paesi, in ragione di una minore pressione dell'invecchiamento dal basso, concorrendo a mantenere una popolazione più giovane.

nella tabella 1 è possibile notare che, nonostante sussistano delle lievi differenze tra i ventisette Paesi che compongono l'Unione Europea, sembra che vi sia tra loro una sostanziale omogeneità riguardo agli indicatori di invecchiamento presentati, come testimoniano i valori assunti dal coefficiente di variazione calcolato, sempre al di sotto del 50%⁴.

Tabella 1: Indicatori del processo di invecchiamento demografico nei Paesi UE 27 al 1° gennaio 2005. Valori e relativi indici di posizione e di dispersione

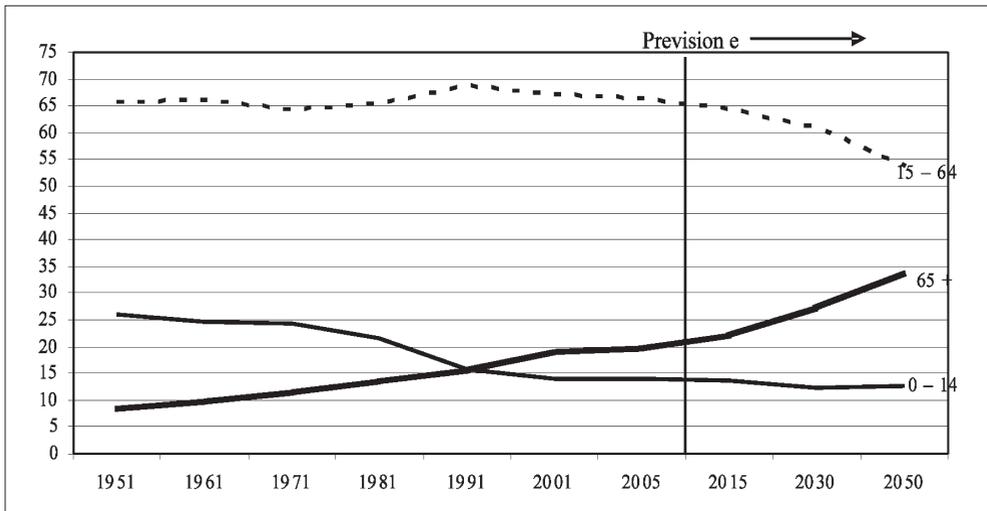
Paesi	Indice di vecchiaia (valori %)	Numero medio di figli per donna	Vita media alla nascita (in anni)		Popolazione per classi di età (valori %)		
			Maschi	Femmine	0-14 anni	15-64 anni	65 anni e più
Austria	99,4	1,42	76,4	82,1	16,3	68,2	15,5
Belgio	(b) 98,8	1,64	(b) 75,9	(b) 81,7	17,3	65,6	17,1
Bulgaria	123,9	1,29	68,9	76,0	13,8	69,0	17,2
Cipro	62,0	1,49	77,0	81,4	20,0	68,1	11,9
Danimarca	79,8	1,78	75,2	79,9	18,9	66,3	14,9
Estonia	(b) 101,3	1,40	66,0	76,9	16,6	67,6	15,8
Finlandia	90,9	1,80	75,3	82,3	17,6	66,8	15,5
Francia	88,6	(b) 1,89	76,7	83,8	18,6	65,1	16,4
Germania	128,3	1,37	75,7	81,4	14,7	67,3	18,0
Grecia	(b) 122,8	1,29	76,6	81,4	14,6	67,8	17,5
Irlanda	54,1	1,99	(b) 75,8	(b) 80,7	20,9	67,9	11,1
Italia	137,7	1,33	(a) 77,7	(a) 83,7	14,1	66,4	19,5
Lettonia	111,5	1,24	65,5	77,2	15,4	68,5	16,2
Lituania	88,3	1,26	66,4	77,8	17,7	67,3	15,0
Lussemburgo	76,5	1,70	(b) 75,0	(b) 81,0	18,8	67,2	14,1
Malta	75,6	1,37	(b) 76,7	(b) 80,7	18,2	68,8	13,0
Paesi Bassi	75,7	1,73	76,4	81,1	18,5	67,6	13,8
Polonia	78,4	1,23	70,0	79,2	17,2	69,8	13,0
Portogallo	109,0	1,42	(b) 74,2	(b) 80,5	15,7	67,5	16,8
Regno Unito	(b) 87,9	1,74	(b) 76,2	(b) 80,7	18,3	65,8	16,0
Repubblica ceca	94,0	1,23	72,6	79,0	15,2	70,9	14,0
Romania	92,5	1,29	67,7	75,1	15,9	69,4	14,7
Slovacchia	67,8	1,25	70,3	77,8	17,6	71,0	11,6
Slovenia	106,3	1,22	(b) 72,6	(b) 80,4	14,6	70,4	15,1
Spagna	115,9	1,32	77,2	83,8	14,5	68,6	16,8
Svezia	97,7	1,75	78,4	82,7	17,8	65,1	17,2
Ungheria	100,0	1,28	68,6	76,9	15,9	68,6	15,5
Media	95,0	1,47	73,5	80,2	16,8	67,9	15,3
Mediana	94,0	1,37	75,3	80,7	17,2	67,8	15,5
Min	54,1	1,22	65,5	75,1	13,8	65,1	11,1
Max	137,7	1,99	78,4	83,8	20,9	71,0	19,5
Range	83,6	0,77	12,9	8,7	7,1	5,9	8,4
Dev stand	20,5	0,24	4,0	2,4	1,9	1,6	2,0
Coeff var (%)	21,6	16,22	5,5	3,0	11,2	2,4	13,3

(a) stima (b) dati relativi all'anno 2003

Fonte: nostre elaborazioni su dati Eurostat, 2006a.

⁴ Il coefficiente di variazione, infatti, è definito come rapporto fra deviazione standard e media e fornisce un'indicazione della variabilità delle osservazioni rilevate. In particolare, se assume valore superiore a 0,50 (50% se espresso in percentuale) indica un'elevata variabilità, per cui la media non è un buon indicatore per sintetizzare le diverse osservazioni, mentre se assume valore pari o inferiore a 0,50, la variabilità è ridotta e la media appare l'indicatore più corretto per sintetizzare le informazioni disponibili.

Figura 1. Evoluzione e previsioni della popolazione italiana per macroclassi d'età



Fonte: per gli anni 1951-2001, nostre elaborazioni su dati Istat ai censimenti; per il 2005, nostre elaborazioni su dati Istat, 2006a; per gli anni 2015-2050, nostre elaborazioni su dati Istat, 2006b.

In Italia il superamento della quota di anziani rispetto a quella di giovani si è registrato già negli anni 90, a partire dai quali, oltre alla progressiva riduzione della quota di questi ultimi, è iniziata anche la diminuzione della classe centrale 15-64 anni (figura 1). Basandoci sulle ultime previsioni Istat⁵ (2006b), a base 2005, possiamo stimare⁶ quale sarà la consistenza futura di ciascun macrogruppo di popolazione e calcolarne, di conseguenza, l'incidenza relativa sul totale della popolazione, come mostrato in figura 1. Al 2015 la popolazione tra 15 e 64 anni, vicina ai 39 milioni nel 2005 (66% della popolazione totale), sarà costituita da 38.019.569 individui (64%), valore che scenderà a 35.501.183 nel 2030 (61%) e a poco più di trenta milioni nel 2050 (54%). Una diminuzione, anche se più leggera, si realizzerà anche per quanto riguarda la popolazione giovane (0-14 anni)⁷, mentre la popolazione ultrasessantacinquenne, confermando una tendenza di crescita già evidente da oltre un cinquantennio, passerà dagli attuali 11 milioni e 300mila persone (pari al 19,5% della popolazione totale) a 12.994.314 persone nel 2015 (22%), a 15.750.492 nel 2030 (27%) a 18.788.436 nel 2050 (34%). Quindi nel 2050 circa una persona su tre nel nostro Paese avrà più di 65 anni.

⁵Le previsioni Istat qui utilizzate sono quelle provvisorie rilasciate nel corso del 2006, in attesa di quelle definitive. Metodologicamente le previsioni Istat si basano su un modello cohort-component che descrive matematicamente lo sviluppo temporale della popolazione, sulla base di certe equazioni e conoscendo la struttura per età e sesso, le probabilità di morte e i tassi di fecondità. Nella simulazione Istat si suppone un ulteriore miglioramento dei livelli di sopravvivenza, con una crescita della vita media alla nascita da 77,4 anni nel 2005 a 83,6 nel 2050 per gli uomini e da 83,3 a 88,8 per le donne. Anche per la fecondità s'ipotizza un aumento, sia pur contenuto, da 1,3 figli per donna nel 2005 a 1,6 figli per donna nel 2050, ipotizzando un processo di convergenza della fecondità italiana a quella media dei paesi Ue. Infine, per le migrazioni internazionali si suppone un flusso migratorio netto annuale di 150 mila unità aggiuntive per tutto il periodo di previsione.

⁶Nel presentare tali dati, occorre considerare che le previsioni demografiche sono sicuramente una delle attività di più difficile realizzazione per un demografo, non tanto da un punto di vista metodologico, quanto con riguardo all'affidabilità delle stime che si producono nel tempo. Tutti i metodi di previsione demografica, infatti partono dall'assunto che un certo meccanismo, sia esso "deterministico o parzialmente casuale" (Cohen, 1998, p. 163) che ha già operato in passato, continuerà ad operare anche in futuro, determinando i cambiamenti demografici. Ma non è detto che tale meccanismo continuerà ad operare con la stessa intensità, o potrebbe addirittura non operare affatto, ed essere sostituito da altri meccanismi differenti. Così si esprime Cohen: "Ecco uno dei segreti della demografia custoditi più gelosamente: quasi nessun demografo professionista crede più di poter predire il tasso di crescita, la consistenza numerica, la composizione e la distribuzione geografica delle popolazioni" (1998, p. 162). Tali considerazioni sono fatte, non per mettere in dubbio la bontà delle previsioni realizzate dall'Istat, ma per tenere conto della possibilità che, all'allungarsi dell'orizzonte temporale, intervengano fattori in grado di contraddire la previsione.

⁷Il grosso della diminuzione di questa fascia di popolazione si era già registrato nel trentennio 1971 - 2001, come reso evidente dalla discesa della curva in figura 1. Le previsioni ci permettono di stimare che il valore della popolazione giovane rimarrà stabilmente compreso tra il 10 e il 15% fino al 2050.

All'interno del macrogruppo degli anziani sarà soprattutto il sottogruppo dei grandi vecchi, costituito dai segmenti più estremi della popolazione, a subire un incremento molto elevato. Tale gruppo è quello che esprime le maggiori richieste in termini assistenziali e di cura, e quindi quello che determinerà con maggiore forza le variazioni in termini di spesa sociale, pensionistica e sanitaria. Sempre utilizzando le previsioni rilasciate dall'Istat, abbiamo, infatti, stimato che la popolazione di età superiore ai 75 anni crescerà da un valore dell'8,9% nel 2005, ad un valore del 11,2% al 2015, al 13,6% nel 2030 e, addirittura, al 20,8% nel 2050. Questo vuole dire che, tra poco più di un quarantennio, nel nostro paese una persona su quattro avrà più di 75 anni. Guardando ai valori degli ultraottantacinquenni, si passerà da un'incidenza del 1,95% al 2005 al 7,8% nel 2050, mentre gli ultracentenari, che oggi rappresentano solo lo 0,02% della popolazione, vedranno decuplicare la loro incidenza sul totale della popolazione, fino ad un valore dello 0,24% al 2050.

Le elaborazioni raccolte nella tabella 2 possono aiutare a capire, in maniera intuitiva, come cambieranno gli equilibri generazionali all'interno della nostra popolazione. Le percentuali di incidenza di ciascun sottogruppo sono state trasformate in proporzioni per mostrare ancor più chiaramente il processo di invecchiamento. Al 2015, ad esempio, 1 persona su 5 avrà più di 65 anni, valore che salirà a 1:4 nel 2030 e, come già detto, a 1:3 nel 2050. Ancora più rilevante il cambiamento che avverrà, come accennato, nei gruppi più estremi: gli ultrasettantacinquenni, 1 ogni 11 oggi, saranno 1 ogni 9 nel 2015, 1 ogni 7 nel 2030 e 1 ogni 5 nel 2050. Le proporzioni degli ultraottantacinquenni passeranno, ai medesimi anni, da 1:51 a 1:30, 1:22 e 1:13. Gli ultracentenari, solo 1 ogni 5.000 nel 2005, raddoppieranno la loro presenza al 2015 (1:2.500), e subiranno altri due raddoppi nel 2030 (1:1.111) e nel 2050 (1:417).

*Tabella 2. Equilibri generazionali nella popolazione italiana.
Situazione attuale (2005) e previsioni (2015, 2030, 2050)*

Classi d'età	2005	2015	2030	2050
≥ 65	1 ogni 5	1 ogni 5	1 ogni 4	1 ogni 3
≥ 75	1 ogni 11	1 ogni 9	1 ogni 7	1 ogni 5
≥ 85	1 ogni 51	1 ogni 30	1 ogni 22	1 ogni 13
≥ 100	1 ogni 5.000	1 ogni 2.500	1 ogni 1.111	1 ogni 417

Fonte: per il 2005, nostre elaborazioni su dati Istat, 2006a; per gli anni 2015-2050, nostre elaborazioni su dati Istat, 2006b.

3. Conseguenze del processo di invecchiamento demografico sul mercato del lavoro

3.1. Gli squilibri strutturali

Il problema principale connesso al processo di invecchiamento è, dunque, la sproporzione che si ingenera tra i diversi gruppi che compongono la popolazione, in particolare tra le classi centrali, economicamente produttive, e le altre improduttive. Le conseguenze più forti del processo di invecchiamento saranno avvertite all'interno del mercato del lavoro, dove il numero di persone che compongono la forza lavoro scenderà drasticamente nei prossimi anni, come conseguenza della denatalità che caratterizza ormai da decenni il nostro Paese. La portata di tali squilibri può essere inquadrata in via preliminare osservando i valori attuali e futuri degli indici di struttura calcolati e raccolti nella tabella 3. La popolazione italiana in età di lavoro⁸, ossia la popolazione occupata e disoccupata di età compresa tra i 15 e

⁸ Non possiamo definire forza lavoro la popolazione 15-64 perché ometteremmo di considerare gli inattivi ricompresi in quella fascia d'età.

i 64 anni passerà dagli attuali 38 milioni 827mila individui, a poco più di 30 milioni nel 2050, diminuendo il proprio peso percentuale sul totale della popolazione dal 66,53% al 53,69%. Per tenere conto degli elevati tempi medi di ingresso dei giovani nel mercato del lavoro che caratterizzano l'Italia, appare più opportuno osservare le variazioni che subirà la popolazione produttiva (o potenzialmente tale), che qui considereremo come la popolazione di età compresa tra i 20⁹ e i 64 anni (in età lavorativa) per tenere conto dell'età di termine degli studi superiori: l'ammontare di tale fascia di popolazione nel nostro paese scenderà dagli attuali 36 milioni di individui (pari al 60,74% del totale della popolazione), a poco più di 35 milioni nel 2015 (59,57%), a quasi 33 nel 2030 (55,49%) e a 27 milioni e mezzo di persone nel 2050 (49,29%).

Tabella 3: Popolazione in età di lavoro, popolazione potenzialmente produttiva e indici di struttura in Italia. Situazione attuale (2005) e previsioni (2015, 2030 e 2050)

	2005	2015	2030	2050
Popolazione in età di lavoro 15-64 (valori assoluti)	38.827.322	38.019.569	35.501.183	30.033.437
Popolazione in età di lavoro 15-64 (% sul totale della popolazione)	66,53	64,26	60,85	53,69
Popolazione potenzialmente produttiva 20-64 anni (valori assoluti)	35.938.063	35.243.399	32.830.559	27.573.164
Popolazione potenzialmente produttiva 20-64 anni (% sul totale della popolazione)	60,74	59,57	55,49	49,29
Indice di ricambio (per 100)	97,85	83,02	63,17	76,60
Indice di vecchiaia (per 100)	137,84	159,38	222,08	264,10
Indice di struttura della popolazione in età attiva (per 100)	99,13	131,28	134,88	121,76
Indice di dipendenza totale (per 100)	62,68	67,88	77,71	102,86
Indice di dipendenza giovani (per 100)	31,01	31,01	29,74	34,72
Indice di dipendenza anziani (per 100)	31,66	36,87	47,98	68,14

Fonte: per il 2005, nostre elaborazioni su dati Istat, 2006a; per gli anni 2015-2050, nostre elaborazioni su dati Istat, 2006b.

In ragione di tale diminuzione appare chiaro come anche il ricambio all'interno della popolazione produttiva non sarà più garantito. L'indice di ricambio, infatti, calcolato come rapporto percentuale tra la prima classe che la compone (20-24 anni) e l'ultima (60-64) mostra una progressiva diminuzione, pur se con una lieve ripresa prevista per il 2050, ma sempre al di sotto del rapporto 1:1 (100%). L'indice di ricambio ha importanti implicazioni, in quanto misura quanti individui stanno entrando o sono appena usciti nel mercato del lavoro, rispetto a quanti stanno per uscirne o ne sono appena usciti, quindi permette già di stimare lo scempenso tra segmento produttivo (quello che lo sarà per un periodo di tempo più lungo, perché appena entrato) e segmento improduttivo della popolazione (anche questo che lo sarà per un periodo più lungo perché appena pensionato). Parallelamente crescono, invece, l'indice di vecchiaia (già visto in precedenza per i valori dell'UE 27) e l'indice di struttura della popolazione in età attiva, che si misura come rapporto percentuale tra le quindici generazioni più vecchie che compongono la forza lavoro (40-64 anni) e le quindici

⁹ Come soglia di inizio del periodo produttivo si sarebbe potuta anche utilizzare una soglia di ingresso più bassa, 15 anni ad esempio, in prossimità della quale è fissato il termine della scuola dell'obbligo, quindi avremmo considerato esattamente la forza lavoro, così come univocamente definita. Ma tenendo conto del fatto che i giovani italiani studiano, mediamente, fino al termine delle scuole superiori, abbiamo fissato a 19 anni la fine del periodo giovanile di inattività e, di conseguenza, a 20 l'inizio del periodo produttivo (o potenzialmente tale).

più giovani (15-39 anni), fornendo un'indicazione del grado di vecchiaia della forza lavoro medesima.

In aumento anche gli indici di dipendenza, detti anche di carico sociale in quanto misurano quale sia l'entità dell'aggravio sulla popolazione produttiva da parte delle fasce non produttive. L'indice di dipendenza totale, che si misura come rapporto percentuale tra la popolazione non produttiva (0-19 anni e 65 e più) sulla popolazione produttiva (20-64 anni), mostra una netta tendenza alla crescita fino ad un valore (stima) di 102,86% nel 2050. In aumento anche l'indice di dipendenza giovanile (seppur con lievi oscillazioni) e, ancora più marcatamente, quello di dipendenza anziani, destinato a raddoppiarsi nel prossimo quarantennio.

Per comprendere quali potranno essere i futuri assetti del mercato del lavoro può essere d'aiuto anche l'analisi effettuata utilizzando uno strumento grafico tipico della demografia, la piramide della popolazione (figura 2). Ciascuna piramide (al 2015, 2030 e 2050) è costruita lasciando come riferimento la forma della piramide al 2005 (costituita dalle linee più chiare e sfumate che si notano in ciascuna figura), allo scopo di mostrare come il profilo e la struttura per sesso ed età della nostra popolazione stia rapidamente cambiando. La forma della piramide¹⁰ italiana, a salvadanaio nel 2005 e nel 2015, diverrà presto riduttivo, ossia a base stretta, conseguenza della denatalità, e con la parte alta più larga, a causa della longevità e, quindi, dell'accumulo di anziani nelle classi più elevate. La parte più scura in ciascuna piramide rappresenta proprio la popolazione produttiva (classi d'età 20-64 anni): è evidente come tale segmento di popolazione è destinato a ridursi progressivamente sia in termini assoluti, sia in termini relativi rispetto agli altri segmenti di popolazione (come emergeva già dall'analisi dei dati in tab. 3). In particolare, al 2050, realizzandosi tutte le condizioni previsive ipotizzate nello scenario Istat, la riduzione sarà estremamente marcata e soprattutto concentrata nelle fasce più giovani della popolazione potenzialmente produttiva, dai 25 ai 49 anni (come appare evidente confrontando il profilo del 2050 con quello in bianco del 2005).

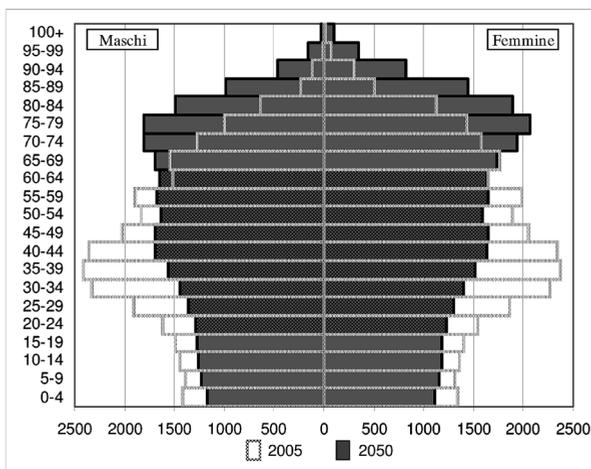
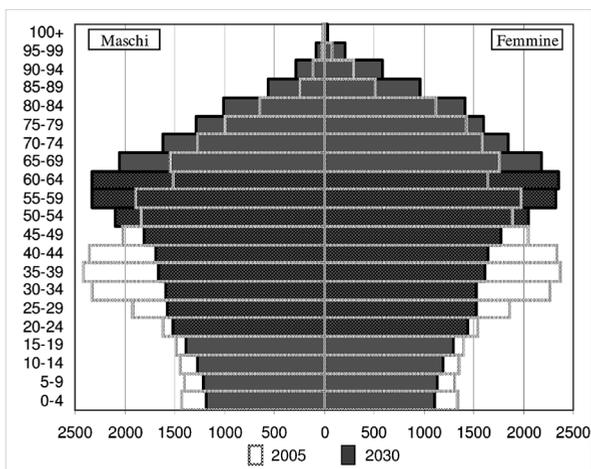
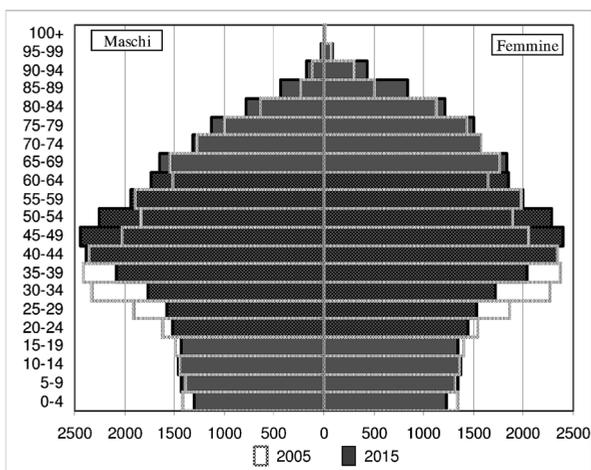
Il processo di invecchiamento demografico, quindi, non sembra destinato a diminuire, ma anzi ad acuirsi, a mano a mano che ci saranno nuovi progressi in termini di longevità e continuerà questa fase di sostanziale bassa fecondità che, nonostante la lieve ripresa attuale e quella prevista per il futuro (fino a circa 1,6 figli per donna in età feconda nel 2050), viene oggi a ragione definita dagli studiosi *lowest-low fertility*¹¹ (Kohler, Billari & Ortega, 2001). Neppure i flussi migratori saranno in grado di mitigare tale processo: diversi studi sulle cosiddette migrazioni di rimpiazzo o di sostituzione (United Nations, 2001; Lesthaeghe, 1998) o, più in generale, sugli effetti delle migrazioni sulle popolazioni riceventi (Steinmann, 1991; Espenshade T.J., 1987; Teitelbaum e Winter, 1985) hanno concluso che gli effetti positivi dell'immigrazione sulla struttura delle popolazioni in declino sono solo di breve periodo, in considerazione del fatto che anche la popolazione immigrante è sottoposta ai normali processi di senescenza e che la composizione e la struttura della popolazione immigrata può essere tale da limitare gli effetti positivi della presenza dei lavoratori stranieri, laddove, ad esempio, siano presenti anche bambini e anziani¹².

¹⁰ Vengono solitamente individuati tre profili tipici di piramide: espansivo, riduttivo e stazionario. Il primo è quello a base larga, segno di un'alta natalità, e parte alta più stretta, segno di un'altrettanto elevata mortalità. La seconda tipologia di profilo è, invece, quello in cui la parte bassa, dove vi sono le classi d'età più giovani, è più stretta rispetto alla parte centrale e alta, segno di denatalità e bassa mortalità. Questo profilo è tipico delle popolazioni che invecchiano. Infine, il profilo stazionario si riscontra in quelle popolazioni che hanno mediamente lo stesso ammontare di popolazione in tutte le classi d'età. Chiaramente, la struttura per età e sesso delle popolazioni reali, benché riconducibile ad uno dei tre profili, assume caratteristiche peculiari che riflettono la propria storia economico-sociale.

¹¹ Per l'esattezza si distingue la bassa fecondità dei paesi europei in *lowest-low fertility*, se il valore del TFT è inferiore a 1,3 figli per donna e *highest-low fertility*, per indicare una fecondità comunque bassa e la di sotto del valore di ricambio, ma superiore a 1,6 figli. Nel mezzo, invece, la situazione di quei paesi che presentano livelli intermedi di fecondità (comunque preoccupanti dal punto di vista demografico), compresa tra 1,3 e 1,6 figli per donna.

¹² Per un'analisi sul contributo dell'immigrazione al rallentamento del processo di invecchiamento in Europa, si veda Stranges, 2007b.

Figura 2: Piramidi della popolazione italiana al 2015, 2030 e 2050 (confronto con il 2005). Valori in migliaia di unità



Fonte: nostre elaborazioni su previsioni Istat, base 2005.

3.2. Gli indicatori del mercato del lavoro

In questo quadro di sintesi, delineato attraverso l'osservazione del valore assunto dai diversi indici di struttura e dall'analisi grafica, di quale connotazioni assumerà in futuro la struttura per età e sesso della popolazione italiana appare chiaro come siano necessari degli interventi strutturali per far fronte agli squilibri che si ingenerano a seguito del processo di invecchiamento. L'attenzione istituzionale per le conseguenze economiche del processo di invecchiamento demografico è testimoniata dalle diverse risoluzioni adottate a livello europeo. In particolare, nel Consiglio Europeo di Lisbona del 2000 e nei successivi consigli di Stoccolma 2001 e Barcellona 2002, sono stati fissati una serie di obiettivi da raggiungere per mitigare gli effetti negativi del processo di invecchiamento sul mercato del lavoro dei paesi interessati (cfr. Stranges 2007a).

Sinteticamente, gli obiettivi che i paesi europei dovranno cercare di raggiungere entro il 2010 sono i seguenti: innalzare il tasso d'occupazione totale in tutti i Paesi al 70%, innalzare il tasso di occupazione femminile al 60%, innalzare il tasso di occupazione dei lavoratori più anziani (55-64 anni) al 50%. Inoltre, nell'intento di affrontare con maggiore incisività le conseguenze del processo di invecchiamento demografico, il Consiglio europeo di Barcellona del marzo 2002 esorta i governi dell'Unione a "ridurre gli incentivi al prepensionamento dei singoli lavoratori e l'introduzione di regimi di prepensionamento da parte delle imprese", e aggiunge: "[...] entro il 2010 occorrerebbe aumentare gradualmente di circa 5 anni l'età media effettiva di cessazione dell'attività lavorativa nell'Unione europea", fino ad un valore di 65,4 anni. Per comprendere in quale posizione si trovi il nostro paese nel cammino verso il raggiungimento di tali obiettivi e, quindi, quali siano le aree di intervento prioritarie in relazione al mercato del lavoro può essere utile osservare, come riassunto nella tabella 4, quali sono i valori italiani in merito a ciascun obiettivo e quanto distante tale valore sia dal target prefissato.

Tabella 4: L'Italia e gli obiettivi europei. Valori al 2005

Obiettivo	Descrizione (entro il 2010)	Valore da raggiungere	Valore medio europeo*	Valore italiano	Distanza dall'obiettivo (assoluta)**	Raggiungimento dell'obiettivo (%)***
Lisbona	Tasso di occupazione generale	70,0%	63,8%	57,6%	12,4%	82,3%
	Tasso di occupazione femminile	60,0%	56,3%	45,3%	14,7%	75,5%
Stoccolma	Tasso di occupazione dei lavoratori 55-64 anni	50,0%	42,5%	31,4%	18,6%	62,8%
Barcellona	Età media di uscita dal mercato del lavoro	65,4 anni	60,9 anni	59,7 anni	5,7 anni	91,3%

* media Ue25

** calcolata come differenza tra il valore obiettivo e il valore reale italiano

*** percentuale calcolata come rapporto tra il valore italiano sul valore obiettivo

Fonte: nostre elaborazioni su dati Eurostat, 2006b.

L'Italia mostra di essere indietro nel raggiungimento degli obiettivi europei, sia guardando proprio al valore obiettivo, sia guardando al valore medio Ue25, di gran lunga superiore a quello italiano per tutti gli indicatori misurati. Il tasso di occupazione generale italiano è stato pari al 57,6% nel 2005, contro un valore medio europeo del 63,8% e ben distante dal 70% dell'obiettivo fissato in sede istituzionale (meno 12,4 punti percentuali). Il primo obiettivo appare, quindi, raggiunto per l'82,3%. Una distanza più marcata si nota in relazione al tasso di occupazione femminile e, ancora di più, in relazione a quello dei lavoratori maturi e anziani.

Il tasso di occupazione delle donne italiane al 2005 è stato pari al 45,3%, 14,7 punti percentuali in meno rispetto all'obiettivo del 60% e 6,2 punti percentuali in meno rispetto al valore medio europeo, con un livello di raggiungimento del 75,5%. L'aumento del tasso di occupazione femminile è stato individuato come obiettivo in ragione dell'attenuazione che la partecipazione delle donne al mercato del lavoro può fornire, almeno nel breve periodo, agli squilibri derivanti dal processo di invecchiamento. Occorre, però, considerare che una grossa quota dell'aumento dell'occupazione femminile è costituito da lavoro part-time (come indicano in dati provenienti dalle rilevazioni trimestrali della forza lavoro condotte dall'Istat), forma sempre più preferita dalle donne, in quanto consente di conciliare meglio gli impegni lavorativi e quelli familiari. Stime dell'OECD (2006) mostrano una generale crescita della diffusione del lavoro part-time in Italia, dall'8,9% del totale dell'occupazione nel 1990 al 14,9% del 2004. Anche in questo caso il valore italiano è inferiore a quello europeo (in questo caso Ue15, 17,4%) e leggermente inferiore anche alla media OECD (15,2%). Tra i paesi europei spicca il valore dell'Olanda (35,5%). Al 2002, come mostrano i dati in tabella 5, il 30,5% delle madri lavoratrici aveva forme di contratti part-time, valore più elevato di altri paesi europei (Francia, Danimarca, Spagna, Grecia, Finlandia), ma più basso dei valori di Olanda, Austria, Belgio, Lussemburgo, Germania, Regno Unito, Irlanda.

Tabella 5: Donne e mercato del lavoro in alcuni Paesi OECD. Valori percentuali, Paesi ordinati per valore decrescente del tasso di occupazione delle madri 2002

	Tassi di occupazione delle madri con figlio più piccolo di età inferiore ai 6 anni		Percentuale di madri lavoratrici part-time (bambini di qualunque età)
	1990	2002	2002
Portogallo	67,4	79,2	8,0
Svezia	85,0	77,5	-
Austria	50,8	74,6	42,4
Danimarca	-	74,3	6,7
Paesi Bassi	37,0	71,2	79,5
Belgio	64,4	68,8	39,5
Lussemburgo	40,9	66,7	39,2
Francia	61,3	64,7	26,0
Canada	56,9	62,7	27,4
Svizzera	33,5	61,0	69,9
U.S.A.	54,0	59,5	30,4
Germania	41,4	57,1	55,3
Gran Bretagna	42,5	57,0	57,2
Italia	45,3	53,0	30,5
Irlanda	30,6	51,8	42,9
Spagna	36,1	51,0	18,5
Grecia	42,9	49,5	12,8
Finlandia	64,3	49,4	6,7
Nuova Zelanda	36,0	49,2	45,8
Australia	42,4	45,0	-
Giappone	37,2	35,2	46,3
Ungheria	-	30,1	4,9
Slovacchia	-	28,1	2,0
Repubblica Ceca	-	27,4	5,9

-: dato non disponibile

Fonte: nostre elaborazioni su dati OECD, 2002, 2003 e 2004

La partecipazione femminile al mercato del lavoro si connota, dunque, come una prima importante area di intervento. L'Italia è ancora abbastanza indietro rispetto agli altri Paesi europei per quanto concerne il sostegno alla conciliazione di maternità e occupazione, come testimoniano gli elevati tassi di non rientro nel mercato del lavoro dopo la maternità: nel 2005 era inattivo il 41% delle donne italiane tra i 25 e i 54 anni con un figlio di età inferiore ai sette anni, rispetto ad un valore medio europeo (Ue25) del 35% (OECD, 2006). Osservando i dati relativi al 2002 (tabella 5), risultava occupato il 53% delle madri italiane con figlio più piccolo di età inferiore ai 6 anni, valore comunque in crescita rispetto al 45,3% del 1990. L'Italia, come si può notare si trova in una posizione intermedia rispetto agli altri paesi OECD, ma il valore assunto da tale indicatore nel nostro paese appare basso se confrontato con tutti quelli dei Paesi che lo precedono, in particolare Portogallo, Austria, Danimarca e Paesi Bassi, dove il tasso di occupazione delle madri con figlio più piccolo minore di 6 anni è superiore al 70%.

Appare, dunque, chiaro come forme di lavoro part-time e flessibili e la maggiore presenza di strutture adeguate per l'assistenza all'infanzia possano favorire l'ingresso e la permanenza delle donne nel mercato del lavoro¹³. Oltre a ciò, politiche di sostegno alla maternità, alla partecipazione femminile e alla conciliazione maternità-lavoro, potrebbe anche determinare un miglioramento sul fronte della fecondità: i dati recentemente diffusi dall'Istat (2006c)¹⁴, infatti, mostrano come, mentre nelle regioni meridionali continua la discesa della fecondità, nelle regioni settentrionali, dove vi sono migliori condizioni occupazionali per le donne e dove la presenza di strutture di assistenza infantile, quali gli asili nido, è più capillare, si registra al contrario una ripresa. Quindi, l'aumento del tasso di occupazione femminile potrebbe avere un duplice vantaggio: da un lato, quello di innalzare il tasso di occupazione totale, con benefici per tutto il sistema economico e produttivo nel suo complesso; dall'altro, potrebbe anche agire su una delle concause del processo di invecchiamento stesso (la denatalità), contribuendo a mitigare l'effetto dal basso e, quindi, migliorando la situazione complessiva di equilibrio tra le diverse fasce che compongono la popolazione.

Concentrandoci sul livello dei tassi di occupazione dei lavoratori maturi e anziani (dati in tabella 4), la distanza tra l'obiettivo e il valore italiano è di quasi 19 punti percentuali, con un livello di raggiungimento del 62,8%. Il dato italiano è, peraltro, anche distante dalla media europea, che è di ben 11,1 punti percentuali al di sopra del nostro valore nazionale. Come mostra sinteticamente la tabella 6, il tasso di occupazione dei lavoratori senior in Italia ha, in realtà, avuto un incremento negli ultimi anni¹⁵, dal 27,7% del 2000 al 31,4% del 2005, ma ancora insufficiente rispetto a quanto richiesto per il raggiungimento dell'obiettivo di Stoccolma.

¹³ Si legge nel Rapporto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (p. 177): «Le aree territoriali con una forte presenza di strutture di assistenza all'infanzia sono caratterizzate da una più elevata partecipazione femminile al mercato del lavoro e da un minore probabilità di occupazione part-time delle donne. [...] Una elevata diffusione del lavoro part-time a livello provinciale è correlata con tassi di partecipazione femminile più elevati, con una maggiore preferenza per il part-time della popolazione femminile e con una più bassa incidenza dell'involontarietà del part-time».

¹⁴ Si legge in Istat (2006c): «[...] Si va dunque sempre più affermando un modello riproduttivo posticipato, collocato in contesti geografici e sociali completamente differenti rispetto a quelli di un passato ormai remoto, e che vedevano realizzare una fecondità molto più elevata nel Mezzogiorno del Paese. Oggi, al contrario, le condizioni di contesto paiono favorire di più il Nord. Si pensi ai maggiori tassi di attività femminile del Nord, alla incrementata possibilità di conciliare i tempi da dedicare alla cura della prole con quelli assorbiti dal lavoro, anche mediante la diffusione di forme di lavoro part-time, ma si pensi anche alla migliore fruibilità di servizi assistenziali fondamentali, come ad esempio gli asili nido.»

¹⁵ La maggior parte di questo incremento è da attribuirsi al contributo dell'occupazione femminile più che a quella maschile (Stranges, 2007a, pp. 110-111), come peraltro già evidente osservando il trend di crescita per sesso.

Proprio sulla consistenza del tasso di occupazione dei lavoratori anziani si concentra l'attenzione degli studiosi quando si parla delle ricadute del processo di invecchiamento demografico sul mercato del lavoro. Se, infatti, la popolazione dei paesi industrializzati invecchia così rapidamente, appare obiettivo prioritario incrementare i tassi di partecipazione di questa fascia di popolazione, che avrà una consistenza progressivamente crescente nel tempo rispetto alla popolazione complessiva. Il problema principale, in questo caso, diviene quello di favorire l'*active ageing*¹⁶, ossia l'invecchiamento attivo, secondo cui attraverso il mantenimento della partecipazione degli individui alla vita sociale ed economica si può migliorare notevolmente anche la qualità della loro vita¹⁷.

Tabella 6: Tasso di partecipazione dei lavoratori 55-64 anni per genere in Italia. Valori percentuali, anni 2000-2005

	Anni					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Maschi	40,9	40,4	41,3	42,8	42,2	42,7
Femmine	15,3	16,2	17,3	18,5	19,6	20,8
Totale	27,7	28,0	28,9	30,3	30,5	31,4

Fonte: nostre elaborazioni su dati Eurostat, 2006b

La bassa partecipazione al mercato del lavoro delle persone mature e anziane ha diverse cause, tra cui un ruolo rilevante è certamente giocato dalla crescente richiesta da parte delle aziende di lavoratori altamente qualificati, che potrebbe sfavorire la permanenza dei lavoratori più anziani, almeno di quelli meno propensi alle innovazioni (si pensi al crescente uso dell'informatica e delle nuove tecnologie) e più restii ai cambiamenti. Vi sono poi tutte le considerazioni concernenti la ridotta disponibilità alla mobilità e all'aggiornamento che, secondo alcuni, caratterizzerebbero i lavoratori più anziani, nonché l'idea, comunemente molto diffusa, che le performance lavorative degli anziani siano meno brillanti di quelle dei giovani. Spesso, però, queste motivazioni, come mostrato anche da diversi studi empirici, sono basate più su stereotipi e pregiudizi che su fatti concreti (Stranges, 2006, p. 127-132). Non bisogna, inoltre, dimenticare altri fattori, quali la scomparsa di alcuni settori produttivi tradizionali, ad esempio quelli artigianali, quasi del tutto soppiantati dalle produzioni industriali, nelle quali sono spesso richieste competenze più elevate e profili formativi più alti (lauree, qualifiche e altro) non possedute dai lavoratori più anziani. Occorre, ancora, ricordare come vi sia una correlazione positiva tra età e stipendio che potrebbe scoraggiare l'assunzione o il trattenimento nelle aziende dei lavoratori più anziani, a favore invece dell'acquisizione di risorse più giovani per le quali sono spesso previste forme di agevolazioni ed incentivi fiscali, oltre che salari decisamente più ridotti (Livi Bacci, 2005).

Infine, è necessario rilevare che in taluni Paesi il pensionamento anticipato è stato incoraggiato nella speranza, poi rivelatasi vana, che l'uscita delle coorti più anziane di lavoratori avrebbe favorito l'ingresso di quelle più giovani. Una ricerca comparata internazionale tra i paesi dell'OECD (2000) ha messo in evidenza come non vi sia correlazione tra la diminuzione dei tassi di partecipazione dei lavoratori anziani e livello di disoccupazione,

¹⁶ Per dati sui processi di *active ageing* in Europa, si veda Avramov e Maskova, 2003. Per un'analisi dei dati italiani e europei sui processi di *lifelong learning*, ritenuti fondamentali nel favorire la ritenzione dei lavoratori maturi e anziani nel mercato del lavoro si veda Stranges, 2006.

¹⁷ Infatti, secondo la definizione della World Health Organization (W.H.O.), l'*active ageing* è un processo di ottimizzazione delle opportunità di salute, partecipazione e sicurezza degli anziani che ha l'obiettivo di migliorare la loro qualità della vita

permettendo di comprendere come la pratica dell'*old-out/young-in* attuata tramite programmi di pensionamento anticipato si riveli assolutamente fallimentare in termini di riduzione della disoccupazione. L'inefficacia delle politiche di pensionamento anticipato nel ridurre i tassi di disoccupazione è legata a tre motivi principali: innanzitutto, il ritiro di un lavoratore anziano dal mercato non si traduce necessariamente nell'assunzione di un disoccupato che riempia il posto rimasto vacante. Si pensi a quelle aziende di tipo industriale dove le conoscenze tecniche e le competenze di un lavoratore anziano non possono essere rimpiazzate con tanta facilità. Occorre anche tener presenti i vincoli spazio-temporali che rendono l'incontro tra domanda e offerta di lavoro un meccanismo sostanzialmente imperfetto e spesso poco fluido e immediato. In secondo luogo, anche se i lavoratori anziani fossero licenziati da un certo posto di lavoro, potrebbero mettersi alla ricerca di un'altra occupazione (e, quindi, entrare a far parte anch'essi della schiera dei disoccupati), ed eventualmente trovarlo (e anche in questo caso la correlazione *old out/young in* si rivelerebbe nulla). Infine, bisogna tenere conto del fatto che le pensioni anticipate sono spesso finanziate attraverso tassazioni più elevate, per cui nel lungo periodo, forzare il pensionamento anticipato potrebbe addirittura peggiorare il problema, in termini di sostenibilità del sistema economico, conti pubblici e produttività, piuttosto che migliorarlo.

Nell'analizzare i problemi del mercato del lavoro italiano non bisogna trascurare di considerare, come si accennava in precedenza, anche la questione del ritardo con cui i giovani italiani entrano nel mondo del lavoro. Osservando i dati riportati in tabella 7, è possibile notare come in Italia, al 2004, solo il 27,2% dei giovani tra i 15 e i 24 anni risulti occupato, mentre in altri Paesi europei (Danimarca, Regno Unito e Austria) tale percentuale supera il 50%. Valori più bassi di quello italiano tra i Paesi presi in considerazione si registrano, invece, in Slovacchia, Francia, Ungheria e Lussemburgo. Il valore italiano è anche inferiore al valore medio UE15 (38,8% al 2004) e a quello medio OECD (42,7%): tali valori medi sono abbastanza alti grazie al contributo di Paesi che presentano tassi di occupazione femminile molto elevati. Ad esempio, i Paesi Bassi, che mostrano il valore più alto, pari al 65,4%, la Svizzera (62%), la Danimarca (61,3%), il Regno Unito (60,1%). Il dato italiano appare, inoltre, in diminuzione rispetto al valore del 1990 (29,8%), e questo può essere in parte spiegato osservando i maggiori tassi di iscrizione all'università e tenendo conto della difficoltà che i giovani potrebbero riscontrare nel conciliare studi e lavoro.

*Tabella 7: Tassi di occupazione giovanile (15-24 anni) in alcuni Paesi OECD.
Valori percentuali, Paesi ordinati per valore decrescente al 2004*

	1990	2000	2001	2002	2002	2004
Paesi Bassi*	54,5	66,5	67,0	66,9	66,9	65,4
Svizzera	-	65,0	64,0	65,4	65,4	62,0
Danimarca	65,0	67,1	61,7	64,0	64,0	61,3
Regno Unito	70,1	61,5	61,0	60,9	60,9	60,1
Australia	61,1	60,4	60,1	59,6	59,6	59,4
Canada	61,2	56,3	56,4	57,5	57,5	58,1
Nuova Zelanda	59,1	54,6	55,8	56,6	56,6	56,8
Stati Uniti	59,8	59,7	57,7	55,7	55,7	53,9
Austria	-	53,1	52,0	52,1	52,1	51,9
Irlanda	41,4	48,2	47,0	45,3	45,3	44,8
Svezia	66,1	46,1	47,8	46,5	46,5	42,8
OECD totale	48,8	45,7	44,8	43,7	43,7	42,7
Germania	56,4	47,2	47,0	44,8	44,8	41,9
Giappone	42,2	42,7	42,0	41,0	41,0	40,0
UE15	45,2	40,7	40,8	40,2	40,2	38,8
Spagna	38,3	36,3	37,1	36,6	36,6	38,4
Finlandia	52,2	39,8	40,3	39,4	39,4	38,1
Portogallo	54,8	42,0	42,7	41,9	41,9	36,9
Repubblica Ceca	-	38,3	36,1	33,7	33,7	28,5
Belgio	30,4	30,3	28,5	28,5	28,5	28,1
Grecia	30,3	26,9	26,0	26,8	26,8	27,4
Italia	29,8	27,8	27,4	26,7	26,7	27,2
Slovacchia	-	29,0	27,9	27,2	27,2	26,5
Francia	29,5	23,2	24,3	24,1	24,1	26,4
Ungheria	-	32,5	30,7	28,5	28,5	23,6
Lussemburgo	43,3	31,8	32,3	32,3	32,3	21,4

* per i Paesi Bassi il dato riportato per il 2004 è quello del 2003.
Fonte: nostre elaborazioni su dati OECD, 2006.

Secondo alcuni dati recentemente diffusi dall'Istat (2006d), sintetizzati in tabella 8, il tasso di occupazione dei giovani 15-24 ha al 2005 un valore del 25,5%, con un differenziale di genere abbastanza marcato (29,9% per i maschi e 20,8% per le femmine). E' possibile, inoltre, rilevare delle notevoli differenze tra le diverse aree del paese, con tassi di occupazione giovanili di gran lunga superiori nelle regioni settentrionali rispetto a quelle centrali e meridionali. Se al Nord i giovani tra i 15 e i 24 anni che lavorano sono il 38,8% dei maschi e il 30,2% delle femmine, tali percentuali scendono al 29,2% e 21,1% al Centro e al 22,3% e 12,4% nel Mezzogiorno. Anche i tassi di occupazione dei giovani 25-34 anni risultano più bassi rispetto a quelli della classe d'età immediatamente successiva 35-44 anni, mentre per quanto riguarda la fascia d'età seguente (45-54 anni) si nota che i maschi presentano tassi di occupazione maggiori rispetto ai giovani 25-34 anni, mentre per le femmine l'occupazione si riduce ancora una volta in corrispondenza di tali fasce più elevate. Nell'analisi di questi

differenziali di genere occorre considerare che la partecipazione femminile al mercato del lavoro in Italia è, come si accennava, un fenomeno abbastanza recente e, quindi, grosse porzioni delle coorti più anziane di donne non risultano coinvolte nel mercato del lavoro.

*Tabella 8: Tassi di occupazione per età, genere e ripartizione geografica.
Valori percentuali, Italia, 2005*

Classi d'età	Nord		Centro		Mezzogiorno		Italia	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
15-24	38,8	30,2	29,2	21,1	22,3	12,4	29,9	20,8
25-34	89,7	74,5	80,7	64,5	67,8	35,4	80,1	58,2
35-44	95,3	74,0	93,6	67,7	83,8	40,7	91,2	61,3
45-54	91,7	62,1	89,6	60,6	82,4	38,2	88,1	53,5
55-64	38,8	20,1	45,1	26,0	47,1	18,6	42,7	20,8
65 e oltre	7,0	1,1	6,3	1,6	4,0	0,7	5,9	1,1
Totale 15-64	75,1	55,1	71,4	50,8	61,9	30,1	69,7	45,3
Totale	61,5	40,7	57,6	37,7	51,5	23,5	57,2	34,1

Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat, 2006d.

Un ultimo elemento che dovrebbe essere preso in considerazione nell'analisi dei problemi connessi alle trasformazioni nel mercato del lavoro, ma di cui accenneremo solo brevemente in questa sede in ragione del fatto che tale tematica necessiterebbe di un approfondimento specifico, è certamente quello del contributo che gli immigrati possono dare al miglioramento della situazione di squilibrio del mercato del lavoro ingenerata dai processi di invecchiamento. Certamente, nel breve periodo, l'immigrazione può essere utile per contrastare gli effetti strettamente demografici del processo di invecchiamento (migliorando, ad esempio, il rapporto numerico tra le generazioni giovani e quelle anziane) e sicuramente gli immigrati hanno una maggiore produttività e un tasso di attività più elevato degli italiani, oltre ad avere una maggiore concentrazione della popolazione nelle età produttive (Fondazione Agnelli, 2006, pp. 83-84). Ma nel lungo periodo la presenza degli immigrati pone una serie di problematiche complesse, riguardanti, ad esempio, il tema dell'integrazione, che mettono in secondo piano i vantaggi relativi derivanti dalla loro presenza¹⁸.

Molti studiosi sottolineano come sia difficile prevedere se il contributo degli stranieri nel lungo periodo continuerà ad essere positivo, argomentando che la maggiore produttività è legata soprattutto alla precarietà che caratterizza la condizione di straniero e, spesso, all'assenza di diritti e che la presenza di popolazione in età lavorativa, e i conseguenti maggiori tassi di attività e di occupazione, vanno considerati come fattori temporanei (Fondazione Agnelli, 2006, p. 86), soprattutto in considerazione del naturale processo di invecchiamento che determinerà cambiamenti anche nella struttura per età e nella composizione del contingente straniero. Certamente l'emersione del lavoro irregolare può, come si diceva, migliorare la situazione del mercato del lavoro, almeno nel breve periodo, anche se la pianificazione dei flussi migratori in ragione della loro funzionalità economica¹⁹ è una questione estremamente delicata, che occorrerà certamente affrontare in futuro.

¹⁸ Per un'analisi del ruolo compensativo delle migrazioni nei paesi Europei, e una revisione a favore e contro tale visione, si veda Stranges 2007b. Stime dell'ammontare di popolazione richiesta per far fronte agli squilibri del mercato del lavoro in Europa possono essere trovate in Feld (2006) e Feld (2005).

¹⁹ Per far sì che gli immigrati siano solo un vantaggio per la popolazione ospitante sarebbe necessario accogliere solo quelli in età lavorativa e poi mandarli via una volta invecchiati. Questa soluzione è chiaramente impraticabile, oltre che immorale. Bisogna anche considerare che, a mano a mano che procedono i processi di integrazione, aumentano i ricongiungimenti familiari e cresce anche il contingente delle cosiddette seconde generazioni, per cui nel lungo periodo gli accresciuti bisogni sociali che derivano da queste modificazioni strutturali del contingente straniero finiranno per pareggiare i conti con la funzionalità economica di cui si accennava.

4. Brevi riflessioni conclusive

Appare chiaro, dalle riflessioni e dalle semplici analisi sin qui compiute, come il processo di invecchiamento demografico porrà delle enormi sfide al mercato del lavoro e, più in generale, al sistema economico italiano. La forza lavoro italiana scenderà al 77% circa del suo valore attuale entro un quarantennio, con una diminuzione in termini assoluti di oltre 8 milioni di unità. Altrettanto avverrà per la popolazione in età produttiva. Gli indici demografici calcolati mostrano un deciso peggioramento del ricambio all'interno della fascia produttiva di popolazione, oltre che una crescente concentrazione della popolazione in età lavorativa stessa nelle fasce d'età più elevate. L'attenzione istituzionale a tali tematiche è testimoniata anche dalle diverse risoluzioni e direttive europee, culminate nella definizione degli obiettivi di Lisbona, Stoccolma e Barcellona. Il cammino dell'Italia verso il raggiungimento di tali obiettivi appare ancora difficile: in particolare, il nostro Paese manifesta un notevole ritardo per quanto riguarda i tassi di occupazione femminile e dei lavoratori senior, rispettivamente 15 e 19 punti percentuali al di sotto dei valori prefissati, con una percentuale di raggiungimento solo del 76% e del 63%. La strada per la conquista degli obiettivi passa attraverso un generale riassetto, non solo del sistema economico e fiscale (mediante una ridefinizione dei criteri di ingresso ed uscita nel mercato del lavoro), ma anche attraverso una generale revisione del sistema formativo ed educativo e la messa a punto di politiche pubbliche realmente a favore della partecipazione al mercato del lavoro.

Per quel che concerne l'occupazione femminile, sono necessari interventi a sostegno della conciliazione lavoro-maternità e la predisposizione di strutture che possano supportare la funzione genitoriale (gli asili nido, ad esempio). In un lavoro recente (Stranges, 2008b) abbiamo, infatti, messo in evidenza come l'Italia sia, tra i Paesi europei, quello che destina le minori risorse alle politiche a sostegno delle famiglie e come tale dato influenzi poi la fecondità complessiva nel nostro paese. Studi recenti (al riguardo si veda anche Del Boca e Rosina, 2007) hanno anche sottolineato come la correlazione esistente tra partecipazione femminile al mercato del lavoro e fecondità sia positiva e non negativa, come lungamente sostenuto da diversi studiosi in passato. Quindi la partecipazione femminile al mercato del lavoro avrebbe la duplice funzione positiva di migliorare i tassi di occupazione complessivi contribuendo, quindi, a mitigare gli effetti negativi del processo di invecchiamento, ma anche, attraverso l'aumento delle nascite che ne deriva, quella di accrescere la base della piramide, arginando il fenomeno nella sua azione "dal basso".

Grande attenzione va posta, poi, ai giovani, attuando strumenti che consentano di anticipare il loro ingresso nel mercato del lavoro, ad esempio forme di apprendistato e tirocini che si concilino con le attività di studio e formazione. Per favorire la partecipazione delle coorti più anziane di lavoratori, invece, un concetto chiave dovrà necessariamente essere quello di *active ageing*, o invecchiamento attivo, ossia la promozione di una serie di strategie che consentano alle persone di rimanere produttive e socialmente integrate per un periodo di tempo più lungo e anche in una fase avanzata della loro vita. Per applicare concretamente politiche complete ed efficaci di *active ageing* in Italia sarà anche necessario rivedere l'intero sistema formativo (che oggi investe quasi esclusivamente sui giovani), prevedendo l'implementazione di programmi di formazione continua (*lifelong learning processes*), che possono favorire la ritenzione dei lavoratori maturi e anziani nel mercato del lavoro. È poi necessario rivedere il meccanismo degli incentivi/disincentivi alla permanenza nel sistema produttivo delle coorti più anziane di popolazione, aumentando i vantaggi per coloro che decidono di continuare a lavorare anche dopo la pensione rispetto a coloro che decidono di uscire in anticipo dal mercato del lavoro. Sarà, infine, necessario prevedere una serie di stimoli al prolungamento del periodo lavorativo, quali l'introduzione di forme di lavoro part-time (e, naturalmente, di una pensione part-time), specifici programmi di inserimento e reinserimento dei lavoratori over 55, oltre che ripensare le politiche salariali e lubrificare i

meccanismi di ricollocamento delle coorti più anziane di lavoratori, attraverso la previsione, ad esempio, di sezioni dei centri per l'impiego dedicate proprio a questi specifici segmenti di forza lavoro.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Avramov, D. and Maskova, M. (2003): *Active ageing in Europe*, Volume 1, Council of Europe. Population Studies Series, n° 41, Strasburg, Council of Europe.
- Cohen, J. E. (1998): *Quante persone possono vivere sulla terra?*, Il Mulino, Bologna.
- Del Boca, D. e Rosina, A. (2007): "L'effimero boom delle nascite", articolo pubblicato in data 17/10/2007 su Neodemos, *Popolazione, società e politiche*, disponibile nella sezione Archivio all'indirizzo www.neodemos.it.
- Espenshade, T. J. (1987): "Population Replacement and Immigrant Adaption: New Issues Facing the West", *Family Plannig Perspectives*, vol. 19, n°3, may-june, pp. 115-118.
- Eurostat (2006a): Dati su Popolazione e Condizioni Sociali, disponibili on line dal sito <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>, alla sezione Long Term Indicators, sottosezione Population and Social Conditions.
- Eurostat (2006b): Dati su Sviluppo sostenibile, disponibili on line dal sito <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>, alla sezione Sustainable development indicators, sottosezione Ageing Society.
- Feld, S. (2006): "European Union employment objectives for 2010 and international labour migrations", *Genus*, LXII, n° 3-4, pp. 11-33.
- Feld, S. (2005): «Labor Force Trends and Immigration in Europe», *International Migration Review*, n° 39 (3), September 2005, pp 637-662.
- Fondazione Giovanni Agnelli e Gruppo di Coordinamento per la Demografia SIS (a cura di) (2006): *Generazioni, famiglie, migrazioni*. Pensando all'Italia di domani. Edizioni della Fondazione Agnelli.
- Istat (2006a): Popolazione residente per età, sesso e stato civile al 1° gennaio 2005. Dati disponibili on line sul sito <http://demo.istat.it> alla sezione Popolazione residente.
- Istat (2006b): Previsioni della popolazione, aggiornamento 2005. Dati disponibili on line sul sito <http://demo.istat.it> alla sezione Previsioni.
- Istat (2006c): Previsioni demografiche nazionali 1° gennaio 2005-1° gennaio 2050. Nota Metodologica. Documento disponibile on line sul sito <http://demo.istat.it> alla sezione Previsioni.
- Istat (2006d): Forze Lavoro. Media 2005. Tavole scaricabili on line dal sito www.istat.it alla sezione Lavoro e retribuzioni. Volumi on line.
- Kohler, H.P., Billari F.C. and Ortega J.A. (2001): "Towards a theory of lowest-low fertility", Max Planck Institute for Demographic Research, Rostock, Germany, *Working Paper* n° 2001-032. Paper disponibile al sito <http://www.demogr.mpg.de>.
- Lestaeghe, R. (1988): "Are immigrants substitutes for births?", Symposium on population change and European society, European University Institute, Florence, December.
- Livi Bacci, M.: *I paese dei giovani vecchi*, Il Mulino, n°3, Il Mulino, Bologna.
- Malthus, T. R. (1798): *An Essay on the Principle of Population*; trad.it. Saggio sul Principio di Popolazione, Einaudi, Torino, 1977.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2004): a cura di Bratti M., del Bono E., Picchio M., Staffolani S., Vuri D. *Il lavoro part-time e l'occupazione femminile*: OECD Factbook 2006: Economic, Environmental and Social Statistics, OECD Publications, Paris.
- OECD, Organization for economic cooperation and development (2002, 2003 e 2004): *Babies*

- and Bosses: Reconciling Work and Family Life*, Volumes 1, 2 et 3, OECD Publication, Paris. Documento disponibile dal sito www.oecd.org/els/social/familyfriendly.
- OECD, Organization for economic cooperation and development (2000): *Reforms for an ageing society*, OECD Publications, Paris.
- Salvini, S., Santini, A. and Vignoli, D. (2006): *Le previsioni della Popolazione. Teoria e applicazioni*, Serie Didattica 2006/1, Dipartimento di Statistica “G. Parenti”, Università di Firenze. Documento scaricabile al sito www.ds.unifi.it.
- Steinmann, G. (1991): “Immigration as a Remedy of the Birth Dearth: The Case of West Germany”, in a cura di W. Lutz, *Future Demographic Trends in Europe and North America. What can we assume today?*, Academic Press, Laxenburg.
- Stranges, M. (2008a, forthcoming): «Invecchiamento demografico e squilibri del mercato del lavoro: l’Italia verso il raggiungimento degli obiettivi europei», in Atti della XLIV Riunione Scientifica della S.I.E.D.S. su “Impresa, lavoro e territorio nel quadro dei processi di localizzazione e trasformazione economica”, *Rivista Italiana di Economia, Demografia e Statistica*, LXI, fascicoli 3/4.
- Stranges, M. (2008b): “Évolution des comportements reproductifs et des structures familiales en Italie”, *Recherches Familiales, Dossier thématique intitulé Familles et Europe*, annuelle, Vol. V, 5, UNAF, Paris, pp. 105-123.
- Stranges, M. (2007a): “L’invecchiamento demografico in Italia: verso un miglioramento della relazione tra età e lavoro”, *Quaderni Europei sul Nuovo Welfare*, 7, Istituto del Rischio, Trieste-Ginevra, pp.102-118. www.newwelfare.org.
- Stranges, M. (2007b): “Immigration As a Remedy for Population Decline? An Overview for the European Countries”, in *European Papers on the New Welfare*, n. 8, luglio 2007, Risk Institute, Geneve-Trieste, pp. 179-190 eng.newwelfare.org.
- Stranges, M. (2006): “Invecchiamento demografico e mercato del lavoro: il ruolo dei processi di lifelong learning”, *Affari Sociali Internazionali*, n. 1/2006, Franco Angeli, Roma, pp. 123-144.
- Teitelbaum, M. S. and Winter J. M. (1987): *La paura del declino demografico*, Il Mulino, Bologna, 1987.
- Unione Europea (2002): Consiglio Europeo di Barcellona. 15 e 16 marzo 2002. Documento conclusivo del Consiglio in italiano scaricabile all’indirizzo http://www.consilium.europa.eu/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/it/ec/71065.pdf.
- United Nations (2001): “Replacement Migration: Is It a Solution to Declining an Aging Population?”, Documento disponibile on line all’indirizzo <http://www.un.org/esa/population/publications/migration/migration.htm>.
- World Health Organization (2002): “Active Ageing: A Policy Framework”, Documento reperibile on line all’indirizzo <http://www.who.int/hpr/ageing/ActiveAgeingPolicyFrame.pdf>.

L'invecchiamento in Slovenia e la sua sostenibilità

di Aleksander Zidanšek*

Riassunto

Secondo l'Ufficio statistiche della Repubblica di Slovenia, alla fine di giugno 2007 nel Paese vivevano 2.019.406 persone, con una crescita registrata nel primo semestre dell'anno pari allo 0,4%. La popolazione è lentamente aumentata a partire dal censimento del 1991 secondo un tasso annuo di circa 0,2%, passato a quasi 0,3% nel 2005 e quasi 0,4% nel 2006. Il rapido incremento della popolazione nel corso del 2007 prosegue dunque il trend iniziato nel 2005 e, sebbene sia in gran parte attribuibile a stranieri residenti solo temporaneamente nel Paese, anche il numero delle nascite è in costante aumento dal 2003, quando ha toccato il livello minimo nella storia della Slovenia indipendente (17.160 nuovi nati). Le stime relative al 2007 indicano invece circa 19.900 nascite, tuttavia le previsioni a lungo termine non sono del tutto positive: poiché nel giro di un decennio ci si attende un calo della popolazione femminile in età compresa tra i 25 e i 35 anni e anche il numero delle nascite dovrebbe diminuire. Tali proiezioni confermano un recente studio sull'invecchiamento della popolazione in Europa orientale e nell'ex Unione Sovietica, che indica che la Slovenia diventerà la comunità più anziana dell'area geografica considerata per quanto concerne la percentuale di ultrasessantacinquenni, e in percentuale della popolazione al di sotto dei 14 anni e in termini di età media. Se nel giugno 2007 l'età media è arrivata a 41,0 anni, entro il 2025 si prevede che verrà superata la soglia dei 48 anni. Nell'articolo verranno esposte alcune proiezioni relative a questa transizione demografica.

1. Introduzione

Un recente studio della Banca mondiale¹ sulla Terza Transizione dell'Invecchiamento delle popolazioni nell'Europa orientale e nell'ex Unione Sovietica ha dimostrato che, con l'eccezione della Macedonia, in tutti i Paesi non a maggioranza musulmana entro il 2025 ci si attende un calo demografico, mentre si avrà un aumento laddove i musulmani rappresentano la maggioranza (Figura 1). Nella maggior parte dei casi, l'innalzamento dell'età media sarà ancor più pronunciato del calo demografico. Dato che meno di 20 anni fa questi Paesi avevano governi comunisti, gli autori dello studio della Banca mondiale chiamano questa transizione demografica con l'espressione "da rossi a grigi". Dunque, in un periodo relativamente breve successivo alla transizione – piuttosto dolorosa – dall'economia pianificata all'economia di mercato, questi Paesi nei prossimi vent'anni si aspettano un'altra transizione verso una società invecchiata, in cui gli ultrasessantacinquenni rappresenteranno un quarto della popolazione. Ono e Maeda² hanno analizzato gli effetti

* J. Stefan Institute, Ljubljana, Slovenia and Jožef Stefan International Postgraduate School, Ljubljana, Slovenia, e-mail: aleksander.zidansek@ijs.si.

¹ Chawla, M., Betcherman, G., Banerji, A., Bakilana, A.M., Feher, C., Mertaugh, M., Sanchez Puerta, M.L., Schwartz, A.M., Sondergaard, L. and Burns, A. (2007): *From Red to Gray: Third Transition of Aging populations in Eastern Europe and the former Soviet Union*, The World Bank.

² T. Ono and Y. Maeda (2002): "Sustainable Development in an Aging Economy", *Environment and Development Economics*, 7, p. 9-22.

dell'invecchiamento della popolazione sulla crescita economica e sull'ambiente con un modello a generazioni sovrapposte in due periodi, in relazione alla crescita, all'invecchiamento e all'ambiente. In questo modo hanno dimostrato che l'invecchiamento potrebbe contribuire alla crescita economica e all'ambiente in caso di perfetta *annuitisation*, mentre potrebbe avere effetti negativi con un'imperfetta *annuitisation*.

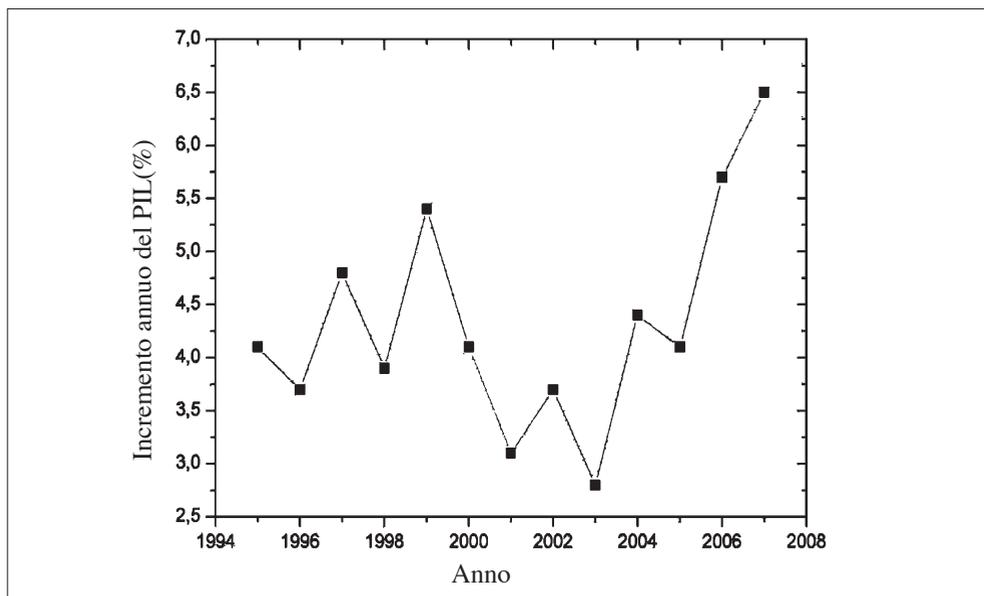
Nei capitoli che seguono analizziamo le conseguenze di tale transizione dal rosso al grigio in Slovenia, prendendo in considerazione vari aspetti legati alla sostenibilità.

2. Le conseguenze economiche della transizione dal rosso al grigio

A partire dall'indipendenza nel 1991 e dopo l'iniziale shock economico il PIL in Slovenia ha continuato a crescere a un tasso compreso tra il 2,5% e il 5,5%. Nei primi mesi del 2007 si è registrato un picco storico della crescita economica della Slovenia (6,5%, cfr. Figura 1).

La transizione demografica verso l'invecchiamento ha avuto inizio nei primi anni '80, quando si è registrato un calo del 40% nel numero dei nati ogni anno, passato da circa 30.000 a circa 18.000 nascite, mentre il dato annuale massimo è stato registrato nel 1902, quando la popolazione ammontava a circa la metà di quella odierna e i nuovi nati sono stati circa 45.000. Le nascite sono crollate a 17.321 nel 2003, data a partire dalla quale si è avuto un lento incremento, anche se è atteso un nuovo calo a partire dal 2015³. Ciò significa che il numero delle nascite è notevolmente inferiore al semplice livello di riproduzione, e si deve ricorrere all'immigrazione per mantenere la forza lavoro necessaria allo sviluppo economico. Ciononostante, nel lungo periodo, si prevede che, a causa dell'invecchiamento, fino a circa il 2030 si registrerà un indebolimento della crescita del PIL⁴.

Figura 1: Evoluzione del PIL in Slovenia tra il 1995 e il 2007. L'ultima proiezione del 2007 rappresenta la stima relative al periodo gennaio – settembre 2007



³ Ufficio statistiche della Repubblica di Slovenia, data di consultazione: 13 gennaio 2008. Cfr. anche: <http://www.stat.si/>.

⁴ Verbič, M., Majcen, B. and van Nieuwkoop, R. (2005): "Sustainability of the Slovenian Pension System", *Working Paper*, No. 29, Institute of Economic Research, <http://www.ier.si/files/Working%20paper-29.pdf>.

3. Le conseguenze sociali della transizione dal rosso al grigio

Nel 2006 la Slovenia ha speso il 17,1% del PIL per la previdenza sociale, il 6,4% per l'istruzione e il 6,2% per la sanità. Mentre la spesa per l'istruzione è rimasta più o meno invariata dal 2000, le spese per la previdenza sociale e per la sanità sono aumentate rispettivamente dello 0,4% e dello 0,1%.

Il sistema pensionistico e della previdenza sociale rappresentano la maggiore sfida sociale nella transizione dal rosso al grigio. Tra il 1985 e il 2003 il numero dei pensionati è raddoppiato, cosicché il rapporto tra popolazione attiva e pensionati è passato da 3 a 1,5 a 1, e ci si attendono ulteriori diminuzioni. Poiché il sistema di base è il PAYGO, si tratta di una sfida enorme anche perché se le pensioni integrative sono diventate popolari, non si registra ancora un'accettazione generalizzata da parte della popolazione. Ne consegue la necessità di un'urgente riforma del regime pensionistico.

Anche il sistema educativo necessita di profonde ristrutturazioni; in particolare, si registra una diminuzione degli iscritti alla scuola primaria e secondaria in conseguenza del calo delle nascite, mentre cresce il numero degli studenti universitari. Benché quest'ultimo rappresenti un risultato positivo, la ripartizione tra le diverse discipline non risulta molto favorevole, dato che pochi scelgono le materie scientifiche e tecnologiche, mentre sono molti quelli che optano per le scienze sociali. Nonostante si siano registrati alcuni miglioramenti in questi ultimi anni, la situazione rimane tutt'altro che positiva e rappresenta una sfida per l'occupabilità dei laureati.

4. Le conseguenze ambientali della transizione dal rosso al grigio

Ono e Maeda² hanno dimostrato che l'invecchiamento comporta sia conseguenze negative che conseguenze positive per l'ambiente. Da una parte l'aspetto negativo dell'invecchiamento è nella diminuzione dei lasciti non intenzionali, che comporta una diminuzione del livello di ricchezza dei giovani, dall'altra l'aspetto positivo è dato dai maggiori investimenti economici che l'allungamento della vita richiede. Ono e Maeda hanno inoltre dimostrato che l'impatto dell'invecchiamento sull'ambiente dipende dal rapporto tra contributi e prestazioni pensionistiche: se la corrispondenza è perfetta, l'ambiente ne beneficerà, se imperfetta verrà danneggiato. Un'altra conclusione interessante prevede che, nei Paesi industrializzati come la Slovenia, per poter garantire la sostenibilità di un'ageing economy occorrerebbe ridurre il livello dell'esternalità dei consumi e bloccare i vitalizi. Sebbene possa sembrare possibile dal punto di vista matematico, si tratta di una soluzione difficile da realizzare mantenendo nel contempo una crescita economica ragionevole, a sua volta necessaria se la Slovenia intende raggiungere gli obiettivi di sviluppo che si è posta. E' dunque importante cercare soluzioni alternative che pure si dimostrino sostenibili.

Ciò sarà possibile solo se si riuscirà a instaurare una società della conoscenza che permetta a tutti di dispiegare il proprio talento a prescindere dall'età. I prerequisiti più importanti per sviluppare un simile ambiente creativo vedono al primo posto il notevole rafforzamento della libertà personale, per cui lo Stato è chiamato a eliminare gli ostacoli di natura amministrativa e legislativa e a porre rimedio all'obsolescenza del sistema fiscale. Quest'ultimo è configurato un modo tale da tassare di più i lavoratori che usano le proprie conoscenze e dichiarano redditi superiori alla media, pagando un'aliquota marginale d'imposta nominale sul reddito del 41%. Se si aggiunge il carico fiscale restante, l'aliquota marginale d'imposta sul reddito supplementare arriva a circa il 60%. Se non si taglia in maniera significativa l'aliquota marginale d'imposta effettiva applicata ai lavoratori della conoscenza, non si avranno grandi possibilità di migliorare il ruolo svolto dalla conoscenza

nella società slovena; di conseguenza, sarà difficile pervenire a una soluzione sostenibile senza arrivare all'azzeramento dei vitalizi.

5. Conclusioni

Anche se ci si attende che sarà la causa di molte conseguenze negative, l'invecchiamento della popolazione slovena racchiude in sé anche delle opportunità. Da una parte una popolazione più anziana ha più esperienza, e questo può rivelarsi un vantaggio in una società basata sulla conoscenza purché un'economia sana e in crescita riesca a sostenere la pressione esercitata dalla spesa previdenziale e sanitaria. La vera sfida insita nella transizione demografica in Slovenia prevede dunque lo sfruttamento delle conoscenze e la creazione di un ambiente creativo in cui tutti possano dispiegare il proprio talento a prescindere dall'età. Dal 2004 ci si sta muovendo nella direzione giusta, grazie a una riduzione dal 50% al 41% dell'aliquota d'imposta marginale sui redditi più elevanti, come pure dell'imposta sui salari; tuttavia, in previsione di un rapido invecchiamento della popolazione, tali interventi dovrebbero essere più rapidi e di portata maggiore affinché in Slovenia si riesca a realizzare una società basata sulla conoscenza.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Chawla, M., Betcherman, G., Banerji, A., Bakilana, A.M., Feher, C., Mertaugh, M., Sanchez Puerta, M.L., Schwartz, A.M., Sondergaard, L. and Burns, A. (2007): *From Red to Gray: Third Transition of Aging populations in Eastern Europe and the former Soviet Union*, The World Bank.
- T. Ono and Y. Maeda (2002): "Sustainable development in an Aging Economy", *Environment and Development Economics*, 7, p. 9-22.
- Statistical Office of the Republic of Slovenia, accessed on January 13, 2008. See also: <http://www.stat.si/>.
- Verbič, M., Majcen, B. and van Nieuwkoop, R. (2005): "Sustainability of the Slovenian Pension System", Working Paper, No. 29, Institute of Economic Research, see also: <http://www.ier.si/files/Working%20paper-29.pdf>.

DOCUMENTI

Questa sezione della rivista presenta testi che non sono contributi originali ma hanno trovato origine e sono stati redatti in occasioni diverse. L'intento è di ribadire che il prolungamento del ciclo della vita rappresenta sempre di più una fonte di preoccupazione e di interesse in diversi sensi. La società dello svecchiamento è una questione che va inquadrata secondo un approccio multidisciplinare che sia corretto e pratico, oltre che teorico. Grazie a una percezione più ampia, il lavoro, l'attività e la ricerca di qualsiasi specialista possono essere valutati e valorizzati in modo migliore in un quadro di riferimento globale.

Il Silver Workers Institute: I pensionati attivi in Germania¹

di Jürgen Deller* e Patrick M. Liedtke**

1. Una prima ricerca empirica rivela il grande potenziale dei Silver Workers per l'economia e la società

Il progetto di ricerca recentemente realizzato dall'università Leuphana di Lueneburg e dall'Associazione di Ginevra, "think tank" delle compagnie di assicurazione leader del mondo, offre una prima indagine empirica sulla situazione attuale e sulle aspettative concrete dei pensionati che hanno scelto di continuare ad essere attivi con un lavoro retribuito (*Silver Workers*) in Germania. I risultati dello studio si basano su un'ampia ricerca effettuata su circa 150 pensionati attivi di età compresa tra i 60 e gli 85 anni. I lavori precedentemente svolti dai partecipanti della ricerca andavano da membro del consiglio di amministrazione a cameriera d'albergo. Lo studio vuole evidenziare i fattori chiave per una maggiore flessibilità di questo gruppo di popolazione, di cui sappiamo molto poco. Per questo motivo la ricerca sottolinea che il mercato del lavoro nel futuro dovrà tener conto delle sfide economiche e socio-politiche dovute ai cambiamenti demografici.

Il professor Jürgen Deller, responsabile del progetto di ricerca, ha sottolineato che: "Con questo primo studio empirico sulla situazione dei *Silver Workers* abbiamo intrapreso un nuovo percorso. A questo punto è indispensabile realizzare ulteriori ricerche e i risultati dovrebbero incoraggiare la ristrutturazione del mondo del lavoro futuro, che dovrà tenere conto dell'invecchiamento della popolazione. Riteniamo che questo rappresenti una delle sfide fondamentali a livello economico, politico e sociale e vi sarà un cambiamento sostanziale della leadership e della gestione delle risorse umane".

Patrick M. Liedtke, Segretario generale e Direttore dell'Associazione di Ginevra, aggiunge che: "Una migliore integrazione dei *Silver Workers* nel mercato del lavoro rappresenta molto

¹ Per maggiori informazioni sulla ricerca: secretariat@genevaassociation.org.

Ulteriori informazioni sui Silver Workers sono disponibili nel sito web del Silver Workers Institute di Ginevra: www.silverworkers.ch

* Istituto di Business Psychology, Università Leuphana di Lueneburg, Germania.

** Segretario Generale e Direttore, Associazione di Ginevra, Svizzera, secretariat@genevaassociation.org.

più di una questione legata all'invecchiamento. Si tratta piuttosto di una serie di aspetti che riguardano la competitività aziendale, la stabilità delle finanze statali e l'esposizione sociale a un cambiamento epocale della struttura della popolazione per classi d'età. Infine, lo studio in questione affronta i principi economici della crescita economica di base a lungo termine e del Welfare nelle economie più avanzate”.

2. Integrare i Silver Workers per contribuire alla crescita macroeconomica e alla sostenibilità dei sistemi pensionistici

Alla luce dell'evoluzione demografica è sempre più evidente che i sistemi pensionistici esistenti non sono sostenibili. Inoltre, gli operatori prevedono una mancanza di personale specializzato, che nel prossimo futuro si ripercuoterà duramente sulla crescita dell'economia tedesca.

Invecchiando le persone conservano capacità fisiche e mentali eccellenti, quindi un numero sempre maggiore di persone decide di rimanere attive anche dopo il pensionamento, cercando un'occupazione. Lo studio dimostra che attualmente i pensionati sono spinti a continuare a lavorare non per questioni economiche, ma per essere valorizzati dagli altri. Mentre per i pensionati futuri continuare a lavorare dopo la pensione potrebbe diventare una necessità, a causa della prevedibile insostenibilità dei sistemi pensionistici.

In tale contesto la ricerca fornisce un quadro empirico della situazione attuale e delle principali aspettative dei *Silver Workers*. Lo scopo è di dare maggior impeto alla creazione del quarto pilastro, che è basato sulla combinazione tra lavoro part-time e prestazioni pensionistiche durante la transizione verso il pensionamento. Oltre alla pensione statale, di categoria e privata, il quarto pilastro può contribuire alla stabilizzazione dei sistemi pensionistici e — di conseguenza — dei bilanci dello Stato oltre che alla valorizzazione del capitale umano.

3. Integrare i Silver Workers come contributo alla competitività dell'economia tedesca

L'impatto di un quarto pilastro “forte” va ben oltre al supporto della sostenibilità dei sistemi pensionistici, in quanto può contribuire alla crescita macroeconomica. Le aziende tedesche devono affrontare i cambiamenti demografici a prescindere dalle loro dimensioni. Questo vale anche per molti altri Paesi europei, per esempio l'Italia. Le aziende che oggi favoriscono l'occupazione di personale anziano qualificato, domani godranno di un vantaggio fondamentale nella competizione nazionale e internazionale.

Questo studio offre alle aziende informazioni generali riguardanti la struttura della forza lavoro di domani, che a nostro avviso diventerà uno dei principali fattori in termini di leadership. In Germania esiste la volontà di iniziare o continuare a lavorare durante la pensione, ma le aziende devono assicurare condizioni di lavoro adeguate per trarre vantaggio dall'esperienza, dall'abilità e dalle competenze sociali dei pensionati attivi. Il lavoro durante il pensionamento deve variare in termini di forme e contenuti e dare un senso nuovo alla vita dei *Silver Workers*. In concreto, è necessario garantire la flessibilità che si addice alle nuove esigenze di vita del pensionato, per esempio con il lavoro part-time. Inoltre occorre strutturare progetti e lavori in modo tale da tener conto del desiderio di indipendenza dei *Silver Workers* e della necessità di ottenere dei risultati con il proprio lavoro. Infine per poter guardare al futuro con fiducia, le aziende dovranno offrire corsi di formazione per i lavoratori anziani e dare loro nuove competenze, affinché possano essere impiegati proficuamente anche dopo il pensionamento. I pensionati attivi intervistati hanno ribadito questi aspetti, sottolineando che

sono pronti a una simile sfida, e che addirittura la auspicano.

Inoltre gli intervistati sottolineano il proprio desiderio di essere apprezzati e valorizzati. L'importanza di un reddito aggiuntivo sembra talvolta fornire la prova tangibile di tale apprezzamento. I risultati evidenziano a più riprese la necessità di una cultura dell'apprezzamento, quale prerequisito per l'integrazione organizzativa dei pensionati attivi.

La seguente tabella illustra le principali aspettative che i *Silver Workers* esprimono nei confronti dei loro datori di lavoro.

Figura 1: condizioni ideali di occupazione durante il pensionamento nell'ottica dei Silver Workers

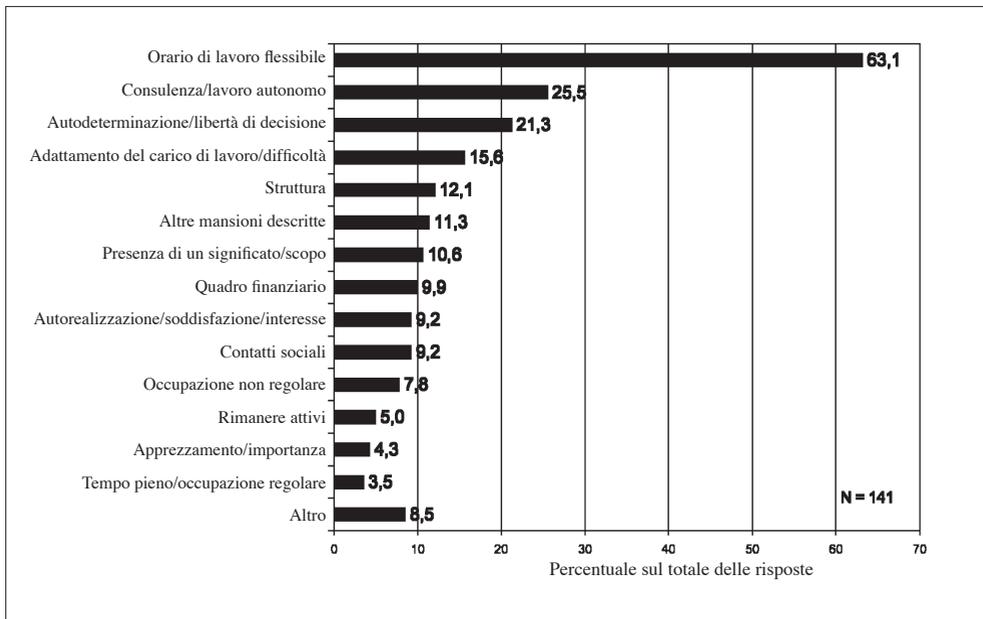


Figura: condizioni ideali di occupazione durante il pensionamento nell'ottica dei Silver Workers

4. I Silver Workers come sfida socio-politica

In confronto ad altri Paesi, in Germania i *Silver Workers* vivono ancora “nell’ombra”. Una delle principali ragioni potrebbe essere che la maggior parte dei pensionati tedeschi non ha assolutamente bisogno di una fonte di reddito integrativa, dato che il sistema pensionistico funziona abbastanza bene. Ma per il futuro gli sviluppi demografici e politici lasciano supporre un cambiamento di tendenza, tale da obbligare tutti a ripensare alla propria posizione.

Attualmente gran parte degli intervistati lavora principalmente perché desidera farlo, ma in un futuro prevedibile il quadro generale del sistema pensionistico potrebbe cambiare, tanto da rendere necessario per un numero sempre maggiore di persone un reddito aggiuntivo oltre alla pensione percepita.

Un’ulteriore spiegazione del fatto che i *Silver Workers* in Germania continuino ad avere un impatto limitato va ricercata nel quadro politico. Il prolungamento della vita lavorativa

non è previsto dalla legge e nel caso di certi gruppi, come per esempio i dipendenti statali, è addirittura ostacolato. Imprenditori e lavoratori versano contributi previdenziali che non determinano un aumento delle pensioni e hanno anche un effetto negativo sul salario dei dipendenti. In Germania l'inevitabile transizione verso questa nuova condizione lavorativa è frenata dall'attuale quadro legislativo, che va profondamente riformato.

Infine manca il consenso sociale sulle ragioni che spingono i *Silver Workers* a continuare a lavorare, cioè il desiderio di essere accettati e di continuare a svolgere un ruolo attivo nell'economia e nella società.

5. Alcune raccomandazioni a livello economico, politico e sociale

Da una prima valutazione empirica sulla situazione dei *Silver Workers* in Germania si possono trarre tre raccomandazioni fondamentali:

1. Cambiamento della gestione strategica delle risorse umane al fine di mobilitare e integrare sistematicamente i *Silver Workers*. È necessaria una certa flessibilità in termini di orario e struttura del lavoro accompagnata da iniziative di formazione avanzata per assicurare un ambiente organizzativo adatto ai *Silver Workers*.
2. Promozione di una cultura della valorizzazione degli anziani trasversale a tutte le organizzazioni: l'attuale e prevalente "mania della giovinezza" ha raggiunto il suo limite, e non solo a causa dei cambiamenti della struttura della popolazione. Sembra esservi una rinascita del riconoscimento della grande esperienza, di conoscenze sostanziali e di competenze sociali superiori. Questi valori vanno posizionati in maniera ottimale nella cultura di un'organizzazione.
3. Sviluppo di un quadro normativo favorevole ai *Silver Workers*. Occorre rimediare al vuoto normativo attuale con condizioni ben definite che diano fondamento giuridico vincolante al lavoro post-pensionistico. A causa dei fattori economici e gestionali sopra menzionati, il sistema legislativo dovrebbe fornire incentivi efficaci volti a promuovere lo sviluppo di un solido quarto pilastro in Germania.

I quattro pilastri della pensione negli Stati Uniti¹

Prudential Financial, Newark USA*

1. Introduzione

Prudential ha sviluppato i “Quattro pilastri della pensione negli Stati Uniti” come base per una discussione su come gli americani si prepareranno alla pensione e come vivranno da pensionati. I quattro pilastri hanno origine dal tradizionale “sgabello a tre gambe” (three legged stool) della previdenza: la previdenza sociale, i fondi pensione e i risparmi personali.

A questi Prudential ha aggiunto un quarto pilastro, le scelte pensionistiche, comprendente gli strumenti non tradizionali recentemente messi a disposizione dei pensionati di oggi e di domani.

Esistono molti prodotti finanziari e assicurativi in grado di contribuire al risparmio per la pensione, per le prestazioni pensionistiche stesse e per la difesa del patrimonio necessario durante il pensionamento. Molti di questi prodotti si riferiscono ai pilastri illustrati sotto. Ai fini del presente contributo, ciascun prodotto è associato a un solo pilastro, quando in realtà sarebbe possibile associare diversi prodotti a più pilastri.

Tabella 1

Previdenza sociale	Fondi Pensione	Risparmi personali	Scelte pensionistiche
Programma di assicurazione sociale che fornisce prestazioni pensionistiche oltre a trasferimenti di invalidità e pensioni al coniuge superstito.	Piani pensionistici disponibili che comprendono: <ul style="list-style-type: none">• Piani a contribuzione definita (DC), come il 401(k) e i piani di compartecipazione• Piani pensionistici a benefit definiti (DB)• Piani non qualificati e piani stock option	Prodotti e piani per investitori singoli, utili a integrare le prestazioni previdenziali o i fondi pensione. Questi comprendono: <ul style="list-style-type: none">• Conti pensionistici individuali (IRA)• Rendite• Depositi bancari• Fondi comuni di investimento• Titoli acquistati individualmente• Risparmi per la salute e piani per spese mediche	Fonti di reddito pensionistico non tradizionali, quali: <ul style="list-style-type: none">• Attività lavorativa durante il pensionamento• Ricorso al patrimonio immobiliare costituito dalla casa di proprietà Misure volte alla protezione del patrimonio e al trasferimento di ricchezza, grazie a prodotti quali: <ul style="list-style-type: none">- Assicurazioni vita- Assicurazione Long Term Care- Assicurazione “Longevity” (una forma di rendita sulla vita).

¹ La strategia dei Quattro pilastri per la pensione è stata discussa anche in diverse pubblicazioni dell'Associazione di Ginevra. Si vedano in particolare i numeri speciali di The Geneva Papers on Risk and Insurance (di norma uno all'anno) e di Newsletter on the Four Pillars (di norma due all'anno), www.genevaassociation.org.

* Prudential ha elaborato questo materiale per contribuire alla discussione sulla questione cruciale dell'attività preparatoria al pensionamento e non per fornire consulenze personalizzate. Il presente contributo illustra prodotti che non sono limitati solo all'offerta di Prudential e non è inteso a consigliare prodotti adatti alle persone. Il lettore dovrebbe consultare i propri consulenti finanziari di fiducia, per sviluppare una strategia per la pensione prendendo in considerazione la propria situazione personale.

² Con l'eccezione dei depositi bancari, i prodotti elencati non sono coperti da garanzia bancaria/dalla Federal Deposit Insurance Corporation/possono svalutarsi.

2. L'importanza di un approccio olistico

Per la maggior parte degli americani, nessuno dei pilastri, preso singolarmente, è in grado di far fronte ai bisogni finanziari della pensione. Per riuscire a risparmiare e pianificare in maniera efficiente una pensione sicura è necessario prendere in considerazione tutti e quattro i pilastri.

2.1 Previdenza sociale

Anche se la tipologia e l'affidabilità della previdenza sociale oggi sono un argomento molto discusso, nella realtà dei fatti questo pilastro rappresenta in media circa il 42%³ del reddito. D'altro canto, il dibattito a livello nazionale ha messo in luce il fatto che gli americani devono concentrarsi sulle fonti di reddito per la pensione su cui hanno un controllo più diretto, cioè gli altri tre pilastri.

2.2 Fondi pensione

Oggi meno di un lavoratore su cinque rientra esclusivamente in un piano pensionistico a benefit definiti, grazie al quale si aspetta di ricevere un reddito da pensione garantito. Al contrario, un numero crescente di lavoratori (quasi 6 su 10) si affida solo a un piano a contribuzione definita o al 401(k)⁴. Con la transizione dai piani a benefit definiti a quelli a contribuzione definita, la responsabilità del risparmio e di generare un reddito garantito per la pensione passa dalle istituzioni ai singoli.

Oggi chi rientra in un piano a contribuzione definita dispone di diverse possibilità per riuscire a garantirsi una pensione sicura e conveniente, quindi deve:

- Sottoscrivere il piano appena possibile — i dati dimostrano che circa un quarto dei lavoratori aventi diritto a partecipare a un piano a contribuzione definita non lo fa.
- Contribuire — almeno in maniera tale da riuscire a beneficiare pienamente delle prestazioni aziendali, se disponibili, e incrementare nel tempo i livelli di contribuzione.
- Diversificare — tra investimenti considerati adatti in base all'età e alla propensione al rischio. Molti piani offrono programmi intesi ad assistere i sottoscrittori nelle decisioni importanti.
- Pensare al reddito — con l'avvicinarsi della pensione, pensare alla maniera migliore di convertire il patrimonio accumulato in un flusso di reddito che non si interrompa nel corso dell'esistenza.

2.3 Risparmi personali

A prescindere dall'accesso a eventuali fondi pensioni, per gli americani i risparmi personali possono essere una fonte primaria di reddito ai fini della pensione. È infatti possibile includere gli asset delle rendite e gli IRA (Individual Retirement Accounts), come parti del risparmio individuale nella pianificazione della propria pensione.

³ Social Security Administration: Overview of the Social Security Administration, p. 10.

⁴ Buesing, M. and Soto, M. (2006): "The State of Private Pensions: Current 5500 Data", The Center for Retirement Research at Boston College, February, p. 3.

2.4 Scelte pensionistiche

Occorre ricordare che esistono aspetti relativi alla pianificazione della pensione che vanno oltre il “risparmio”. È possibile che i lavoratori intendano avvicinarsi al pensionamento “per gradi”, continuando a lavorare a tempo parziale.

C'è chi può affidarsi al valore effettivo della casa di proprietà, ma prepararsi alla pensione vuol dire molto di più che costruire un nido il più grande possibile: significa anche proteggere il proprio patrimonio, per poi trasformarlo in reddito ed eventualmente lasciare qualcosa alle generazioni future.

Che risparmino con i piani offerti sul loro posto di lavoro o tramite iniziative personali, gli Americani devono sempre ricordare questi principi fondamentali: iniziare a risparmiare presto, risparmiare di più e cercare la consulenza finanziaria necessaria a sviluppare un piano pensionistico che comprenda tutti e quattro i pilastri.

3. Previdenza sociale

La legge sulla previdenza sociale del 1935 (*Social Security Act*) istituiva un programma previdenziale volto a garantire il reddito dei pensionati. Nel tempo questo programma è stato esteso alle persone a carico, al coniuge superstite, e l'obiettivo del sistema era di ampliarlo includendo l'assicurazione di invalidità. Oggi l'intero programma viene indicato con Old Age, Survivors and Disability Insurance (ovvero OASDI: previdenza per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità). Nel contesto delle pensioni, l'aspetto più importante è forse rappresentato dagli assegni erogati dall'OASDI (Previdenza sociale). La previdenza sociale garantisce un livello minimo per le prestazioni pensionistiche: più alto è il reddito del percipiente, più bassa la quota di reddito previdenziale percepita durante il pensionamento.

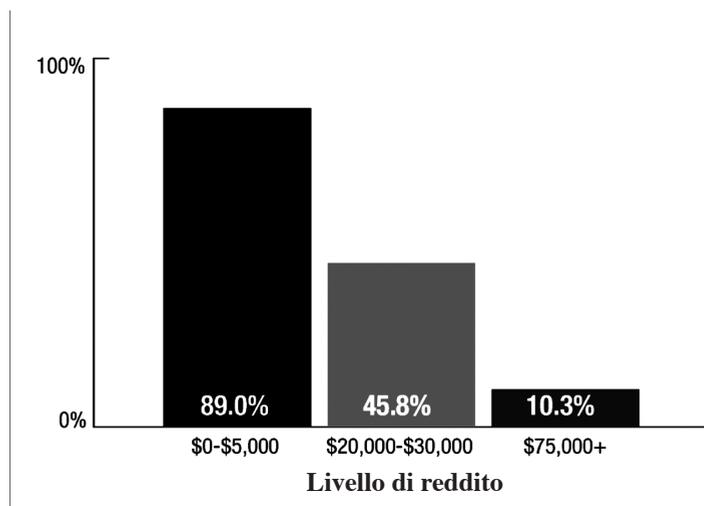
La pensione media mensile percepita dai pensionati oggi ammonta a \$963⁵. La pensione più alta ammonta a \$2.053 ed è erogata a chi smette di lavorare a 65 anni e 8 mesi, età in cui gli assegni previdenziali venivano versati per intero nel 2006. Le modifiche già apportate in previsione dei problemi futuri di solvibilità hanno condotto a un aumento graduale dell'età a cui si ha diritto alla pensione piena, passando dai 65 anni del 2002 a 67 entro il 2025.⁶ L'attuale dibattito sulla previdenza sociale evidenzia l'importanza dei seguenti aspetti:

- Continuare a sottolineare la questione chiave: il bisogno degli americani di risparmiare adeguatamente e pianificare per generare un flusso solido di reddito pensionistico;
- Prendere atto di tutti e quattro i pilastri per una pensione sicura;
- Ottimizzare il reddito pensionistico derivante dal secondo, dal terzo e dal quarto pilastro.

⁵ Social Security Administration (2005): 2006 Social Security Changes, Cost of Living Adjustment, October.

⁶ Social Security Administration: Answers to Your Questions.

Figura 1: Percentuale del reddito personale rappresentata dalla previdenza sociale



Fonte: AARP Public Policy Institute, *Sources of Income for Older Persons in 2003*, November 2005.

4. Fondi pensione

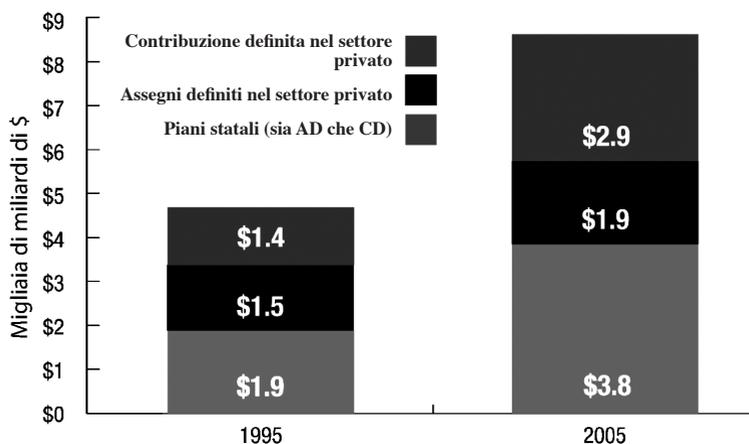
Per gli americani i fondi pensione rappresentano una fonte importante di “ricchezza” ai fini del pensionamento. Negli ultimi 20 anni si sono verificati notevoli cambiamenti nei piani offerti dai datori di lavoro, che hanno abbandonato i piani pensionistici a benefit definiti (Defined Benefit, DB) a favore dei piani a contribuzione definita (Defined Contribution, DC). Questi ultimi hanno iniziato a diventare popolari durante gli anni '80 grazie all'introduzione del piano 401(k). In base al modello DB il datore di lavoro si assume la responsabilità e i rischi insiti nell'erogazione di benefit “definiti”, ovvero di un flusso di reddito garantito su base mensile, generalmente calcolato in base allo stipendio del contraente e/o dell'anzianità di servizio. Al contrario, con i piani DC, non è il benefit a essere definito, ma l'importo dei contributi versati dai dipendenti e/o dal sostenitore del piano (sponsor). La somma accumulata al momento del pensionamento dipenderà dalla resa degli investimenti, dai livelli di contribuzione, dal comportamento del contraente (frequenza delle operazioni finanziarie, prestiti, prelievi, ecc.), dal periodo di contribuzione e da altri fattori. Per come sono stati concepiti, i piani DC si concentrano sull'accumulazione del patrimonio piuttosto che sulla creazione di un flusso di reddito garantito.

La transizione dal modello DB a quello DC ha avuto importanti implicazioni a livello individuale: se i piani DC offrono maggiori flessibilità e controllo, il singolo si assume i rischi associati al risparmio e alla creazione del reddito destinato alla pensione e deve decidere autonomamente circa l'entità dei contributi, l'allocazione del patrimonio, le operazioni finanziarie da compiere e le opzioni di pagamento.

4.1 Quantificazione del passaggio da DB a DC

Lo spostamento dai piani DB a quelli DC è chiaramente visibile nella crescita degli asset DC in opposizione agli asset DB. Come illustra il grafico seguente, per i piani DC e DB del settore privato, tra il 1995 e il 2005 gli asset DC aumentarono a un ritmo più rapido rispetto agli asset DB, tanto da avere raggiunto un valore superiore.

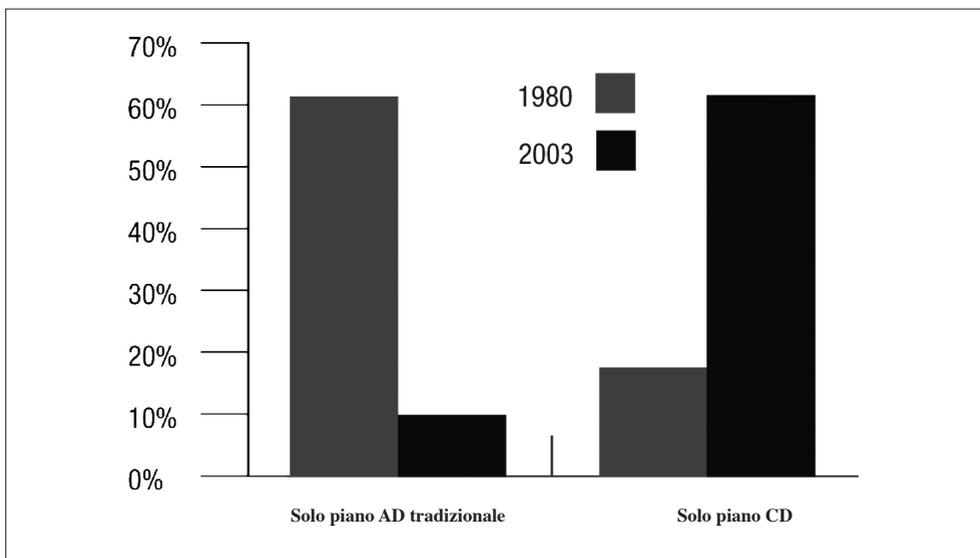
Figura 2: Pensioni collettive



Fonte: Flow of Funds Accounts of the United States, June 2006.

Il tutto si traduce in un repentino cambiamento del numero di lavoratori rispettivamente inseriti nei piani DB in opposizione ai piani DC. Nel 1980 il 60% dei lavoratori era coperto da un piano privato DB e solo il 17% partecipava a un piano DC, nel 2003 il rapporto si era più che invertito.

Figura 3: Percentuale di lavoratori inseriti in un piano pensionistico



Fonte: Buesing, M. and Soto, M. (2006): The State of Private Pensions: Current 5500 Data, The Center for Retirement Research at Boston College, February, Table E4.

L'abbandono dei tradizionali piani DB risulta visibile anche dall'andamento del saldo di cassa o dei piani "ibridi". Questi piani sono stati introdotti per la prima volta nel 1988 e consistono in piani DB in cui una certa percentuale dello stipendio dei dipendenti, con l'aggiunta degli interessi, viene accreditata sui conti personali tramite il gestore del fondo, che offre una rendita tra le varie opzioni previste dal piano stesso. Come nel caso dei piani DC, se un dipendente lascia l'azienda è prevista la portabilità del saldo contributivo, tuttavia non esiste alcun benefit pensionistico garantito e i singoli vengono lasciati liberi di decidere se e come utilizzare le risorse accumulate per creare la futura pensione.

4.2 Alcune implicazioni a livello individuale

I piani DC offrono una flessibilità e un controllo maggiori rispetto a quelli DB. Per esempio, di norma è prevista la loro portabilità: se si cambia lavoro o si va in pensione, è possibile lasciare il proprio patrimonio nel piano pensionistico di origine, spostarlo in quello del nuovo datore di lavoro, trasferirlo su un conto pensionamento individuale o prelevarlo in toto. Tuttavia, flessibilità e controllo implicano anche una maggiore responsabilità, e i dati sembrano indicare che non sempre i lavoratori prendono le decisioni giuste per garantirsi una pensione sicura.

- Solo circa tre quarti dei lavoratori aventi diritto a partecipare a un piano DC lo fanno veramente⁷.
- Il livello medio di contribuzione al piano 401(k) è pari al 5,4% per i dipendenti che rientrano nei livelli di retribuzione più bassi, e al 6,7% per i livelli più elevati⁸. Circa tre quarti delle aziende forniscono una copertura, in genere pari a \$0,50 o meno per dollaro fino al 6% dello stipendio⁹.
- Nel 2004, il saldo medio del piano 401(k) è stato pari a \$56.878 e il valore mediano \$19.926, livelli assolutamente insufficienti a garantire un pensionamento ultraventennale¹⁰.
- Solo il 9% dei pensionati che avevano la possibilità di ritirare da un piano DB o DC tutti gli accantonamenti per la pensione in un'unica soluzione hanno scelto l'opzione della rendita¹¹, dando così vita a una sorta di "liquidazione" per il pensionamento.

L'aspetto positivo è che, istituendo piani DC, i datori di lavoro e gli altri sostenitori del piano possono fare in modo che i contribuenti imparino a "fare da soli", per esempio grazie alla partecipazione "automatica", fornendo programmi di allocazione del patrimonio o di consulenza, prevedendo possibilità di pagamento che garantiscano un flusso di reddito per tutta la vita.

⁷ Adams, N. (2005): "2005 Defined Contribution Survey", PlanSponsor Magazine, Novembre.

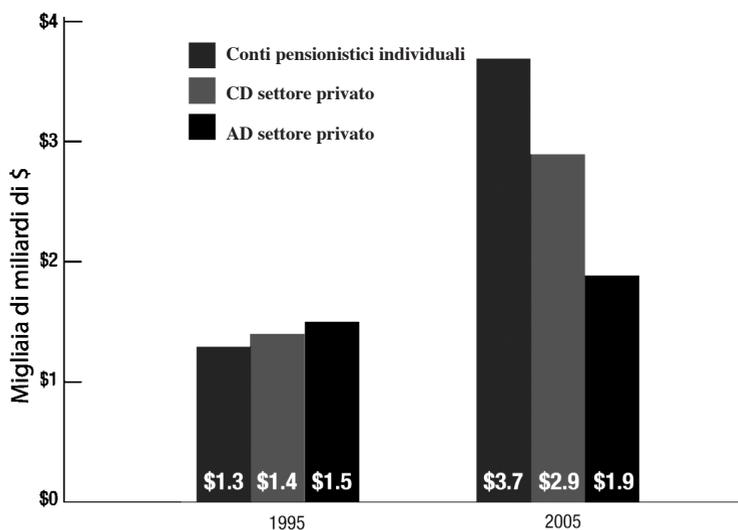
⁸ Profit Sharing/401(k) Council of America: "48th Annual Survey of Profit Sharing and 401(k) Plans", p. 1.

⁹ Adams, N. (2005): "2005 Defined Contribution Survey", PlanSponsor Magazine, Novembre.

¹⁰ Holden, S. and VanDerhei, J. (2005): 401(k) Asset Allocation, Account Balances, and Loan Activity in 2004, Investment Company Institute, September, p. 2.

¹¹ Sondergeld, E. (2005): "Public Misperceptions About Retirement Security", LIMRA, February, p. 19.

Figura 4: Asset dei conti pensionistici individuali e degli asset privati DC e DB, 1995-2005



Fonte: Flow of Funds Accounts of the United States, June 2006.

5. Risparmi personali

In aggiunta alla previdenza sociale e ai fondi pensionistici, un'altra fonte per la sicurezza della pensione è data dai risparmi personali. In alcuni casi — per es. i conti previdenziali individuali, Individual Retirement Accounts (IRA) e le rendite — sono generalmente considerati come risparmi destinati alla pensione. Altri tipi di risparmio coprono un'ampia gamma di bisogni, che includono il pensionamento.

5.1 Conti Previdenziali Individuali (Individual Retirement Accounts: IRA)

I conti IRA tradizionali sono disponibili dal 1981 e prevedono contributi detraibili dalle imposte che dipendono dalla partecipazione a un piano di pensione da lavoro e dal reddito individuale. Gli IRA di Roth, i cui contributi non sono deducibili, sono stati introdotti nel 1988 e prevedono anche dei limiti di reddito. In entrambi i casi le imposte sul reddito da investimenti sono posticipate e, mentre i prelievi dagli IRA di tipo tradizionale sono tassati, quelli di Roth possono non esserlo. Gli IRA sono finanziati o con contributi o con “trasferimenti” di asset soggetti a tassazione posticipata che provengono dai fondi pensione. Questi asset in genere possono essere trasferiti quando il dipendente cambia posto di lavoro o va in pensione. Nel 2004, al momento di andare in pensione, quasi la metà (47%) dei lavoratori statunitensi ha trasferito il patrimonio accumulato ai fini pensionistici negli IRA, cioè una percentuale quasi doppia rispetto a quelli che hanno cambiato lavoro e hanno spostato i propri capitali dai piani pensionistici di appartenenza agli IRA¹². Gli IRA sono cresciuti rapidamente negli ultimi dieci anni e oggi il loro patrimonio supera sia i piani privati DC che quelli DB (vedi Figura sotto). Questa rapida crescita è stata determinata dai trasferimenti dalle pensioni collettive: si

¹² Cerulli Associates (2005): Cerulli Quantitative Update, Retirement Markets 2005, p. 111.

prevede che tra il 2005 e il 2010 il valore degli IRA di tipo tradizionale aumenterà di \$2.500 miliardi di dollari, di cui \$1.700 miliardi dovrebbero provenire dai trasferimenti¹³.

5.2 Rendite

Le rendite rappresentano un'altra forma di risparmio personale che permette di posticipare le imposte. Anche se l'idea alla base della rendita prevede una polizza assicurativa in grado di convertire un certo patrimonio in una serie di trasferimenti garantiti¹⁴ per un dato periodo di tempo o per tutta la vita, al momento le rendite sono usate principalmente come strumento per accumulare risparmio per la pensione.

Le rendite spesso hanno caratteristiche di copertura, come l'indennità in caso di morte, che può contribuire alla sicurezza dei beneficiari designati dall'investitore, garantendo che ricevano almeno la somma investita se il titolare muore prima che questa cominci ad essere restituita. L'indennità in caso di morte può garantire gli utili realizzati per proteggersi dalla volatilità dei mercati, oppure garantire un certo incremento annuo che viene messo a disposizione dei beneficiari. Alcuni anni fa, i providers di rendite iniziarono a introdurre nuove caratteristiche di copertura, spesso chiamate "indennità di vita", che andavano a vantaggio dei titolari mentre questi erano ancora in vita. Queste indennità sono offerte con un costo aggiuntivo e possono contribuire a proteggere il risparmio destinato alla pensione immobilizzando gli utili derivati dagli alti livelli di rendimento degli investimenti e proteggendo il capitale investito dalle fluttuazioni del mercato. Recentemente sono state introdotte indennità di vita che garantiscono una rendita senza richiedere la trasformazione in vitalizio: in questo modo è possibile effettuare dei prelievi nel corso della vita pur mantenendo il controllo del patrimonio rimanente.

Tabella 2: Alcuni dati sulle rendite

<p>Le rendite possono essere fisse o variabili</p> <ul style="list-style-type: none">- Una rendita fissa prevede un tasso di rendimento fisso e garantito.- Una rendita variabile prevede un tasso di rendimento variabile e non garantito.- La maggior parte delle rendite "variabili" in realtà è il risultato dell'unione di prodotti che offrono opzioni di investimento a tasso fisso e variabile.- Circa due terzi degli asset delle rendite individuali sono rendite a tasso variabile e un terzo sono a tasso fisso.
<p>Le rendite possono essere immediate o posticipate</p> <ul style="list-style-type: none">- Nel caso di una rendita immediata, una somma forfetaria di asset viene destinata a versamenti programmati per un certo periodo di tempo o per tutta la vita. Tali versamenti devono avere inizio entro un anno dall'acquisto della rendita.- Nel caso di una rendita posticipata, il capitale può aumentare nel tempo grazie ai contributi e alla fine può essere o non essere convertito in una serie di versamenti.
<p>Gli asset delle rendite si distinguono in qualificate e non-qualificate</p> <ul style="list-style-type: none">- Gli asset delle rendite qualificate sono inseriti in strumenti che godono di vantaggi fiscali, per es. IRA e piani DC.- Gli asset delle rendite non qualificate sono detenuti dai singoli al di fuori degli strumenti che godono di vantaggi fiscali (ma le imposte sull'incremento del patrimonio possono comunque essere posticipate).- Nel 2004 il 58% dei patrimoni delle rendite (66% variabili e 41% fisse) facevano capo a strumenti qualificati¹⁵.

I prelievi dalle rendite sia qualificate che non qualificate possono essere soggetti a spese di riscatto, imposte sul reddito e, se avvengono prima del compimento del 59° anno d'età, a un ulteriore aggravio del 10% sull'imposta federale sul reddito. Dato che gli IRA e altri piani pensionistici qualificati prevedono la posticipazione delle imposte, si dovrebbe prevedere un contratto di rendita variabile per finanziare un piano pensionistico qualificato, beneficiare dei vantaggi della rendita al di là della posticipazione delle imposte, ivi comprese la possibilità di pagamento, l'indennità in caso di morte e la possibilità di passare da un investimento a un altro senza commissioni di vendita o prelievo.

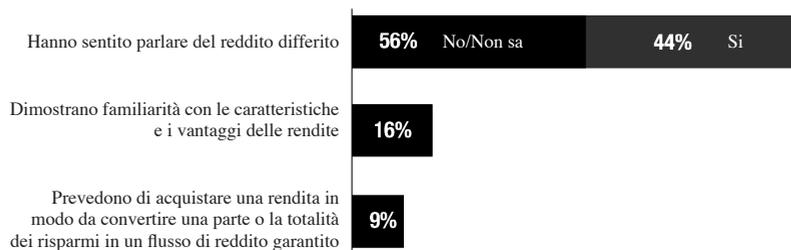
¹³ Cerulli Associates (2005): Cerulli Quantitative Update, Retirement Markets 2005, pp. 103-108.

¹⁴ Le garanzie dipendono dalla capacità di liquidazione della società di emissione.

Tuttavia, la maggioranza dei lavoratori prossimi alla pensione non sembra accettare le rendite come soluzione ai propri bisogni finanziari durante la pensione. Un recente studio condotto da Prudential Financial ha stabilito che meno della metà dei lavoratori che stanno per andare in pensione ha sentito parlare di rendite immediate (o reddito differito), meno di uno su sei dimostra di avere familiarità con le caratteristiche e i vantaggi di questi strumenti, e appena il 9% prevede di farvi ricorso.

A parte la previdenza sociale, per chi non beneficia di piani pensionistici DB le rendite rappresentano in pratica l'unica possibilità di ricevere "un assegno" per tutto il periodo della pensione, anche se la frequenza dei vitalizi rimane molto bassa. Se ai prelievi immediati si aggiungono le rendite differite convertite in pagamenti, le stime indicano che ogni anno viene trasformato in vitalizio meno del 2% del patrimonio totale¹⁶.

Figura 5: Persone prossime al pensionamento che...

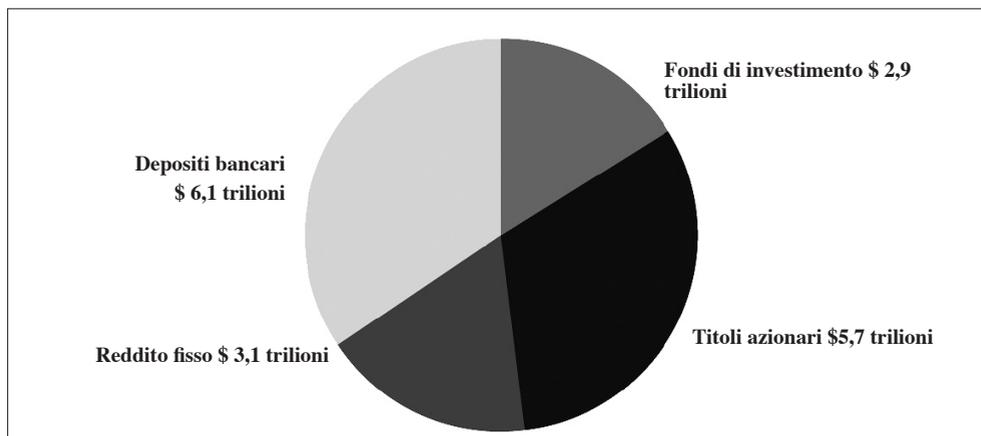


Fonte: Prudential Financial (2005): *Workplace Report on Retirement Planning*.

5.3 Altre forme di risparmi personali

Oltre agli asset destinati agli IRA e alle rendite, esistono molti altri strumenti che permettono di risparmiare: nel 2005 gli Americani possedevano patrimoni personali per \$17.800 miliardi in depositi bancari, fondi di investimento e titoli acquistati individualmente.

Figura 6: Nel 2005 i risparmi personali ammontavano a \$17.800



Fonte: *Flow of Funds Accounts of the United States, June 2006*.

¹⁵ Beatrice, D. (2005): "The 2004 Individual Annuity Market, Sales and Assets", LIMRA, p. 20.

¹⁶ Beatrice, D. (2005): "The 2004 Individual Annuity Market, Sales and Assets", LIMRA, p. 21.

5.4 Sviluppi recenti

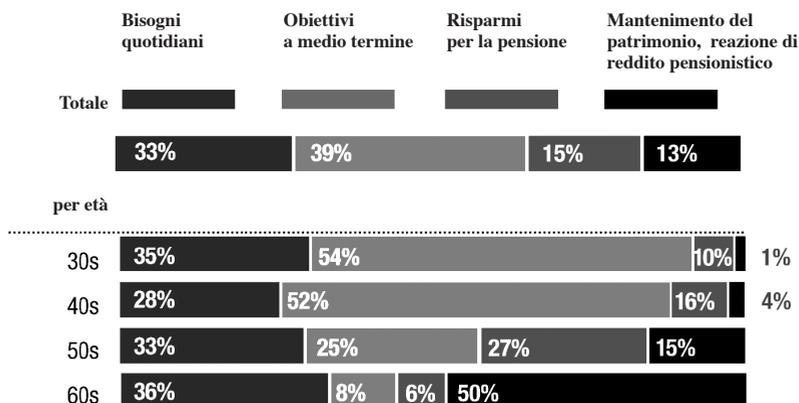
Introdotti alla fine del 2003, gli Health Savings Accounts (HSA: conti per le spese sanitarie) potrebbero fornire uno strumento importante per tenere sotto controllo le spese mediche dei pensionati. In linea di principio gli HSA, che sono stati istituiti parallelamente a programmi sanitari ad alta deducibilità fiscale, sono simili agli IRA, nel senso che prevedono accantonamenti che godono della posticipazione delle imposte. I prelievi per le spese mediche (ivi compresi i premi delle assicurazioni per le cure a lungo termine) non sono tassati, e le risorse depositate nei conti possono essere riportate a nuovo l'anno seguente. Al momento circa il 7% dei datori di lavoro che offrono la copertura sanitaria dà ai dipendenti la possibilità di optare per gli HSA, e il 32% prevede di offrirli nel 2006¹⁷.

5.5 Impatto dei bisogni quotidiani sul risparmio destinato alla pensione

Anche se i risparmi personali rappresentano uno strumento importante per garantire la sicurezza della pensione, in realtà capita spesso che le necessità contingenti incidano negativamente sul risparmio, anche nel caso di chi si sta avvicinando all'età pensionabile.

Ma in America è il livello del risparmio in generale, inferiore rispetto a quello della maggior parte dei Paesi avanzati, a destare preoccupazione¹⁸. È necessario concentrarsi maggiormente sui risparmi personali — soprattutto su quelli destinati alla pensione — se si vuole che gli americani beneficino di una certa sicurezza finanziaria durante il pensionamento.

Figura 7: I principali obiettivi finanziari degli americani oggi



Fonte: Prudential Financial (2005): Roadblocks to Retirement.

¹⁷ Pasha, S.: More Health Savings Accounts Offered.

6. Scelte pensionistiche

Oltre alle tre fonti di reddito tradizionali per il reddito da pensione — Previdenza Sociale, Fondi Pensioni e Risparmi Personali — oggi in America c'è un Quarto Pilastro della pensione emergente che è chiamato: Scelte Pensionistiche. Questo pilastro continua ad aumentare di importanza alla luce della convergenza di tre punti chiave:

- L'allungamento della vita dopo la pensione:
 - mentre si assiste all'allungamento della durata della vita, la media dell'età pensionabile va diminuendo. Se negli anni '50 i lavoratori andavano in pensione verso i 68 anni, alla fine degli anni '90 l'età media del pensionamento si collocava tra i 62 e i 63 anni. Il risultato è che il gli anni di pensione degli americani sono aumentati¹⁹.
- Aumento delle spese mediche a fronte di una minore copertura sanitaria:
 - la spesa sanitaria cresce a un tasso quadruplo rispetto all'inflazione²⁰, con conseguenze drammatiche sulla previsione di spesa della popolazione più anziana in questo settore.
 - Entro il 2030 si prevede che le spese mediche assorbiranno circa un terzo del reddito al netto delle imposte degli americani più anziani²¹.

La situazione dei pensionati odierni si dimostra nettamente diversa da quella in cui si trovavano i loro genitori, a causa di una minore disponibilità dei piani DB e alla generale insufficienza delle risorse accumulate con i piani DC e dei risparmi personali.

Il Pilastro delle “Scelte Pensionistiche” può essere identificato come:

- Fonte di reddito non tradizionale per la pensione.
 - Continuazione dell'attività lavorativa per integrare il reddito da pensione o per piacere personale.
 - Ricorso al patrimonio rappresentato dalla casa di proprietà per coprire le esigenze economiche della vita da pensionati.
- Salvaguardia del reddito:
 - Garantire una pensione più sicura al coniuge superstite e lasciare risorse alle generazioni future.
 - Proteggere il reddito pensionistico dall'aumento del costo delle cure mediche e del long term care.

6.1 Scelte pensionistiche: fonti di reddito pensionistico non tradizionali, continuando a lavorare durante il pensionamento

Alcuni pensionati desiderano continuare a lavorare per interesse personale, e molti lavorano perché ne hanno la necessità, visto il trend della copertura pensionistica e sanitaria. Una recente indagine di Prudential Financial rivela che molti di quelli che si avvicinano alla pensione intendono continuare a lavorare almeno a tempo parziale.

¹⁸ Mandel, M. (2005): “Our Hidden Savings”, Business Week, January 17.

¹⁹ Gendell, M. (2001): “Retirement Age Declines Again in the 1990s”, Monthly Labor Review, October, p. 14, table 1.

²⁰ National Coalition on Health Care: “Facts on Health Insurance Costs”, Press Release.

²¹ Johnson, R.W. (2004): Will Health Care Costs Erode Retirement Security?, Center for Retirement Research at Boston College, October, p. 4.

Figura 8: Intenzione di continuare a lavorare durante la pensione

Anni dopo la pensione	primi 10 anni	secondi 10 anni
Lavoro per integrare il reddito	72%	39%
Lavoro per interesse personale	71%	44%

Fonte: Prudential Financial (2005), *Roadblocks to Retirement*.

Nonostante il desiderio e/o la necessità di continuare a lavorare dopo il pensionamento, spesso ci si scontra con ostacoli di varia natura:

- Spesso il lavoratore che va gradualmente in pensione riducendo volontariamente l'orario lavorativo, non può ricevere stipendio e pensione dallo stesso datore di lavoro²².
- Quasi un terzo dei datori di lavoro non offre alcuna copertura sanitaria a chi va in pensione gradualmente²³.
- Chi riceve gli assegni previdenziali ma non ha raggiunto la piena età pensionabile perde un dollaro di prestazioni ogni due dollari guadagnati oltre la soglia dei \$12.480. L'anno in cui si arriva alla piena età pensionabile si perde un dollaro ogni tre dollari guadagnati oltre la soglia dei \$33.240 (\$2.767 al mese)²⁴.
- Gli assegni pensionistici previdenziali sono soggetti all'imposta sul reddito qualora le entrate superino una certa soglia, attualmente stabilita a \$25.000 per i singoli contribuenti e \$32.000 per le coppie che fanno la dichiarazione dei redditi congiunta²⁵.

6.2 Ricorso al patrimonio immobiliare rappresentato dalla casa di proprietà

Per molti anziani, la casa rappresenta la voce più importante del proprio patrimonio. Il 78% delle famiglie con almeno un membro che ha compiuto o superato i 65 anni vive in una casa di proprietà, che rappresenta in media circa l'80% del patrimonio netto²⁶.

In base a una recente ricerca di Prudential, gli americani ritengono che il valore degli immobili, più di qualsiasi altro fattore, negli ultimi cinque anni abbia contribuito a migliorare le prospettive della pensione. Inoltre, quasi metà degli intervistati ha detto che a dieci anni dal pensionamento prevedeva di traslocare in una casa più piccola o in una zona caratterizzata da un costo della vita più basso, il che implica disinvestire parte del patrimonio immobiliare.

Per i pensionati che hanno bisogno di denaro ma desiderano rimanere nell'abitazione in cui vivono una possibile soluzione è data dai prestiti vitalizi ipotecari, che permettono al proprietario di contrarre un prestito in base al valore dell'immobile. Il prestito non prevede pagamenti, ma maturano interessi sul saldo del conto anticipazioni, che vanno liquidati quando l'ultimo proprietario lascia la casa in caso di decesso o di vendita²⁷.

²² AARP (2004): Best Practices, Phased Retirement Programs, July 23.

²³ WatsonWyatt Worldwide (1999): Executive Summary, "Phased Retirement — Reshaping the End of Work", p. 3.

²⁴ Social Security Administration, Answers to Your Questions.

²⁵ Social Security Administration, Answers to Your Questions.

²⁶ U.S. Dept. of Health & Human Services Administration on Aging (2003): "Statistics: A Profile of Older Americans" (updated 9/9/04).

²⁷ American Association of Retired Persons: A Fact Sheet on Reverse Mortgages, p. 1.

Figura 9: Prospettive di trasloco durante la pensione

Primi dieci anni dopo il pensionamento	
Trasloco in una casa più piccola	46%
Trasloco in una zona con un costo della vita inferiore	42%

Fonte: Prudential Financial (2005), *Roadblocks to Retirement*.

6.3 Scelte pensionistiche: salvaguardare la pensione per contribuire alla famiglia

Proprio come i lavoratori attivi si avvalgono delle assicurazioni vita per garantire la sicurezza finanziaria della famiglia in caso di morte di una delle fonti di reddito, anche i pensionati possono utilizzare allo stesso modo l'assicurazione vita. L'indennità in caso di morte può rappresentare un'integrazione del reddito da pensione per il coniuge sopravvissuto o per i famigliari a carico, che potrebbero percepire una pensione insufficiente e, nel caso delle donne, avere una speranza di vita più lunga.

Inoltre, mentre l'obiettivo primario di un'assicurazione vita è quello di fornire un'indennità in caso di morte, il valore effettivo dell'assicurazione vita può fungere da cuscinetto nel caso di situazioni di bisogno finanziario, tramite anticipazioni, conversione in rendita o riscatto. Naturalmente, scelte simili ridurranno il valore della polizza e l'indennità in caso di morte, oltre a comportare possibili conseguenze di natura fiscale. Inoltre, l'assicurazione vita può svolgere un ruolo chiave sull'asse ereditario. L'indennità in caso di morte può fare in modo che agli eredi venga lasciato qualcosa — in genere senza imposizione sul reddito [IRC 101 (a)] — indipendentemente dal ricorso ad altre proprietà per finanziare il periodo del pensionamento. L'indennità può addirittura servire a compensare i famigliari che si sono presi cura del pensionato quando questi era in vita.

Che sia considerata una fonte aggiuntiva di reddito durante il pensionamento, un modo per garantire la serenità dei propri cari o una forma di eredità a beneficio delle generazioni future, l'assicurazione vita può contribuire a far fronte a svariati bisogni in termini di sicurezza della pensione.

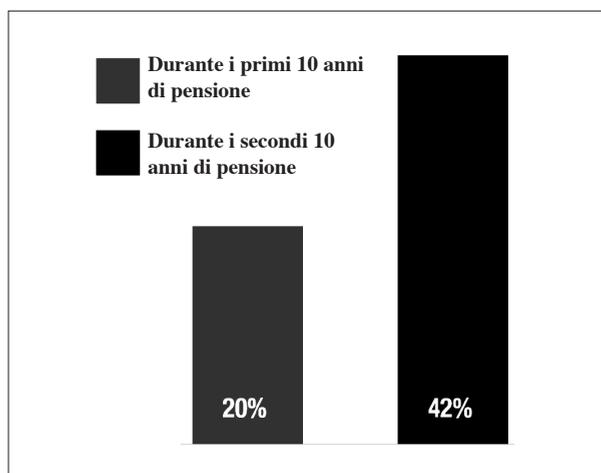
6.4 Assicurazione Long Term Care

L'assicurazione Long Term Care è diventata un elemento importante per quanto riguarda la salvaguardia dei risparmi destinati alla pensione e del reddito da questi generato. Secondo una ricerca svolta da Prudential nel 2006, i due o tre anni passati in media in casa di cura possono costare tra i \$165.000 e \$185.000, cioè più del patrimonio netto della maggioranza degli anziani in America²⁸.

Da una recente indagine di Prudential si ricava che oltre il 40% degli intervistati credeva che avrebbe avuto bisogno di essere ospite di una casa di cura nel periodo conclusivo della vita da pensionati. Una percentuale significativa di lavoratori prossimi alla pensione si è detta preoccupata dall'eventualità di esaurire le proprie risorse finanziarie durante gli anni di pensionamento, di diventare un peso per la famiglia o di disporre di risorse insufficienti per le cure mediche.

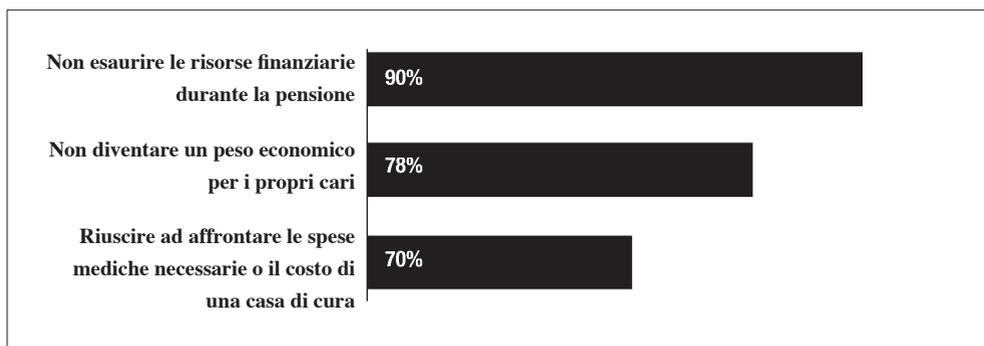
²⁸ Social Security Administration, *Answers to Your Questions*.

Figura 10: Probabilità di aver bisogno di un ricovero in casa di cura: americani tra i 30 e i 69 anni di età



Fonte: Prudential Financial (2005), *Roadblocks to Retirement*.

Figura 11: Obiettivi finanziari considerati “molto importanti” da chi è prossimo alla pensione (età compresa tra i 55 e i 64 anni)



Fonte: Prudential Financial company research, 2004.

6.5 Evitare di esaurire le risorse finanziarie

Una possibilità per coprire le necessità economiche della vecchiaia è offerta da una rendita a godimento differito pagabile in età avanzata (per es. 85 anni) — talvolta definita “assicurazione di longevità”. È volta a evitare che i pensionati esauriscano le proprie risorse economiche mentre sono ancora in vita.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Adams, N. (2005): “2005 Defined Contribution Survey”, *PlanSponsor Magazine*, November.
- AARP: A Fact Sheet on Reverse Mortgages.
- AARP (2004): “Best Practices”, *Phased Retirement Programs*, July 23.
- Beatrice, D. (2005): “The 2004 Individual Annuity Market, Sales and Assets”, *LIMRA*.
- Buesing, M. and Soto, M. (2006): *The State of Private Pensions: Current 5500 Data*, The Center for Retirement Research at Boston College, February.
- Cerulli Associates (2005): Cerulli Quantitative Update, Retirement Markets 2005.
- Cerulli Associates (2005): Cerulli Quantitative Update, Retirement Markets 2005.
- Gendell, M. (2001): “Retirement Age Declines Again in the 1990s”, *Monthly Labor Review*, October.
- Holden, S. and VanDerhei, J. (2005): *401(k) Asset Allocation, Account Balances, and Loan Activity in 2004*, Investment Company Institute, September.
- Johnson, R.W. (2004): *Will Health Care Costs Erode Retirement Security?*, Center for Retirement Research at Boston College, October.
- Mandel, M. (2005): “Our Hidden Savings”, *Business Week*, January 17.
- National Coalition on Health Care: “Facts on Health Insurance Costs”, Press Release.
- Pasha, S.: More Health Savings Accounts Offered.
- Profit Sharing/401(k) Council of America: *48th Annual Survey of Profit Sharing and 401(k) Plans*.
- Prudential Financial research on Long-Term care, April 2006.
- Social Security Administration (2005): *2006 Social Security Changes, Cost of Living Adjustment*, October.
- Social Security Administration: *Answers to Your Questions*.
- Social Security Administration: *Overview of the Social Security Administration*.
- Sondergeld, E. (2005): “Public Misperceptions About Retirement Security”, *LIMRA*, February.
- U.S. Dept. of Health & Human Services Administration on Aging (2003): *Statistics: A Profile of Older Americans* (updated 9/9/04).
- WatsonWyatt Worldwide (1999): Executive Summary, “Phased Retirement — Reshaping the End of Work”.

EDITORI



THE RISK INSTITUTE — ISTITUTO DEL RISCHIO L'INSTITUT DU RISQUE

Basato su una rete di volontariato in parte appoggiata dall'Associazione di Ginevra, l'Istituto del Rischio è stato creato per estendere gli studi relativi al rischio, alla vulnerabilità e all'incertezza fino a coprire i più ampi aspetti culturali, economici, sociali e politici delle società moderne.

Il punto di partenza per la definizione del programma d'azione è stato un incontro informale tenutosi a Parigi nel 1986. Tra i partecipanti ricordiamo Raymond Barre, Fabio Padoa, Richard Pian, Edward Ploman, Alvin e Heidi Toffler e Orio Giarini.

Un primo rapporto, realizzato da Orio Giarini e Walter Stahel, è stato pubblicato nel 1989, ristampato nel 1991, rivisto nel 1993 con il titolo *The Limits to Certainty — Managing Risks in the Modern Service Economy* e introduzione del premio Nobel Ilya Prigogine (Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, the Netherlands). È stato pubblicato anche in francese, italiano (*I limiti della certezza — affrontare i rischi nella nuova economia di servizio*), rumeno e giapponese. Nel 2000, in Germania, si è pubblicata una versione completamente rinnovata dal titolo *Die Performance Gesellschaft* (Metropolis-Verlag, Marburg).

Il libro sottolinea il fatto che l'incertezza non è semplicemente il risultato della mancanza o insufficienza di informazioni. Tutte le azioni che si protraggono nel futuro presentano per definizione un certo grado di incertezza. Ogni "sistema perfetto" (o ideologia) rappresenta un'utopia, spesso pericolosa: la completa rimozione delle incertezze dalle società umane implica l'eliminazione della libertà. L'apprendimento e la vita sono una questione di abilità e capacità di affrontare, gestire, limitare, contenere e sfruttare il rischio e l'incertezza.

Nel 2002 l'Istituto del Rischio ha pubblicato per i tipi di Economica (Parigi) un libro in francese sull'itinerario verso la pensione a 80 anni (*Itinéraire vers la retraite à 80 ans*). Da allora l'Istituto si occupa prevalentemente di un programma di ricerca sulle implicazioni sociali ed economiche del prolungamento della speranza di vita (in genere non correttamente definita "invecchiamento" della società), che viene considerato il fenomeno sociale più importante della nostra era.

Per i *Quaderni Europei sul Nuovo Welfare* vedere: www.newwelfare.org

Direttore: Orio Giarini

orio.giarini@alice.it

Via della Torretta, 10

I - 34121 Trieste

Tel./Fax +39 040 3222056

Cell phone +39 333 868 4598

www.newwelfare.org

risk_institute@genevaassociation.org

Route de Malagnou, 53

CH - 1208 Geneva

Tel. +41 (0) 22 7076600

Fax +41(0) 22 7367536

Cell phone +41 79 3537910



Macros Research

Fondata a Milano nel 1987, Macros Research realizza studi e ricerche nell'area dell'Economia dell'Ageing, con particolare riferimento all'impatto che l'invecchiamento della popolazione ha sui sistemi di Welfare, pensioni, sanità e sul mercato del lavoro.

È parte integrante di Macros Group, che si compone di altre due società: Macros Consulting, che opera nel campo della consulenza strategica per il top management, e Macros Risk Management, società che offre consulenza sulla gestione integrata del rischio.

Sin dalla sua nascita, Macros Research si è distinta per la sua visione internazionale, che è confermata dalla collaborazione ventennale con l'Associazione di Ginevra, l'Istituto del Rischio di Ginevra-Milano-Trieste, università e istituti di ricerca italiani ed internazionali.

Macros Research realizza studi e progetti di ricerca attraverso un metodo multidisciplinare per analizzare e studiare - sia dalla prospettiva economica che finanziaria - la gestione dei rischi economici e sociali nei settori pubblici e privati.

Le principali attività di ricerca sono: sistemi di Welfare State nei vari paesi OCSE; risparmio privato e sistemi previdenziali pubblici; la questione demografica dell'invecchiamento della popolazione e le sue ripercussioni sul Welfare State e sul mercato del lavoro; Long Term Care; la gestione dei rischi sociali ed economici.

Macros Research è uno dei referenti italiani, quale "leading expert", che partecipa alla ricerca promossa dal World Economic Forum (WEF) sul tema "Financing Demographic Shifts: Pension and Healthcare Scenarios to 2030". L'iniziativa ha come obiettivo uno scenario globale sul futuro delle pensioni e della sanità, analizzando un certo numero di paesi, in particolare Italia e Cina.

Macros Research ha pubblicato numerosi libri e articoli ed è editore con l'Istituto del Rischio della pubblicazione *Quaderni Europei sul Nuovo Welfare – Svecchiamento e Società* e della versione in inglese *European Papers on the New Welfare – the Counter-ageing Society*.

Macros Research organizza congressi e workshop con l'obiettivo di elaborare nuove proposte strategiche per il futuro dei sistemi di Welfare State, con particolare riguardo alla previdenza e alla sanità.

Presidente

Angelo Scarioni

Research Manager

Mara Tagliabue

Research Coordinator

Angelo Paulli

Sede

Largo Donegani, 3

I – 20121 Milano

Tel. + 39 02 290 041 93

Fax + 39 02 655 41 28

segreteria@macrosresearch.it

www.macrosgroup.it

www.newwelfare.org

SPONSOR



International Association for the Study of Insurance Economics

“The Geneva Association”

The Geneva Association is a unique non-profit worldwide organisation formed by some 80 Chief Executive Officers of the most important insurance companies in Europe, North America, South America, Asia, Africa and Australia. Its main goal is to research the growing economic importance of insurance activities in the major sectors of the economy.

The Geneva Association acts as a forum for its members, providing a worldwide unique platform for the top insurance CEOs. It organises the framework for its members and their companies to exchange ideas and discuss key strategic issues. To this end, it has established large international networks of experts and high-level industry platforms. The Geneva Association serves as a catalyst for progress in this unprecedented period of fundamental change in the insurance industry. It seeks to clarify the key role that insurance plays in the further development of the modern economy.

Its activities are focused around 6 research programmes which constitute the core of its research activities:

- 1) **Risk Management:** The aim of this programme is to research and illustrate the new risks in the emerging service economy.
- 2) **Insurance and Finance:** This research programme comprises academic and professional research activities in the fields of finance where they are relevant to the insurance and risk management sector.
- 3) **The Four Pillars — Research Programme on Social Security, Insurance, Savings and Employment:** To identify possible solutions to the problem of the future financing of pensions and, more generally, of social security in our post-industrial societies.
- 4) **Health and Ageing:** This programme seeks to bring together facts, figures and analyses linked to issues in health. The key is to test new and promising ideas, linking them to related studies and initiatives in the health sector and trying to find solutions for the future financing of healthcare.
- 5) **Insurance Economics:** It is dedicated to making an original contribution to the progress of insurance through promoting studies of the interdependence between economics and insurance, to highlighting the importance of risk and insurance economics as part of the modern general economic theory.
- 6) **PROGRES (regulation and legal issues):** This research programme focuses on questions related to regulation, supervision and international co-operation of insurance and financial services as well as other legal issues of importance.

Today, after more than 30 years of existence, The Geneva Association has become a fixture for the insurance world through the quality of its research and the expertise of its global networks.

President: Henri de Castries (CEO, AXA, Paris)

Secretary General and Managing Director: Patrick Liedtke (Geneva)

*Sponsors of the Turin Conference on the New Welfare:
The Counter Ageing Society
(October 8, 2007)*

EurizonVita

www.eurizon.it

EurizonVita, è una società del Gruppo Intesa Sanpaolo, ed è una delle compagnie assicurative leader nel ramo vita e nella bancassurance.

EurizonVita si focalizza su prodotti innovativi, sviluppando soluzioni per rispondere ai nuovi bisogni della domanda, determinata sia dai cambiamenti socio-demografici in atto in Italia che dalle riforme del sistema previdenziale.

EurizonVita offre prodotti assicurativi tradizionali, polizze unit e index-linked, fondi pensione; distribuisce i propri prodotti attraverso gli sportelli bancari della Banca Sanpaolo (ora parte del Gruppo Intesa Sanpaolo), di Banca Fideuram, di Sanpaolo Invest e attraverso il proprio network di consulenti previdenziali.



www.fondiaria-sai.it

Fondiaria Sai Group è il terzo gruppo assicurativo italiano, secondo nei rami danni, e primo nell'RC Auto, con circa 9 milioni di clienti, una raccolta premi di 10 miliardi di euro e circa 6.000 dipendenti. Per offrire prodotti e servizi assicurativi, previdenziali, finanziari e bancari dei suoi prestigiosi marchi (Sai, Fondiaria, Milano, NuovaMaa, Previdente, Italia, Siat, Sasa...), il Gruppo può contare sulle qualificate capacità della rete di consulenza e vendita assicurativo-finanziaria più capillare del mercato italiano: 3.500 agenzie, 1.500 consulenti finanziari e 5.000 sportelli con accordi di bancassurance. Il Gruppo è presente sul mercato con due società quotate alla Borsa di Milano (Fondiaria-Sai e Milano Assicurazioni) e più di 100 società, attive anche nei settori immobiliare, agricolo, dell'assistenza e dei servizi.

INTESA  SANPAOLO

www.intesasanpaolo.com

Intesa Sanpaolo Group è il gruppo bancario leader in Italia, con circa 10,5 milioni di clienti ed è uno dei gruppi bancari più importanti d'Europa. Il Gruppo nasce dalla fusione di due banche (due dei maggiori player a livello italiano), che precedentemente avevano svolto ruoli importanti nel processo di consolidamento dell'industria bancaria italiana.

Il Gruppo Intesa Sanpaolo è indiscutibilmente leader in Italia nelle attività finanziarie indirizzate sia agli individui che alle imprese con le seguenti quote di mercato: fondi pensione (32%), asset management (31%), transazioni estere (con una percentuale del mercato del 27% nei pagamenti commerciali esteri), bancassurance (24%), factoring (23%) e intermediazione bancaria (20%).

Il Gruppo inoltre è presente nei mercati dell'Europa dell'Est in cui attualmente è posizionato fra i top players in diversi paesi. Infatti, grazie alle filiali locali, si posiziona al secondo posto in Albania, Croazia, Ungheria, Serbia e Slovacchia, al quinto posto in Bosnia Herzegovina e settimo in Slovenia. Attualmente sta rafforzando la sua crescita sviluppandosi in nuove aree quali il bacino mediterraneo con l'acquisizione della Banca di Alessandria, la quarta banca più importante in Egitto.



IL GRUPPO FONDIARIA SAI

Nato il 31 dicembre 2002 dall'incorporazione di "La Fondiaria Assicurazioni" in "Sai-Società Assicuratrice Industriale", Fondiaria-Sai è un primario gruppo assicurativo italiano, leader nei rami danni, con circa nove milioni di clienti e una raccolta premi per quasi 10 miliardi di euro. Per offrire prodotti e servizi assicurativi, previdenziali, finanziari e bancari dei suoi prestigiosi marchi (Sai, Fondiaria, Milano, NuovaMaa, Previdente, Italia, Siat, Sasa...), il Gruppo può contare sulla competenza di circa 6.000 dipendenti e sulle qualificate capacità della rete di consulenza e vendita assicurativo-finanziaria più capillare del mercato italiano: 3.500 agenzie, 1.500 consulenti finanziari e 3.500 sportelli con accordi di bancassurance. Capofila di un gruppo composto da circa 100 società, controllate e collegate, attive anche nei settori immobiliare, agricolo, dell'assistenza e dei servizi, Fondiaria-Sai è quotata alla Borsa di Milano.

Il Gruppo Fondiaria Sai avverte da sempre la responsabilità di creare non solo valore economico per i suoi azionisti, ma anche valore etico per i suoi stakeholder: clienti, dipendenti, pubbliche amministrazioni, comunità locali ed enti attivi sul territorio e nella società civile. Per promuovere la "cultura della solidarietà" nel nostro Paese, il Gruppo ha costituito la Fondazione Fondiaria-Sai — che eroga contributi nel settore socio-assistenziale e culturale — e pubblica annualmente il Rendiconto Sociale, lo strumento che profila in modo tangibile e trasparente l'esercizio della responsabilità sociale di impresa, adottando un approccio originale, che coinvolge nella redazione gli studenti universitari e genera di per sé benefici economico-sociali.

Presidente

Jonella Ligresti

Amministratore Delegato e Direttore Generale

Fausto Marchionni

Direzione Generale

Corso Galileo Galilei, 12

10126 Torino - Tel. 011 6657111

GRUPPO INTESA SANPAOLO

Intesa Sanpaolo è il gruppo bancario leader in Italia, con circa 10,5 milioni di clienti ed è uno dei gruppi bancari più importanti d'Europa.

Il Gruppo nasce dalla fusione di due banche (due dei maggiori player a livello italiano), che precedentemente avevano svolto ruoli importanti nel processo di consolidamento dell'industria bancaria italiana.

Il Gruppo Intesa Sanpaolo è indiscutibilmente il leader in Italia nelle attività finanziarie indirizzate agli individui e alle imprese e ha le seguenti quote di mercato:

- fondi pensione (32%),
- asset management (31%),
- transazioni estere
(con una percentuale del mercato del 27% nei pagamenti commerciali esteri),
- bancassurance (24%),
- factoring (23%),
- intermediazione bancaria (20%).

Il Gruppo inoltre è presente nei mercati dell'Europa dell'Est in cui attualmente è posizionato fra i top players in diversi paesi. Infatti, grazie alle filiali locali, si posiziona al secondo posto in Albania, Croazia, Ungheria, Serbia e Slovacchia, al quinto posto in Bosnia Herzegovina e settimo in Slovenia. Attualmente sta rafforzando la sua crescita sviluppandosi in nuove aree quali il bacino mediterraneo con l'acquisizione della Banca di Alessandria, la quarta banca più importante in Egitto.

FAUSTO MARCHIONNI

L'IMPRESA ASSICURATIVA

Fabbrica, finanza e ruolo sociale

Prefazione di FRANCESCO FORTE



L'IMPRESA ASSICURATIVA. FABBRICA, FINANZA E RUOLO SOCIALE.

Risarcimento diretto, polizze vita, riforma delle pensioni: mai come in questo momento alcuni tra i temi nodali delle assicurazioni sono al centro del dibattito pubblico. In un contesto sociale in cui cambiano rapidamente assetti demografici e dinamiche interne, le imprese assicurative sono chiamate a rispondere a nuove domande, assumendo funzioni e responsabilità di *public utility*.

Sebbene le assicurazioni rappresentino un'importante risorsa del sistema-Paese, nel panorama editoriale italiano è mancata fino a ieri una trattazione ampia e organica sulla struttura e sul ruolo di queste imprese. *L'impresa assicurativa. Fabbrica, finanza e ruolo sociale* di Fausto Marchionni, pubblicato da Il Sole 24 Ore, non colma soltanto questa lacuna, ma affronta argomenti cruciali come il ruolo delle assicurazioni nel sistema finanziario, le teorie del rischio, l'assicurazione come

risposta al bisogno (individuale e collettivo) di sicurezza e l'integrazione tra pubblico e privato nella gestione del welfare. Scritto con l'intento di parlare a un pubblico ampio, il libro utilizza un linguaggio chiaro e semplice, che coniuga la tecnicità dell'assicuratore con il rigore accademico, ed è destinato ad assolvere un'importante funzione formativa per gli studenti universitari.

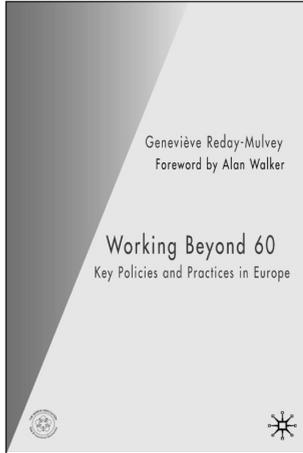
Il libro ha il sottotitolo *Fabbrica, finanza e ruolo sociale* perché sono tre i punti essenziali dell'impresa assicurativa moderna. Anzitutto è giusto ribadire che l'assicurazione è una fabbrica a pieno titolo, che produce la "polizza assicurativa", prodotto singolare perché rimane intangibile sino al momento dell'eventuale sinistro. La parte finanziaria dell'impresa assicurativa, in secondo luogo, nasce dalla "fabbrica", ma è direttamente legata al suo ruolo sociale (certificato attraverso la stesura del Rendiconto Sociale): gli investimenti delle assicurazioni, infatti, contribuiscono in modo decisivo alla crescita e alla stabilità del Paese e costituiscono una riserva indispensabile per gli ammortizzatori sociali.

Il libro focalizza l'attenzione anche sui mutamenti in atto nel mercato, dove nei due grandi comparti dell'industria assicurativa — il ramo danni e il ramo vita — il secondo è in forte aumento, in linea con una tendenza europea. Il risparmiatore italiano, infatti, si sta orientando verso piani di risparmio di medio-lungo termine che diano diritto a una disponibilità di mezzi per l'istruzione superiore dei figli, per la tutela dalle fluttuazioni di reddito, per una pensione sicura.

Viene in tal modo aperta una finestra sul futuro che lascia presagire come negli anni a venire l'impresa assicurativa sarà sempre più un attore sociale di primo piano e un protagonista dello sviluppo economico e culturale.

FAUSTO MARCHIONNI, *L'impresa assicurativa. Fabbrica, finanza e ruolo sociale*, Il Sole 24 Ore, Milano 2006, pag. 357, euro 35.

palgrave
macmillan



WORKING BEYOND 60
Key Policies and Practices in Europe

GENEVIÈVE REDAY-MULVEY

HARDBACK LIST 50 1-4039-4796-1

ORDER THE BOOK BY:

tel. +44 (0)1256 302866

fax +44 (0)1256 330688

orders@palgrave.com

While the reasons for working beyond sixty have become obvious, the how and for whom questions are the real topic of this new study by one of the best European specialists in the area. Work after sixty – if it is to be feasible and widespread – has to be on a part-time basis to meet the wishes and needs of workers and companies. This book provides an in-depth analysis of the growing importance of working beyond sixty and a comparative discussion of new policies in several EU Member States (Finland, Denmark, the United Kingdom, the Netherlands, Germany, France, Italy and others) as well as of best company practices.

CONTENTS: Forewords: Patrick M. Liedtke; Alan Walker – PART 1: WORKING BEYOND 60 – WHY? THE GLOBAL PICTURE: NEW CONSTRAINTS AND OPPORTUNITIES – Demographic Constraints – Social Changes and Opportunities – Economic Constraints and Welfare Reforms – Employment Changes and Opportunities – PART 2: WORKING BEYOND 60 – HOW? THE REDUCTION OF WORKING TIME AND THE PROMOTION OF AGE MANAGEMENT – The Part-Time Model for Working beyond 60 - The Role of Supranational Organizations & Social Partners - Recent Public Policies and Best Practice in Selected European Countries - Recent Company Measures and Best Practice in Selected European Firms - PART 3: WORKING BEYOND 60 – FOR WHOM? THE NEED FOR FAIRNESS, DIVERSITY AND FLEXIBILITY – Who Can and Would Wish to Work Beyond 60? – PART 4. WORKING BEYOND 60 – KEY POLICIES AND RECOMMENDATIONS.

GENEVIÈVE REDAY-MULVEY, a social economist, is Head of 'The Four Pillars' Research Programme (search on Social Security, Insurance, Employment and Retirement), The Geneva Association, Geneva, Switzerland.

