

# QUADERNI EUROPEI SUL NUOVO WELFARE *svecchiamento e società*

## LA POLITICA DEL WELFARE FRA INVECCHIAMENTO E SVECCHIAMENTO

Editoriale

La sostenibilità finanziaria dei sistemi di protezione sociale (in particolare in relazione alle prestazioni di pensione)

Le pensioni e il lavoro a tempo parziale in Svezia

Longevità e BDNF: il ruolo del cervello nella regolazione della durata della vita secondo un punto di vista evolutivo

Invecchiare a casa: il supporto delle tecnologie

L'invecchiamento della popolazione: italiana effetti e politica sociale

I compiti della COVIP nella riforma della previdenza complementare italiana

La mortalità differenziale: un fattore demografico di cui la riforma del sistema previdenziale non tiene conto adeguatamente

Per scelta o per forza: l'innalzamento dell'età di pensionamento in Italia

Longevità, modelli sistemici e rischio d'impresa

Il Sistema Salute: esperienze dai Paesi industrializzati e ruolo dell'assicurazione privata.

TFR e previdenza complementare: si può ragionarne a prescindere dagli sviluppi del sistema di welfare?

Sponsor

**N. 5, Luglio 2006**

## **QUADERNI EUROPEI SUL NUOVO WELFARE - Svecchiamento e società**

*La serie pubblicata in inglese affronta questioni relative al panorama europeo e internazionale, mentre la parte italiana prende in considerazione temi attuali in Italia e in Europa.*

### **Comitato scientifico:**

Michel Albert, "Secrétaire perpetuel" of the Académie des Sciences Morales et Politiques, Paris

Jérôme Bindé, Director, Division of Foresight, Philosophy and Human Sciences, UNESCO, Paris

Robert Blinc, J. Stefan Institute, Ljubljana

Raimondo Cagiano de Azevedo, Facoltà di Economia, Università "La Sapienza", Roma, e Direttore del CIFE (Centro Italiano di Formazione Europea), Roma

Gerry Dickinson, Professor Emeritus of International Insurance, Cass Business School, City University, London

Ricardo Diez-Hochleitner, Honorary President, The Club of Rome, Madrid

Orhan Guevenen, Chairman of the Governing Board of the Council of Europe Development Bank, University of Paris, Bilkent University, Ankara, UNESCO Executive Council, Paris

Antoni Kuklinski, Professor Emeritus, University of Warsaw, Executive Board "Poland 2000 Plus", Polish Academy of Sciences

Patrick Liedtke, Secretary General and Managing Director of The Geneva Association, Geneva

Mircea Malitza, President, University of the Black Sea, Bucharest

Fausto Marchionni, Consigliere Incaricato per il Welfare dell'ANIA, Roma, Amministratore Delegato e Direttore Generale Gruppo Fondiaria - Sai, Torino

Vincenzo Marigliano, Direttore, Dipartimento delle Scienze dell'Invecchiamento, Università "La Sapienza", Roma

Nicola Pangher, Direttore Ricerca e Sviluppo e Membro del Consiglio di Amministrazione, ITALTBS SpA, Trieste

Krunoslav Pisk, Director of the Interuniversity Centre Dubrovnik, Professor of Physics, Zagreb

Roberto Pontremoli, Presidente, Macros Risk Management, Milano

Domenico Romeo, Rettore, Università di Trieste

Sandro Salvati, Presidente IRSA (Istituto per la Ricerca e lo Sviluppo delle Assicurazioni), Milano, e Amministratore Delegato, Gruppo Toro Assicurazioni, Torino

Ivo Šlaus, Croatian Academy of Sciences and Art and Rudjer Bošković Institute, Zagreb

Giorgio Stanta, International Centre for Genetic Engineering and Biotechnology, Professore di Molecular Patological Anatomy, Università di Trieste

Ernst Ulrich von Weizsäcker, Former Member of the German Bundestag and Chairman of the Environmental Committee, Berlin

Raoul Weiler, Applied Biological Sciences Centre, Antwerpen

Anders Wijkman, Member of the European Parliament and Swedish Royal Academy of Sciences, Stockholm

Markku Wilenius, Director, Finland Futures Research Centre, Turku School of Economics and Business Administration, Turku

**Editore e direttore responsabile:** Orio Giarini, Trieste - Ginevra

**Co-editore per la versione italiana:** Angelo Scarioni, Milano

### **Comitato editoriale:**

Luca Penna (Trieste), Geneviève Reday-Mulvey (Ginevra), Mara Tagliabue (Milano), Aleksander Zidansek (Ljubljana)

**Redazione:** Maria Teresa Musacchio (Trieste)

**Traduzione:** Stefano Ondelli (Trieste)

### **Indirizzi:**

Istituto del Rischio - The Risk Institute

Via della Torretta, 10 - 34121 Trieste - Tel. (+39) 333 8684598 / 53 route de Florissant - 1208 Geneva

E-mail: orio.giarini@alice.it - risk\_institute@genevaassociation.org - www.risk-institute.org

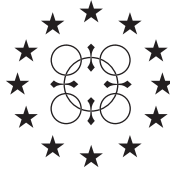
Macros Research, Largo Donegani 3 - 20121 Milano - Tel. (+39) 02 29006727 - fax (+39) 02 6554128

E-mail: segreteria@macrosresearch.it - www.macrosgroup.it

### **Distribuzione:**

Macros Research, Milano e Istituto del Rischio, Trieste

**Stampa:** Tipografia Triestina snc - Via Milano 16 - 34132 Trieste - E-mail: paola@kirchmayer.it

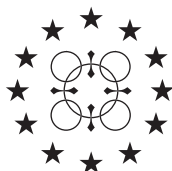


**QUADERNI EUROPEI  
SUL NUOVO WELFARE**  
*svecchiamento e società*

**N. 5, Luglio 2006**

LA POLITICA DEL WELFARE  
FRA INVECCHIAMENTO E SVECCHIAMENTO

*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: € 1.100)

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

### **Payment / Pagamento**

- Bank transfer payable to / *bonifico bancario intestato a*: Macros, Banca Popolare di Intra, Ag. 96, c/c 191863 CIN B CAB 34090 ABI 5548 (please fax a copy to +39 02 6554128 / *inviando copia via fax al numero 02 6554128*)

- Credit card / *carta di credito*: Visa - Mastercard - Eurocard - Cartasi (please fax your request / *inviando richiesta via fax*)

- Via internet / *tramite il sito* [www.macrosgroup.it](http://www.macrosgroup.it)

### **Information / Informazioni**

**Macros Research** Largo Donegani, 3 - 20121 Milano - Tel. (0039) 02 29006727  
Fax (0039) 02 6554128 - E-mail: [segreteria@macrosresearch.it](mailto:segreteria@macrosresearch.it)

# LA POLITICA DEL WELFARE FRA INVECCHIAMENTO E SVECCHIAMENTO

Editoriale	
<i>Orio Giarini e Mara Tagliabue</i>	4
La sostenibilità finanziaria dei sistemi di protezione sociale (in particolare in relazione alle prestazioni di pensione)	
<i>Maite Barea</i>	6
Le pensioni e il lavoro a tempo parziale in Svezia	
<i>Eskil Wadensjö</i>	16
Longevità e BDNF: il ruolo del cervello nella regolazione della durata della vita secondo un punto di vista evolutivo	
<i>Enrico Tongiorgi</i>	33
Invecchiare a casa: il supporto delle tecnologie	
<i>Nicola Pangher</i>	43
L'invecchiamento della popolazione italiana: effetti e politica sociale	
<i>Sabina Mazza e Giorgia Capacci</i>	51
I compiti della COVIP nella riforma della previdenza complementare italiana	
<i>Luigi Scimìa</i>	69
La mortalità differenziale: un fattore demografico di cui la riforma del sistema previdenziale non tiene conto adeguatamente	
<i>Carlo Maccheroni</i>	76
Per scelta o per forza: l'innalzamento dell'età di pensionamento in Italia	
<i>Michele Belloni e Margherita Borella</i>	85
Longevità, modelli sistemici e rischio d'impresa	
<i>Andrea Battista</i>	98
Il Sistema Salute: esperienze dai Paesi industrializzati e ruolo dell'assicurazione privata.	
<i>Alfeo Zanette e Monica Ricatti</i>	116
TFR e previdenza complementare: si può ragionare a prescindere dagli sviluppi del sistema di welfare?	
<i>Paolo Sestito</i>	139
Sponsor	148

# Editoriale

di Orio Giarini e Mara Tagliabue

“... un uomo di sessantaquattro anni... non si dovrebbe, con tanta incosciente leggerezza, chiamare vecchio, come sarebbe stato usuale in quelle epoche in cui i denti cominciavano a cadere a trent'anni e le prime rughe apparivano a 25... al giorno d'oggi la vecchiaia, quella autentica... sarà solo dopo gli ottant'anni che comincerà...”

da *La Caverna*, di José Saramago (Premio Nobel per la letteratura, 1998)

*Come abbiamo già varie volte rilevato, si fa riferimento quasi sempre al fenomeno dell'allungamento della durata di vita, riducendolo a una questione di INVECCHIAMENTO, che comporta implicitamente la perdita più o meno graduale dell'autonomia fisica e anche mentale degli individui. Tale perdita comporta chiaramente un grosso problema per il futuro del Welfare.*

*Il primo passo strategicamente vincente da fare, è di dare spazio e facilitare la presa di coscienza e la valorizzazione della fascia di età che comincia verso i sessanta anni e che si estende al di là degli ottanta, come periodo di SVECCHIAMENTO: cioè l'aumento, rispetto alle stesse classi di età del passato, della capacità di essere attivi e in ben miglior stato di salute.*

*Questa presa di coscienza comporta una battaglia culturale, economica, sociale e anche politica di fondamentale importanza. Non solo, come già spesso ripetuto, per i paesi industriali avanzati caratterizzati da importanti schiere di persone mature. Queste stesse schiere saranno fra pochi decenni anche la caratteristica dei paesi oggi definiti giovani, con popolazioni importanti sotto i venti o trenta anni. Tutti invecchieranno, o piuttosto, tutti contribuiranno a "svecchiare" l'immagine e il contesto sociale e economico che oggi ancora fortemente rinchiede e blocca la cosiddetta "società degli anziani". Infatti restano ancora questioni di fondo da affrontare, situazioni di esclusione dal mondo del lavoro in età lavorativa, di isolamento o di perdita di autonomia durante la cosiddetta vecchiaia.*

*In che cosa si traduce tale cambiamento in materia di "welfare"? Cambia la visione delle politiche sociali dei governi dei Paesi industrializzati troppo caratterizzate dai timori sugli effetti negativi, veri o presunti di un livello di spesa sociale eccessiva per la crescita economica e l'occupazione. Le politiche sociali "attive" non sono necessariamente un "onere" per il sistema economico, ma possono rappresentare un sostegno essenziale all'aggiustamento strutturale e all'esigenza di conciliare crescita economica e sviluppo sociale. Soprattutto in Italia è indispensabile legare la sostenibilità finanziaria dei sistemi pensionistici a maggiori opportunità di lavoro e partecipazione sociale per gli anziani, che rappresentano ormai circa il 20% della popolazione. Per di più è urgente accrescere la partecipazione delle persone anziane alla vita economica e sociale, in un contesto di riforme dei regimi pensionistici pubblici. Inoltre è necessario approntare misure efficaci che accompagnino verso un graduale e volontario innalzamento dell'età media del pensionamento.*

*Questi e altri temi sul welfare sono trattati diffusamente negli articoli di illustri esperti che hanno contribuito a questo numero dei quaderni. Il tema centrale ha un unico filo conduttore: l'analisi delle dinamiche del sistema del welfare con la riflessione, condivisa da molti policy-maker, della necessità imprescindibile di ridisegnare un nuovo modello per prepararsi adeguatamente alle sfide del futuro.*

*La ricerca scientifica e lo sviluppo tecnologico sono profondamente e direttamente implicati in questo processo volto a gestire e meglio comprendere la dinamica del processo di svecchiamento-invecchiamento. Enrico Tongiorgi introduce il tema della ricerca sul funzionamento del cervello e la parte che questo gioca nel processo di regolazione della durata di vita. Nicola Pangher mette in luce il contributo di vari rami dell'informatica che facilitano*

*la vita delle persone di età avanzata nella propria dimora.*

*Maite Barea nel suo studio analizza in particolare il grosso problema del finanziamento sostenibile per l'insieme delle politiche sociali e in particolare dei sistemi pensionistici. È fondamentale incoraggiare una nuova policy di redistribuzione delle risorse, della sostenibilità finanziaria, dell'equità intra e intergenerazionale dei sistemi pensionistici e un nuovo approccio culturale al lavoro.*

*È fondamentale, come è stato ampiamente suggerito nell'articolo di Michele Belloni e Margherita Borella, sull'innalzamento dell'età pensionabile, individuare le misure per realizzare un effettivo posticipo del pensionamento. Spesso nel dibattito a favore del sistema a ripartizione o capitalizzazione, come sostiene Paolo Sestito, hanno pesato elementi aprioristici, trascurando invece da una parte la riduzione dei rendimenti garantiti del sistema a ripartizione e dall'altra del rischio finanziario insito nella capitalizzazione. Al di là di questo profilo critico la questione principale di un ridisegno del sistema è e resterà nello sviluppo di una previdenza integrativa coerente con il sistema previdenziale e il modello di welfare. In termini prospettici si tratta di innalzare le soglie d'età per il pensionamento e l'indicizzazione alle aspettative di vita, la riduzione dell'aliquota contributiva sul lavoro e l'introduzione di una logica redistributiva nel primo pilastro.*

*In una simile prospettiva, sostengono Sabina Mazza e Giorgia Capacci, l'invecchiamento demografico rappresenta una sfida formidabile per i sistemi di welfare e il flusso immigratorio può solo potenzialmente modificare la dimensione del problema. È urgente riscrivere "un nuovo contratto" tra le generazioni per realizzare un modello di welfare con una gestione equilibrata dei servizi e dei trasferimenti, favorendo una maggior flessibilità nelle scelte dell'impiego lavorativo.*

*Carlo Maccheroni con il suo articolo ci espone il quadro evolutivo della mortalità differenziale, quale fattore demografico sottostimato dal sistema previdenziale.*

*Luigi Scimìa ci presenta invece i compiti della COVIP nella riforma della previdenza complementare italiana quale elemento fondamentale per il rafforzamento del portfolio pensionistico.*

*Alfeo Zanette e Monica Ricatti analizzano il sistema salute con un'analisi dei sistemi sanitari dei paesi industrializzati per vedere quale ruolo e spazio l'assicurazione privata malattia potrebbe avere in futuro. In particolare affrontano la questione del Long Term Care, l'offerta dei servizi delle compagnie di assicurazioni e le potenzialità di tale strumento atto ad integrare e migliorare l'offerta complessiva del sistema salute.*

*Andrea Battista affronta la questione della longevità e in particolare la longevità come rischio di impresa. Identifica il termine sharing (vale a dire suddivisione o meglio condivisione) come parola d'ordine per gestire il rischio longevità in quanto i rischi si possono gestire non solo diversificandoli ma soprattutto allocandoli tra i vari player nel modo più opportuno, vale a dire tra le imprese di assicurazioni, i singoli individui, i sistemi pensionistici e lo Stato.*

*Eskil Wadensjö presenta uno studio che analizza il regime pensionistico parziale introdotto in Svezia tra il 1976 e il 2001. Questo studio è particolarmente importante perché mette a fuoco la questione della complementarità fra il lavoro a tempo parziale e il pensionamento parziale, punto chiave di tutta la strategia del welfare fondata sui quattro pilastri.*

*Nella pubblicazione precedente dei Quaderni Europei, il n. 4 in inglese, abbiamo trattato il tema generale del "Welfare and the Lengthening of the Life Cycle" con articoli sulla situazione demografica e pensionistica in Cina, riflessioni sulle dinamiche pensionistiche in Germania, il sistema pensionistico in Polonia, i sistemi pensionistici nei paesi dell'OCSE, il ruolo dell'Assicurazione privata in una società che allunga il ciclo di vita etc.*

*Ringraziamo anticipatamente tutti i lettori dei Quaderni per qualsiasi commento, proposta o suggerimenti affinché la nostra pubblicazione possa diventare il pilastro fondamentale della "COUNTER-AGEING SOCIETY".*

# La sostenibilità finanziaria dei sistemi di protezione sociale (in particolare in relazione alle prestazioni di pensione)

di Maite Barea\*

## 1. Introduzione

Il fatto che i gravi problemi che attanagliano il sistema di protezione sociale europeo spesso non ricevano l'attenzione che meritano non rappresenta una conseguenza della diversità dei vari punti di vista politici e culturali. Al contrario, il fenomeno è più direttamente correlabile alla completa perdita di qualsivoglia contatto con la realtà. Questo stato di alterazione sta mettendo a repentaglio il benessere della società odierna e, quel che è più grave, delle generazioni future. I governi europei ne sono consapevoli; in genere, si dimostrano però riluttanti a far proprie proposte impopolari, per quanto necessarie, in grado di riequilibrare il rapporto tra produzione e consumo delle risorse.

## 2. Evoluzione della spesa totale per la protezione sociale

La Figura 1 fornisce una rappresentazione estremamente chiara della situazione attuale. In rapporto al totale della spesa destinata alla protezione sociale in base all'ESA,<sup>1</sup> l'Europa dei 25 ne destina in media due terzi esclusivamente agli anziani e agli ammalati: il 23% riguarda l'assistenza sanitaria, il 6% i disabili, il 33% va alle pensioni di anzianità, il 4% alle prestazioni ai superstiti; a ciò si può aggiungere un 5% destinato ai sussidi di disoccupazione. Le spese connesse al ricambio generazionale rappresentano appena il 22% del totale: il 16% va all'istruzione e il 6% ai piani per le famiglie e l'infanzia.

In seguito agli attentati terroristici avvenuti a Madrid l'11 marzo 2004, *Il Foglio* ha pubblicato un editoriale di cui riportiamo alcuni estratti alquanto illuminanti in relazione alla situazione descritta sopra:

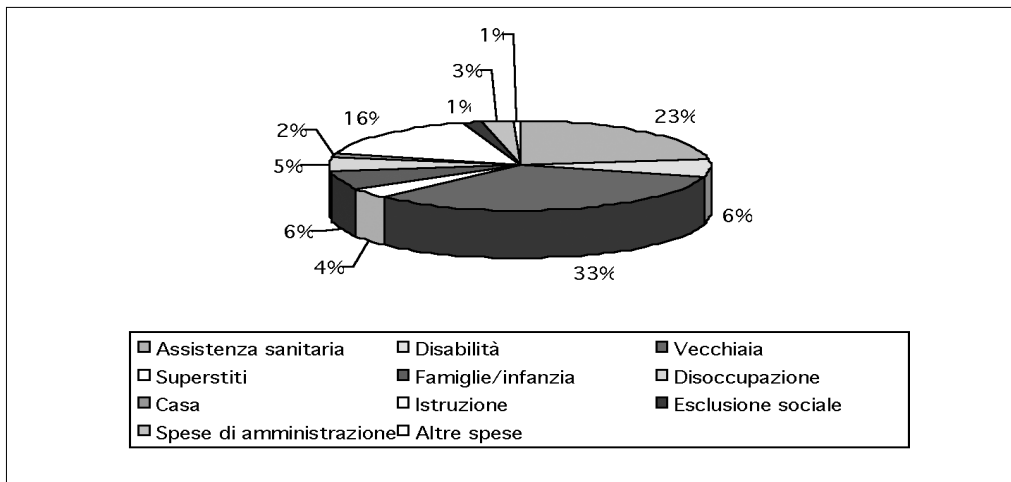
*“Il fenomeno profondo con il quale dobbiamo fare i conti è questo: l'occidente è stanco. È stanco da molti anni, e non si contano i guru che ne hanno profetizzato il declino o il tramonto anche con argomenti solidi, ma la sua stanchezza non è più premonizione teorica, stilema libresco, genere letterario o ipotesi filosofica per i dotti che s'interrogano sul senso della vita: siamo veramente tutti moralmente esausti, lavoriamo poco, siamo ormai lontani dai manufatti dell'industria e dalla terra perché tutto è tecnologia e servizi, siamo popoli di operatori della cultura e del terziario, siamo tutti un po' scolari un po' insegnanti un po' preti di base e formiche di condominio, siamo tutti pensionati effettivi o potenziali, le parole che per noi contano sono volontariato, ricerca di sempre più nobili idealità, solidarietà, eguaglianza, accoglienza, vacanza, 35 ore, tutela, garanzia, assicurazione, benessere, diritto alla salute, gratuità delle prestazioni, difesa dal mercato e dai suoi rischi. (...) Noi siamo esausti (...) Noi vogliamo essere lasciati in pace”.* (G. Ferrara, *Il Foglio*, 16.3.2004).

\* Professore di Economia Applicata, Università Autonoma di Madrid.

<sup>1</sup> In base all'ESA — European System of National Accounts — la spesa per la protezione sociale comprende le seguenti voci: sanità, pensioni di invalidità, di anzianità e prestazioni ai superstiti, sussidi di disoccupazione e assegni familiari, contributi per la casa e per l'esclusione sociale.

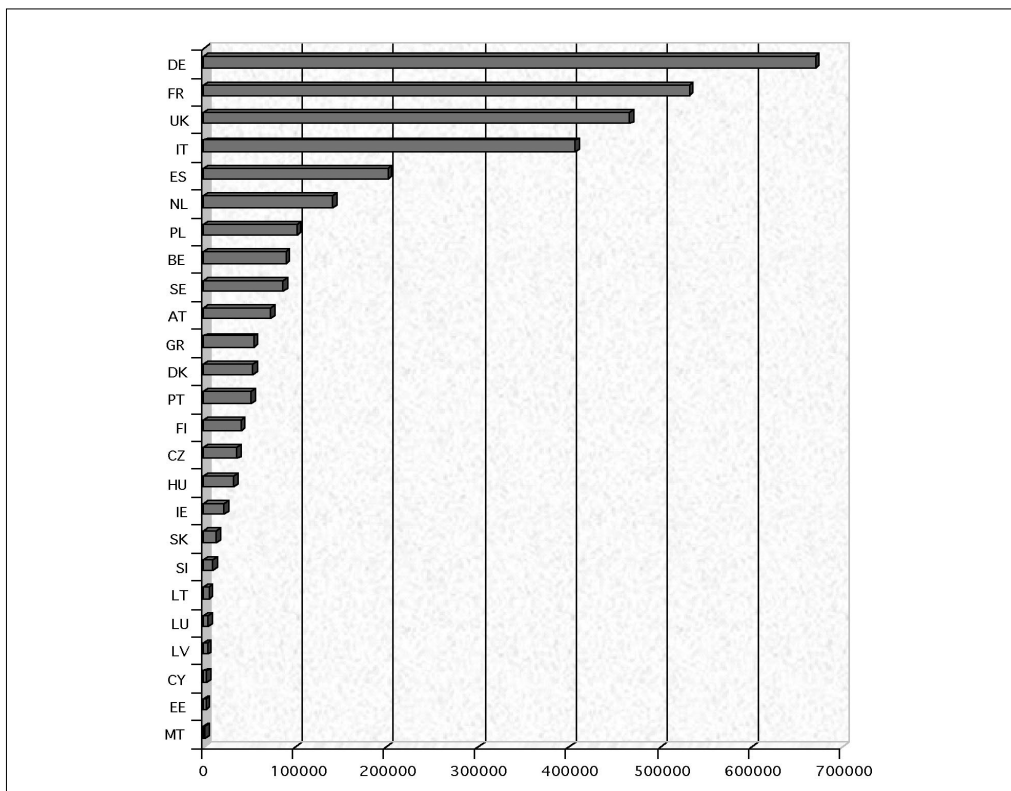


Figura 1: Spesa per la protezione sociale in base alla destinazione ESA, UE-25, 2002



Fonte: Eurostat e ricerche dell'autore.

Figura 2: Spesa per la protezione sociale di ciascun membro dell'Europa dei 25, fonte ESA, in milioni a parità di potere d'acquisto



Fonte: Eurostat e ricerche dell'autore.

La Figura 2 illustra il valore totale della spesa per la protezione sociale nell'Europa dei 25 nel 2002 espresso in milioni di Euro a parità di potere d'acquisto, mentre la Figura 3 riporta i medesimi dati come percentuali del PIL. La media per l'UE è del 32,6%, ma i Paesi che dispongono di sistemi previdenziali oltremodo sviluppati (Svezia, Danimarca, Francia, Austria, Germania e Paesi Bassi) registrano valori medi molto superiori. In Svezia e in Danimarca la protezione sociale assorbe tra il 38% e il 40% del PIL.

Tuttavia, il confronto su base internazionale dei livelli di spesa per la protezione sociale espressi come percentuale del PIL non è scevro di ambiguità, dato che valori simili in realtà possono non rendere conto delle differenze nell'entità degli sforzi realizzati da ciascun Paese. Di conseguenza, pare più interessante considerare la percentuale della spesa nazionale assorbita dalla protezione sociale: nella quasi totalità dei casi, il dato è compreso tra il 60 e il 70% della spesa complessiva, ma in Gran Bretagna sfiora addirittura l'80%. Se non si adottano misure correttive di una certa entità, nel 2050 si potrebbe arrivare all'80-82% del totale della spesa nazionale. A quel punto, come potrebbero le risorse rimanenti garantire all'UE un margine sufficiente per permettere gli essenziali investimenti in ricerca, innovazione, infrastrutture, salvaguardia dell'ambiente, solidarietà internazionale, ecc?

### **3. L'invecchiamento della popolazione europea**

In seguito al processo di invecchiamento, la società europea, insieme a quella giapponese, risulta una delle più anziane del mondo. La generazione del baby-boom raggiungerà presto l'età pensionabile, mentre i bassi tassi di fertilità in Europa non permetteranno di controbilanciarne le conseguenze, né riusciranno a garantire un'adeguata struttura della popolazione in relazione alle classi di età. Le ultime proiezioni dell'UE<sup>2</sup> evidenziano il fatto che attualmente alcuni Stati membri dell'Europa dei quindici – in particolare Germania, Austria, Spagna, Grecia e Italia - presentano tassi di fertilità molto ridotti, inferiori a 1,4. Tuttavia, a partire dal 2000, le tendenze che emergono in seno ai quindici hanno presentato alcune divergenze: i tassi continuano a scendere in Germania, Belgio, Grecia e Lussemburgo, mentre in altri Paesi si è registrata una leggera ripresa, per esempio in Spagna, Finlandia, Gran Bretagna, Olanda, Italia e Svezia. In alcuni dei nuovi membri, la fertilità ha iniziato a calare negli anni Sessanta: in diversi casi la caduta dei regimi comunisti ha determinato un'ulteriore riduzione (fino a 1,4) e tale diminuzione non si è ancora arrestata.

Non solo le persone vivono di più, ma oggi un lavoratore europeo di 60 anni ha la stessa speranza di vita che aveva un trentacinquenne nel 1900, e in più lo stesso lavoratore gode di perfetta salute. A titolo esemplificativo, i grafici 4 e 5 illustrano la speranza di vita di uomini e donne di alcuni Stati membri dell'UE nel momento in cui vanno effettivamente in pensione. In Francia, per esempio, dove si registra una delle età pensionabili effettive più basse d'Europa (circa 58 anni), la speranza di vita è pari a 22,2 anni per gli uomini e 27,5 anni per le donne.

Il Consiglio europeo di Stoccolma del marzo 2001 ha sviluppato i tre momenti di una strategia volta a fronteggiare l'impatto dell'invecchiamento della popolazione sulle economie e sui bilanci nazionali:

- un aumento dei tassi di occupazione, specialmente nel caso di donne e anziani. Analogamente, in occasione del Vertice di Barcellona del marzo 2002, i Capi di Stato hanno stabilito il seguente obiettivo per il 2010: un livello di occupazione pari al 60% per le donne e al 50% per gli anziani (di età compresa tra i 55 e i 64 anni);
- una più rapida riduzione dell'indebitamento nel settore pubblico;
- una riforma del sistema sanitario e pensionistico.

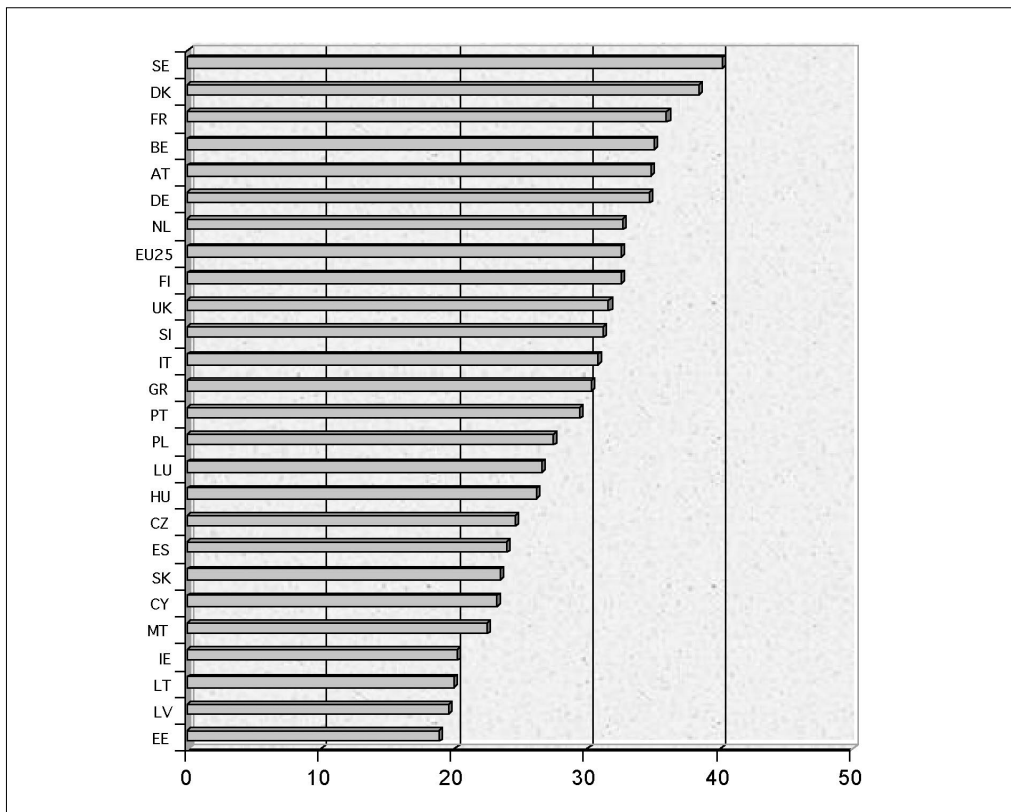
---

<sup>2</sup> Commissione Europea (2005).

#### 4. La spesa per le pensioni di anzianità e la necessità di riformare il sistema

Si stima che il solo fattore demografico possa condurre a un aumento della spesa pensionistica la quale, in media, ammonterebbe a 5 punti percentuali o più del PIL nel periodo compreso tra oggi e il 2050. L'OCSE calcola che il prolungamento della vita lavorativa e l'aumento della quota di donne occupate potrebbe ridurre la spesa di un punto percentuale del PIL. In aggiunta, la riforma del sistema pensionistico (saggio di riproducibilità, durata dei periodi contributivi, ecc.) determinerebbe un'ulteriore diminuzione dell'1,25% del PIL (media dei Paesi OCSE considerati globalmente).<sup>3</sup> Il mancato rispetto di queste scadenze farebbe aumentare l'indebitamento, che finirebbe per gravare sulle spalle delle generazioni future. È possibile ipotizzare che ciò comporti una riduzione della ricchezza inter-generazionale, un aspetto che i rappresentanti politici si dimostrano riluttanti ad affrontare.

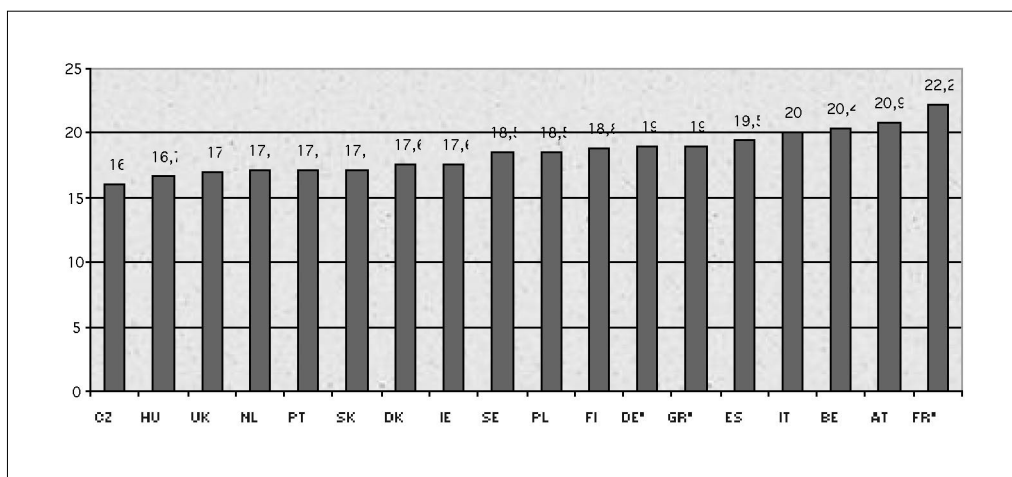
Figura 3: Spesa per la protezione sociale, fonte ESA, espressa come % del PIL, 2002, UE-25



Fonte: Eurostat e ricerche dell'autore.

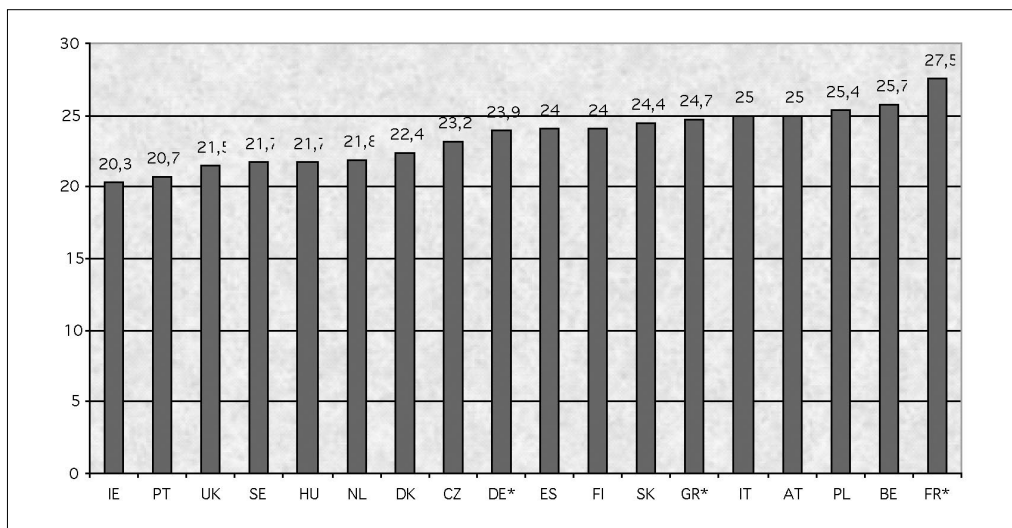
<sup>3</sup> Casey, B. et al. (2003): "Policies for an Ageing Society: Recent Measures and Areas for Further Reform", *OECD Economics Department Working Paper*, No. 369, Paris, p. 8.

Figura 4: Speranza di vita al momento del pensionamento effettivo in alcuni membri dell'UE. Uomini 2002.



Fonte: Eurostat e ricerche dell'autore.

Figura 5: Speranza di vita al momento del pensionamento effettivo in alcuni membri dell'UE. Donne 2002.



Fonte: Eurostat e ricerche dell'autore.

D'altra parte, gli esperti hanno evidenziato un debito pubblico implicito di notevolissima entità contratto dai Governi nei confronti dei pensionati attuali e futuri, debito che ammonta a diverse volte il PIL<sup>4</sup> e corrisponde al patrimonio lasciato in eredità dalle generazioni di oggi ai loro discendenti. Lo European System of National Accounts (SEC-95) registra le operazioni dei Governi sulla base del principio dei diritti acquisiti; tuttavia, i sistemi di distribuzione prevedono che solo le pensioni riconosciute e quelle già versate rientrino nella spesa annuale. Il debito implicito della sicurezza sociale deriva dai diritti acquisiti in conseguenza dei contributi versati ma per il momento non riconosciuti, poiché i lavoratori interessati non hanno ancora raggiunto l'età pensionabile. Se il principio dei diritti acquisiti venisse applicato al regime pensionistico, i conti pubblici di tutti gli Stati membri dell'UE presenterebbero disavanzi enormi.

Non ci si può attendere che la situazione attuale possa essere affrontata aumentando le tasse o i contributi sociali, dato che la competitività di ciascun Paese ne verrebbe a soffrire enormemente. I flussi migratori non rappresentano assolutamente una soluzione definitiva: i giovani provenienti da altri Paesi sono indubbiamente nuovi contribuenti ma, a seguito dei ricongiungimenti familiari, si verificano presto aumenti nella spesa sanitaria e per l'istruzione, come negli assegni familiari ecc., per tacere dei risvolti culturali della questione. D'altra parte, le ricerche condotte in Stati membri dell'UE come la Francia e la Germania, caratterizzati da una lunga storia di flussi migratori, rivelano che i nuovi arrivati si conformano alla struttura demografica del Paese ospite a partire dalla seconda generazione.

È quindi essenziale conseguire eccedenze di bilancio in maniera tale da poter rimborsare parte del debito pubblico, sgravandosi di tale fardello, e permettere la creazione di riserve utili ad affrontare il debito implicito dei sistemi previdenziali. A tale scopo, il ritocco delle condizioni del Patto di stabilità da parte dei membri dell'Unione monetaria non fa altro che peggiorare il problema. Tra il 22 e il 23 marzo 2005, in seguito alle forti pressioni esercitate dai governi di Francia e Germania, si è proceduto a rendere meno severe le disposizioni del Patto di stabilità e di crescita. In realtà, nel 2004 questi due Paesi presentavano deficit di bilancio pari al 3,7% del PIL. In virtù del nuovo accordo, il Patto rimane formalmente in vigore, prevedendo il limite del 3% del PIL nel caso del deficit di bilancio, e del 60% del PIL nel caso del debito pubblico. Tuttavia, da quel momento in avanti, il sistema permette di tenere conto di "altri fattori pertinenti" qualora si superi di poco la soglia del 3%. Non esiste alcun riferimento specifico alla natura dei fattori imprescindibili, e ogni decisione viene interamente lasciata agli Stati membri e alle istituzioni. In tal modo i governi, per ragioni strettamente politiche, stanno rimandando a un secondo momento l'ingrato compito di prendere decisioni impopolari che non desiderano prendere oggi – in altre parole, scaricano questa responsabilità sulle generazioni future.

In virtù dello scenario illustrato sopra, risulta evidente che una riforma mirata ad assicurare la sostenibilità del sistema pensionistico dovrebbe rappresentare sia una priorità politica, sia un elemento essenziale per cogliere pienamente la situazione attuale, prendendo in considerazione il numero più ampio possibile di fattori in gioco.

Al fine di comprendere la questione della sostenibilità finanziaria è necessario individuare come segue il sistema distributivo:

$$Arp \times N^o p = As \times N^o w \times Sc$$

<sup>4</sup> Per esempio, Magnoni d'Intignano, B. (1997), rifacendosi a fonti del INSEE, calcola che a metà degli anni Novanta il debito totale della Francia fosse pari a circa 2,5-3,75 volte il PIL; Barea, J. (1999 e 2004) stima al 217% del PIL il debito totale della Spagna, di cui il 109% rappresenterebbe il debito esplicito — corrispondente agli impegni contratti con gli attuali pensionati — e al 108% il debito implicito, che si riferisce agli impegni verso i contribuenti attivi. Nel tempo, quest'ultimo può solo aumentare (le stime relative alla Spagna indicano che è raddoppiato tra il 1990 e il 1996). La situazione non muta nel caso dei nuovi Stati membri. Secondo l'Ufficio plenipotenziario polacco, nella seconda metà degli anni Novanta il debito implicito relativo alle pensioni si sarebbe aggirato intorno al 200% del PIL annuo (OECD, 1998, p. 83).

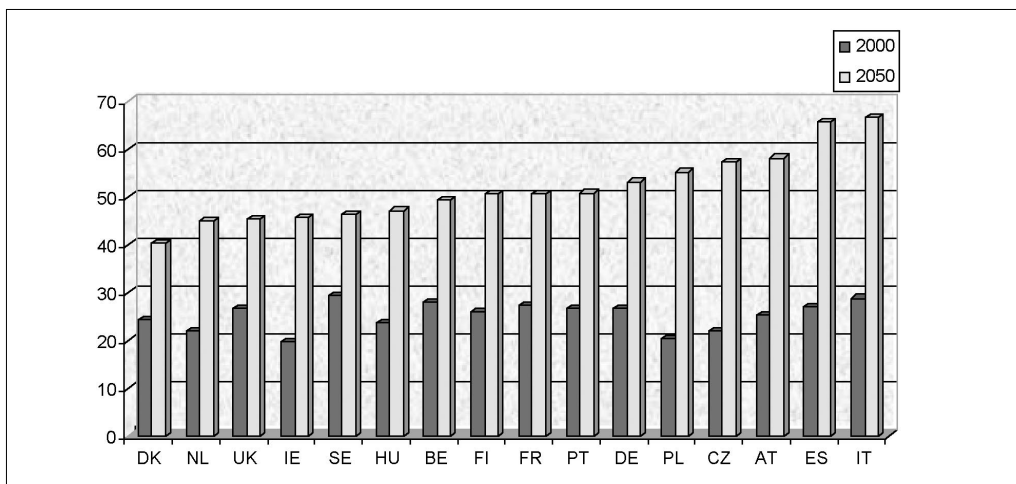
Dove  $Arp$  rappresenta la pensione di anzianità media;  $N^o p$  il numero dei pensionati;  $As$  la retribuzione media da cui sono stati prelevati i contributi;  $N^o w$  il numero di lavoratori in attività e  $Sc$  il tasso di contribuzione sociale.

Le cause dello squilibrio del sistema vanno ricercate nella questione demografica illustrata in precedenza, e nella sua scarsa equità. In altre parole:

1. Il numero dei pensionati aumenta secondo un tasso che risulta superiore rispetto al numero di lavoratori (  $N^o p > N^o w$  ). Nei casi in cui il sistema evidenzi un tasso di sostituzione dei lavoratori variabile [ $Arp/As$ ], si riscontra la riduzione della pensione di anzianità media ( $Arp$ ). In genere il sistema è caratterizzato da un tasso fisso di sostituzione dei lavoratori; di conseguenza, per poter bilanciare l'equazione, o si aumentano i contributi sociali – misura che comporta la perdita di competitività delle imprese nazionali e conduce a una riduzione dell'occupazione – o si aumenta il deficit pubblico. La Figura 6 illustra la crescita dello squilibrio tra il numero dei pensionati e quello dei lavoratori in attività tra il 2000 e il 2050.
2. Quando la pensione di anzianità media cresce più rapidamente dei contributi medi sulle retribuzioni (  $Arp > As$  ) si ha lo stesso risultato: o si aumentano i tassi di contribuzione, o si agisce sul deficit di bilancio.

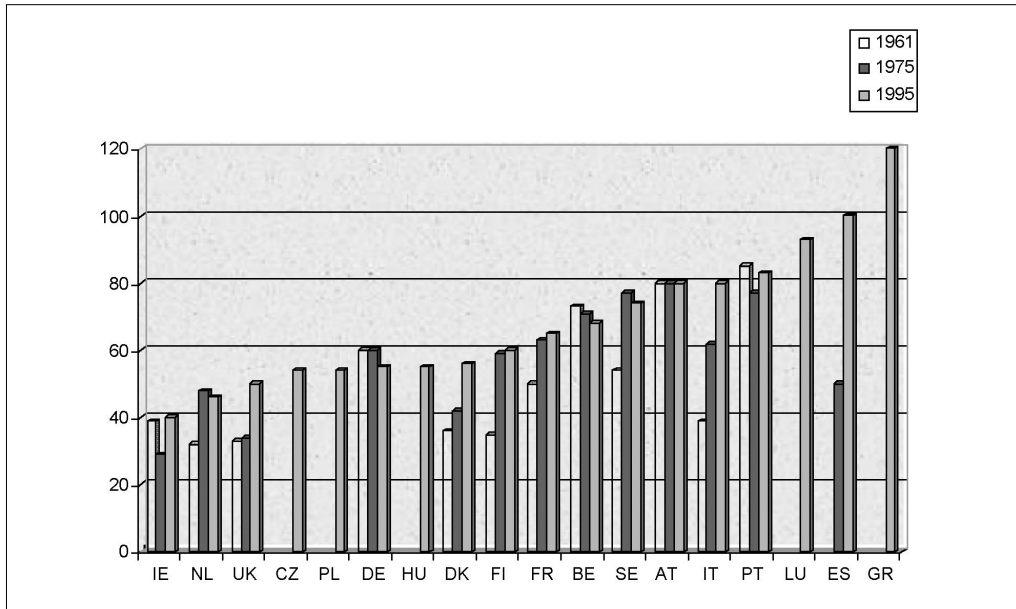
Al fine di valutare l'equità e il carattere proporzionale del sistema, di norma si ricorre a una serie di indicatori: il tasso di rendimento delle pensioni e quello di sostituzione. Il primo è pari al rapporto tra il valore finale dei contributi versati nel corso della vita attiva dei lavoratori e la pensione di anzianità che riceveranno. Questo indice rispecchia i "rendimenti" ottenuti dal sistema pensionistico e, paradossalmente, in diversi Paesi tende a essere maggiore per chi ha contribuito al regime previdenziale per un numero di anni inferiore. Negli anni Sessanta — in conseguenza della situazione economica effervescente, delle promesse elettorali e di altri fattori — le parti sociali hanno raggiunto una serie di accordi che permettevano ai lavoratori di accedere a pieno titolo alle pensioni pur avendo versato solo pochi anni di contributi; si accettava così l'idea che queste persone avrebbero ricevuto una pensione molto maggiore rispetto all'ammontare dei contributi effettivamente versati, il che ha condotto all'odierna mancanza di proporzionalità in seno ai sistemi pensionistici.

*Figura 6: Tasso di dipendenza dei pensionati (oltre 65 anni) rispetto al numero di lavoratori attivi (20-64 anni)*



Fonte: Eurostat e ricerche dell'autore.

Figura 7



Fonte: Blöndal & Scarpetta (1999) e ricerche dell'autore.

Il tasso di sostituzione indica il rapporto tra l'ultima retribuzione per cui sono stati versati i contributi nel corso della vita lavorativa e l'ammontare della prima pensione di vecchiaia. Come si evince dalla Figura 7, in generale i tassi di sostituzione dei vari Stati membri sono andati aumentando a partire dagli anni Sessanta. In un sistema basato sulla distribuzione, il tasso che garantisce la sostenibilità del sistema dovrebbe aggirarsi intorno al 60%. D'altro canto, in virtù dell'esistenza di soglie minime, le pensioni dei gruppi a reddito più basso tendono a beneficiare di livelli di sostituzione più elevati. Se un Paese volesse mantenere una qualche forma di sistema redistributivo, che cosa dovrebbe fare per garantirne la sostenibilità? Di fronte alla questione della mancanza di equità, dovrebbe:

- collegare effettivamente il livello delle prestazioni a quello dei contributi, aumentando il periodo di riferimento dei redditi ricevuti e utilizzandolo come base per il calcolo delle prestazioni pensionistiche (è necessario abbandonare il sistema che tiene conto esclusivamente degli "anni migliori" o degli ultimi anni in cui una persona ha lavorato per adottare un sistema che fa riferimento al reddito medio accumulato nel corso dell'intera vita lavorativa);
- perseguire un aggiustamento attuariale in relazione alla corresponsione delle prestazioni, in modo tale che si possa tener conto della speranza di vita massima e delle diverse possibili età di pensionamento al fine di rendere più proporzionale il sistema dei rendimenti pensionistici;
- fare in modo che i diversi regimi previdenziali beneficino del medesimo sistema contributivo.

Per poter affrontare la sfida demografica, è essenziale posticipare l'età del pensionamento senza che ciò comporti la concessione di nuovi diritti. Si tratta di una strada intrapresa di recente da diversi Stati membri.



D'altro canto, il Consiglio d'Europa di Göteborg ha espresso le proprie preoccupazioni riguardanti il mantenimento di un livello di vita adeguato per gli anziani. In realtà il sistema redistributivo è caratterizzato dalla solidarietà tra generazioni, visto che i figli provvedono al soddisfacimento dei diritti dei genitori. Tuttavia, in passato i vari governi hanno sfruttato questo regime per redistribuire il reddito e, nel contempo, vi hanno incluso le pensioni minime di chi aveva contribuito solo in piccola parte al sistema. Così facendo, non si rispetta il vero spirito della redistribuzione, poiché il sistema dovrebbe restituire il reddito accumulato da una persona nel corso della sua vita lavorativa piuttosto che provvedere alla redistribuzione tra classi sociali o generazioni diverse. Questo secondo tipo di redistribuzione dovrebbe essere sempre finanziato dal bilancio pubblico e non tramite i contributi sociali; quando il peso economico si sposta sui contributi, si introduce nel sistema un fattore di indebitamento. Tale approccio può anche essere riuscito a nascondere gli aspetti più problematici quando esistevano contribuenti in abbondanza, ma è diventato un fardello aggiuntivo per il sistema nel momento in cui si è avuta un'inversione delle tendenze demografiche.

Il Segretariato OCSE<sup>5</sup> ha sviluppato un modello che, in relazione al numero di percipienti e al totale dei servizi pensionistici, permette di stimare i cambiamenti necessari tra il 2005 e il 2025 affinché un Paese "standard"<sup>6</sup> riesca a contenere il livello del debito pubblico entro il limite del 55% del PIL.

Tabella 1

	<b>Data di entrata in vigore della disposizione</b>		
	<b>2005</b>	<b>2015</b>	<b>2025</b>
Riduzione del numero di percipienti delle pensioni di anzianità (in %)	7,7	9,5	12,3
Riduzione dell'importo medio delle pensioni (in %)	17,3	21,3	29,9

Sebbene questi dati non forniscano altro che una stima approssimativa, è lecito prevedere che più a lungo i singoli Paesi aspettano prima di introdurre le disposizioni relative alle pensioni di anzianità, più cresce la possibilità che le riforme previste si rivelino tanto fondamentali quanto drammatiche. L'esperienza insegna che quando i sistemi pensionistici vengono riformati è necessario un lungo periodo di transizione affinché i cittadini accettino la nuova situazione e modifichino i propri comportamenti in termini di risparmio. A partire dagli anni Novanta, la maggior parte degli Stati membri dell'UE ha cercato di introdurre riforme dei sistemi pensionistici volte a renderli più equi, efficienti e sostenibili dal punto di vista finanziario. La Commissione e il Consiglio dell'UE si dimostrano fortemente favorevoli a tale processo.<sup>7</sup>

<sup>5</sup> Cfr. Dang, T.T. *et al.* (2001): "The Fiscal Implications of Ageing: Projections of Age-Related Spending", *OECD Economics Department Working Papers*, No. 305, Paris.

<sup>6</sup> Tra tutti i modelli di stima per Paese, sono gli U.S.A. e il Giappone i membri OCSE la cui spesa pubblica per le pensioni di anzianità risulta inferiore rispetto alla spesa degli Stati europei. Ciò significa che il modello medio in Europa risulterebbe superiore ai dati provenienti dall'OCSE. Inoltre questo valore medio non dice nulla sulle differenze tra i Paesi europei stessi.

<sup>7</sup> V. Consiglio dell'Unione europea (2003).



## 5. Conclusioni

L'invecchiamento e la vita stessa sono ben diversi da quanto non fossero in passato, almeno dal punto di vista della biologia. Il primo ha inizio più tardi, e la seconda si è allungata. Ciononostante, negli ultimi decenni in Europa è emersa la tendenza a lavorare di meno, mentre l'età effettiva del pensionamento è risultata inferiore ai 60 anni. Tale fenomeno corre il rischio di mettere a repentaglio il benessere della popolazione, soprattutto per quanto concerne le generazioni future. Gli stati europei hanno accumulato debiti impliciti e "nascosti" che superano di diverse volte l'ammontare del PIL annuo. I governi ne sono consapevoli ma si dimostrano poco decisi o del tutto inefficaci nel proporre misure impopolari ma essenziali per riequilibrare il rapporto tra produzione e consumo delle risorse. È anche fondamentale che, mentre si compie qualsivoglia tentativo volto a rimettere ordine a livello delle risorse, della sostenibilità finanziaria, dell'equità intra- e intergenerazionale dei sistemi pensionistici, si coltivi anche il concetto di lavoro.

### RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Barea Tejeiro, J. (1999): "Los efectos económicos del envejecimiento", *Anales de la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas*, año LI, No. 76, pp. 273-298, Madrid.
- Barea, J. (2004): "Los cambios institucionales en los últimos veinticinco años y los retos pendientes en relación con el gasto en pensiones", *Revista del Instituto de Estudios Económicos*, No. 2-3, pp. 221-232, Madrid.
- Casey, B., Oxley, H., Whithouse, E., Antolin, P. Duval, R. and Leibfritz, W. (2003): "Policies for an Ageing Society: Recent Measures and Areas for Further Reform", *OECD Economics Department Working Paper*, No. 369, Paris.
- Dang, T.T., Antolin, P. and Oxley, H. (2001): "The Fiscal Implications of Ageing: Projections of Age-Related Spending", *OECD Economics Department Working Papers*, No. 305, Paris.
- Economic Policy Committee of European Commission (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/EC-FIN/655/01-En final.
- European Commission (2005): "The 2005 EPC Projections of Age-Related Expenditure (2004-2050) for the EU-25 Member States: Underlying Assumptions and Projection Methodologies", *Economic Policy Committee of the Directorate General for Economic and Financial Affairs*.
- European Union Council (2003): Brussels, 10.3.2003 (14.03), 7165/03.
- Magnoni d'Intignano, B. (1997): *La protection sociale*, Ed. Le Livre de Poche, Paris.
- OCDE (1998): *Etudes Économiques Par Pays: Pologne*, Paris.
- OECD (2004): "Améliorer la croissance et les finances publiques dans un contexte d'évolution démographique", *Conseil au niveau des Ministres*, C/MIN(2004)5, Paris.

## **Le pensioni e il lavoro a tempo parziale in Svezia<sup>1</sup>**

di Eskil Wadensjö\*

### **1. Introduzione**

Tra il 1976 e il 2001 la Svezia ha adottato un particolare regime pensionistico, che prevede il part-time previdenziale in relazione al pensionamento per anzianità, per vecchiaia e per invalidità. Il regime pensionistico parziale ha riscosso notevole successo, registrando un alto tasso di adesioni, anche se è stato criticato perché troppo costoso. Nell'ambito della riforma delle pensioni di anzianità del 1994, il regime a tempo parziale è stato reso meno generoso, per poi essere abolito del tutto nel 2001. Le altre due possibilità di conciliare lavoro e pensione hanno continuato ad esistere. Lo studio si propone di evidenziare che, quando hanno l'opportunità di scelta, le persone tendono a preferire un lavoro part-time piuttosto che un'attività full time o il pensionamento.

### **2. Perché adottare una politica volta ad aumentare l'offerta di manodopera?**

Durante gran parte del periodo postbellico, le previsioni relative al fabbisogno di manodopera in Svezia hanno seguito le variazioni del ciclo economico, come si evince facilmente dalle stime quinquennali realizzate dal Ministero delle finanze. Analisi e raccomandazioni variano a seconda dell'anno di pubblicazione: in periodi di prosperità, la conclusione era stata che l'offerta di manodopera risultava eccessivamente ridotta e che occorreva agire per rafforzarla. Negli anni della recessione ci si era concentrati sulla scarsità del fabbisogno e sulla necessità di fare qualcosa per ridurre l'offerta. Sin dagli anni Ottanta, a prescindere dalla congiuntura economica, sul dibattito è aleggiata la preoccupazione che il declino della fetta di popolazione in età lavorativa<sup>2</sup> e il conseguente calo dell'offerta di manodopera avrebbe reso problematico il finanziamento della previdenza sociale. Anche nel corso degli anni Novanta sono state adottate molte misure atte a rafforzare l'offerta di manodopera, anche se allo stesso tempo si è agito (più o meno intenzionalmente) per cercare di diminuirla.<sup>3</sup> Pur non avendo risolto il problema, tali iniziative hanno contribuito a renderlo più visibile.

Il motivo per cui gli argomenti oggetto di discussione sono cambiati è da ricercarsi nella crescente consapevolezza che la percentuale di anziani sul totale della popolazione continua a crescere e che tale aumento non risulta controbilanciato a causa della diminuzione del numero di chi si trova al di sotto dell'età attiva: la quota di popolazione attiva si riduce. Non si tratta di un fenomeno nuovo, ma negli ultimi anni ci se ne è resi maggiormente conto, forse perché in conseguenza di ciò altri Paesi, non da ultimo Paesi membri dell'Unione Europea, si trovano

<sup>1</sup> Sono grato a Gunnar Edebalk, Gabriella Sjögren Lindquist e Ann-Charlotte Ståhlberg per i preziosi commenti e ringrazio Annika Sundén per le osservazioni svolte a proposito di una versione precedente e della conferenza ESPE tenuta a Bergen nel giugno 2004, oltre a quella intitolata "Changing Social Policies for Low-Income Families and Less Skilled Workers in the EU and the US" presso il National Poverty Center and European Union Center, University of Michigan, aprile 2005.

\* Istituto Svedese di Ricerca Sociale, Università di Stoccolma, SE-106 91 Stoccolma, Svezia, e IZA, Bonn, eskil.wadensjo@sofi.su.se.

<sup>2</sup> L'espressione "età attiva" in genere viene definita come il periodo compreso tra il completamento della scuola dell'obbligo fino alla normale (usuale) età pensionabile, periodo che attualmente in Svezia va dai 16 ai 65 anni. Ciò implica che il concetto di età attiva può mutare nel tempo (variando il sistema scolastico e il regime pensionistico) ed è diverso da Paese a Paese. Molti di coloro i quali rientrano nell'età attiva non hanno occupazione, mentre ci sono persone che lavorano pur essendo più giovani o più anziane.

<sup>3</sup> Cfr. l'analisi offerta da Wadensjö & Sjögren (2000).

ad affrontare lo stesso fenomeno, e l'opinione pubblica svedese viene influenzata dalle discussioni che avvengono altrove. La situazione all'estero è illustrata alla Tabella 1.

*Tabella 1: Percentuale sulla popolazione di ultrasessantacinquenni e ultraottantenni in alcuni Paesi (%)*

Paese	1975		2000		2015		2030	
	65+	80+	65+	80+	65+	80+	65+	80+
Danimarca	13,4	2,4	14,9	4,0	18,9	4,4	23,0	7,1
Norvegia	13,7	2,5	15,2	4,4	17,4	4,6	22,0	6,6
Svezia	15,1	2,7	17,3	5,0	21,4	5,7	25,1	8,6
Francia	13,5	2,5	16,0	3,7	18,8	5,8	24,0	7,5
Germania	14,8	2,2	16,2	3,5	20,2	5,4	25,8	7,2
Italia	12,0	1,9	18,1	4,0	22,2	6,8	28,1	9,0
Regno Unito	14,0	2,4	15,7	4,0	18,4	4,9	23,5	7,0
Giappone	7,9	1,1	17,0	3,7	24,9	7,0	28,3	11,1
Stati Uniti	10,5	2,1	12,6	3,3	14,7	3,8	20,0	5,3

Fonte: U.S. Department of Commerce, Economics and Statistics Administration, e U.S. Census Bureau, An Aging World 2001, Washington, D.C., 2002.

Due sono i fattori che conducono all'invecchiamento della popolazione. Il primo è dato dal fatto che la fertilità si è ridotta e risulta inferiore alla soglia che permette di contrastare il declino demografico. Le nuove classi di età sono meno numerose delle precedenti e la piramide della popolazione non si presenta più come tale. L'altro fattore è l'aumento della longevità. Nei primi decenni del XX secolo la speranza di vita era aumentata soprattutto perché erano diminuite la mortalità infantile e quella tra la popolazione in età attiva, e si era avuta una drastica riduzione anche delle morti dovute a epidemie. Negli ultimi decenni, invece, la speranza di vita è aumentata soprattutto in virtù del fatto che chi ha raggiunto l'età pensionabile poi sopravvive più a lungo. Questo fattore contribuisce all'incremento della speranza di vita ma ha un impatto maggiore sulla quota di popolazione anziana rispetto ai fattori dominanti in precedenza, e le conseguenze diverranno particolarmente evidenti quando la generazione del baby boom nata negli anni Quaranta raggiungerà l'età della pensione. Si tratta di un ulteriore stimolo all'accesso dibattito che ruota attualmente intorno all'invecchiamento della popolazione.

Come si può vedere alla Tabella 1, la fetta degli ultraottantenni sta crescendo in maniera evidente, il che non significa solo che si assisterà a un notevole aumento della spesa pensionistica, ma che crescerà considerevolmente anche il costo dell'assistenza e dei servizi sanitari agli anziani.

Si è detto che le cause principali dell'invecchiamento della popolazione sono l'aumento della speranza di vita e il basso tasso di fertilità. Il fatto che viviamo più a lungo non può che essere salutato con soddisfazione. Il tasso di fertilità può essere in parte influenzato dalle politiche relative alle famiglie e all'istruzione, ma non dobbiamo attenderci grandi cambiamenti, anche perché un eventuale recupero non sortirebbe alcun effetto sull'offerta di manodopera per circa vent'anni almeno. Nei primi decenni successivi all'aumento del tasso di fertilità si assisterà alla diminuzione della fetta di popolazione compresa nell'età attiva. Come illustreremo nel prossimo paragrafo, le misure suscettibili di far crescere il numero di ore lavorate per la produzione del PIL non influenzano i due fattori principali responsabili dell'aumento della popolazione anziana, ma mirano a far crescere la partecipazione alla popolazione attiva in diversi gruppi demografici.

### 3. Politiche mirate ad aumentare il numero di ore lavorate per la produzione del PIL

Quando aumenta la percentuale degli anziani sul totale della popolazione e diminuisce il numero di ore lavorate, naturalmente occorre prendere misure atte a contrastare il declino dell'occupazione tra i lavoratori anziani, tuttavia non è chiaro se questo sia il metodo più efficace per aumentare le ore lavorate. Anche se lo fosse, non è l'unica strada percorribile per raggiungere un simile traguardo. Di seguito, illustriamo approcci diversi volti a rafforzare l'offerta di manodopera e l'occupazione, oltre a misure mirate a incoraggiare tale offerta tra i lavoratori anziani.

- In media, oggi l'ingresso nel mercato del lavoro avviene più tardi rispetto a qualche decennio fa. In parte ciò è dovuto al prolungamento del periodo scolastico: ai nove anni di istruzione obbligatoria primaria si è aggiunto un triennio di istruzione secondaria per quasi tutti. Inoltre, in seno a questa generazione va aumentando il numero di quelli che proseguono gli studi superiori. Si tratta tuttavia di una spiegazione solo parziale del fenomeno. L'ingresso nel mercato del lavoro viene in genere posticipato di un numero maggiore di anni rispetto a quelli destinati al prolungamento dell'istruzione. È necessario un periodo più esteso per passare dal completamento delle scuole secondarie o dell'università al primo impiego; inoltre, dopo le scuole superiori, molti attendono qualche anno prima di passare all'istruzione superiore. Di conseguenza, si possono considerare utili eventuali misure che permettano ai giovani di trovare più agevolmente lavoro dopo la scuola e di accedere ai corsi universitari con maggiore facilità dopo aver completato l'istruzione secondaria.
- Tra tutta la popolazione in età attiva, la partecipazione alla popolazione attiva risulta notevolmente inferiore in certi gruppi rispetto ad altri. Una politica più efficace volta a integrare gli immigranti nel mercato del lavoro e nella società in genere può essere un buon modo per aumentare l'occupazione. Una delle misure proposte prevede di incoraggiare l'immigrazione di manodopera. I lavoratori immigrati sono giovani ed evidenziano un tasso di occupazione elevato – nella maggior parte dei casi sono i datori di lavoro stessi a ricercarli.
- Il numero di ore lavorate non viene influenzato solo dal tasso di partecipazione alla popolazione attiva e dal tasso di occupazione, ma anche dall'effettivo carico lavorativo svolto da chi ha un lavoro. Il motivo principale che spinge ad assentarsi dal posto di lavoro sono le malattie.<sup>4</sup> Se risultano efficaci, eventuali misure atte a diminuire le assenze per malattia rappresenterebbero un modo per opporsi al declino delle ore lavorate determinato dalla crescita della percentuale di popolazione anziana sul totale.

Rimane il fatto che gran parte delle proposte avanzate si concentrano sull'incremento dell'offerta di manodopera e del numero di ore lavorate tra gli anziani ancora in età attiva (55-64 anni) o già in età pensionabile (65+). Per quanto riguarda la partecipazione degli anziani alla popolazione attiva, gli obiettivi da raggiungere possono essere suddivisi in tre sottoclassi.

- Limitare l'uscita anticipata dal mercato del lavoro e di conseguenza aumentare il numero di ore lavorate in seno all'economia data. Negli ultimi decenni, il prepensionamento in Svezia ha evidenziato la tendenza ad aumentare, tendenza che è risultata ancora più accentuata in molti altri Paesi. Il fenomeno si concretizza secondo modalità diverse, per esempio in Svezia con le pensioni di invalidità<sup>5</sup> e quelle versate dai datori di lavoro, ma esistono molti altri modi per andare in pensione anticipata.

---

<sup>4</sup> Cfr. i diversi contributi in Swedborg (2003).

<sup>5</sup> Il sistema delle pensioni di invalidità e le denominazioni delle diverse prestazioni disponibili in base a esso sono cambiati a partire dal gennaio 2003.

- Aumentare l'età pensionabile ufficiale. Un simile cambiamento potrebbe riguardare l'età pensionabile normale e/o l'età minima a cui è possibile ricevere una pensione di anzianità.<sup>6</sup> Nel corso degli ultimi vent'anni molti Paesi hanno innalzato l'età pensionabile secondo almeno uno di questi approcci. In diversi casi l'età a cui le donne possono andare in pensione è stata equiparata a quella degli uomini, mentre in precedenza era inferiore. Alcuni sistemi che prevedevano un'età pensionabile inferiore l'hanno portata a 65 anni. Negli U.S.A. si è deciso di innalzare gradualmente il limite per la pensione da 65 a 67 anni. La decisione risale addirittura al 1983, mentre il primo aumento semestrale ha avuto luogo nel 2000 per i nati nel 1937. La prima classe d'età che andrà in pensione a 67 anni comprenderà i nati nel 1955, per i quali l'anno del pensionamento "normale" sarà appunto il 2022.
- Incoraggiare il lavoro dopo l'età di pensionamento ufficiale. In alcuni Paesi sono molti quelli che continuano a lavorare oltre la soglia dell'età pensionabile. Negli U.S.A. l'obbligo di pensionamento per chi aveva meno di 70 anni è stato abolito nel 1978. Nel 1987 il pensionamento obbligatorio è stato revocato — con qualche eccezione — anche per chi aveva superato la soglia dei 70. Nel 2000 i vincoli legati al reddito hanno cessato di essere applicati per gli ultrasessantacinquenni, mentre rimangono in vigore per chi è in età compresa tra i 62 e i 65 anni. In Svezia la legge sulla sicurezza del lavoro è stata modificata per scoraggiare il pensionamento obbligatorio a 65 anni, prima piuttosto comune, portando il nuovo limite d'età a 67 anni. Tuttavia, non sarà possibile ricevere il sussidio di disoccupazione dopo aver compiuto i 65 anni, mentre oltre tale soglia ci saranno alcune limitazioni per quanto riguarda le indennità di malattia.<sup>7</sup>

Ma come fa un regime pensionistico a tempo parziale a rientrare nell'insieme di queste riforme? In senso formale, un sistema di pensioni part-time significa che, invece di continuare a lavorare a tempo pieno, si passa al tempo parziale qualche anno prima del pensionamento completo; in altre parole, si ha una riduzione del numero di ore lavorate. Ma una simile riduzione riesce a far sì che in seno all'economia data aumenti il numero di ore effettivamente lavorate? È a questa domanda che cercheremo di dare risposta.

#### **4. L'impatto di un regime pensionistico part-time su offerta di manodopera, occupazione e numero di ore lavorate**

Se tutti continuassero a lavorare fino al compimento del 65° anno d'età, introducendo un regime pensionistico part-time si ridurrebbe l'offerta di manodopera intesa come numero di ore lavorate. Tuttavia, la questione non è così semplice. Molti escono dal mercato del lavoro prima dell'età pensionabile canonica, ma mentre c'è chi compie presto questo passo, non sono pochi quelli che si ritirano dalla vita attiva tra i 60 e i 65 anni, quando sarebbe possibile ottenere una pensione a tempo parziale (nel 1994 la soglia di età minima è stata innalzata a 61 anni). Non è impossibile che le pensioni part-time portino le persone a lavorare più a lungo di quanto non farebbero in assenza di una tale opzione. In questo caso ci troveremo di fronte a due conseguenze di segno opposto.

Il dibattito sugli effetti parziali del part-time è stato sempre fondato su argomenti sia medici che economici, ma è possibile integrare i due tipi di analisi. Da una prospettiva medico-sanitaria, il punto di partenza è dato dalle mutate capacità lavorative dovute all'avanzare dell'età. Le ricerche in questo campo fanno pensare che la capacità massima rimane in molti casi invariata anche ben oltre la soglia dei sessant'anni, ma la facoltà di compiere lo sforzo

<sup>6</sup> Cfr. la panoramica offerta da Turner (2003) sui recenti incrementi operati in diversi Paesi in relazione al limite minimo per accedere alla pensione di anzianità.

<sup>7</sup> Le compagnie assicurative possono decidere che chi è in età compresa tra i 65 e i 70 anni e ha ricevuto il sussidio di malattia per 180 giorni non vi abbia più diritto mentre chi lavora ancora, pur avendo superato i 70 anni, può ricevere il sussidio solo per 180 giorni.

lavorativo massimo per un periodo prolungato di tempo nel corso di una giornata o una settimana potrebbe essere inferiore negli anziani rispetto ai giovani. Se l'attività lavorativa viene organizzata in maniera tale da richiedere lo sforzo massimo per gran parte del giorno, gli anziani potrebbero incontrare problemi. Una soluzione in senso negativo, almeno dal punto di vista della necessità di rafforzare l'offerta di manodopera, prevede che gli anziani escano dal mercato del lavoro grazie a una pensione di invalidità o ad altre forme di sostegno economico. Una soluzione più costruttiva prevede la modifica delle mansioni, dei ritmi e dell'orario di lavoro in base all'età, per esempio con il passaggio dal tempo pieno al tempo parziale. Che le persone possano continuare a svolgere un'attività se si possono modificare le condizioni lavorative è la conclusione cui giungono i risultati dell'indagine statistica condotta in Svezia sull'ambiente di lavoro (cfr. Tabella 2). Le risposte riportate in tabella dimostrano che la riduzione della settimana lavorativa rappresenta una delle diverse possibilità per modificare le condizioni di lavoro.<sup>8</sup>

*Tabella 2: Possibilità di continuare a lavorare fino all'età pensionabile canonica nella fascia compresa tra i 50 e i 64 anni*

	<b>Uomini (%)</b>		<b>Donne (%)</b>	
Sta incontrando difficoltà dovute all'età nello svolgimento delle proprie mansioni lavorative	7,7		8,4	
Ritiene che non sarà possibile continuare svolgere l'occupazione attuale fino all'età pensionabile canonica	12,7		14,7	
<i>Cambiamenti apportati al fine di svolgere l'occupazione attuale fino all'età pensionabile canonica tra chi non ritiene possibile continuare a lavorare fino alla pensione</i>	<b>Colletti blu</b>	<b>Colletti bianchi</b>	<b>Colletti blu</b>	<b>Colletti bianchi</b>
Orario di lavoro ridotto	53,3	49,8	48,9	66,9
Modifica dell'orario di lavoro	18,6	21,5	21,4	24,0
Modifiche in senso fisico dell'ambiente di lavoro	45,6	15,5	49,6	22,3
Modifiche in senso psico-sociale dell'ambiente di lavoro	25,3	36,8	35,7	54,9
Modifiche dell'intensità del lavoro	50,2	51,6	51,1	65,2

Fonte: Statistics Sweden (2004); The Work Environment 2003.

Ma se esistono argomenti a favore dell'adattamento delle condizioni di lavoro a vantaggio degli anziani, perché questi cambiamenti non si verificano? Per esempio, dipendenti e datori di lavoro potrebbero accordarsi su una riduzione dell'orario. Una spiegazione può venire dal fatto che esistono fattori economici a livello locale che spingono verso soluzioni di altro tipo.

La riduzione dell'orario di lavoro, unitamente a una pensione di anzianità part-time versata dalla previdenza sociale, implica una riduzione dei corrispettivi erogati sia prima che dopo il pensionamento. Ma probabilmente un fattore ancor più importante è dato dal fatto che le pensioni di lavoro, frutto di contrattazioni collettive, contribuiscono ad amplificarne in modo notevole le conseguenze, perché l'indennità prevista dal regime pensionistico pubblico per la quota di reddito che eccede i limiti stabiliti si basa sullo stipendio percepito negli anni

<sup>8</sup> Il confronto tra le ricerche condotte sull'ambiente lavorativo nel 2001 e nel 2003 indica una notevole flessione nella percentuale di chi crede che sarà impossibile continuare l'attività lavorativa attuale fino all'età pensionabile canonica.

immediatamente precedenti il pensionamento.<sup>9</sup> Per esempio, una riduzione a metà tempo comporta una drastica riduzione dei contributi e di conseguenza la pensione risulterà di gran lunga inferiore.<sup>10</sup> Da un punto di vista economico, la pensione di invalidità rappresenta un'alternativa molto più conveniente: in questo caso la pensione di anzianità della previdenza sociale e le prestazioni pensionistiche di lavoro non verranno intaccate, e nella maggior parte dei casi si cumulerà un'indennità superiore prima dei 65 anni. Ma esistono altre forme di uscita anticipata dal mercato del lavoro che si basano su una pluralità di strumenti di indennità e possono risultare economicamente vantaggiose. Un'eventuale alternativa prevederebbe la possibilità, da parte del datore di lavoro, di offrire pensioni a metà tempo invece che a tempo pieno in occasione di tagli al personale o simili evenienze, anche se ciò potrebbe comportare delle complicazioni: sarebbe necessario un numero maggiore di esuberi per ottenere la stessa riduzione di ore lavorate, il che potrebbe condurre a problemi nell'organizzazione del lavoro. Per rendere più interessanti certe soluzioni è necessario rivedere i regimi pensionistici di lavoro sviluppati tramite contrattazione collettiva.

Un altro problema deriva dal fatto che il lavoro part-time non sovvenzionato per molti non rappresenta una soluzione economicamente vantaggiosa se paragonata al pensionamento a tempo pieno integrato dalle indennità previste dai regimi pensionistici previdenziale e di lavoro. In molti casi la pensione part-time prevista dalle disposizioni previdenziali speciali è stata integrata con indennità derivanti dalle pensioni integrative di lavoro, sostituendo così le quote di reddito che superavano il tetto previsto dal regime pensionistico a tempo parziale della previdenza sociale. Anche i regimi che regolano le pensioni di lavoro di vecchiaia sono stati modificati per controbilanciare la riduzione delle relative prestazioni in seguito ai tagli all'orario lavorativo. Prima di passare a vedere come sia possibile studiare gli effetti del sistema a tempo parziale, facciamo qualche accenno a quali possano essere questi effetti.

- La prima conseguenza è data dal fenomeno con cui abbiamo aperto l'analisi. Alcuni di coloro i quali avrebbero continuato a lavorare fino all'età pensionabile canonica accetteranno l'offerta di una pensione part-time. Il reddito perduto dai singoli viene compensato dall'aumento del tempo libero a disposizione. L'importanza del tasso di sostituzione emerge chiaramente dal fatto che ogni sua variazione comporta lo stravolgimento delle nuove pensioni.
- Anche il secondo effetto è già stato menzionato nel corso del presente lavoro. Ci sono persone che coglieranno l'eventuale opportunità di ottenere una pensione a tempo parziale piuttosto che uscire dal mercato del lavoro sfruttando una pensione di invalidità o altri strumenti di prepensionamento. È possibile che l'alternativa offerta dal part-time e quella data da una qualsiasi forma di pensionamento anticipato non siano perfettamente coordinate nel tempo. Per esempio, ci può essere chi evita di fare domanda per la pensione di invalidità a 60 anni se sa che è possibile ottenere una pensione part-time a 61 anni (incoraggiando così le persone a lavorare a tempo pieno quando manca poco al pensionamento a tempo parziale). È inoltre lecito attendersi che chi ha ottenuto una pensione part-time a 61 anni probabilmente non farà domanda per la pensione di invalidità a 62 (perché continuare a lavorare può rappresentare un'opzione allettante).
- Una terza conseguenza del regime pensionistico a tempo parziale è data dal fatto che esso può esercitare un'influenza diretta o indiretta sulla partecipazione alla popolazione attiva (grazie alle decisioni relative all'offerta di manodopera). Per esempio, il part-time può determinare un miglioramento delle condizioni di salute (in paragone all'impiego o anche

---

<sup>9</sup> La pensione di lavoro relativa alla parte di reddito che supera i limiti delle prestazioni previste dalla previdenza sociale dipende dagli ultimi cinque anni precedenti l'età pensionabile nel caso dei dipendenti statali, dai migliori cinque degli ultimi sette anni prima del pensionamento per gli impiegati di province e comuni, e dallo stipendio dell'anno prima della pensione nel caso dei colletti bianchi nel settore privato.

<sup>10</sup> Un ulteriore esempio di come i regimi pensionistici possano essere di ostacolo al lavoro a tempo parziale è fornito in Even & Macpherson (2004).



al riposo a tempo pieno), il che può tradursi in una diminuzione delle assenze per malattia (e dei relativi sussidi) come anche del numero di richieste di pensioni di invalidità, ripercuotendosi positivamente sul numero di ore lavorate per la produzione del PIL.

In ultima analisi, si può concludere che l'impatto globale dell'introduzione di una pensione part-time sull'offerta di manodopera rimane incerto, perché vi sono fattori diversi che hanno ripercussioni diverse: per stabilire se il bilancio finale sia positivo o negativo sono necessari studi empirici di non facile realizzazione, dato che l'offerta di manodopera e la sua variazione nel tempo sono correlati. Proveremo ad affrontare la questione da diverse angolazioni: in primis vedremo in termini generali come il lavoro a tempo parziale e la partecipazione popolazione attiva siano interrelati; in seconda battuta illustreremo le esperienze realizzate in Paesi diversi dalla Svezia; infine proveremo a stimarne gli effetti alla luce delle ricerche disponibili e dei dati raccolti dall'Ente previdenziale nazionale.

## **5. Occupazioni a tempo parziale e partecipazione alla popolazione attiva**

Il problema principale è stabilire se il regime pensionistico a tempo parziale conduca a un aumento o a una diminuzione delle ore lavorate in seno all'economia data, e per farlo occorre trovare risposta a una serie di interrogativi. In primo luogo, ci si può chiedere se un simile sistema faccia sì che si verifichi un incremento degli occupati. In seconda battuta, occorre stabilire come ne risulti influenzato il numero di ore lavorate. La risposta a questi due quesiti potrà rivelare l'influenza esercitata dall'introduzione del nuovo sistema sul totale delle ore lavorate.

Nelle nostre economie, il lavoro part-time non è comune solo tra gli anziani. Possiamo dunque imparare qualcosa in proposito guardando alle esperienze fatte nell'ambito di altri gruppi demografici, come dimostrano gli esempi riportati in seguito.

In molti Paesi, a parità di età, le donne lavorano part-time più frequentemente degli uomini. Ma per le donne il tempo parziale si accompagna a livelli di partecipazione alla popolazione attiva che sono alti o bassi? Alla domanda ha cercato risposta Jelle Visser (2002), che si occupa di questi sviluppi negli Stati membri dell'UE, in particolare nei Paesi Bassi.<sup>11</sup> Emerge una marcata correlazione di segno positivo tra la percentuale di donne che lavorano part-time e il totale delle donne occupate. In Paesi come la Grecia, l'Italia e la Spagna le donne che lavorano sono poche, e solo una piccola percentuale ha un'occupazione a tempo parziale. In Paesi come la Danimarca, la Svezia e il Regno Unito sono molte le donne che lavorano part-time, come alto risulta il tasso di occupazione femminile. Nei Paesi Bassi quest'ultimo indice ha subito un'impennata in concomitanza con la rapida crescita del part-time. Una possibile spiegazione può essere data dal fatto che nei Paesi un tempo caratterizzati da un basso tasso d'occupazione femminile le donne stiano entrando sul mercato del lavoro tramite il part-time, e il fenomeno è incoraggiato proprio dalla possibilità di trovare un'occupazione a tempo parziale. In Svezia questo sviluppo si è avuto negli anni Settanta e Ottanta, quando il tasso d'occupazione femminile è cresciuto di pari passo con la percentuale di occupate part-time. Nel corso dell'ultimo ventennio in Svezia il numero delle donne che hanno iniziato a lavorare a tempo pieno (o che lavorano part-time da molto tempo) è cresciuto, mentre il tasso di occupazione femminile è rimasto elevato. Secondo Visser, non si può dare per scontato che l'evoluzione nei Paesi Bassi si dimostrerà analoga a quella svedese, dato che qui il tempo parziale potrebbe rimanere una caratteristica precipua del mercato del lavoro.

---

<sup>11</sup> Cr. anche Rasmussen *et al.* (2004) a proposito dell'incidenza del tempo parziale in diversi gruppi sociali in Nuova Zelanda, Paesi Bassi e Danimarca.



Anche i giovani formano una categoria che ricorre spesso al lavoro part-time, in molti casi parallelamente agli studi (a tempo pieno) secondari o superiori. Come si è già avuto modo di dire, l'età del passaggio dallo studio all'occupazione a tempo indeterminato si sta spostando gradualmente in avanti. In termini di partecipazione alla popolazione attiva, emergono però grandi differenze a livello nazionale. I Paesi in cui l'accesso al mondo del lavoro risulta precoce sono soprattutto quelli che dispongono di un sistema di formazione lavoro (e non limitatamente alla durata dei tirocini) e quelli in cui è normale studiare e lavorare allo stesso tempo. Entrambi i casi dimostrano che è possibile rafforzare l'offerta di manodopera grazie all'avviamento precoce al lavoro part-time durante gli studi a tempo parziale (o pieno).<sup>12</sup>

Una terza categoria è formata da coloro i quali uniscono lavoro e pensione di invalidità parziali. In Svezia questa combinazione è relativamente comune (l'invalidità viene certificata dai medici) e la percentuale di pensioni di invalidità a tempo parziale è andata aumentando. Ci si deve chiedere come una simile possibilità finisca per influenzare l'offerta di manodopera: il confronto con altre nazioni rivela che la partecipazione alla popolazione attiva risulta relativamente alta tra i disabili svedesi.

Le esperienze qui illustrate non indicano che l'alto tasso di occupazione a tempo parziale comporti di necessità una corrispondente riduzione dei lavoratori a tempo pieno: si può avere benissimo un incremento del totale degli occupati. Tuttavia, ciò non significa necessariamente che il totale delle ore lavorate sia superiore in quei Paesi in cui si ha un'incidenza elevata del tempo parziale. Ci sono buoni motivi per condurre uno studio del tipo di quello realizzato da Visser (2002) e stavolta mettere in rapporto la quota di occupati part-time con il tasso di occupazione tra gli anziani ancora in età attiva. Si conferma che i Paesi caratterizzati da un frequente ricorso al part-time da parte degli anziani evidenziano anche un tasso di occupazione elevato in questa classe d'età?

Abbiamo effettivamente condotto una ricerca di questo tipo sulla base delle osservazioni riguardanti ai Paesi membri dell'UE relativamente al periodo 1990-2003. I risultati sono esposti sotto alle Tabelle 3 e 4. In entrambi i casi la quota del tempo parziale rappresenta la variabile indipendente e il tasso di occupazione la variabile dipendente. La Tabella 3 riporta le stime OLS con controllo in base al Paese e all'anno di riferimento. La Tabella 4 elenca le stime relative ai modelli con effetti fissi (a seconda dei Paesi). Le principali conclusioni sono le seguenti: il segno del coefficiente relativo alla percentuale del part-time risulta positivo, come ci si attendeva, per tutte le stime, e i valori differiscono marcatamente dallo zero. Il coefficiente relativo alla percentuale del part-time del gruppo compreso tra i 55 e i 59 anni risulta maggiore rispetto al valore relativo al gruppo di età compresa tra i 60 e i 64 anni, in particolare nel caso degli uomini.

*Tabella 3: Tasso di occupazione tra i cittadini dei Paesi dell'UE di età compresa tra i 55 e i 64 anni (1990-2003). Regressioni OLS con tasso di occupazione quale variabile dipendente e tasso del tempo parziale come variabile indipendente*

<b>Gruppo</b>	<b>Quota part-time</b>	<b>Costante</b>	<b>Controlli</b>	<b>R2(adj)</b>	<b>Numero di osservazioni</b>
Uomini 55-59	0,651 (0,166)***	62,14 (1,37)***	Paese, anno	0,902	191
Uomini 60-64	0,188 (0,050)***	15,31 (1,37)***	Paese, anno	0,980	191
Donne 55-59	0,138 (0,047)***	16,18 (1,92)***	Paese, anno	0,975	191
Donne 60-64	0,090 (0,025)***	3,91 (1,33)***	Paese, anno	0,963	191

Fonte: Eurostat.

Note: \*\*\* = significativo alla soglia dell'1%; le categorie di riferimento sono date dall'Austria (Paese) e dal 1990 (anno); i dati relativi ad Austria, Finlandia e Svezia per il periodo 1990-1994 e Austria, Germania e Lussemburgo per il 2003 non sono disponibili.

<sup>12</sup> Cfr. per esempio Ryan *et al.*, (1991).

Tabella 4: Tasso di occupazione in seno alla classe d'età compresa tra i 55 e i 64 anni nei Paesi dell'UE (1990-2003). Regressioni con effetti fissi (per Paese) con tasso di occupazione come variabile dipendente e percentuale del part-time come variabile dipendente.

Gruppo	Quota part-time	Costante	F (1,175)	Numero di osservazioni
Uomini 55-59	0,543 (0,146)***	61,15 (0,91)***	13,78***	191
Uomini 60-64	0,118 (0,056)**	32,41 (0,79)***	4,50**	191
Donne 55-59	0,345 (0,073)***	25,63 (2,51)***	21,77***	191
Donne 60-64	0,138 (0,025)***	11,22 (1,02)***	29,54***	191

Fonte: Eurostat.

Note: \*\*\*= significativo alla soglia dell'1%; \*\*= significativo alla soglia del 5%; i dati relativi ad Austria, Finlandia e Svezia per il periodo 1990-1994 e Austria, Germania e Lussemburgo per il 2003 non sono disponibili.

## 6. Il regime pensionistico a tempo parziale in Svezia

Come abbiamo già avuto modo di ricordare, sul regime a tempo parziale in Svezia sono state realizzate poche ricerche che non fossero fondate su dati aggregati.<sup>13</sup> Fa eccezione lo studio di Sundén (1994), che si basa sulle Indagini relative al tenore di vita (Level of Living Investigations, LNU) condotte tra il 1974 e il 1981. In questo paragrafo, ai risultati ottenuti di Sundén si affiancano dei calcoli basati sui dati forniti dall'Ente previdenziale nazionale al fine di prevedere gli effetti del regime pensionistico a tempo parziale; si forniscono inoltre informazioni relative al regime stesso e al lavoro part-time in Svezia.

Le pensioni a tempo parziale sono state introdotte nel 1976 e, nel caso della maggior parte dei dipendenti, sono state integrate da prestazioni pensionistiche di lavoro part-time aggiuntive (con la notevole eccezione dei colletti blu del settore privato). In breve il regime a tempo parziale è diventato molto popolare, ricevendo numerose adesioni ed erogando le prestazioni corrispettive. Le fasi principali dello sviluppo di questo sistema sono riportate alla Tabella 5. In tre occasioni si sono avuti cambiamenti nel tasso di sostituzione. Dapprima è stato diminuito e poi riportato ai livelli originari; nel 1994 è stato nuovamente ridotto in occasione dell'introduzione di altri cambiamenti, che preludevano all'abolizione del sistema. Tutto ciò faceva parte dell'accordo relativo al nuovo regime delle pensioni di anzianità, in virtù del quale a partire dal 2000 non sono più state concesse pensioni a tempo parziale.

<sup>13</sup> Cfr. Ginsburgh (1985), Wadensjö (1993 e 1996) e Wise (1990).

Tabella 5: Sviluppo del regime pensionistico a tempo parziale in Svezia

Data	Evento
1 luglio 1976	Avvio del regime pensionistico a tempo parziale <ul style="list-style-type: none"> <li>• è possibile ricevere una pensione part-time a partire dai 60 anni</li> <li>• il tasso di sostituzione è il 65% del reddito perduto</li> <li>• la riduzione minima è di 5 ore</li> <li>• l'orario lavorativo rimanente deve essere di almeno 17 ore e non eccedere le 35 ore</li> <li>• finanziamento tramite una speciale trattenuta in busta paga</li> </ul>
1 gennaio 1980	Per i lavoratori autonomi diventa possibile ricevere la pensione part-time; l'orario di lavoro va ridotto almeno della metà
1 gennaio 1981	Il tasso di sostituzione viene ridotto al 50%
1 luglio 1987	Il tasso di sostituzione viene innalzato al 65%
1 luglio 1994	Diversi tipi di restrizioni: <ul style="list-style-type: none"> <li>• età minima portata a 61 anni</li> <li>• tasso di sostituzione ridotto al 55%</li> <li>• riduzione massima dell'orario di lavoro fissata in 10 ore</li> </ul> (abolito il requisito secondo cui i lavoratori autonomi che percepiscono la pensione part-time non possono lavorare per più di metà dell'orario a tempo pieno)
1 gennaio 1999	Abolizione della trattenuta speciale sulla busta paga
31 dicembre 2000	Ultimo giorno utile per dare inizio a una nuova pensione part-time

Tabella 6: Pensioni a tempo parziale nuove e totali 1990-2000

Anno	pensioni part-time nuove uomini*	pensioni part-time nuove donne*	totale delle pensioni part-time uomini (a dicembre)	totale delle pensioni part-time donne (a dicembre)	totale delle pensioni part-time (a dicembre)	Pensioni part-time ogni 100 persone di età compresa tra i 60 e i 63 anni che percepiscono il sussidio malattia
1976		14792	10124	4436	14560	7
1977		20337	22131	9378	31509	12
1978		18494	29149	12764	41913	16
1979		18243	33415	15239	48654	22
1980		32882	46504	21333	67837	27
1981		12521	43331	21310	64641	24
1982		14641	40415	21317	61732	22
1983		10497	34458	20179	54637	20
1984		9794	28488	18716	47204	17
1985		9233	21912	15726	37638	13
1986		8184	18560	13620	32180	12
1987		14712	21404	14332	35736	13
1988		13964	23471	15001	38472	15
1989		12383	23856	15355	39211	15
1990	7077	4228	23200	14868	38068	15
1991	7469	4623	22390	14462	36852	15
1992	15374	10082	29268	18683	47951	19
1993	9575	6484	29907	18701	48608	19
1994	9261	6584	30959	19614	50573	22
1995	499	373	23525	14608	38133	17
1996	449	377	15874	9518	25932	11
1997		821	8768	4834	13602	6
1998		1258	3685	1995	5680	3
1999						
2000					7699**	3

Fonti: Riksförsäkringsverket, *Delpensioneringen t o m 1996*, *Statistikinformation Is-I 1997:2*, e dati forniti dall'Ente previdenziale nazionale.  
 \* Non sono disponibili i dati relativi al numero di uomini e donne con pensioni part-time negli anni 1976-1989 e 1997-1998 1997-1998; \*\* luglio.

La Tabella 6 riporta l'andamento nel tempo del numero di persone che percepiscono l'indennità prevista dallo speciale regime di pensionamento a tempo parziale. Emergono ampie variazioni, soprattutto per quanto riguarda i nuovi pensionati. Il forte aumento del 1980 si spiega con la decisione di abbassare il tasso di sostituzione per le pensioni concesse a partire dal 1981, una decisione già presa nel 1980. Molti di quelli che avrebbero fatto domanda più tardi si sono affrettati a richiedere la pensione già nel 1980 per poterne usufruire sulla base del tasso di sostituzione precedente, che risultava più alto.

Il picco del 1987 è dovuto al ritorno del tasso di sostituzione al livello originario del 65%. Il grande incremento dei nuovi pensionati nel 1992 è stato determinato dalla proposta, da parte del governo, di abolire il regime pensionistico a tempo parziale (non sarebbero più state concesse nuove indennità a chi avesse presentato domanda dopo una certa data). Molte sono state le richieste pervenute, ma il parlamento ha respinto la proposta governativa. Dopo le drastiche modifiche a livello normativo del 1994, si è avuto un crollo delle nuove pensioni part-time e il numero dei beneficiari si è gradualmente ridotto fino a raggiungere livelli minimi. Il regime pensionistico part-time si poteva considerare più o meno scomparso ancor prima che venisse abolito.

La pensione a tempo parziale non prevede un numero preciso di ore di lavoro: il minimo è stato fissato a 17 ore, il massimo a 35. La Tabella 7 riporta l'orario di lavoro dei pensionati part-time al 31 dicembre 1993. I dati riguardano il periodo prima che si stabilisse che i nuovi pensionati avrebbero potuto operare una riduzione massima di 10 ore lavorative.

*Tabella 7: Individui raggruppati in base all'orario di lavoro (settimanale) applicato dopo aver ottenuto una pensione part-time, 31 dicembre 1993*

Ore lavorate	Uomini	Donne
17	586	698
18	424	483
19	873	889
20	10645	5467
21	330	251
22	222	284
23	511	531
24	3749	1678
25	387	459
26	193	245
27	204	202
28	345	523
29	141	323
30	1048	1347
31	462	647
32	5693	3301
33	299	182
34	323	260
35	266	233
<b>Totale</b>	<b>26701</b>	<b>18003</b>

Fonte: Calcoli realizzati dall'Ente previdenziale nazionale.<sup>14</sup>

<sup>14</sup> Questi calcoli sono stati realizzati in occasione dello studio pubblicato in Wadensjö (1996).

Tabella 8: Popolazione di età compresa tra i 60 (61) e i 64 anni che percepisce una qualche forma di pensione parziale: dati relativi agli anni 1980, 1986, 1993 e 2003

	1980		1986		1993		2003	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
<b>Pensioni di invalidità</b>								
–					183	99	1771	1678
2/3	1400	2512	1110	2246	873	953	156	194
–	4219	2854	7214	6030	8591	8584	9460	13594
–					74	144	1481	4156
<b>Pensioni anticipate di anzianità</b>								
–					7	2	291	135
–	416	79	2927	310	1985	437	1184	671
–					150	35	654	377
<b>Pensioni part-time</b>	46504	21333	18506	13620	29907	18701	1300*	700*
<b>Totale</b>	52123	23929	29811	22206	41770	28955	15643	21505

Fonti: Riksförsäkringsverket 1981 e 1985/86; Riksförsäkringsverket, Statistisk information 1994:2 e 1994:14; dati dell'Ente previdenziale nazionale. \* Valori stimati.

## 7. Una stima dell'impatto del regime pensionistico a tempo parziale sul numero di ore lavorate

È difficile stimare l'impatto del regime pensionistico a tempo parziale sul numero di ore lavorate. Bisogna capire che cosa avrebbero fatto i pensionati part-time se non avessero potuto usufruire di questa possibilità ed è anche necessario raccogliere informazioni sul numero di ore lavorate prima e dopo il pensionamento. Si cercherà di realizzare una stima dell'impatto complessivo, anche se occorre ricordare che i calcoli si basano su dati non del tutto adatti allo scopo. Sono state utilizzate le valutazioni del numero di ore lavorate prima e dopo il pensionamento realizzate dall'Ente previdenziale nazionale in occasione di uno studio condotto proprio sul regime a tempo parziale,<sup>15</sup> oltre a quelle contenute in Sundén (1994) che riguardano che cosa avrebbero fatto i pensionati part-time se non avessero potuto sfruttare questa opzione.

Innanzitutto prenderemo in considerazione il numero di ore lavorate prima e dopo il pensionamento a tempo parziale. La Tabella 9 contiene i dati relativi agli anni 1991 e 1994.<sup>16</sup> In genere, prima della pensione, il lavoro assorbiva poco meno di 40 ore settimanali – e le donne lavoravano qualche ora in meno degli uomini. In base ai dati dell'Ente previdenziale nazionale, vi era un numero non indifferente di persone che lavoravano più di 40 ore prima del pensionamento, talvolta anche molte di più. Poiché non è chiaro come si possano interpretare queste cifre, si è proceduto ai calcoli in base alle informazioni disponibili e assumendo il dato di 40 ore anche per chi in realtà ne lavorava di più. Come si evince dalla tabella, non vi sono grandi differenze tra i risultati prodotti dai due approcci.

<sup>15</sup> Cfr. Wadensjö (1996).

<sup>16</sup> È stato inoltre possibile avere accesso ai dati relativi agli anni 1992 e 1993 ma, dato che le differenze sono limitate, si è preferito presentare le conclusioni relative a un solo biennio.

Dopo il pensionamento a tempo parziale, l'orario di lavoro in media diventava di 24-25 ore – e le donne lavoravano qualche ora in più degli uomini. Di conseguenza, la diminuzione delle ore di lavoro risulta minore nel caso delle donne rispetto agli uomini (anche perché, rispetto ai secondi, le prime avevano un orario di lavoro inferiore prima di andare in pensione, e superiore dopo). Come riportato in tabella, il passo successivo è consistito nel calcolare la quota massima di coloro i quali avrebbero potuto continuare a mantenere il medesimo orario lavorativo se non fossero andati in pensione, senza che ciò comportasse una diminuzione del totale delle ore lavorate. Tale valore risulta di poco superiore al 60% nel caso degli uomini e di circa il 65% nel caso delle donne (il dato sarebbe stato del 50% se in media il pensionamento part-time avesse comportato il passaggio dal tempo pieno a metà tempo; tuttavia, in base alle informazioni disponibili, non è questo l'effetto che si è prodotto). Se la percentuale di chi avrebbe continuato a lavorare con orario invariato risulta superiore a queste soglie, il numero di ore lavorate diminuirà; se inferiore, il totale crescerà.

*Tabella 9: Numero medio di ore di lavoro prima e dopo il pensionamento a tempo parziale e percentuale dei pensionati che al limite avrebbero potuto scegliere il regime part-time invece di continuare a lavorare secondo lo stesso orario seguito in precedenza se il totale delle ore di lavoro non fosse diminuito*

	1991			1994		
	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale
Numero medio di ore di lavoro prima del pensionamento a tempo parziale	39,95	37,82	39,09	39,88	37,89	39,08
Numero medio di ore di lavoro prima del pensionamento a tempo parziale assumendo che chi ha indicato un valore superiore a 40 in realtà lavorasse 40 ore settimanali	39,66	37,72	38,88	39,64	37,78	38,89
Numero medio di ore di lavoro dei pensionati part-time	24,00	24,18	24,07	24,75	25,06	24,87
Percentuale di pensionati part-time che al limite avrebbero potuto optare per il regime a tempo parziale invece di mantenere invariato l'orario lavorativo se il totale delle ore lavorate non fosse diminuito (%)	60,1	63,9	61,6	62,1	66,1	63,6
Il medesimo dato calcolato assumendo che chi ha indicato un valore superiore a 40 in realtà lavorasse 40 ore settimanali (%)	60,5	64,1	61,9	62,4	66,3	63,9

Possiamo illustrare il metodo adottato ricorrendo a un esempio. Assumiamo che prima del pensionamento a tempo parziale tutti lavorassero 39 ore settimanali e poi passassero a 24 ore la settimana. Ciò significa che, grazie al regime a tempo parziale, chi lavora part-time invece che a tempo pieno riduce la propria offerta di manodopera di 15 ore (39 meno 24) e che chi, non avendo la possibilità di usufruire della pensione part-time, sarebbe uscito dal mercato del lavoro aumenta la propria offerta di 24 ore (24 meno 0). Secondo questo esempio, che riflette da vicino le informazioni disponibili, per ogni persona la seconda conseguenza ha una portata maggiore della prima. Ciò implica che per ottenere un aumento dell'offerta di manodopera è necessaria una variazione del 50% tra l'uscita dal mercato del lavoro e l'occupazione a tempo parziale.

Quanti sono in percentuale quelli che avrebbero continuato a lavorare secondo i medesimi orari in mancanza delle pensioni part-time? Sundén (1994) ha analizzato le scelte individuali che sarebbero state compiute in assenza del regime pensionistico a tempo parziale in base ai dati forniti dalle indagini sul tenore di vita relative al periodo compreso tra il 1974 e il 1981, integrandoli con dati di registro. I risultati indicano che le pensioni a tempo parziale hanno comportato la diminuzione sia del numero delle persone che lavorano a tempo pieno, sia di quelle che escono dal mercato del lavoro prima dell'età pensionabile canonica (soprattutto grazie alle pensioni di invalidità). Questo passaggio dal tempo pieno (mantenuto fino all'età pensionabile canonica) al tempo parziale è più comune tra gli uomini (56,59% di quelli che scelgono la pensione part-time) che non tra le donne (42,39% di quelle che scelgono la pensione part-time). In entrambi i casi, siamo al di sotto delle soglie viste poc'anzi, il che significa che, rendendo disponibile il pensionamento a tempo parziale, si ha un aumento del numero di ore lavorate. Occorre però notare che i calcoli si basano su informazioni relative a decenni diversi e che la situazione potrebbe essere mutata nel passaggio dagli anni Ottanta agli anni Novanta. Come sottolineato da Sundén, sarebbe inoltre interessante utilizzare le serie successive (1991-2000) di indagini sul tenore di vita.

La Tabella 10 porta ulteriormente avanti l'analisi calcolando la variazione del numero medio di ore lavorate sulla base delle informazioni disponibili sull'orario lavorativo adottato prima e dopo il pensionamento part-time, unitamente ai dati di Sundén (1994) relativi al percorso alternativo che sarebbe stato seguito in assenza dell'opzione del regime a tempo parziale. È così possibile tener conto sia delle conseguenze positive (l'impiego part-time invece del pensionamento a tempo pieno) e sia di quelle negative (la riduzione dell'orario lavorativo). La tabella indica che l'orario lavorativo medio per pensionato part-time aumenta di 4-5 ore, anche se tale aumento risulta notevolmente superiore nel caso delle donne (8,2-9,0 ore) rispetto agli uomini (1,4-2,3 ore). Inoltre, l'impatto complessivo dipende anche da quanti vanno in pensione secondo il regime a tempo parziale, dato che risulta notevolmente superiore nel 1994 rispetto al 1991 (quasi 10,6 milioni di ore di lavoro nel 1994 contro circa 6,7 milioni nel 1991).

*Tabella 10: Impatto stimato sul numero di ore lavorate da ogni pensionato a tempo parziale alla luce del fatto che il 56,59% degli uomini e il 42,39% delle donne che hanno usufruito di questa possibilità avrebbero continuato a seguire il medesimo orario lavorativo (nella maggior parte dei casi corrispondente al tempo pieno) prima di andare in pensione, o che in alternativa non avrebbero lavorato.*

	1991			1994		
	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale
Impatto stimato sull'orario lavorativo settimanale per ogni pensionato part-time	1,39	8,15	4,12	2,22	9,00	4,97
Impatto complessivo in migliaia di ore annue	1310	5198	6507	2758	7646	10404
Impatto stimato sull'orario lavorativo settimanale per ogni pensionato part-time assumendo che chi ha indicato un impegno superiore alle 40 ore settimanali abbia effettivamente lavorato 40 ore (%)	1,56	8,19	4,23	2,32	9,05	5,05
Impatto complessivo in migliaia di ore annue assumendo che chi ha indicato un impegno superiore alle 40 ore settimanali abbia effettivamente lavorato 40 ore (%)	1472	5220	6691	2884	7686	10570

*Fonte: Calcoli basati sui dati forniti da Sundén (1994) in relazione ai gruppi che avrebbero continuato a lavorare a orario invariato se non avessero ottenuto una pensione part-time e sui dati riportati alla Tabella 9 relativi al numero di ore lavorate prima e dopo il pensionamento a tempo parziale.*

*Nota. Il numero di settimane lavorative è fissato a 45 all'anno (52 meno le ferie e le festività nazionali).*

In conclusione, l'impatto del regime pensionistico a tempo parziale consiste in un aumento delle ore lavorate, soprattutto nel caso delle donne. Ricordiamo la necessità di proseguire le ricerche in questo settore utilizzando basi di dati che tengano conto di un numero maggiore di individui e periodi di tempo più lunghi.

## 8. Osservazioni conclusive

Dal 1976 fino alla fine del secolo, in Svezia la previdenza sociale ha sovvenzionato un regime pensionistico a tempo parziale finanziato tramite un prelievo sulle buste paga. Il pensionamento in base a tale sistema non aveva alcuna influenza sulla pensione di anzianità (disponibile a partire dai 65 anni). Alle pensioni part-time si aggiungevano integrazioni a carico di tre dei quattro principali gruppi di contrattazione collettiva in seno alla previdenza sociale (dipendenti statali, dipendenti di province e comuni, colletti bianchi del settore privato).

Sin dal debutto del nuovo regime il pensionamento a tempo parziale ha rappresentato una possibilità offerta a chi aveva già compiuto i 60 anni (fino ai 65 anni). La riduzione minima dell'orario lavorativo era di 5 ore, il tempo parziale minimo di 17 ore, e il tasso di sostituzione del 65% del reddito perduto a causa della riduzione d'orario. Alla luce del prelievo fiscale progressivo, in realtà il tasso di sostituzione era maggiore. Il nuovo sistema è diventato popolarissimo in breve tempo, molte sono state le domande presentate e i datori di lavoro si sono dimostrati in genere soddisfatti, poiché lo consideravano una possibilità per ristrutturare e ringiovanire la forza lavoro senza dover versare il TFR o dover affrontare complicate contrattazioni con i sindacati.

Le pensioni part-time sono oggetto di un importante dibattito politico e hanno generato una serie di controversie. Il partito socialdemocratico, che le aveva introdotte, era favorevole, mentre i partiti liberale e conservatore erano contrari. Il sistema è stato modificato nel 1981 a seguito di una proposta presentata in parlamento dall'allora governo liberalconservatore. Il tasso di sostituzione fu ribassato al 50%, e i nuovi pensionamenti subirono una notevole flessione. Con le elezioni del 1982 andarono al governo i Socialdemocratici che, dopo qualche anno, riportarono il tasso di sostituzione al 65%, e le nuove pensioni tornarono a salire. Una lezione che si può trarre dalle modifiche apportate in seguito ai risultati delle elezioni del 1982 è che il tasso di sostituzione svolge un ruolo fondamentale nel determinare quanti facciano effettivamente domanda tra quelli che hanno diritto ad accedere al sistema.

Le elezioni del 1991 produssero un nuovo governo liberalconservatore che tentò sia di abbassare il tasso di sostituzione che di abolire in toto il sistema. Entrambe le proposte governative furono respinte in parlamento a causa di un piccolo partito di destra che nel periodo 1991-1994 utilizzò i suoi seggi in appoggio al governo liberalconservatore tranne che nei casi considerati, quando si schierò con l'opposizione socialdemocratica.

Tuttavia le pensioni a tempo parziale sono state effettivamente modificate negli anni Novanta. Nell'ambito della riforma del sistema delle pensioni di anzianità e grazie a un compromesso tra governo liberalconservatore e opposizione socialdemocratica, il regime a tempo parziale è stato abolito in due fasi. Formalmente, il motivo è stato che tale regime non era conforme ai principi generali delle nuove pensioni di anzianità – e cioè che le prestazioni si basassero sul reddito percepito nel corso dell'esistenza.

Come si è avuto modo di dire, lo smantellamento del regime pensionistico a tempo parziale ha avuto luogo in due fasi. Nel 1994 lo si è reso meno vantaggioso sotto molti punti di vista. La riduzione massima dell'orario lavoro è stata portata a 10 ore, il tasso di sostituzione è stato ridotto al 55% e l'età pensionabile minima è stata innalzata da 60 a 61 anni. Le domande presentate sono diminuite drasticamente. Se nel primo anno un simile calo può essere imputato al fatto che nessuno poteva fare domanda, visto che l'età pensionabile era aumentata di un anno



e che il maggior numero di richieste si era sempre registrato tra i sessantenni, questo trend è però continuato anche negli anni successivi. In seguito, con la seconda fase (che era già stata decisa nel 1994), a partire dal 1 gennaio 2001 non sono state più concesse pensioni part-time.

In presenza di un regime pensionistico come quello in discussione, c'è chi può iniziare a lavorare a tempo parziale piuttosto che a tempo pieno, mentre altri lavoreranno part-time invece di uscire del tutto dal mercato del lavoro. L'impatto sulle ore lavorate in seno all'economia data dipende anche dal numero di ore lavorate prima dell'inizio del part-time (o dell'uscita dal mercato del lavoro) e dalle ore lavorate dopo il pensionamento. La ricerca dimostra che in generale si ha un aumento delle ore lavorate, più per le donne che per gli uomini. Possono esservi altre conseguenze: il finanziamento del sistema (trattenuta sulla busta paga) può influenzare l'offerta di manodopera mentre il pensionamento a regime di tempo parziale (in sostituzione del lavoro a tempo pieno) può sortire effetti sulle condizioni di salute individuali, andando di conseguenza a modificare l'incidenza delle pensioni di invalidità in futuro.

Di seguito vengono riassunte le principali conclusioni della prolungata esperienza di ampio respiro che la Svezia ha condotto nell'ambito del regime di pensionamento a tempo parziale:

1. la quantità delle domande di pensionamento varia considerevolmente in funzione del tasso di sostituzione ma risulta anche sensibile ad altri fattori, per esempio le norme che stabiliscono il numero delle ore di lavoro per cui è possibile ricevere un'indennità;
2. esistono ripercussioni che puntano in direzioni diverse: c'è chi decide di lavorare a tempo parziale piuttosto che a tempo pieno e chi lavora part-time invece di uscire dal mercato del lavoro;
3. in base alle stime, in ultima analisi il regime pensionistico a tempo parziale ha condotto all'aumento delle ore lavorate.

Oggi esiste un nuovo regime pensionistico a tempo parziale destinato a un'importante categoria di lavoratori: i dipendenti statali. Il modello che si è seguito da vicino è quello del sistema precedentemente in vigore. Anche alcuni datori di lavoro del settore privato hanno introdotto un proprio regime di pensioni part-time. Si aggiunga anche che sia nel sistema attuale sia in quello precedente delle pensioni di anzianità è prevista la possibilità del pensionamento a tempo parziale, anche se in questi casi le pensioni part-time non sono sovvenzionate e determinano una riduzione attuariale delle prestazioni pensionistiche di anzianità. È poi disponibile una possibilità analoga in seno al regime delle pensioni di invalidità. In entrambi i casi, il numero di pensioni a tempo parziale ha evidenziato la tendenza ad aumentare.

#### RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Clark, D.M. (2002): "The Role of Multiemployer Defined Benefit Plans in an Era of Phased Retirement", *Retirement Implications of Demographic and Family Change Symposium*, San Francisco, June 2002.
- Even, W.E. and Macpherson, D.A. (2004): "Do Pensions Impede Phased Retirement?", IZA DP no. 1353.
- Ginsburgh, H. (1985): "Flexible and Partial Retirement for Norwegian and Swedish Workers", *Monthly Labor Review*, Vol. 108, no. 10, pp. 33-43.
- Gustman, A.L., and Steinmeier, T.L. (1981), "Partial Retirement and the Analysis of Retirement Behavior", *NBER Working Paper 763*.
- Landelius, P.S. (2003): "Kollektivavtalade tjänstepensioner som incitament för högre arbetskraftsdeltagande", Promemoria, Senior 2005, Äldrepolitik för framtiden.
- O'Reilly, D. and Fagan, C. (eds.) (1998): *Part-Time Prospects*, Routledge, London.
- Purcell, P.J. (2000): "Older Workers: Employment and Retirement Trends", *Monthly Labor Review*, October, pp. 19-30.

- Rasmussen, E., Lind, J. and Visser, J. (2004): "Divergence in Part-Time Work in New Zealand, the Netherlands, and Denmark", *British Journal of Industrial Relations*, Vol. 42, no. 4, pp. 637-658.
- Riksförsäkringsverket (1994): Delpensioneringen t o m 1993. Statistikinformation 1994:2.
- Riksförsäkringsverket (1995): Delpensioneringen t o m 1994. Statistikinformation 1995:1.
- Riksförsäkringsverket (1997): Delpensioneringen t o m 1996, Statistikinformation Is-I, 1997:2.
- Riksförsäkringsverket (2001): "Delpensionärerna — vilka är de?", RFV Redovisar 2001:3,
- Ryan, P., Garonna, P. and Edwards, R. (eds.) (1991): *The Problem of Youth: the Regulation of Youth Employment and Training in Advanced Economies*, Macmillan, London.
- Scahill, P.L. and Forman, J.B. (2002): "Protecting Participants and Beneficiaries in a Phased Retirement World", *Retirement Implications of Demographic and Family Change Symposium*, June, San Francisco.
- SFS 1979:84, Lag om delpensionförsäkring.
- SFS 1987:364, 1990:671, 1992:1743, Lag om ändring av lagen om delpensionförsäkring.
- Statistics Sweden, *Labour Force Surveys* (various issues).
- Statistics Sweden (2004): "The Work Environment 2003", *Statistiska Meddelanden Am 68 SM0401*.
- Swedenborg, B. (ed.) (2003): *Varför är svenskarna så sjuka?*, SNS Förlag, Stockholm.
- Turner, J. (2003): "Raising the Pensionable Age in Social Security", *Public Policy Institute & AARP*, January.
- Sundén, A. (1994): *Early Retirement in the Swedish Pension System*, doktorsavhandling, Cornell University, Ithaca.
- Wadensjö, E. (1991): "Partial Exit: Sweden", M. Kohli, M. Rein, A.M. Guillemard and H. van Gunsteren, (eds.), *Time for Retirement: Comparative Studies of Early Exit From the Labor Force*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Wadensjö, E. (1993): "Partial Exit Options in Sweden: Recent and Future Changes", *Generations*, Vol. 17, no. 4, pp. 15-19.
- Wadensjö, E. (1996): "Gradual Retirement in Sweden", L. Delsen and G. Reday-Mulvey (eds.), *Gradual Retirement in the OECD Countries*, Dartmouth, Aldershot.
- Wadensjö, E. and Sjögren, G. (2000): *Arbetslinjen för äldre i praktiken. En rapport för Riksdagens Revisorer*, Institutet för social forskning, Stockholm.
- Wise, L. (1990): "Partial and Flexible Retirement: The Swedish System", *The Gerontologist*, Vol. 30, no. 3, pp. 355-361.
- Visser, J. (2002): "The First Part-Time Economy in the World: A Model to Be Followed?", *Journal of European Social Policy*, Vol. 12, no. 1, pp. 23-42.
- Wong, A. (2002): "Defined Benefit Plans in an Era of Phased Retirement", "Protecting Participants and Beneficiaries in a Phased Retirement World", *Retirement Implications of Demographic and Family Change Symposium*, June, San Francisco.

# Longevità e *BDNF*: il ruolo del cervello nella regolazione della durata della vita secondo un punto di vista evolutivo

di Enrico Tongiorgi\*

## 1. Introduzione

Studi condotti negli ultimi 25 anni hanno dimostrato che la massima durata teorica della vita per una determinata specie, 120 anni per gli esseri umani, è fortemente correlata al rapporto tra le dimensioni del cervello rispetto al corpo (*brain/body-size ratio*). Questo è particolarmente vero nei mammiferi, con l'eccezione dei pipistrelli che in media vivono tre volte più a lungo di quanto sarebbe prevedibile in base al loro rapporto cervello/corpo.<sup>1</sup> Da questi studi anatomici comparativi si è arrivati alla conclusione, inaspettata, che la durata della vita sia largamente controllata dal cervello. Le teorie evolucionistiche forniscono la chiave per capire come il cervello possa controllare la durata della vita. Secondo queste teorie, durante l'evoluzione il controllo del metabolismo corporeo (incluso il controllo dell'immagazzinamento dell'energia nel grasso corporeo e la ricerca di nuova energia, cioè di cibo) si è localizzato nel cervello che, di conseguenza, ha assunto il controllo della salute dell'intero corpo e della resistenza agli stress della vita. D'altra parte, la salute del cervello stesso è soggetta alla salute generale del corpo. In sostanza, la durata della vita di un individuo appare essere determinata da una reciproca influenza tra cervello e corpo che si instaura grazie a segnali che viaggiano dal corpo al cervello e viceversa. La possibilità in un prossimo futuro di capire come il cervello e il corpo si influenzino a vicenda e quale sia la natura di questi segnali fisiologici avrà un impatto fortissimo sulla nostra attitudine verso la vita e l'invecchiamento.

## 2. Dal corpo al cervello

“*Mens sana in corpore sano*” è una delle citazioni più famose al mondo di Giovenale, poeta satirico romano vissuto a cavallo tra il I e il II secolo avanti Cristo. Nel tempo la frase ha assunto il significato che solo un corpo sano può sostenere una mente sana ed è certamente una esperienza comune per molte persone il fatto che l'esercizio fisico può avere un effetto benefico sulle funzioni cognitive, particolarmente nella tarda età. Le funzioni cognitive consistono nell'abilità di elaborare tutte le informazioni che vengono acquisite dall'ambiente esterno e interno al proprio corpo attraverso i cinque sensi (vista, udito, tatto, odorato, gusto) e di dare un significato a queste percezioni in modo da produrre una risposta comportamentale corretta rispetto a quell'ambiente. Negli esseri umani, le funzioni cognitive includono anche le cosiddette funzioni superiori del cervello che consistono nell'abilità di ragionare e di predire le conseguenze delle proprie azioni e di quelle degli altri. Le funzioni cognitive sono particolarmente importanti in quanto ci permettono di adattare le nostre azioni e reazioni a un ambiente in continua trasformazione, in una parola, ci permettono di imparare.

---

\* Direttore del Centro BRAIN per le Neuroscienze — Università di Trieste, Italia.

<sup>1</sup> Brunet-Rossini, A.K. and Austad, S.N. (2004): “Ageing Studies on Bats: A Review”, *Biogerontology* 5, pp. 211–222.

Fino all'inizio degli anni Novanta, si riteneva che gli aspetti benefici dell'esercizio fisico consistessero in un'azione non specifica sulla salute generale che avrebbe avuto anche un effetto benefico, indiretto, sulla salute del cervello. Tuttavia, quando gli studi su modelli animali si sono diretti a capire le basi neurobiologiche di questi benefici è emerso, inaspettatamente, che l'esercizio ha un effetto diretto sul macchinario molecolare del cervello. In questi studi, era stato scelto di far correre topi o ratti in modo volontario su una ruota in modo che potessero scegliere quanto correre. Questo tipo di protocollo sperimentale evita effetti dello stress che sarebbero invece indotti da una corsa forzata su una ruota in movimento perpetuo e permette comunque di quantificare l'esercizio fisico (distanza percorsa). Grazie a questi esperimenti si è scoperto che l'esercizio volontario aumenta la produzione di alcune proteine coinvolte nel mantenimento e nella riparazione del cervello come la neurotrofina *brain-derived neurotrophic factor (BDNF)* e altri fattori neurotrofici.<sup>2</sup> Il *BDNF* è una piccola proteina che viene secreta dai neuroni e appartiene alla famiglia delle neurotrofine il cui capostipite è *nerve growth factor (NGF)*. Attraverso la scoperta dell'*NGF*, i due premi Nobel Rita Levi Montalcini e Stanley Cohen dimostrarono per la prima volta che alcune proteine possono avere delle proprietà cosiddette neuro-trofiche, ovvero possono stimolare la genesi di nuove cellule neuronali e aumentare la resistenza del cervello al danno supportando la sopravvivenza e, in parte, la crescita di vari tipi di neuroni.<sup>3,4</sup> Inoltre, il *BDNF* è unico per la sua capacità di aumentare l'apprendimento e le prestazioni mentali in quanto ha un ruolo fondamentale nel regolare l'efficacia delle sinapsi, della connessione tra i neuroni e della plasticità cerebrale.<sup>5,6</sup>

Nella loro ipotesi iniziale, i ricercatori avevano previsto che la risposta all'esercizio fisico sarebbe stata probabilmente ristretta ai sistemi motorio-sensitivi del cervello come il cervelletto, le aree motorie e sensitive primarie della corteccia o i gangli della base. I risultati furono sorprendenti: la corsa volontaria sulla ruota aumentava i livelli di *BDNF* nell'ippocampo,<sup>7</sup> una struttura altamente plastica del cervello che è normalmente associata con le funzioni cognitive superiori piuttosto che con l'attività motoria. Questi effetti compaiono entro alcuni giorni sia nei ratti maschi<sup>8</sup> che nelle femmine<sup>9</sup> e i livelli di *BDNF* rimangono elevati anche dopo settimane di esercizio volontario.<sup>10</sup> Inoltre l'attività di corsa aumenta i livelli di *BDNF* nel midollo spinale,<sup>11</sup> cervelletto e corteccia cerebrale.<sup>8</sup> Poiché anche l'apprendimento, che è un tipo di plasticità cerebrale di ordine superiore, fa aumentare il *BDNF*,<sup>12</sup> e il *BDNF* a sua volta facilita l'apprendimento,<sup>13</sup> la previsione fu che stimoli che inducono la produzione di *BDNF*, come l'esercizio fisico, possono aumentare l'apprendimento. Effettivamente, negli animali da esperimento, la corsa aumenta una forma di memoria a lungo termine chiamata *Long Term Potentiation (LTP)* e aumenta la capacità di ricordare dei punti di riferimento geografici per orientarsi nello spazio.<sup>14</sup>

---

<sup>2</sup> Cotman, C.W. *et al.* (2002): *Trends in Neurosciences*, 25, pp. 295-301.

<sup>3</sup> Bardem Y-A. (1994). "Neurotrophins: A Family of Proteins Supporting the Survival of Neurons", *Prog. Clin. Biol. Res.* 390, pp. 45-56.

<sup>4</sup> Lindvall, O. *et al.* (1994): "Neurotrophins and Brain Insults", *Trends Neurosci.* 17, pp. 490-496.

<sup>5</sup> Schinder, A.F. and Poo, M-M. (2000): "The Neurotrophin Hypothesis for Synaptic Plasticity", *Trends Neurosci.* 23, pp. 639-645.

<sup>6</sup> Lu, B. and Chow, A. (1999): "Neurotrophins and Hippocampal Synaptic Transmission and Plasticity", *J. Neurosci Res.*, 58, pp. 76-87.

<sup>7</sup> Neeper, S.A. *et al.* (1995): "Exercise and Brain Neurotrophins", *Nature*, 373, p. 109.

<sup>8</sup> Neeper, S.A. *et al.* (1996): "Physical Activity Increases mRNA for Brain-Derived Neurotrophic Factor and Nerve Growth Factor in Rat Brain", *Brain Res.* 726, pp. 49-56.

<sup>9</sup> Berchtold, N.C. *et al.* (2001): "Estrogen and Exercise Interact to Regulate Brain-Derived Neurotrophic Factor mRNA and Protein Expression in the Hippocampus", *Eur. J. Neurosci.* 14, pp. 1992-2002.

<sup>10</sup> Russo-Neustadt, A. *et al.* (1999): "Exercise, Antidepressant Medications, and Enhanced Brain Derived Neurotrophic Factor Expression", *Neuropsychopharmacology*, 21, pp. 679-682.

<sup>11</sup> Gomez-Pinilla, F. *et al.* (2001): "Differential Regulation by Exercise of *BDNF* and *NT-3* in Rat Spinal Cord and Skeletal Muscle", *Eur. J. Neurosci.* 13, pp. 1078-1084.

<sup>12</sup> Kesslak, J.P. *et al.* (1998): "Learning Upregulates *BDNF* mRNA: A Mechanism to Facilitate Encoding and Circuit Maintenance?", *Behav. Neurosci.* 112, pp. 1012-1019.

<sup>13</sup> Tokuyama, W. *et al.* (2000): "*BDNF* Upregulation During Declarative Memory Formation in Monkey Inferior Temporal Cortex", *Nat. Neurosci.* 3, pp. 1134-1142.

<sup>14</sup> van Praag, H. *et al.* (1999): "Running Enhances Neurogenesis, Learning, and Long-Term Potentiation in Mice", *Proc. Natl. Acad. Sci. USA* 96, pp. 13427-13431.

Recentemente, l'analisi genomica (*microarray* di oligonucleotidi ad alta densità) ha dimostrato che, oltre ad aumentare i livelli di *BDNF* l'esercizio induce l'espressione di altri geni che sono noti per la loro capacità di promuovere i processi di plasticità del cervello. Tuttavia, sebbene in risposta all'esercizio fisico vengano indotti nell'ippocampo altri fattori trofici, tra i quali per esempio il *nerve growth factor (NGF)*<sup>8</sup> e il *fibroblast growth factor-2 (FGF-2)*, il loro aumento è transiente e risulta comunque meno robusto del *BDNF*, che appare quindi come il miglior candidato quale mediatore dei benefici a lungo termine prodotti sul cervello dall'esercizio fisico. In conclusione, l'esercizio fisico rappresenta un semplice mezzo per preservare le funzioni cerebrali e promuovere la plasticità del cervello attraverso il mantenimento di livelli elevati di *BDNF* nelle cellule nervose.

### 3. La strada inversa: dal cervello al corpo

Non c'è dubbio sul fatto che il sistema nervoso controlli larga parte del normale funzionamento dei nostri organi. Per esempio, la maggior parte delle funzioni viscerali, come la digestione, sono regolate dal sistema nervoso autonomo che controlla automaticamente senza la nostra volontà una larga parte della fisiologia dei nostri organi interni. Tuttavia, solo recentemente la comunità scientifica ha cominciato ad accettare l'idea che il cervello può controllare non solo lo stato di salute generale di un organismo ma addirittura la durata della sua vita. La prima evidenza a supporto di questo concetto è emersa da studi comparativi su diverse specie di mammiferi che dimostrarono l'esistenza di una forte correlazione positiva tra la grandezza del cervello e la massima durata possibile della vita.<sup>15,16</sup> Questi studi dimostrarono che gli animali con un cervello grande e una taglia corporea relativamente piccola (= alta proporzione cervello/corpo) sono più longevi, con la sola eccezione dei pipistrelli, i quali vivono considerevolmente più a lungo dei topi che hanno uguali dimensioni di cervello e corpo.<sup>1</sup>

Perché il cervello dovrebbe essere un regolatore chiave della durata della vita? Si potrebbe argomentare che, siccome gli organismi senza cervello (per esempio i lieviti) hanno una durata media della vita ben definita, il cervello non è necessario per determinare la longevità degli esseri viventi. Tuttavia, ci sono sempre più evidenze del fatto che il cervello può effettivamente controllare la longevità di un organismo. Innanzitutto, il sistema nervoso può aumentare la probabilità di un animale di avere una lunga vita semplicemente aumentando la sua capacità di sfuggire ai pericoli mortali e di avere risposte comportamentali appropriate a specifici contesti ambientali e sociali. Nel caso degli esseri umani, l'intelligenza è associata a una maggiore longevità in relazione allo sviluppo della conoscenza su come prevenire le malattie. Non bisogna dimenticare inoltre che il cervello controlla i sistemi neuroendocrini ormonali che sono fortemente coinvolti nell'invecchiamento. Infine, secondo una nuova teoria, durante l'evoluzione il cervello ha acquisito la capacità di regolare il metabolismo energetico di tutto il corpo e ha perciò assunto il controllo dei processi molecolari e biochimici che controllano l'invecchiamento negli organismi senza cervello. Per spiegare meglio questa teoria, il ruolo del cervello nel regolare il metabolismo energetico deve essere adesso analizzato da una prospettiva evuzionistica iniziando con la definizione di che cosa significhi l'invecchiamento da un punto di vista evuzionistico.

---

<sup>15</sup> Sacher, G.A. (1975): "Maturation and Longevity in Relation to Cranial Capacity in Hormonal Evolution", Tuttle, R. (Ed.), *Primate Functional Morphology and Evolution*, Mouton, The Hague.

<sup>16</sup> Hofman, M.A. (1983): "Energy Metabolism, Brain Size and Longevity in Mammals", *Q. Rev. Biol.*, 58, pp. 495-512.

#### 4. Il ruolo del cervello nel controllo della longevità secondo una prospettiva evuzionistica

La formazione di un nuovo embrione da un uovo fertilizzato e la sua maturazione verso un individuo adulto può essere facilmente ritenuta programmata, nel senso che esse risultano da una sequenza di eventi cellulari e molecolari disegnati dalla selezione naturale per produrre un preciso fenotipo adulto. Salvo casi eccezionali come quello del salmone del Pacifico, caratterizzato da un programma di rapida senescenza che porta a morte precoce, l'invecchiamento non è un "disegno", cioè non è un processo finemente programmato e regolato, ma semplicemente un decadimento. Il decadimento corporeo tipico della senescenza non è dovuto dunque alla presenza di un disegno prodotto dalla mano della selezione naturale ma, piuttosto, alla sua assenza.<sup>17</sup> La rarità in natura di animali vecchi ci fornisce un'indicazione per capire un principio importante che è alla base di tutte le correnti teorie evuzionistiche dell'invecchiamento. Di norma, infatti, gli animali selvatici semplicemente non vivono abbastanza a lungo per diventare vecchi. Questa mortalità naturale è dovuta principalmente a pericoli estrinseci come infezioni, predazione, fame o freddo e riguarda prevalentemente gli individui giovani. Di conseguenza, i "geni per la longevità" possono essere difficilmente fissati e trasmessi alla progenie se non hanno un effetto benefico proprio sugli individui giovani aumentando il loro successo nella capacità di riprodursi. D'altra parte, alcuni geni che diminuiscono la longevità di una data specie possono essere selezionati perché conferiscono una maggiore capacità riproduttiva negli individui giovani. Risulta quindi chiaro che la selezione naturale ha una limitata opportunità di esercitare un'influenza diretta sul processo di senescenza.

Se l'invecchiamento non è programmato, allora la durata della vita dipende da un'efficace protezione contro il deterioramento dovuto all'età. In effetti, una caratteristica ricorrente dei fattori genetici che aumentano la longevità è il fatto che aumentano la resistenza cellulare allo stress ossidativo.<sup>18,19</sup> Manutenzione e riparazione efficienti delle cellule sono certamente necessari durante tutta la vita per proteggere l'organismo dalle aggressioni dell'ambiente. Tuttavia ci si aspetta che la longevità di una specie aumenti con la crescita dello sforzo che in proporzione viene investito in questi processi protettivi. Numerosi studi supportano questa idea. Per esempio il roditore *Peromyscus leucopus*, noto per la sua longevità, ha una minore produzione di agenti nocivi come i radicali liberi (specie di ossigeno molto reattive) che sono largamente considerate tra i più importanti protagonisti dei processi di invecchiamento. Inoltre, questo roditore ha un'alta concentrazione cellulare di alcuni enzimi antiossidanti e nel complesso mostra livelli più bassi di danno ossidativo delle proteine rispetto a specie di roditori meno longeve come il topo comune *Mus musculus*. In ultima analisi, quindi, la durata della vita di un organismo è semplicemente il tempo occorrente per accumulare nel corpo un danno di entità tale da interferire con la vita stessa. Tutti gli studi sopra riportati supportano infatti l'idea che la durata di questo processo, cioè della vita, dipende dalla velocità e dall'efficienza dei processi di manutenzione e riparazione con cui le cellule del corpo riescono a rallentare l'accumulo del danno.<sup>20</sup>

In che modo si può inserire in questo contesto il controllo della durata della vita da parte del cervello? A questa domanda si può rispondere considerando che la maggior parte degli agenti di stress sono innanzitutto percepiti dal sistema nervoso (vedere un serpente, udire il ruggito di una tigre o sentire dolore da una ferita). Il cervello coordina la risposta di tutto il

<sup>17</sup> Kirkwood, T.B.L. and Austad, S.N. (2000): "Why Do We Age?", *Nature*, 408, pp. 233-238.

<sup>18</sup> Mattson, M.P. et al. (2002): "How Does the Brain Control Lifespan?", *Ageing Research Reviews*, 1, pp. 155-165.

<sup>19</sup> Mattson, M.P. et al. (2002): "Modification of Brain Aging and Neurodegenerative Disorders by Genes, Diet, and Behavior", *Physiol Rev*, 82, pp. 637-672.

<sup>20</sup> Sohal, R.S. et al. (1993): "Biochemical Correlates of Longevity in Two Closely-Related Rodent Species", *Biochem. Biophys. Res. Comm.*, 196, pp. 7-11.



corpo a questi stress con risposte a breve e a lungo termine modulando l'attività dei sistemi neuroendocrini (con il coinvolgimento dell'ipotalamo e della ghiandola pituitaria) e del sistema nervoso autonomo.<sup>21</sup> Queste risposte consistono tipicamente in una reazione comportamentale (fuggire dal serpente o dalla tigre), una reazione vascolare (aumento della pressione sanguigna con la diversione del sangue dall'intestino ai muscoli) e una reazione metabolica (aumento della mobilitazione del glucosio). Il fatto che la risposta comportamentale allo stress ambientale in organismi dotati di un cervello coinvolga il controllo del metabolismo energetico (mobilitazione del glucosio) rappresenta la chiave per comprendere il ruolo del cervello nell'invecchiamento.

Gli studi sulle risposte fisiologiche a condizioni estreme quali la mancanza di cibo sono stati particolarmente rivelatori per capire che tipo di relazione esiste tra controllo del metabolismo energetico e longevità. Da questi studi si è scoperto che in molti organismi, inclusi quelli unicellulari, si è evoluto un meccanismo di reazione alla fame che consiste in uno stato non riproduttivo altamente resistente allo stress. Periodi di scarsa nutrizione spesso inducono quello che pare essere un vero e proprio salto metabolico che paradossalmente estende la normale durata della vita, sacrificando temporaneamente la capacità riproduttiva che viene poi recuperata al ritorno di condizioni di nutrizione favorevoli.<sup>22</sup> È noto infatti che una ridotta assunzione di calorie rallenta l'invecchiamento nei topi di laboratorio,<sup>23</sup> un effetto che può avere parallelismi con un fenomeno simile che avviene anche negli invertebrati. Si tratterebbe in sostanza di uno stato fisiologico adattativo di resistenza per "lasciar passare" tempi di scarsità di cibo che è associato a una parziale o completa interruzione della fertilità. Nonostante la mancanza di una riduzione del metabolismo in condizioni di restrizione calorica, Walford and Spindler<sup>24</sup> hanno messo in evidenza una serie di somiglianze biochimiche tra lo stato di restrizione calorica e quello dell'ibernazione nei mammiferi, che può anch'esso indurre un'estensione della durata della vita. Un recente modello evoluzionsitico<sup>25</sup> ha dimostrato che nei roditori può effettivamente essersi evoluto un meccanismo di risposta alle fluttuazioni della disponibilità di risorse alimentari, in modo che in periodi di carenza di cibo l'energia venga deviata dalla riproduzione verso le funzioni di mantenimento corporeo.

In analogia con i roditori, anche i nostri antenati cacciatori-raccoglitori beneficiarono della capacità di sopravvivere per lunghi periodi di tempo senza cibo. Queste condizioni di carestia possono essersi presentate piuttosto spesso a partire dal momento in cui (circa 4 milioni di anni fa) gli ominidi sono discesi dagli alberi delle foreste, ricchi di cibo, e si sono avventurati in nuovi ambienti assumendo il comportamento di cacciatori-raccoglitori, grazie alla nuova postura eretta del corpo. Durante questi periodi di digiuno, in tutto il corpo e anche nel cervello avvengono dei cambiamenti del metabolismo energetico e l'attivazione delle risposte allo stress. Come vedremo più avanti, sono proprio questi cambiamenti del metabolismo che aumentano la resistenza agli stress e promuovono l'allungamento della vita. Studi comparativi hanno dimostrato che la longevità e la resistenza allo stress sono controllati sia negli invertebrati che nei mammiferi dalle stesse molecole "segnale". Questi segnali sono costituiti per esempio da piccole molecole prodotte dall'organismo chiamate neurotrasmettitori, ormoni e fattori di crescita, che inducono una cascata di reazioni biochimiche che controllano l'attività fisiologica di molti tipi di cellule e organi. Sebbene esista una miriade di molecole di segnale endogene nel cervello che producono segnali neuroendocrini e neuronali coinvolti nel comportamento nutritivo e nel metabolismo energetico, le principali molecole che controllano

---

<sup>21</sup> Van Eden, C.G., and Buijs, R.M. (2000): "Functional Neuroanatomy of the Prefrontal Cortex: Autonomic Interactions", *Prog Brain Res*, 126, pp. 49-62.

<sup>22</sup> Austad, S.N. (1989): Life Extension by Dietary Restriction in the Bowl and Doily Spider, *Frontinella pyramitela*, *Exp. Gerontol*, 24, pp. 83-92.

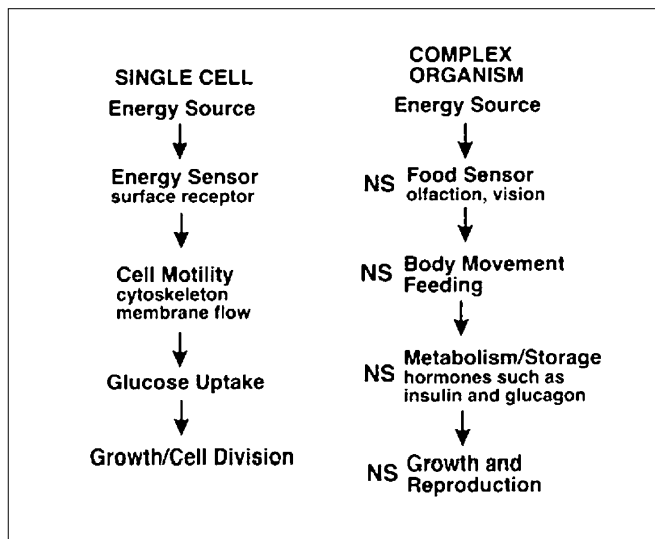
<sup>23</sup> Weindruch, R. and Walford, R.L. (1988): *The Retardation of Aging and Disease by Dietary Restriction*, Thomas, Springfield, IL.

<sup>24</sup> Walford, R.L. and Spindler, S.R. (1997): "The Response to Calorie Restriction in Mammals Shows Features also Common to Hibernation: A Cross-Adaptation Hypothesis", *J. Gerontol*, 52, pp. B179-B183.

<sup>25</sup> Shanley, D.P. and Kirkwood, T.B.L. (2000): "Calorie Restriction and Aging: A Life History Analysis", *Evolution*, 54, pp. 740-750.

la durata della vita sono l'insulina, la serotonina e i fattori neurotrofici. Il loro effetto sulla longevità sarebbe da ascrivere alla capacità di modulare le risposte allo stress e il metabolismo energetico. Una spiegazione di questo fenomeno è che nel corso dell'evoluzione del Regno animale, queste molecole-segnale hanno assunto il ruolo di regolare il metabolismo corporeo e la ricerca del cibo in accordo con le condizioni ambientali e gli stress esterni. Infatti, quando gli organismi pluricellulari si sono evoluti, una serie di segnali neurali e neuroendocrini cosiddetti "a cascata" (che si succedono uno all'altro) sono stati reclutati per controllare strettamente il metabolismo energetico e coordinare gli aspetti comportamentali del bilancio energetico, come nutrirsi e fare esercizio. Queste cascate di segnali biochimici includono quelle che vengono attivate dall'insulina, dai fattori di crescita simili all'insulina e da vari neurotrasmettitori (Figura 1).

Figura 1: Meccanismi per percepire attraverso sensori la presenza di sorgenti di energia, ingerire cibo e regolare l'energia in organismi formati da una sola cellula (single-cell) o in organismi complessi



Nota: NS, indica i passaggi in cui il sistema nervoso ha un ruolo cruciale

Segnali dell'ormone insulina-simile regolano la durata della vita negli invertebrati come il verme *Cenorabditis elegans* o il moscerino della frutta *Drosophila melanogaster*.<sup>26</sup> Studi condotti su topi portatori di mutazioni nei geni che codificano per le proteine che traducono questi segnali insulina-simili indicano che anche nei mammiferi queste molecole sono importanti per la regolazione della longevità.<sup>27,28</sup> È molto interessante notare che il *BDNF* attiva una cascata di segnali simile a quella dell'insulina e dei fattori di crescita insulina-simili (*IGF*) e, come descritto sotto, appare fondamentale nell'integrazione tra i meccanismi omeostatici che regolano la suscettibilità alle malattie e la longevità, da una parte, e le risposte allo stress e agli stimoli sensoriali dell'ambiente, dall'altra. Anche la serotonina viene riconosciuta come un neurotrasmettitore che regola il metabolismo energetico e modifica numerosi processi

<sup>26</sup> Tatar, M. *et al.* (2003): "The Endocrine Regulation of Aging by Insulin-Like Signals", *Science*, 299, pp. 1346-1351.

<sup>27</sup> Migliaccio, E. *et al.* (1999): "The *p66shc* Adaptor Protein Controls Oxidative Stress Response and Life Span in Mammals", *Nature*, 402, pp. 30-313.

<sup>28</sup> Holzenberger, M. *et al.* (2003): "IGF- Receptor Regulates Lifespan and Resistance to Oxidative Stress in Mice", *Nature*, 421, pp. 182-187.



relativi all'invecchiamento. Essa influenza il processo di invecchiamento nei vermi<sup>29</sup> e nei mammiferi modifica i principali fattori di rischio delle malattie legate all'età come la sensibilità all'insulina<sup>30</sup> e allo stress ossidativo.<sup>31</sup> Il ruolo dei segnali tipo insulina e serotonina nella regolazione del metabolismo energetico appare altamente conservato nel corso dell'evoluzione. Per esempio, la serotonina e le sostanze chimiche correlate, a base di triptofano, sono presenti nelle piante dove hanno un ruolo nella cattura dell'energia dalla luce, nel metabolismo del glucosio, nella produzione dell'ossigeno e nella capacità delle piante (detta heliotropismo) di orientarsi verso il sole.<sup>32</sup> La serotonina e l'insulina sono presenti nel cervello attraverso l'evoluzione dei vertebrati<sup>33,34</sup> e possono regolare importanti processi come l'apprendimento, la memoria, la riparazione e la rigenerazione dei neuroni alla base delle risposte adattative alle pressioni ambientali che minacciano la sopravvivenza di un organismo. Al di là di queste considerazioni evoluzionistiche, recenti ricerche sullo stress suggeriscono che le cascate di segnali indotte nel cervello da fattori insulina-simili, serotonina e *BDNF* sono importanti regolatori degli effetti dei geni e dell'ambiente sul processo di invecchiamento (Figura 2).

La ricerca sullo stress si è focalizzata su stress cronici incontrollabili (stress da immobilizzazione, stress psicosociale, ecc.) che causano una continua attivazione del cosiddetto asse *HPA* (ovvero ipotalamico-pituitario-ghiandola adrenale) facendo aumentare i livelli di produzione corporea di glucocorticoidi (cortisolo negli esseri umani e corticosterone nei roditori) (Figura 2). Questi tipi di stress possono avere effetti deleteri sul cervello e sul corpo in genere. Mentre i meccanismi neurali coinvolti in queste risposte agli stress patologici sono stati studiati e descritti in modo approfondito,<sup>35</sup> si sa molto meno dei segnali che nel cervello mediano gli effetti benefici di agenti che, attraverso uno stress di entità modesta, aumentano la durata della vita (esercizio, restrizione calorica e stimolazione cognitiva). Ciononostante, quello che risulta dai più recenti studi sui fattori stressogeni che promuovono la longevità è il fatto che essi attivano alcuni degli stessi segnali che sono al contrario bloccati dagli agenti stressogeni nocivi per la salute. Per esempio, mentre gli stressogeni benefici come l'esercizio fisico possono aumentare la resistenza allo stress mediata da aumento di serotonina, *BDNF* e sensibilità dell'organismo all'insulina, gli agenti stressogeni dannosi invece possono diminuire serotonina, *BDNF* e sensibilità dell'organismo all'insulina (Figura 2).

---

<sup>29</sup> Sze, J.Y. et al. (2000): "Food and Metabolic Signalling Defects in a *Caenorhabditis Elegans* Serotonin-Synthesis Mutant", *Nature*, 403, pp. 560-564.

<sup>30</sup> Heisler, L.K. and Tecott, L.H. (1999): "Knockout corner: neurobehavioural consequences of a serotonin 5-HT(2C) receptor gene mutation", *Int. J. Neuropsychopharmacol.*, 2, pp. 67-69.

<sup>31</sup> Khanzode, S.D. et al. (2003): "Oxidative damage and major depression: the potential antioxidant action of selective serotonin reuptake inhibitors", *Redox Rep.*, 8, pp. 365-370.

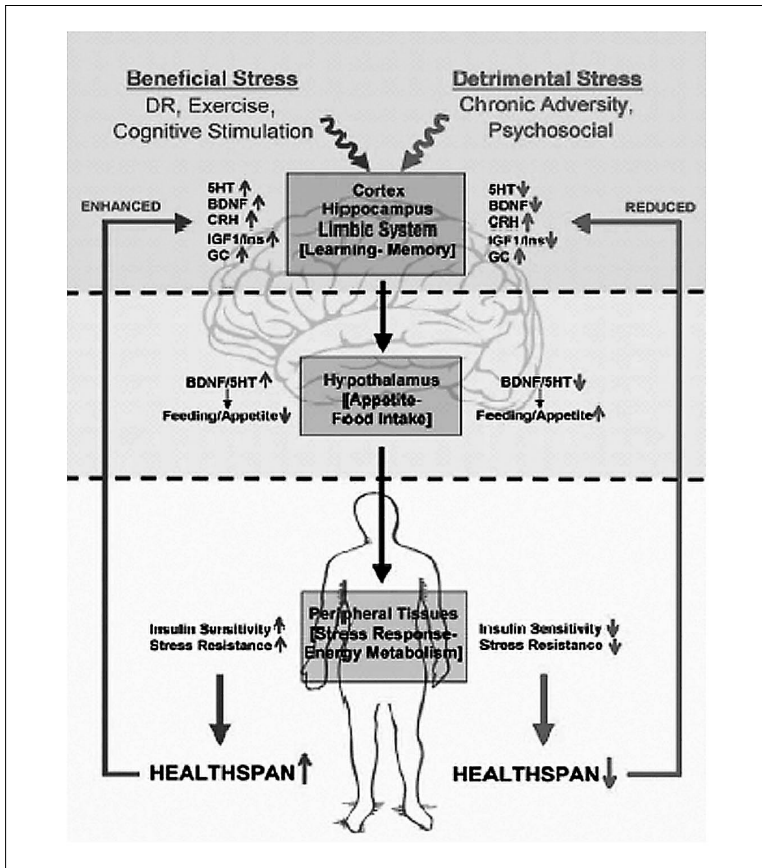
<sup>32</sup> Azmitia, E.C. (2001): "Modern Views on an Ancient Chemical: Serotonin Effects on Cell Proliferation, Maturation, and Apoptosis", *Brain Res. Bull.*, 56, pp. 413-424.

<sup>33</sup> Thorpe, A. and Duve, H. (1988): "Insulin found at last?", *Nature*, 331, pp.483-484.

<sup>34</sup> Weiger, W.A. (1997): "Serotonergic Modulation of Behaviour: A Phylogenetic Overview", *Biol. Rev. Camb. Philos. Soc.*, 72, pp. 61-95.

<sup>35</sup> McEwen, B.S. (2002): "Sex, Stress and the Hippocampus: Allostasis, Allostatic Load and the Aging Process", *Neurobiol. Aging*, 23, pp. 921-939.

Figura 2: L'influenza di diversi tipi di stress sulla suscettibilità alle malattie e longevità mediata dal reciproco invio di segnali tra il cervello e la periferia del corpo



Nota: Stimoli sensoriali dall'ambiente esterno possono modulare i livelli di serotonina (5HT), BDNF, Ormone di Rilascio della Corticotropina (CRH), insulina/recettore per il fattore di crescita insulina-simile (Insulin-like Growth Factor-1 = IGF-1) e dei glucocorticoidi (GC) in varie regioni del cervello, come indicato in figura. Queste alterazioni delle funzioni cerebrali possono influenzare l'apprendimento e la memoria e possono anche avere degli effetti marcati sul metabolismo dell'energia nei diversi distretti corporei e in ultima analisi modificare anche la resistenza allo stress.

## 5. Conclusioni

Il sistema nervoso è particolarmente predisposto per prendere delle “decisioni” che influenzano la durata della vita e agire su queste decisioni grazie al controllo sui segnali che regolano il comportamento e il sistema ormonale neuroendocrino. Coordinando la risposta corporea all'assunzione di nuova energia (assunzione di cibo) e la resistenza allo stress, il cervello può promuovere un prospero avanzamento verso la terza età oppure contribuire alla patogenesi delle malattie correlate all'invecchiamento. In effetti, vi sono ampie dimostrazioni del ruolo diretto e/o indiretto del cervello nelle maggiori cause di morte negli esseri umani. Per esempio, regolando l'assunzione di cibo e/o la risposta allo stress, il cervello può promuovere lo sviluppo di malattie cardiovascolari, il diabete o il cancro. Mantenere in salute il proprio cervello e la sua plasticità durante tutta la vita diventa quindi un importante obiettivo per la salute pubblica. È infatti sempre più evidente che la stimolazione cognitiva, una dieta

appropriata e l'esercizio fisico possono aiutarci a raggiungere questo obiettivo. Questo stile di vita è particolarmente importante dalla mezza età in poi, quando il cervello deve affrontare una serie di sfide che includono anche la possibilità di sviluppare malattie neurodegenerative come il morbo di Alzheimer. Negli ultimi dieci anni numerosi studi sugli esseri umani hanno dimostrato che l'esercizio fisico ha effetti benefici sulla salute del cervello e le sue funzioni, in particolare nella popolazione anziana. L'esercizio fisico è quindi considerato come un indicatore chiave delle potenzialità cognitive dell'anziano e recenti studi in animali ed esseri umani hanno indicato che l'attività fisica e il controllo della dieta sono associati a minore rischio di andare incontro a declino cognitivo, Alzheimer o demenza senile.

In questi tempi, la richiesta di sviluppare una migliore prevenzione dei danni dell'invecchiamento viene portata avanti in un contesto politico complicato. A un estremo si trovano gruppi imprenditoriali spregiudicati che, attraverso strategie di marketing sofisticate, propongono nuovi farmaci per rallentare l'invecchiamento del cervello con la prospettiva di ottenere enormi ritorni economici. Dall'altra parte si trovano invece i sostenitori della politica della "salute naturale" che difendono l'idea di un ciclo vitale "tradizionale", accusano la società di spendere sproporzionate risorse del bilancio della salute pubblica per cure geriatriche deprecando la realizzazione di un futuro scenario di una nazione organizzata come un ospizio in conseguenza delle correnti politiche sanitarie. L'attuazione di un particolare stile di vita, come per esempio lo svolgimento di una regolare attività fisica, rappresentano delle forme non-mediche di difese anti-età che sono senza dubbio delle opzioni non attraenti per la maggior parte delle industrie farmaceutiche, ma possono rappresentare una via naturale per contrastare attivamente l'invecchiamento come processo che coinvolge una aumentata vulnerabilità e una ridotta capacità di contribuire alla società degli individui anziani.

#### RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Austad, S.N. (1989): "Life Extension by Dietary Restriction in the Bowl and Doily Spider, *Frontinella pyramitela*", *Exp. Gerontol*, 24, pp. 83-92.
- Azmitia, E.C. (2001): "Modern Views on an Ancient Chemical: Serotonin Effects on Cell Proliferation, Maturation, and Apoptosis", *Brain Res. Bull.*, 56, pp. 413-424.
- Bardem Y-A. (1994). "Neurotrophins: A Family of Proteins Supporting the Survival of Neurons", *Prog. Clin. Biol. Res.* 390, pp. 45-56.
- Berchtold, N.C. *et al.* (2001): "Estrogen and Exercise Interact to Regulate Brain-Derived Neurotrophic Factor mRNA and Protein Expression in the Hippocampus", *Eur. J. Neurosci*, 14, pp. 1992-2002.
- Brunet-Rossinni, A.K. and Austad, S.N. (2004): "Ageing Studies on Bats: A Review", *Biogerontology* 5, pp. 211-222.
- Cotman, C.W. *et al.* (2002): *Trends in Neurosciences*, 25, pp. 295-301.
- Gomez-Pinilla, F. *et al.* (2001): "Differential Regulation by Exercise of *BDNF* and *NT-3* in Rat Spinal Cord and Skeletal Muscle", *Eur. J. Neurosci*, 13, pp. 1078-1084.
- Heisler, L.K. and Tecott, L.H. (1999): "Knockout Corner: Neurobehavioural Consequences of a Serotonin 5-HT<sub>2C</sub> Receptor Gene Mutation", *Int. J. Neuropsychopharmacol*, 2, pp. 67-69.
- Hofman, M.A. (1983): "Energy Metabolism, Brain Size and Longevity in Mammals", *Q. Rev. Biol.* 58, pp. 495-512.
- Holzenberger, M. *et al.* (2003): "IGF- Receptor Regulates Lifespan and Resistance to Oxidative Stress in Mice", *Nature*, 421, pp. 182-187.
- Kesslak, J.P. *et al.* (1998): "Learning Upregulates *BDNF* mRNA: A Mechanism to Facilitate Encoding and Circuit Maintenance?", *Behav. Neurosci*, 112, pp. 1012-1019.
- Khanzode, S.D. *et al.* (2003): "Oxidative damage and major depression: the potential antioxidant action of selective serotonin re-uptake inhibitors", *Redox Rep.*, 8, pp. 365-370.

- Kirkwood, T.B.L. and Austad, S.N. (2000): "Why Do We Age?", *Nature*, 408, pp. 233-238.
- Lindvall, O. *et al.* (1994): "Neurotrophins and Brain Insults", *Trends Neurosci.* 17, pp. 490-496.
- Lu, B. and Chow, A. (1999): "Neurotrophins and Hippocampal Synaptic Transmission and Plasticity", *J. Neurosci Res.*, 58, pp. 76-87.
- Mattson, M.P. *et al.* (2002): "How Does the Brain Control Lifespan?", *Ageing Research Reviews*, 1, pp. 155-165.
- Mattson, M.P. *et al.* (2002): "Modification of Brain Aging and Neurodegenerative Disorders by Genes, Diet, and Behavior", *Physiol Rev*, 82, pp. 637-672.
- McEwen, B.S. (2002): "Sex, Stress and the Hippocampus: Allostasis, Allostatic Load and the Aging Process", *Neurobiol. Aging*, 23, pp. 921-939.
- Migliaccio, E. *et al.* (1999): "The *p66shc* Adaptor Protein Controls Oxidative Stress Response and Life Span in Mammals", *Nature*, 402, pp. 30-313.
- Neeper, S.A. *et al.* (1995): "Exercise and Brain Neurotrophins", *Nature*, 373, p. 109.
- Neeper, S.A. *et al.* (1996): "Physical Activity Increases *mRNA* for Brain-Derived Neurotrophic Factor and Nerve Growth Factor in Rat Brain", *Brain Res.* 726, pp. 49-56.
- Russo-Neustadt, A. *et al.* (1999): "Exercise, Antidepressant Medications, and Enhanced Brain Derived Neurotrophic Factor Expression", *Neuropsychopharmacology*, 21, pp. 679-682.
- Sacher, G.A. (1975): "Maturation and Longevity in Relation to Cranial Capacity in Hormonal Evolution", Tuttle, R. (Ed.), *Primate Functional Morphology and Evolution*, Mouton, The Hague.
- Schinder, A.F. and Poo, M-M. (2000): "The Neurotrophin Hypothesis for Synaptic Plasticity", *Trends Neurosci*, 23, pp. 639-645.
- Shanley, D.P. and Kirkwood, T.B.L. (2000): "Calorie Restriction and Aging: A Life History Analysis", *Evolution*, 54, pp. 740-750.
- Sohal, R.S. *et al.* (1993): "Biochemical Correlates of Longevity in Two Closely-Related Rodent Species", *Biochem. Biophys. Res. Comm*, 196, pp. 7-11.
- Sze, J.Y. *et al.* (2000): "Food and Metabolic Signalling Defects in a *Caenorhabditis Elegans* Serotonin-Synthesis Mutant", *Nature*, 403, pp. 560-564.
- Tatar, M. *et al.* (2003): "The Endocrine Regulation of Aging by Insulin-Like Signals", *Science*, 299, pp. 1346-1351.
- Thorpe, A. and Duve, H. (1988): "Insulin found at last?", *Nature*, 331, pp.483-484.
- Tokuyama, W. *et al.* (2000): "*BDNF* Upregulation During Declarative Memory Formation in Monkey Inferior Temporal Cortex", *Nat. Neurosci*, 3, pp. 1134-1142.
- van Eden, C.G., and Buijs, R.M. (2000): "Functional Neuroanatomy of the Prefrontal Cortex: Autonomic Interactions", *Prog Brain Res*, 126, pp. 49-62.
- van Praag, H. *et al.* (1999): "Running Enhances Neurogenesis, Learning, and Long-Term Potentiation in Mice", *Proc. Natl. Acad. Sci, USA* 96, pp. 13427-13431.
- Walford, R.L. and Spindler, S.R. (1997): "The Response to Calorie Restriction in Mammals Shows Features also Common to Hibernation: A Cross-Adaptation Hypothesis", *J. Gerontol*, 52, pp. B179-B183.
- Weiger, W.A. (1997): "Serotonergic Modulation of Behaviour: A Phylogenetic Overview", *Biol. Rev. Camb. Philos. Soc.*, 72, pp. 61-95.
- Weindruch, R. and Walford, R.L. (1988): *The Retardation of Aging and Disease by Dietary Restriction*, Thomas, Springfield, IL.

## Invecchiare a casa: il supporto delle tecnologie

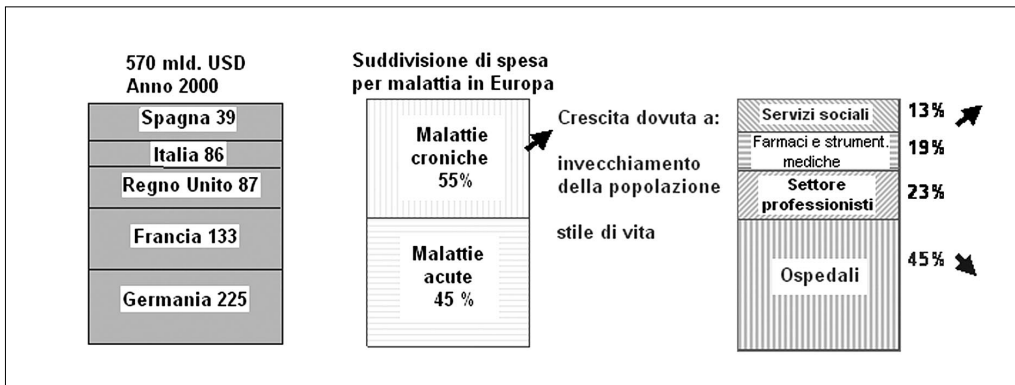
di Nicola Pangher\*

### 1. Introduzione

Ci si attende che i cambiamenti demografici nei paesi sviluppati, che portano alla cosiddetta “inversione del triangolo demografico”, avranno un impatto particolarmente drammatico su queste società. Un numero crescente di cittadini anziani, con ridotta capacità fisica e intellettuale e, spesso, affetti da malattie croniche e degenerative, avranno necessità di aiuto per rimanere autonomi e poter trascorrere la loro “anzianità a domicilio” nelle rispettive abitazioni. La possibilità di vivere autonomamente è un obiettivo importante non solo perchè generalmente rappresenta un desiderio vitale per le persone anziane, che auspicano una buona qualità di vita, ma pure perchè viene a ridursi la responsabilità a carico di ospedali e strutture assistenzialistiche, caratterizzate da costi rilevanti. L’“anzianità a domicilio” costituisce un elemento chiave di un nuovo tipo di strategia volta a accrescere la qualità della salute e, nello stesso tempo, al controllo delle spese: spostandosi cioè dal concetto di assistenza per “l’invecchiamento mainframe”, secondo la definizione di Andy Grove, presidente di Intel Corp., verso un modello più decentrato, ove ogni singola abitazione diviene un sito per prevenire o affrontare i problemi di salute.

Un punto fondamentale nello sviluppo della strategia dell’“anzianità a domicilio” è incentrato sull’incidenza delle disabilità e malattie: gli assistenti devono affrontare una sfida difficile, in cui la salvaguardia di uno stato di salute efficiente è necessaria a fare in modo che i cittadini anziani possano vivere autonomamente.

Figura 1: Spese annuali per la salute in Europa: 570 mld. USD – da: OECD, OMS, Centro per il Controllo delle Malattie USA, 2000.



\* PhD, Italtbs SpA, Padriciano 99, 34012 Trieste, Italia

Nella maggior parte delle nazioni, le organizzazioni dei servizi sociali e sanitari sono separate, mentre i servizi d'assistenza domiciliare vengono riuniti in un'unica struttura organizzativa che include gli aspetti sociali e sanitari. In questo articolo verrà presentata la struttura organizzativa tecnologica necessaria a supportare i pazienti anziani al proprio domicilio.

## 2. La struttura organizzativa tecnologica

Due componenti chiave costituiscono la struttura organizzativa per i servizi di tele-assistenza domiciliare:

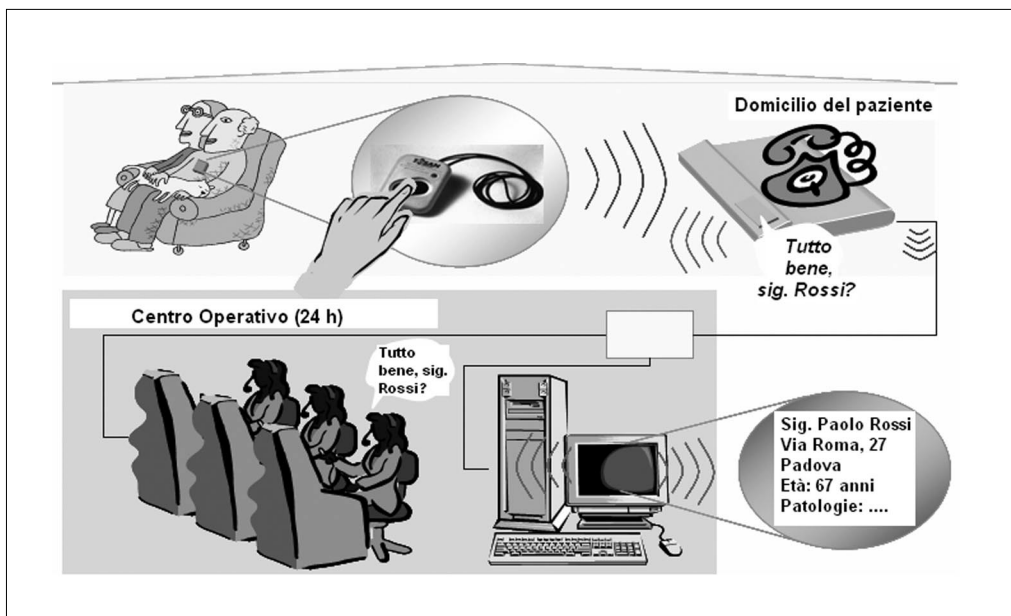
- il centro operativo,
- l'organizzazione e-health.

Il Centro Operativo è un call centre in cui gli operatori preposti seguono costantemente le persone anziane a casa, offrendo una serie sempre più completa di servizi. Un insieme di servizi di base è imperniato sulla comunicazione tra il centro ed il cittadino:

La tele-emergenza: la persona reca con sé un microfono e un pulsante per le emergenze che consente il contatto immediato con il centro, al quale il problema viene descritto a voce.

Il tele-controllo: gli operatori rintracciano periodicamente la persona al proprio domicilio, monitorando le condizioni generali e identificando i possibili problemi sociali e sanitari.

Figura 2: Servizi di Tele-assistenza di base: la tele-emergenza ed il Tele-controllo



Il semplice pulsante d'emergenza può essere integrato con altri sensori ambientali, che permettono il monitoraggio di situazioni pericolose o d'allarme: sensori di movimento permettono il rilevamento di caduta e sensori per il gas possono rilevare la presenza di emissioni pericolose dalla cucina o la presenza di un'eccessiva quantità di monossido di carbonio in casa.



I Centri Operativi possono pure essere il fattore chiave per un approccio più coordinato, in cui le procedure di assistenza sociale e sanitaria sono ripartite tra gli operatori del servizio sociale, quelli del servizio d'assistenza sanitaria, la famiglia e il paziente.

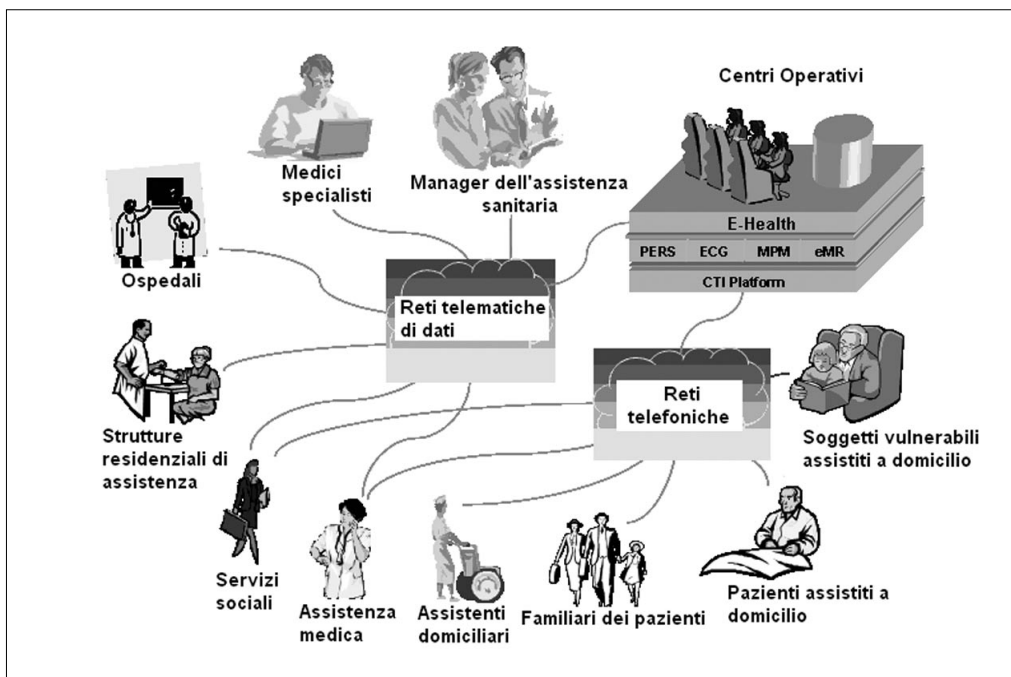
Alcuni esempi di questi servizi di tele-assistenza sono di seguito elencati:

1. Assistenza terapeutica: gli operatori controllano che la persona segua specifiche terapie prescritte dal medico di base.
2. Assistenza dietetica: gli operatori controllano che la persona segua la dieta assegnatale per prevenire, ovvero tenere sotto controllo, specifiche malattie.
3. Assistenza dei servizi sociali: coordinano i diversi interventi dei servizi sociali, come il programma di consegna dei cibi caldi, le visite degli assistenti sociali, programmi di socializzazione e comunicazione con i familiari e gli amici.
4. Organizzazione dell'assistenza per malattie croniche: supporta il paziente nell'osservanza di procedure specifiche per il controllo delle malattie croniche, includendo l'agenda dei relativi esami diagnostici e delle visite mediche.
5. Servizi complessi che sono una risultante delle diverse attività, forniti sempre in accordo con le diverse organizzazioni sociali e sanitarie.

Tutti questi servizi vengono incentrati su una struttura di tipo ICT, ovvero la cosiddetta soluzione e-health. Si tratta di un sistema che supporta l'insieme delle attività caratteristiche dei Centri Operativi, le organizzazioni sociali e quelle sanitarie.

I dati di tutti i pazienti vengono inseriti in un unico archivio, sono previsti programmi di gestione per le terapie e le malattie, inoltre le procedure di comunicazione tra i differenti operatori vengono gestite in modo da permettere la prenotazione diretta di servizi medici; le linee guida nella fattispecie vengono implementate per prevenire errori da parte dei medici.

Figura 3: La soluzione e-health



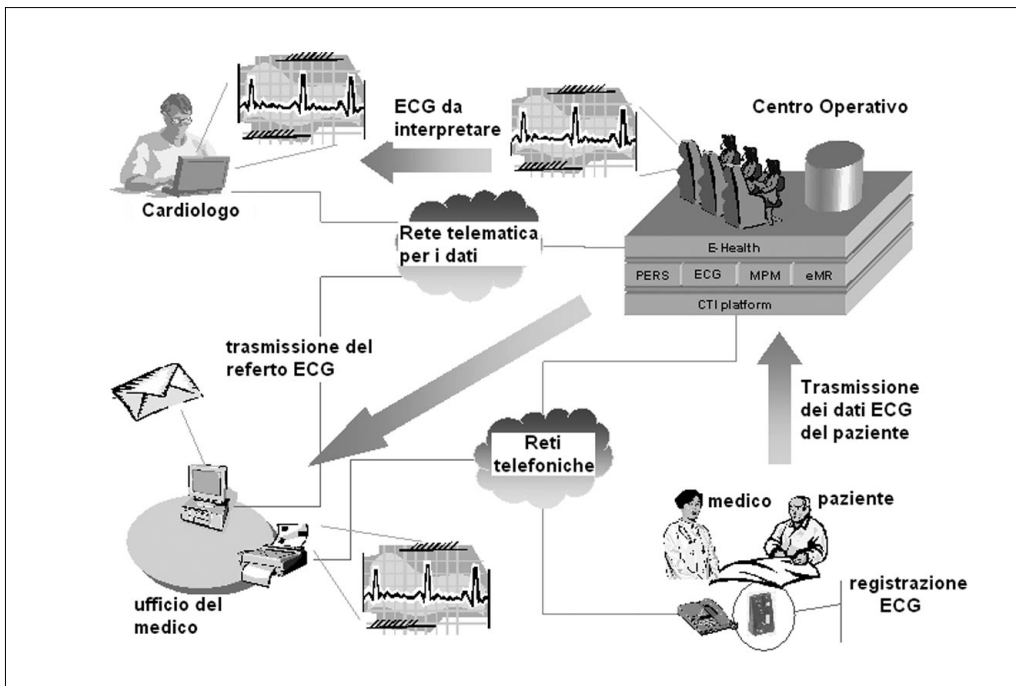
Le componenti base della soluzione e-health sono:

1. Il registro elettronico dell'assistenza sanitaria: l'archivio dei dati consente l'accesso alla storia clinica del paziente, in cui i dati medici, rilievi e immagini sono a disposizione di tutti gli operatori.
2. Il motore della comunicazione: assai frequentemente si verifica l'ottenimento in eredità di sistemi di IT da parte di preesistenti istituzioni d'assistenza sanitaria e sociale. Si ha la necessità di assicurare l'interoperabilità di questi diversi mezzi: un sistema di integrazione è richiesto al fine di assicurare che l'informazione corretta venga destinata laddove richiesta.
3. Il sistema gestionale del flusso di lavoro: i processi complessi, come le procedure sanitarie, le linee guida mediche e le procedure qualitative devono essere pure supportate. Un motore configurabile per gestire il flusso di lavoro, in cui i processi possano essere mappati, assiste tutti gli operatori nell'adempiere alle appropriate modalità.

### 3. La tele-medicina

Il passo successivo nei servizi di tele-assistenza avanzati è rappresentato dall'effettiva disponibilità di sensori bio-medici nelle case dei pazienti. È possibile organizzare un sistema virtuale di assistenza per pazienti non ospedalizzati, in cui i parametri fisiologici possono essere agevolmente rilevati e inviati al Centro Operativo; il centro si occuperà poi di interpellare i medici specialisti che dovranno poter valutare i dati clinici, scrivere le refertazioni e suggerire eventuali variazioni in corso d'opera.

Figura 4: Il modello di tele-cardiologia: assistenza del paziente cardiopatico





Vi sono sistemi a disposizione per quanto concerne la misura del battito cardiaco, il ritmo respiratorio, la pressione sanguigna, la glicemia, la spirometria, la pulsossimetria e l'ECG: questi apparati di piccole dimensioni vengono connessi a una rete di telecomunicazioni. I dati bio-medici sono inviati automaticamente al Centro Operativo e agli specialisti medici: la disponibilità di sistemi intelligenti di ICT permette l'evidenziazione immediata di anomalie, l'innescio di dispositivi d'allarme acustico e l'inizio di procedure d'emergenza. Il monitoraggio di questi dati è fondamentale per tenere sotto osservazione malattie frequenti come:

- arresto cardiaco
- aritmia
- ischemia
- diabete
- broncopatia
- insufficienza renale
- ipertensione
- asma

L'operatore diviene quindi coordinatore delle operazioni relative al trattamento della malattia: avendo sotto controllo il quadro completo dello stato di salute del paziente, egli ha accesso nel contempo alle differenti risorse. Tale approccio permette il raggiungimento di obiettivi specifici:

- Il monitoraggio del consumo delle risorse, la pianificazione delle modalità d'assistenza, la definizione esatta dei costi dell'assistenza al paziente e quindi la definizione di indicatori quantitativi per la misurazione dell'efficienza d'utilizzo delle risorse sanitarie, un elemento tanto importante per il controllo dell'incremento dei costi sanitari e per evitare la non prevedibile riduzione dei servizi sanitari risultante dalla pressione per limitare le spese.
- Il monitoraggio della qualità dei servizi medici, l'implementazione delle linee guida mediche, la cosiddetta "*evidence-based medicine*" (ovvero una forma di integrazione tra la ricerca sperimentale, l'evidenza clinica e le testimonianze del paziente) e il raggiungimento di un modello assoluto di qualità per i servizi di assistenza sanitaria.
- Il perseguimento di una procedura di business basata sulla ri-programmazione dell'approccio descritto per accrescere ulteriormente il rapporto costo/beneficio per i servizi di assistenza sanitaria.

La Tele-medicina permette pure un approccio completamente nuovo per il trattamento in fase post-acuta e quella riabilitativa, consentendo le dimissioni anticipate dall'ospedale ed evitando che vi sia necessità di prolungate degenze in istituti per la riabilitazione. Il supporto integrato da parte di sistemi semplici, basati sulla tele-conferenza può permettere la comunicazione diretta tra paziente ed assistente; la possibilità di vedere il paziente, accompagnata ai dati di monitoraggio remoto dei parametri fisiologici, consentono di analizzare in tempo reale lo stato di salute del paziente e di calibrare le procedure di riabilitazione.

Tali tecnologie permettono già di estendere i servizi di tele-assistenza attuali, in modo tale che alle persone anziane verrà consentito di "invecchiare nel proprio domicilio" ottenendo una serie di risultati di rilievo:

- diminuzione dell'uso di strutture sanitarie per il trattamento di casi acuti;
- riduzione dell'utilizzo delle istituzioni di cura;
- riduzione delle disabilità;
- riduzione delle complicanze conseguente le patologie croniche;
- il posticipo dell'esigenza di ricovero nelle apposite strutture di degenza.

#### 4. Uno sguardo al futuro (prossimo)

Parecchie tecnologie disponibili attualmente o nell'immediato futuro condurranno a un approccio maggiormente integrato, ovvero in cui la tele-assistenza medica si svilupperà nella "gestione del benessere personale", dove set arricchiti di sensori da indossare e gestiti da sistemi computerizzati non invasive risulteranno in una sorta di "angelo custode"; i parametri fisiologici saranno valutati in tempo reale da sistemi intelligenti da portare addosso, i quali decideranno che tipo di procedure attivare in risposta a dei cambiamenti del sistema.

Un primo tipo di componente di questo approccio "angelo custode" è costituito dalla presenza di sensori bio-medici da indossare:

- Sensori piezoelettrici per la pressione, disponibili sotto forma di orologi per la misurazione del ritmo cardiaco e respiratorio, nonché della pressione arteriosa;
- Capi d'abbigliamento intimo intelligenti, in cui elettrodi, sensori di temperatura e così via costituiscono una parte integrante della fabbricazione tessile, consentendo il rilevamento dell'ECG, la temperatura corporea e altri segnali fisiologici. Uno sviluppo completo e non costoso di tecnologie per capi d'abbigliamento intimo intelligenti potrebbe essere un passo decisivo verso la completa usabilità della tele-medicina da parte di cittadini anziani: i test diagnostici verranno effettuati indossando della semplice biancheria intima.
- I sistemi computerizzati indossabili, con capacità computazionali in grado di rilevare segnali di vita e segnali di pericolo, attivando in questo caso delle procedure comunicative;
- La completa integrazione con tecnologie di tipo GPS permette l'attivazione immediata di procedure di rintracciamento nel caso si debba localizzare un paziente non in grado di comunicare altrimenti;
- La completa integrazione con tecnologie di comunicazione senza fili (wireless), integrando nella biancheria sistemi di tipo GSM o UMTS;
- Il riconoscimento vocale e i sistemi automatizzati di risposta da parte del call centre permetteranno l'integrazione non dispendiosa dei dati bio-medici con quelli archiviati descrittivi dello stato di salute/malattia del paziente.

Un secondo elemento sarà dato dall'estensione totale dell'approccio della domotica alle abitazioni dei pazienti. Ecco alcuni esempi:

- Sistemi di monitoraggio nel letto, sistemi di monitoraggio dei ritmi circadiani e di rilevamento di mutate abitudini nel sonno, che possano essere collegate a errate abitudini alimentari o effetti collaterali indesiderati di terapie farmacologiche;
- Sensori intrappolati nei mobili, che permettano il monitoraggio delle attività della persona, in grado di fornire informazioni importanti agli assistenti su impedimenti fisici o altre disabilità rispetto alle abitudini quotidiane;
- Telecamere intelligenti, dotate di capacità computazionale per analizzare direttamente le modalità di movimento delle persone anziane a casa e identificare situazioni di pericolo o addirittura l'insorgenza di disabilità fisiche o mentali; l'insorgenza della demenza o di altre malattie neurodegenerative potranno essere rilevate da cambiamenti nella modalità di svolgimento delle attività quotidiane.
- Contenitori intelligenti per pastiglie, che possano essere programmati per ricordare agli utenti le modalità di terapia, evitando situazioni conflittuali di somministrazione di farmaci e comunicando direttamente agli assistenti l'approssimarsi dell'esaurimento scorte;
- Sistemi televisivi intelligenti serviranno da interfacce per fornire memorandum riguardanti la vita sociale e la gestione del benessere, come per esempio la pianificazione della dieta personalizzata o l'istruzione di pazienti affetti da deficit di memoria, demenza o altre malattie neurodegenerative, riguardo le loro attività quotidiane; se il sensore intrappolato

nel mobilio e le telecamere intelligenti riscontrano una qualche difficoltà durante lo svolgimento di una normale attività, come ad esempio, la preparazione di una bevanda calda, la TV intelligente inizia a interagire con il paziente, chiedendogli se abbia bisogno d'aiuto e fornendogli una descrizione esaustiva su come affrontare delle specifiche attività, come la preparazione di una tazza di tè.

Importanti aspettative sono connesse con lo sviluppo delle micro- e nano-tecnologie: dall'analisi del sangue non invasiva a ogni sorta di strumentazione da impiantare, che possa monitorare e supportare in tempo reale le nostre funzioni corporee; già ora i pacemakers possono essere programmati e possono comunicare con sistemi esterni. I sensori esterni e quelli impiantati possono divenire una parte integrante delle reti di sensori casalinghi e indossabili.

L'altro aspetto rivoluzionario in corso riguarda lo sviluppo della medicina personalizzata, basato sull'incremento di conoscenza nel campo della biologia molecolare; sapendo come il "motore molecolare" di ciascun individuo permetterà la definizione di un profilo personale di rischio basato sulla struttura genetica specifica dell'individuo e quindi la pianificazione di una strategia preventiva che riduca il rischio effettivo di sviluppare una data malattia.

In più, la terapia farmacologica sarà calibrata rispetto alla responsività a livello molecolare nei confronti del farmaco: ci si aspetta che lo sviluppo del farmaco risulterà in molecole che saranno di beneficio specificamente per soggetti con determinate caratteristiche genetiche. Questo avrà come conseguenza un ruolo determinante da parte dell'ICT, che terrà informati tutti gli operatori sanitari sulle caratteristiche molecolari dei pazienti; naturalmente pure quelli più anziani potranno beneficiare di questo tipo di approccio, poiché i loro profili molecolari saranno a disposizione in seno all'organizzazione e-health.

## 5. Conclusioni

La questione fondamentale è: perché questi servizi di tele-assistenza non si sviluppano velocemente in tutte le società in corso d'invecchiamento? Il punto principale è di tipo organizzativo: organizzazioni diverse stanno seguendo i problemi sociali e sanitari degli anziani, gli investimenti sulle tecnologie sono generalmente drenati verso gli ospedali e c'è una pressione via via crescente per controllare i costi dell'assistenza sanitaria; il carico di assistenza verso gli anziani è confinato all'interno della famiglia. Coloro che si stanno occupando della Tele-assistenza domiciliare non fanno necessariamente parte della stessa organizzazione che usufruisce dei benefici economici degli investimenti in tecnologie. Le autorità pubbliche dovranno affrontare questo complesso argomento, determinando i costi reali della società in via di invecchiamento, comprendendo quelli che risultano dall'assistenza familiare; queste cifre dovrebbero servire come base di sviluppo per modelli di partenariato tra i settori pubblico e privato nonché con le compagnie assicurative, le cui polizze dovrebbero essere finanziate in modo congiunto dal settore pubblico e dalle spese finanziate dai cittadini.

Una tavola rotonda riguardante l'"invecchiamento a domicilio", ove siedano autorità politiche, compagnie d'assicurazione, i fornitori di servizi sociali e sanitari e le imprese tecnologiche, potrebbe rappresentare un passo decisivo verso la soluzione: queste organizzazioni dovrebbero proporre modalità di assistenza sanitaria in ambiti regionali che, nelle nazioni più sviluppate, rappresentano la giusta dimensione per l'organizzazione e la pianificazione assistenzialistica. L'efficienza dei modelli di tele-assistenza dovrebbe essere monitorata secondo criteri scientifici così come tutte le altre procedure di assistenza sanitaria: mantenere uno schema specifico o cambiarlo dovrà dipendere solo dai risultati e i costi correlati.

#### RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI:

- OECD (2003): *The OECD Health Project: Towards High-Performing Health Systems — Policy Studies*, OECD.
- Kinsella, K. and Velkoff, V.A. (2001): *An Aging World: 2001*, Series P95/01-1, U.S. Census Bureau, Washington.
- Bundesministerium für Familie Senioren, Frauen und Jugend, BRD (2003): “Co-ordination of Complex Assistance for the Elderly: Case Management in Various National Elderly Assistance Systems”, *Case Management in Various National Elderly Assistance Systems*, Integrated Report of the ISG Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH In the Framework of the International Co-operation Project.
- Comas-Herrera, A. and Wittenberg, R. (Eds) (2001): *European Study of Long-Term Care Expenditure: Investigating the Sensitivity of Projections of Future Long-Term Care Expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom to Changes in Assumptions about Demography, Dependency, Informal Care, Formal Care and Unit Costs*, Report to the European Commission, Employment and Social Affairs DG, Grant number VS/2001/0272, PSSRU Discussion Paper 1840, LSE Health and Social Care, London School of Economics, London.
- U.S. Department of Commerce, Office of Technology Policy (2004): *Innovation, Demand and Investment in Telehealth*, U.S. Department of Commerce, Washington.
- Braun, A. (VDI), Boden, M. and Zappacosta, M. (JRC-IPTS) (2003): *Healthcare Technologies Roadmapping: The Effective Delivery of Healthcare in the Context of an Ageing Society (HCTRM)*, JRC/IPTS-ESTO Study.
- European SeniorWatch Observatory and Inventory (2002): *Older People and Information Society Technology: A Comparative Analysis of the Current Situation in the European Union and of Future Trends*, EU-funded project, European Union, Bruxelles.
- Dishman, E. (2004): “Inventing Wellness Systems for Aging-in-Place”, *Computer Magazine*, IEEE Computer Society, May.
- Centre for Aging Services and Technologies (CAST) (2003): *Progress and Possibilities: State of Technology and Aging Services*, Publication of the American Association of Homes and Services for the Aging, Washington D.C., available online at <http://www.agingtech.org>.

## **L'invecchiamento della popolazione italiana: effetti e politica sociale<sup>1</sup>**

di Sabina Mazza\* e Giorgia Capacci\*\*

### **1. Evoluzione demografica della popolazione italiana**

Negli ultimi cinquant'anni la popolazione italiana ha subito evidenti e rilevanti trasformazioni demografiche, dovute soprattutto a cambiamenti nelle abitudini, negli stili di vita, nei comportamenti e nelle scelte in genere. Dopo gli anni Sessanta, ovvero gli anni del baby boom, si sono registrate in Italia dinamiche demografiche diametralmente opposte agli anni precedenti. I grandi problemi legati alla demografia in Italia sono oggi ormai noti: la caduta della natalità e della fecondità; i nuovi modelli di costituzione e di scioglimento delle coppie e delle famiglie; la durata della vita e l'invecchiamento della popolazione; i problemi delle minoranze, delle etnie e soprattutto quelli legati alle migrazioni; il diverso ruolo, rispetto al passato, della popolazione femminile; le questioni specifiche dell'infanzia, dei giovani, degli anziani (Baldi, S. e Cagianò de Azevedo, R., 1999).

La diminuzione della fecondità, l'innalzamento della speranza di vita a tutte le classi di età e la riduzione del tasso di mortalità sono tra i fattori che, più di altri, spingono la nostra popolazione verso un progressivo invecchiamento demografico. Tale fenomeno consiste nell'incremento sia del numero delle persone anziane, sia della loro proporzione nei confronti delle altre fasce di età; possiamo quindi dire che l'invecchiamento è costituito dalla variazione, assoluta e proporzionale dei segmenti di età più anziani all'interno della popolazione (Buccianti, C., 2004).

Nel contesto europeo, e addirittura mondiale, l'Italia si configura come il "paese più vecchio", e tale condizione è evidenziata da tutti i principali indicatori demografici di struttura della popolazione, i quali hanno conosciuto un trend crescente già a partire dagli anni Settanta. Sicuramente lo stato attuale della popolazione italiana è la risultante di un processo di sviluppo che, nelle grandi linee, non si discosta da quello verificatosi in altri paesi europei, anche se è avvenuto in tempi e con modalità alquanto differenti, in relazione alle particolari vicende storico-politiche del nostro paese.

La conseguenza del processo demografico, che coinvolge l'Italia, è stato, tra gli altri, un capovolgimento della piramide per età, prima con una base molto larga e una punta stretta, oggi con una base ridotta e una punta sempre più ampia.

L'ammontare della popolazione residente, dal primo Censimento della popolazione realizzato in Italia nel 1861, è praticamente raddoppiato passando da circa 26 milioni di persone a quasi 57 milioni, anche se nell'ultimo intervallo intercensuario (1991-2001) si è registrata una "battuta d'arresto". Il numero medio dei componenti della famiglia, è sceso, nel corso di 50 anni, da 4,0 (Censimento 1951) a 2,6 (Censimento 2001) con una tendenza a moltiplicarsi di famiglie monocomponenti e coppie senza figli o con al massimo un figlio.

---

<sup>1</sup> Sebbene frutto di un lavoro comune, i paragrafi 1 e 1.1 sono da attribuirsi a Giorgia Capacci, i paragrafi 2, 3, 3.1, 3.2, 4 e l'Appendice sono da attribuirsi a Sabina Mazza.

\* Università La Sapienza, Facoltà di Economia, Roma.

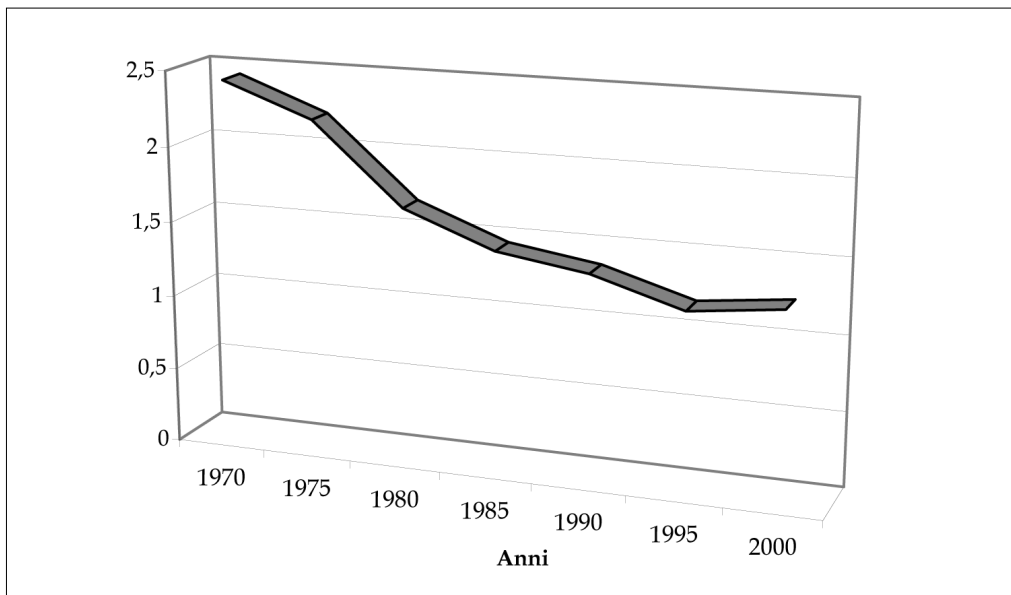
\*\* Istituto Nazionale di Statistica, Direzione Censimento della Popolazione, Roma.

Il saldo naturale è sceso, nel corso degli anni, in misura sempre più consistente fino a divenire negativo intorno alla metà degli anni Novanta; mentre, al contrario, il saldo migratorio ha continuato ad aumentare. In particolare, il saldo naturale è passato dall'8,0‰ del 1951, fino allo 0,74‰ nel 2003.

Il saldo migratorio è, al contrario, positivo: nel 2004 è stato stimato al 9,0‰, leggermente in calo rispetto all'anno precedente. Tuttavia la sua distribuzione territoriale è fortemente diversificata, mentre risulta essere positivo al Centro-Nord, con valori particolarmente elevati in Lombardia, Emilia Romagna e Liguria, si mantiene su livelli piuttosto bassi in tutte le regioni del Mezzogiorno, ed è addirittura negativo in Basilicata e Campania.

La fecondità in Italia è scesa senza sosta dagli anni Settanta a oggi: se nel 1970 il tasso di fecondità totale<sup>2</sup> era pari a 2,43 figli per donna in età feconda, nel 2002 è stato pari a 1,23, ben al di sotto della soglia che assicura l'equilibrio della popolazione (ovvero 2,1 figli per donna). Come si evidenzia dal grafico successivo (Figura 1.) in anni recenti c'è stata una piccola ripresa di tale indicatore, ma si tratta tuttavia di una tendenza ancora molto debole, peraltro molto contrastata a livello regionale. Tutto il recupero recente della fecondità, infatti, è da attribuire alle regioni del Nord e del Centro del Paese, mentre le regioni del Mezzogiorno sono ancora caratterizzate da una diminuzione.

*Figura 1: Tasso di fecondità totale in Italia, 1970-2000*



Fonte: nostra elaborazione su dati Istat, 2004.

<sup>2</sup> Il tasso di fecondità totale può essere definito come il numero medio di figli per donna.

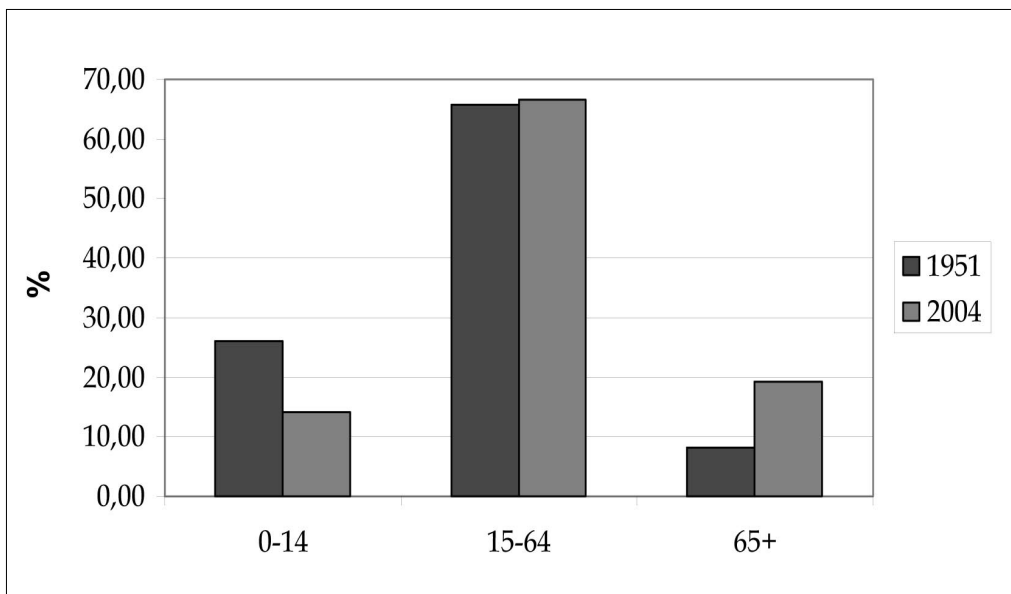
Una variabile cruciale per la fecondità è la nuzialità: ancora oggi circa il 90% delle nascite si realizza in ambito di coppie unite dal vincolo coniugale. Nel 2002, il quoziente più elevato di nuzialità si riscontra nel Mezzogiorno, soprattutto in Campania (5,7‰), Sicilia (5,4‰) e Puglia (5,3‰). Il quoziente nazionale, nel 2002, è pari al 4,6‰, mentre nell'immediato dopoguerra era uguale al 9,2‰.

La struttura per età della popolazione è completamente cambiata per ciò che concerne, in particolare, le classi estreme, ovvero le classi 0-14 anni e 65+ anni. Mentre infatti la classe centrale, relativa alla popolazione attiva, in circa cinquanta anni, è rimasta pressoché immutata, le classi dei giovani e degli anziani si sono, in pratica, invertite: nel 1951 gli ultrasessantacinquenni erano circa un terzo dei giovani di età compresa tra 0 e 14 anni, nel 2004 la quota degli anziani è maggiore di 5 punti rispetto quella dei ragazzi (19,2% anziani e 14,2% giovani).

Come si vede dal grafico successivo (Figura 2), è come se l'ammontare degli anziani si fosse "alimentato" in questi cinquant'anni del trasferimento costante e continuo di una quota dei giovani, lasciando in questo modo invariata la popolazione in età centrale.

In realtà, la costanza della quota della popolazione in età 15-64 è frutto soprattutto dei baby boomers i quali, ancora per qualche anno, consentono di alimentare la spesa assistenziale degli anziani, ma, se rimarrà fissa la soglia di 65 anni per l'ingresso nell'età pensionistica anche negli anni futuri, genererà un tracollo finanziario per l'impossibilità di far fronte alla crescita esponenziale della spesa pensionistica.

*Figura 2: Indicatori di struttura della popolazione (composizione percentuale), 1951 e 2004, Italia*

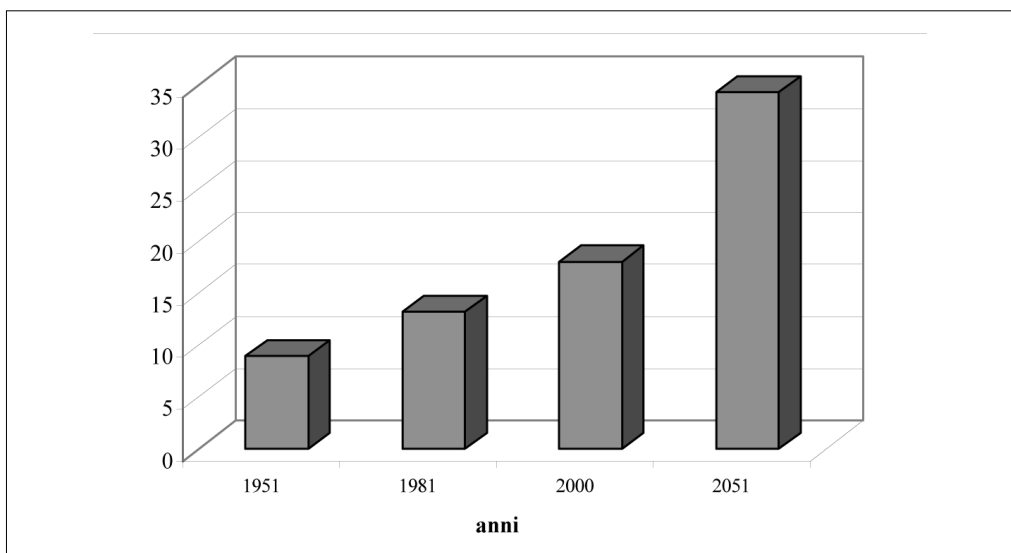


Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT, vari anni.

## 1.1 L'invecchiamento della popolazione italiana

Ciò che ha caratterizzato la demografia italiana in questi ultimi anni è soprattutto - come abbiamo appena visto - 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. Come si vede dal successivo grafico, l'indice di invecchiamento<sup>3</sup> ( $I_v$ ) in cinquant'anni è raddoppiato, e le previsioni ci mostrano che nei prossimi cinquanta anni la crescita sarà quasi esponenziale, portando l' $I_v$  a valori vicini al 35%.

Figura 3: Indice di invecchiamento in Italia, 1951-2051



Fonte: elaborazione su dati ISTAT e Consiglio d'Europa, vari anni.

Per nessun paese dell'UE-15 si prevede, nel 2051, che si raggiunga un tale livello dell'indice di invecchiamento, a conferma che l'Italia è, e continuerà a essere, il "paese più vecchio al mondo".

Se poi prendiamo in considerazione lo stesso grado di vecchiaia degli anziani, ovvero se è cresciuto il peso, nella classe degli ultrasessantacinquenni, della quota di coloro che hanno superato ottanta anni, consideriamo l'indice di senescenza, cioè il rapporto tra coloro che hanno più di 80 anni e coloro che hanno superato la soglia dei 65 anni. L'analisi storica rileva che, nel giro di cinquant'anni, tale indice sia addirittura raddoppiato: nel 1951 era pari all'11,9%, nel 1981 raggiungeva quota 16,7%, infine nel 2001 era pari a 22,6%, dimostrando così, non solo un progressivo invecchiamento della popolazione, ma anche un invecchiamento della stessa classe degli anziani, con una notevole crescita del peso dei cosiddetti grands veillards.

A contraddistinguere il nostro paese non è solo l'alta percentuale di anziani sul totale della popolazione, ma anche le notevoli differenziazioni territoriali di questo processo. Il classico dualismo Nord-Sud, che si manifesta in campo economico-sociale, si ha anche in campo

<sup>3</sup> Si definisce indice di invecchiamento il rapporto percentuale tra la popolazione di 65 e più anni e il totale della popolazione.



demografico. Nel 2001, la regione con il più alto indice di invecchiamento è la Liguria con quasi un quarto della popolazione anziana, mentre la regione demograficamente più giovane è la Campania, con un indice pari al 13,5%.

Gli effetti della demografia del passato — nascite, morti, urbanizzazione, spopolamento rurale e montano, migrazioni interne e internazionali — si riproducono nella società attuale e generano l'attuale struttura demografica interna dell'Italia.

La Liguria fa parte di quella che in demografia è definita “fascia di fortissimo invecchiamento”, un semicerchio che corre dal Nord al Sud Europa. Esso inizia nella parte centro-meridionale della Svezia e della Norvegia, passa per la parte centro-meridionale del Regno Unito, per quella meridionale della Francia e per quella centrale della penisola iberica, per terminare in Italia in alcune province liguri e piemontesi (Cagiano de Azevedo R. e Capacci, G., 2004).

In Italia, l'incremento rilevante che si è avuto in termini di speranza di vita, nel corso della seconda metà del secolo scorso, ha indubbiamente inciso in misura rilevante sulla velocità e sulla consistenza del processo di invecchiamento.

La speranza di vita ha continuato ad aumentare fino ai giorni nostri, facendo registrare un incremento di 35 anni per gli uomini, tra il 1887 e il 2001, e di quasi 40 per le donne, nello stesso arco di tempo. Ciò che caratterizza l'Italia, infatti, non è tanto il livello che il processo di invecchiamento ha raggiunto — che tuttavia rimane assolutamente eccezionale — quanto la velocità con la quale tale intensità si è prodotta. Nel corso di poco più di un secolo la speranza di vita si è quasi triplicata. Paradossalmente, la variazione maggiore, per gli uomini, si è avuta nel decennio della seconda guerra mondiale (1940-1950). Inoltre, la partecipazione degli anziani all'allungamento della vita media è stata crescente, e particolarmente significativa negli anni 1986-1998. Tale partecipazione crescerà anche nel futuro, secondo le previsioni ISTAT, dal momento che la speranza di vita a 65 anni dovrebbe raggiungere, nel 2050, per le donne un livello pari a 25,1 anni (ipotesi centrale) e per gli uomini dovrebbe essere pari a 20 anni.

*Tabella 1: Speranza di vita alla nascita (maschi e femmine), speranza di vita a 65 anni, % di ultrasessantacinquenni (maschi e femmine), dal 1970 al 2000 e relative variazioni percentuali decennali*

	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	1970 1980	1980 1990	1990 2000	1970 2000
<b>Speranza di vita 0 anni Maschi</b>	68,61	69,77	71,05	72,37	73,79	75,04	76,79	3,56	3,86	4,07	11,92
<b>Speranza di vita 0 anni Femmine</b>	74,62	76,06	77,72	78,95	80,51	81,63	82,97	4,15	3,59	3,06	11,19
<b>Speranza di vita 65+ anni</b>	14,78	15,01	15,79	16,23	17,31	18,19	19,04	6,83	9,63	9,99	28,82
<b>% 65+ anni Femmine</b>	12,24	13,86	15,38	15,00	17,03	19,06	20,84	25,65	10,73	22,37	70,26
<b>% 65+ anni Maschi</b>	8,96	10,40	11,43	10,68	12,12	14,03	15,21	27,57	6,04	25,50	69,75

Fonte: WHO, <http://data.euro.who.int/hfad/b/>.

Come si legge dalla tabella precedente il processo di invecchiamento in Italia si è prodotto in particolar modo tra gli anni Settanta e Ottanta e tra gli anni Novanta e Duemila. Inoltre, è soprattutto la speranza di vita degli anziani a registrare la maggiore variazione percentuale, sintomo che è, in particolare, la minore mortalità nelle età anziane a incidere sul crescente peso degli anziani sul totale della popolazione.

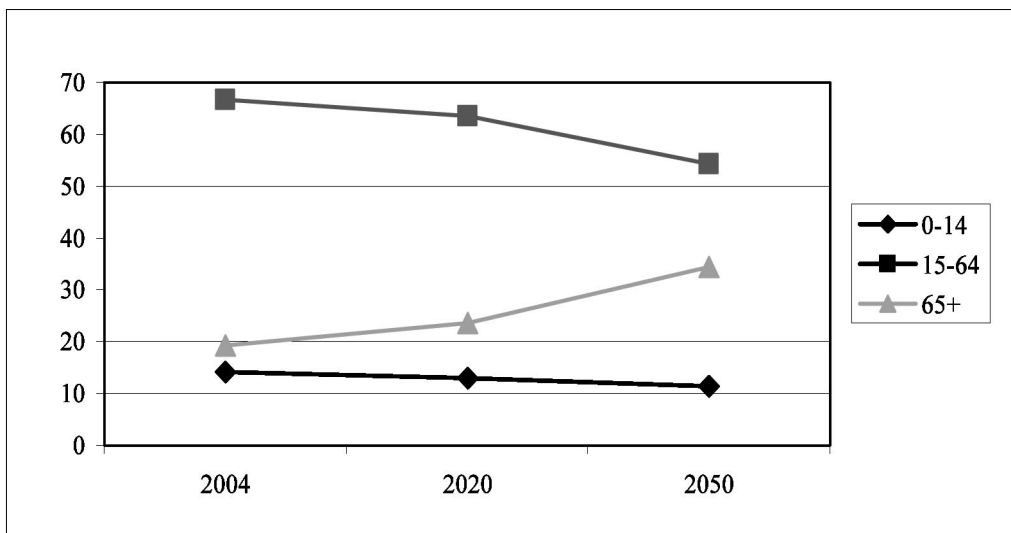
Al crescere dell'età cresce anche il divario tra la maggiore speranza di vita delle donne e la minore degli uomini, tanto che oggi si parla frequentemente di "femminizzazione della vecchiaia". Nel 2002 lo scarto tra la maggiore speranza di vita femminile e quella maschile è di 6,2 anni; già nel 1970 lo scarto era di 6 anni, segno che il vantaggio delle donne è stato sempre costante.

La partecipazione degli anziani all'allungamento della vita media è stata crescente e si prevede che crescerà anche nel futuro (previsioni Istat) dal momento che la speranza di vita a 65 anni dovrebbe raggiungere, nel 2050, un livello pari a 25,1 anni (ipotesi centrale) per le donne e dovrebbe essere pari 20 anni per gli uomini.

Le previsioni, inoltre, ci dicono che la struttura per età della popolazione continuerà a registrare anche in futuro una riduzione della classe giovanile e una crescita rilevante della classe degli anziani. Ciò che però inciderà in futuro, e che finora non si è manifestato (cfr. Figura 2) è una contrazione della classe della popolazione attiva, che porterà a un collasso della situazione previdenziale se non si prenderanno in considerazione delle riforme strutturali a breve periodo.

La classe degli anziani passerà dal 19,2% della popolazione totale, nel 2004, al 34,4% nel 2050; la classe della popolazione attiva si ridurrà di circa 10 punti, passando dal 66,6%, sempre nel 2004, al 54,2% del 2050. La classe dei giovani è quella che conoscerà una riduzione abbastanza contenuta anche se il decremento rilevante si è avuto nel corso, soprattutto, della seconda metà del secolo scorso.

*Figura 4: Previsioni dell'evoluzione delle classi di età della popolazione italiana (0-14, 15-64, 65+ anni), 2004-2050*



Fonte: ISTAT, 2005.

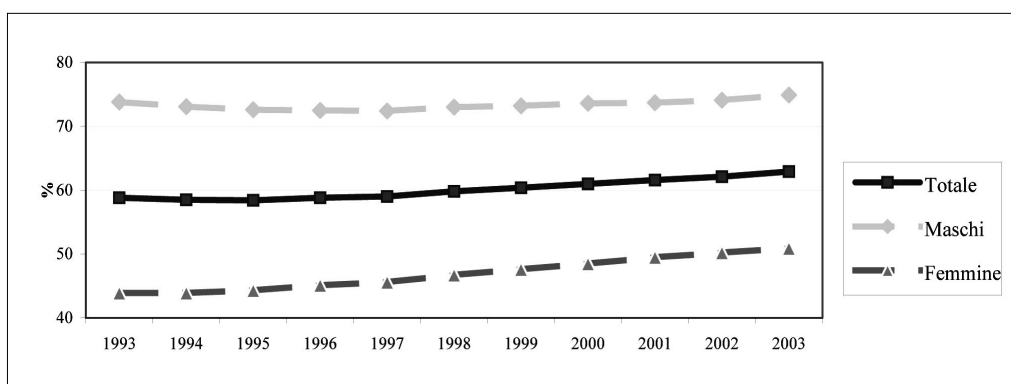
I problemi economico-finanziari, più volte ricordati all'Italia dall'Unione Europea, che derivano soprattutto dal processo di invecchiamento della popolazione, sono aggravati dalla circosanza che cadenza, velocità e intensità nel calo delle nascite e della mortalità (e quindi dell'inerzia demografica) sono molto diffuse e differenziate territorialmente, richiedendo pertanto politiche *ad hoc* a livello locale, oltre che nazionale. L'Italia si trova costretta ad affrontare per prima, rispetto al resto del mondo, le conseguenze socio-economiche che derivano dall'aumento del numero di anziani. Ciò richiede interventi sicuramente pionieristici in materia di politiche sociali ed economiche, ma che potrebbero, se ben progettate ed attuate, offrire un modello sociale di esempio a tutti i paesi avanzati che si stanno apprestando ad affrontare la nostra stessa sfida.

## 2. Gli indicatori del mercato del lavoro

Dopo aver esaminato il quadro demografico dell'Italia, in particolare la dinamica della popolazione, la struttura per classi di età e le proiezioni a medio-lungo termine, in questo paragrafo verranno illustrati gli andamenti dei principali indicatori del mercato del lavoro. Anche se gli effetti più rilevanti dell'evoluzione demografica italiana 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. Inoltre, considerando la prevista contrazione cui sembra destinata la quota di popolazione attiva italiana, essi rappresentano un valido contributo per l'interpretazione delle dinamiche del mercato del lavoro dei prossimi anni.

In particolare, la Figura 5 mostra l'andamento del tasso di attività<sup>4</sup> maschile e femminile per il periodo 1993-2003. Viene confermata la tendenza attuale della popolazione 15-64 a rimanere stabile (si registrano, anzi, lievi variazioni in aumento), consentendo di mantenere costante nei prossimi anni il rapporto di dipendenza economica tra la popolazione in età lavorativa e la restante (Golini, 1999). Sappiamo che nell'arco di due decenni questa tendenza, tuttavia, si ridurrà, fino a raggiungere livelli preoccupanti.

Figura 5: Tasso di attività 15-64 anni, 1993-2003. Valori percentuali



Fonte: proprie elaborazioni su dati Istat.

<sup>4</sup>Tasso di attività: rapporto tra le forze di lavoro e la popolazione di 15 anni e più. Forze di lavoro: somma degli occupati, dei disoccupati alla ricerca di nuova occupazione e delle persone in cerca di prima occupazione.

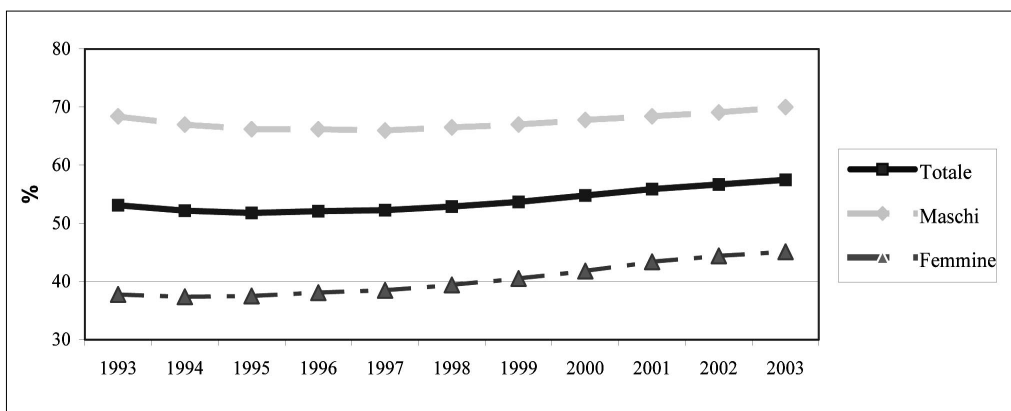
L'andamento dei tassi di attività 15-64 anni per l'Italia è piuttosto omogeneo, ed è caratterizzato da una sostanziale variazione in termini positivi dell'indicatore complessivo, che può in parte attribuirsi, oltre a fenomeni congiunturali caratteristici del mercato del lavoro, a un aumento dell'attività femminile (che è passata dal 43,9% del 1993 al 50,9% del 2003), più consistente di quella maschile. A partire dal 1999, il tasso di attività maschile ha fatto registrare, comunque, lievi segni di ripresa (passando da un valore pari al 73,2% al 74,9% del 2003). Un'altra componente non trascurabile della tenuta del tasso di attività nelle classi di età centrali, è rappresentata dalla sensibile diminuzione del tasso di attività 15-24 anni (che passa dal 45,1% del 1993 al 41,6% del 2003, per i maschi e dal 38,4% del 1993 al 34% del 2003, per le femmine (vedi Tabella A in Appendice). Essa, tuttavia, non rappresenta una caratteristica italiana, ma esprime una tendenza comune ai paesi dell'Unione europea, sebbene meno marcata, assieme al declino del tasso di attività dei maschi di età superiore ai 55 anni (Eurostat, LFS. Vari anni).

Dal confronto con gli altri paesi dell'Unione, e rispetto alla media del tasso di attività per l'UE a 15 e per l'UE a 25, l'Italia si caratterizza per i livelli ancora molto bassi di attività femminile sia per la classe di età 15-64 (nella quale, comunque, si trovano i livelli più alti di attività femminile), che nella classe 15-24 (vedi Tabella A in Appendice). Inoltre, anche i tassi di attività maschile si situano per il 2003, ben sette punti percentuali al di sotto della media europea, e non si registrano risultati molto più incoraggianti per la classe più giovane.

Queste tendenze hanno comportato cambiamenti profondi nella struttura delle forze di lavoro per sesso ed età e nella distribuzione dell'attività delle persone tra lavoro e non lavoro nel corso del ciclo vitale. Da un lato, è aumentata la percentuale delle donne sul totale degli attivi. Dall'altro, è diminuita notevolmente la percentuale dei giovani e degli anziani sia rispetto al totale degli attivi sia, in misura ancora più marcata, rispetto agli attivi nelle classi centrali di età. Infine, la costante diminuzione dell'età di pensionamento e il contemporaneo aumento della speranza di vita, implicano che gli adulti, specialmente i maschi, tendono a spendere quote sempre crescenti della loro vita nella condizione di inattivo (Peracchi, 1998).

Per quel che riguarda il tasso di occupazione,<sup>5</sup> 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.

*Figura 6: Tasso di occupazione 15-64 anni, 1993-2003. Valori percentuali*



Fonte: proprie elaborazioni su dati Istat.

<sup>5</sup> Rapporto occupazione/popolazione: rapporto percentuale tra gli occupati e la popolazione in età lavorativa.

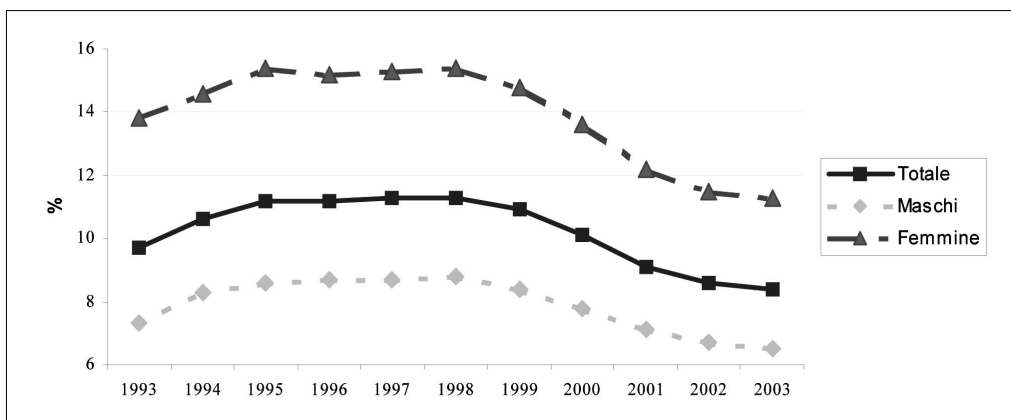
L'aumento fatto registrare dal tasso di occupazione femminile 15-64 anni, nel periodo 1993-2003 (Figura 6), non è sufficiente a collocare l'Italia nella media dei Paesi UE, che per il 2003 si attesta attorno al 56% per l'UE a 15, e al 55% per l'UE a 25. Valori superiori di oltre 10 punti percentuali al livello raggiunto dall'Italia nel 2003. L'Italia, infatti si pone al terzultimo posto nella graduatoria dei 25 paesi per tasso di occupazione, seguita soltanto da Grecia e Malta. Mentre il tasso di occupazione maschile arriva a sfiorare i livelli medi UE (Eurostat, 2005).

Il tasso di occupazione 15-24 anni fa registrare una sostanziale tenuta per i maschi (dopo una caduta del tasso tra il 1993 e il 1994, si mantiene stabile fino a una lieve risalita negli ultimi anni), e un andamento più incerto per le femmine (che oscilla, in media, attorno al 24%, vedi Tabella B in Appendice).

Infine, esaminiamo, attraverso la Figura 7, l'andamento e la struttura del tasso di disoccupazione,<sup>6</sup> il più comune tra gli indicatori del mercato del lavoro.

Il tasso di disoccupazione (totale) 15-64 anni (Figura 7), dopo un periodo di crescita sostenuta, ha raggiunto nel 2003 un livello molto vicino a quello della media UE; diversa è la situazione per il *taux de chômage* femminile, che, per tutto il periodo di riferimento ha mantenuto livelli quasi doppi rispetto a quello maschile, e si ferma nel 2003 a un valore sicuramente più basso, ma non ancora del tutto soddisfacente, e distante oltre due punti e mezzo percentuali dalla media dei 15 Paesi dell'UE e un punto e mezzo dalla media dell'UE a 25 (Eurostat, 2005).

Figura 7: Tasso di disoccupazione 15-64 anni, 1993-2003. Valori percentuali



Fonte: proprie elaborazioni su dati Istat.

Ma il fenomeno mostra la sua gravità soprattutto se si analizzano i tassi di disoccupazione 15-24 anni, sia maschili che femminili e si confrontano con quelli relativi alla popolazione 15-64 (Tabella C in Appendice). Nel corso del periodo in oggetto, il tasso 15-24 complessivo ha fatto registrare livelli che si avvicinano a tre volte il valore corrispondente alla classe 15-64 anni, mantenendo costante questa proporzione nel tempo, pur nella sua continua discesa, che lo ha portato nel 2003 al 23,7%. Per quel che riguarda il corrispondente tasso femminile, il livello è ancora particolarmente elevato, e si attesta al 27,6% nel 2003. Il divario tra i tassi di disoccupazione dei giovani e degli anziani è particolarmente marcato in Italia, dove i tassi di

<sup>6</sup>Tasso di disoccupazione: rapporto tra le persone in cerca di occupazione e le forze di lavoro.

disoccupazione sono superiori a quelli medi dell'UE per le età inferiori ai 30 anni, e inferiori a quelli medi dell'UE per le età superiori ai 45 anni (Eurostat, LFS, varie edizioni).

### **3. Invecchiamento demografico e interventi di politica sociale**

Tra i fattori di criticità che possono colpire fasce deboli della popolazione italiana (ed europea) e impensierire i vulnerabili bilanci pubblici, vi sono senza dubbio: l'elevato livello di disoccupazione appena analizzato, sia giovanile che femminile, che a fronte di una dannosa riduzione del reddito per le famiglie genera per lo Stato anche un aumento dei trasferimenti da erogare, producendo un aggravamento del sistema economico; un aumento della speranza di vita (elemento di per sé molto positivo) che, affiancato a una bassa fecondità e una crescita molto consistente del tasso di dipendenza degli anziani, rappresentano una richiesta crescente di fondi da destinare alle pensioni e a garantire assistenza e cura a fasce deboli della popolazione, per impedire che si trasformino in future sacche di esclusione e povertà (Mazza, 2005). L'esistenza di tutti questi fattori di potenziale e reale disagio rischia di generare, in presenza di risorse scarse e forte sbilanciamento di queste verso una o ristrette fasce della popolazione, lo scatenarsi di conflitti tra quote di popolazioni, oltre che tra generazioni.

La società odierna è molto diversa da quella di ieri, in cui la presenza dei giovani era predominante, ed è destinata a subire ulteriori trasformazioni. La quota di popolazione anziana sarà a lungo sempre più importante, riservando in futuro nuove incognite. Le conseguenze di un cambiamento demografico così profondo, saranno tanto più incisive quanto meno la società che si prepara sarà in grado di affrontare le sfide proposte dal cambiamento. E sarebbe fuorviante, ad esempio, introdurre nella previsione degli effetti dell'invecchiamento demografico sulla società futura, un potenziale effetto di compensazione tra la diminuzione delle spese per i giovani e la crescita dei costi per gli anziani. In realtà, il risparmio realizzabile dalla diminuzione della natalità è molto anticipato rispetto alle spese per l'invecchiamento: la contrazione dei costi della società per l'istruzione e la salute dei bambini non comporta risparmio, poiché viene tutto speso oggi e non ci sarà nulla da destinare domani alle spese per la popolazione anziana. Inoltre, i costi che la società deve sostenere per gli anziani sono molto più consistenti di quelli per i giovani (Caselli, 2002).

Più realisticamente, l'analisi delle possibili difficoltà che in futuro potrebbero gravare sul sistema economico italiano a causa del costante e inarrestabile invecchiamento della popolazione, deve condurre a porre l'attenzione sui due settori cruciali di intervento a sostegno dell'età non attiva: il sistema pensionistico e il sistema della protezione sociale. Quest'ultimo, per sua natura, non nasce unicamente come strumento di aiuto alla fascia anziana della popolazione, ma in virtù del notevole volume di risorse che in Italia viene indirizzato verso questa funzione (vedi Tabella D in Appendice), verrà di seguito analizzato quasi esclusivamente in quest'ottica.

#### *3.1 Il sistema pensionistico*

L'invecchiamento della popolazione ha già creato nel passato una pressione crescente sugli equilibri finanziari dei conti pubblici dell'Italia, come anche di molti altri paesi europei che condividono lo stesso inevitabile cammino demografico. Diversamente da altri paesi, però, l'Italia ha già affrontato più volte modifiche strutturali e interventi in campo previdenziale. Ma non è sufficiente. Perché occorrerà volgere l'attenzione sulla capacità che il sistema pensionistico avrà di raggiungere il suo scopo economico e sociale: assicurare un'adeguata continuità di reddito nel passaggio dal periodo di vita lavorativo a quello del pensionamento (Pizzuti, 2003).

Nelle riforme già effettuate e in quelle allo studio, si delineano due tipi di interventi per contrastare il processo di invecchiamento: aumento dell'età pensionabile e passaggio dal finanziamento pubblico a ripartizione a quello privato a capitalizzazione.

Non vi è dubbio che l'invecchiamento della popolazione crei notevoli effetti (anche distorsivi) sul sistema. Infatti, il finanziamento delle prestazioni di una parte consistente della popolazione viene a pesare su quella parte di popolazione attiva che, al contrario, va riducendosi. L'aumento della permanenza nella popolazione attiva (dunque uno spostamento in avanti dell'età del pensionamento), potrebbe costituire uno strumento di contenimento degli effetti dell'invecchiamento, in quanto consentirebbe di realizzare un duplice risultato: ridurre il numero di coloro che beneficerebbero della prestazione, e aumentare quello dei soggetti in grado di creare reddito da distribuire ai più anziani. Tuttavia, questo non sarà facilmente realizzabile per l'Italia, data la sua squilibrata condizione del mercato del lavoro. Infatti, il reddito prodotto dipende dal numero di lavoratori occupati e dalla loro produttività. Come sottolineato in precedenza, il tasso di attività della popolazione italiana è tra i più bassi d'Europa, e il tasso di disoccupazione (soprattutto giovanile e femminile), al contrario, è consistente. Il sistema produttivo non riesce ad assorbire persone in età lavorativa e, anzi, ha manifestato più volte la tendenza a pensionarle prima del tempo. In queste circostanze, dunque, il tentativo di allungare il periodo lavorativo rischia non solo di non realizzare lo scopo, ma, al contrario, di aumentare il tasso di disoccupazione e di diminuire capacità per le imprese di produrre reddito con cui sostenere la spesa pensionistica (Pizzuti, 2004). Un'alternativa potrebbe essere rappresentata dall'ipotesi in cui avvenga un prolungamento del periodo di istruzione e formazione abbinato a un miglioramento del sistema lavorativo che consenta un volontario slittamento dell'età del pensionamento. In un'ipotesi di migliorata capacità produttiva il reddito tenderebbe ad aumentare rendendo disponibili risorse maggiori da destinare alla previdenza e potrebbero attenuarsi i temuti contrasti fra generazioni.

Da quanto descritto si può prevedere che lo spostamento in avanti dell'età pensionabile sarà più lento del necessario, anche perché il modello a capitalizzazione virtuale sembra avere ancora difficoltà a essere largamente condiviso come strumento per evitare ritardi e squilibri<sup>7</sup> (Gronchi, 2005).

### *3.2 Il sistema di protezione 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.

Si tratta, dunque, di una spesa per prestazioni monetarie o in natura che ha una finalità sociale<sup>8</sup> e un aspetto redistributivo. Nel periodo 1992-2001, la spesa pro-capite per la protezione sociale nell'UE è aumentata in media dell'1,9%. La spesa sociale complessiva ha raggiunto nel 2001 il 27,5% del PIL, registrando un lieve incremento rispetto al 2000 (+0,2%). Tuttavia, l'andamento non è stato perfettamente regolare, si è mantenuto elevato tra il 1993 ed

---

<sup>7</sup> Anche perchè l'efficacia del meccanismo è subordinata a due condizioni: i coefficienti di trasformazione devono essere aggiornati annualmente e l'aggiornamento deve riguardare solo le nuove coorti che si affacciano all'età pensionabile; la prima condizione è necessaria per evitare discontinuità socialmente inaccettabili, la seconda serve a scongiurare che la revisione dei coefficienti possa vanificare l'accumulo di montanti più elevati. In Italia l'aggiornamento è invece decennale, vale erga omnes, e ha carattere in parte negoziale essendo decretato dai ministri dell'Economia e del Lavoro, sentiti il Parlamento e le organizzazioni dei lavoratori e dei datori di lavoro.

<sup>8</sup> La finalità sociale viene solitamente riconosciuta ai seguenti ambiti: benefici monetari agli anziani (pensioni); benefici monetari ai disabili; benefici monetari per malattie e infortuni sul lavoro; benefici monetari per malattia; servizi per anziani e disabili; pensioni di reversibilità ai superstiti; fondi per la casa; benefici monetari alle famiglie; servizi alle famiglie; politiche attive sul mercato del lavoro; indennità di disoccupazione; spesa sanitaria pubblica.



il 1996 (oscillando attorno al 28,5%), scendendo tra il 1996 e il 1998 al 27,5%, valore al disotto del quale è rimasto fino al 2000,<sup>9</sup> per poi risalirvi come già ricordato nel 2001. Il valore della spesa sociale relativo all'Italia, pari al 25,6% del PIL, si pone al disotto di circa due punti rispetto alla media UE, mentre il valore relativo alla pressione fiscale rispetto al PIL, è pressoché pari alla media dell'UE (Eurostat, 2004d; Banca d'Italia, 2004).

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,<sup>10</sup> comunemente aggregate in sei voci di spesa: vecchiaia e superstiti, cure, famiglia, disabilità, disoccupazione, casa ed esclusione. Nelle Tabelle D e E (in Appendice), si evidenziano i diversi orientamenti di spesa dei diversi Paesi, pur nella uniformità di tendenza di crescita della spesa in linea con il PIL.

Tali differenze riflettono differenti standard di vita, ma sono altresì indicativi di diversi sistemi di protezione sociale nazionali,<sup>11</sup> di strutture demografiche, economiche e sociali caratteristiche di ciascun Paese.

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, attestandosi in media per l'Unione Europea al 46%, ed al 15,7% sul PIL. 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 trovano 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 (24,8%), 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 (62,3%). L'Italia, del resto, è caratterizzata da un indice di vecchiaia e dalla presenza di popolazione sopra i 65 anni superiori alla media comunitaria. Segue la funzione cure (pari al 28,2%) in termini di peso sul totale della spesa UE, e al 6,9% rispetto al PIL.

In termini complessivi, tuttavia, nei paesi dell'Unione esiste generalmente una relazione positiva tra il PIL pro capite e la Spesa pro capite (Figura 8), ciò a significare che sussiste una sostanziale convergenza<sup>12</sup> 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.

---

<sup>9</sup> Confronta: *Statistics in Focus, Theme 3, 6/2004 ed Eurostat Yearbook 2004*: "Population at Risk of Poverty in EU-15".

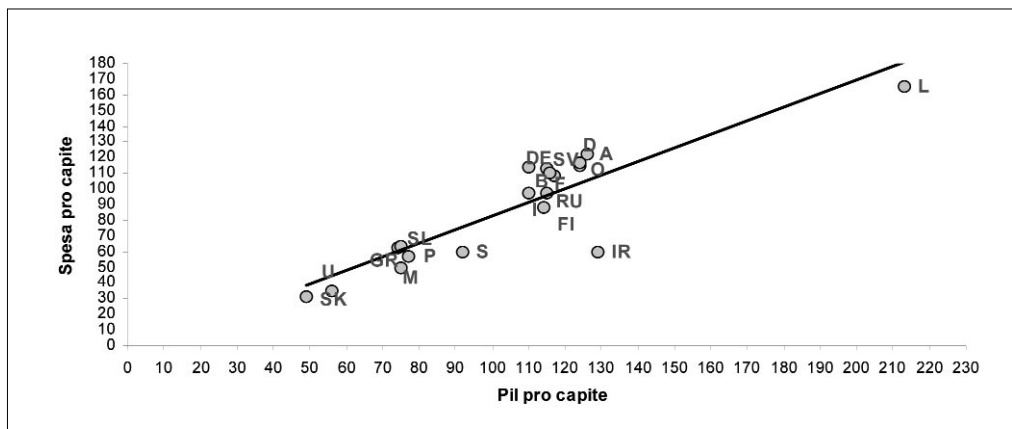
<sup>10</sup> In accordo con la metodologia ESSPROS utilizzata da Eurostat. La metodologia ESSPROS disaggrega la spesa per la protezione sociale in undici componenti o funzioni: Malattia, Invalidità-Inabilità, Infortuni sul lavoro e malattie professionali, Vecchiaia, Superstiti, Maternità, famiglia, collocamento, orientamento professionale e mobilità, Disoccupazione, Alloggio, Varie.

<sup>11</sup> Tradizionalmente vengono distinti quattro differenti sistemi di protezione sociale: il modello scandinavo, il modello continentale, il modello anglosassone e il mediterraneo. Con l'ingresso dei nuovi membri dell'Unione questa distinzione dovrà necessariamente essere rivista al fine di creare nuovi modelli o inserire tali Paesi in quelli già esistenti.

<sup>12</sup> Nel panorama di sostanziale convergenza (sia il coefficiente di correlazione che  $R^2 = 0,79$  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 Spagna, Finlandia e Malta.



Figura 8: Relazione tra PIL pro capite e spesa per protezione sociale pro capite (pps).  
UE=100. Anno 2001



Fonte: proprie elaborazioni su dati da European Social Statistics: Eurostat, 2004.

Oggi, un'efficace riforma del welfare non poggia sul progettare in astratto una nuova architettura della protezione sociale, ma nel ricalibrare i profili della politica sociale ed economica (Esping-Andersen, *et al.* 2001).

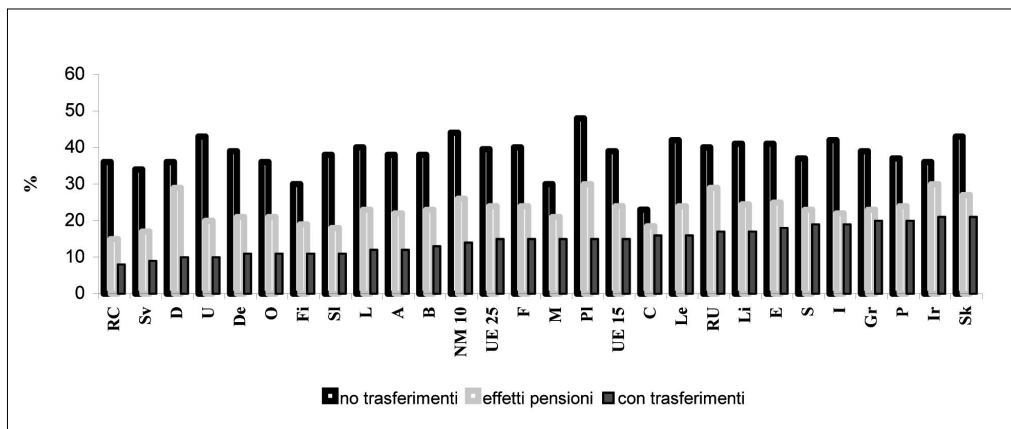
Ed è proprio verso gli elementi di vulnerabilità della società — richiamati precedentemente — che sono rivolti i trasferimenti sociali, chiamati a svolgere un ruolo importante nell'attività di contrasto al disagio. In particolare, nella caratteristica condizione demografica dell'Italia, l'attenzione si concentrerà sulla verifica degli effetti dei trasferimenti verso le fasce più anziane della popolazione.

Ponendo a confronto virtualmente, mediante il grafico che segue (Figura 9), una situazione in cui non fossero erogati in alcun modo trasferimenti alle famiglie o agli individui, con quella reale nella quale essi esistono, si nota una consistente differenza nelle realtà di tutti i Paesi dell'Unione europea. Volendo considerare la totale assenza dei trasferimenti (e dei loro effetti redistributivi) nel caso più rigoroso in cui tra questi fossero ricomprese anche le pensioni, la quota di popolazione dell'Unione, in media, a rischio di povertà<sup>13</sup> raggiungerebbe la quota del 39% della popolazione;<sup>14</sup> reinserendo il solo effetto delle pensioni, la quota passerebbe al 24%, che rappresenta pur sempre una differenza importante rispetto al valore del 15% nell'ipotesi di erogazione completa di trasferimenti.

<sup>13</sup> Popolazione a rischio di povertà secondo la definizione Eurostat: l'indicatore evidenzia la quota di popolazione con un reddito netto equivalente al di sotto del 60% del reddito medio 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.

<sup>14</sup> Fonte: *Statistics in Focus*, Eurostat, 16/2004.

Figura 9: Incidenza delle diverse tipologie di trasferimenti sulla percentuale di popolazione a rischio di povertà. Anno 2001



Fonte: elaborazioni su dati del Database Eurostat NewCronos Theme 3.

La situazione dell'Italia è particolarmente complessa, in quanto in totale assenza di trasferimenti la quota di popolazione a rischio di povertà raggiungerebbe il livello del 42%, superiore alla media sia dell'UE a 15, sia dell'UE a 25. Con il solo effetto delle pensioni, in considerazione della notevole quantità di risorse ad esse destinate, scenderebbe al 22%, posizionandosi a un livello più basso di popolazione a rischio povertà sia rispetto alla media dell'UE a 15, sia dell'UE a 25, e prossima a Paesi con alti livelli di protezione sociale. Introducendo tutti i trasferimenti, la quota di popolazione a rischio diminuirebbe di poco, attestandosi attorno al 19%, ben al di sopra della media UE. Anche se per pura evidenza empirica, si può realisticamente ritenere che le spese per i trasferimenti sociali, quali strumento di contrasto alla povertà, vadano irrinunciabilmente mantenuti, se non incrementati, nel rispetto dei vincoli imposti agli stati e alla loro politica di bilancio. In particolare, sembrano avere una discreta efficacia quelli a carattere pensionistico (anche se non in senso stretto), di norma indirizzati verso le persone non attive. Al contrario, la quota di popolazione che soffre di altri elementi di vulnerabilità, sembra non trovare sufficiente aiuto dagli scarsi trasferimenti a essa indirizzati, in quanto il disagio da essa manifestato, rimane tra i più alti d'Europa.

#### 4. Brevi considerazioni finali

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 fecondità 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. Il progressivo deterioramento del rapporto lavoratori-pensionati — effetto soprattutto dell'invecchiamento della popolazione — è la ragione fondamentale della crisi dell'attuale sistema. L'invecchiamento della popolazione inserisce inoltre i temi dell'eguaglianza e dell'equità di genere tra le priorità dell'agenda delle riforme nel sistema sociale; saranno cruciali le entrate generate da elevati tassi di partecipazione femminile al mercato del lavoro. In futuro, quando le generazioni nate nel periodo della bassa fecondità entreranno nell'età riproduttiva, le generazioni di nati che verranno saranno sempre meno numerose. Questi effetti a catena si potrebbero generalizzare, e solo una consistente ripresa dal tasso di fecondità

potrebbe rallentare il declino della popolazione italiana. Ma non vi è certezza che questo possa verificarsi, perché molto dipenderà dal posto che la donna occuperà nella società e dal suo interesse alla maternità, rispetto alla costruzione della carriera, che inevitabilmente posticipa il suo progetto familiare (Caselli, 2002). A tale scopo, il welfare state dovrà assicurare una gestione equilibrata dei servizi e dei trasferimenti, non favorendo gli ultimi a danno dei primi. Una maggiore erogazione di servizi meglio si coniuga alla componente sociale dello sviluppo ed è in grado di svolgere un'azione redistributiva e di equità volta alla creazione di un substrato comune, pur nel rispetto delle differenze. Le esperienze di altri paesi europei, caratterizzati da tassi di fecondità più alti e maggiori trasferimenti verso la famiglia, dimostrano che una politica di servizi sociali a sostegno della madre lavoratrice potrebbe sostenere la crescita della fecondità e dell'occupazione femminile. Inoltre, favorendo una maggiore flessibilità nelle scelte dell'impegno lavorativo, non penalizzate nel trattamento pensionistico, si potrebbero ottenere risultati più soddisfacenti che obbligano i lavoratori a spostare in avanti il pensionamento.

Da quanto sopra indicato si può concludere che 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. Come distribuire, quindi, i costi e i benefici della transizione verso una società anziana (Ferrera, M., *et al.* 2000)? Questa sarà, presumibilmente, una delle sfide per l'Italia nel prossimo futuro.

#### RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI:

- Baldi, S., Cagiano De Azevedo, R. (1999): *La popolazione italiana verso il 2000. Storia demografica dal dopoguerra ad oggi*, Il Mulino, Bologna.
- Banca d'Italia (2003): "Statistiche di Finanza Pubblica nei Paesi UE", *Supplemento al Bollettino Statistico*, anno XIII, n. 45.
- Buccianti C. (2004): *Spesa farmaceutica e invecchiamento della popolazione*, Tipografia Senese, Siena.
- Cagiano De Azevedo, R., Capacci G. (2004): *Invecchiamento e svecchiamento della popolazione europea*, Aracne, Roma.
- Capacci G., Castagnaro C., (2005): "Gli scenari dell'invecchiamento demografico: lo svecchiamento della popolazione italiana", poster presentato durante le *Giornate di Studio della Popolazione*, Società Italiana di Statistica, Padova, 16-18 febbraio.
- Calot G. Sardon J-P. (2000): "La mesure du vieillissement démographique", *Espace Populations Sociétés*, Le vieillissement dans le monde, n.3, Lille.
- Caselli G. (2002): "Il ruolo dei cambiamenti demografici sullo stato sociale in Italia", *Rivista Italiana di Economia, Demografia e Statistica*, Vol LVI – nn. 1-2, Roma.
- Eggerickx T., Tabutin D. (2001): "Le vieillissement démographique dans le monde. Historique, mécanismes et tendances", *Document et Travail n. 14*, Université catholique de Louvain – Département des Sciences de la Population et du Développement.
- Esping-Andersen, G., Gallie, D., Hemerijck, A., Myles, J. (2001): "A New Welfare Architecture for Europe?", *Rapporto per la Presidenza belga dell'Unione Europea*.
- EUROSTAT (2003): *La situation sociale dans l'Union européenne 2003*, Luxembourg.
- EUROSTAT (2004), *Yearbook 2004*, Luxembourg.
- EUROSTAT (2004a), *Statistics in Focus, Population and Social Conditions*, 16.
- EUROSTAT (2004b), *Statistics in Focus, Population and Social Conditions*, 12.
- EUROSTAT (2004c), *Statistics in Focus, Population and Social Conditions*, Theme 3, 6.
- EUROSTAT (2004d), *European Social Statistics: Social Protection 1992-2001*, Luxembourg.

- EUROSTAT (2005): *Statistics in Focus, Population and Social Conditions*, 1.
- EUROSTAT, *Labour Force Survey*, varie edizioni.
- Ferrera, M., Hemerijck, A., Rhodes, M. (2000): *The Future of Social Europe*, Oeiras, Celta Editora.
- Golini A., (1996): “Quale transizione demografica in Europa”, *Atti del Convegno “Famiglia, generazioni e politiche sociali”*, Roma, 10-11 maggio.
- Golini A., (1999): “L’invecchiamento della popolazione in Italia”, *Rivista Italiana di Economia, Demografia e Statistica*, Vol. LIII, n. 3, Roma.
- Gronchi S. (2005): “Marcia indietro sulla capitalizzazione”, *contributo dell’11 luglio su www.lavoce.info*.
- ISTAT (2003): *Forze di Lavoro – Media 2002*, Roma.
- ISTAT, (2003): “La situazione del paese nel 2002”, *Rapporto Annuale*, Roma.
- ISTAT, *Annuario statistico*, vari anni.
- ISTAT, (2006): “Lavoro”, [www.istat.it/lavoro](http://www.istat.it/lavoro).
- Loriaux, M. (1995): “Du vieillissement démographique à l’intégration des âges: la révolution de la gèritude”, *Population*, n. 6, Novembre-Dicembre, Paris.
- 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.
- Mazza S. (in corso di pubblicazione): “Coesione e solidarietà nel modello sociale europeo”, *Annali del Dipartimento di Studi Geoeconomici*, Roma.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2003): *Relazione Biennale al Parlamento sulla condizione dell’anziano*. Anni 2000-2001, Blangiardo G. C. (ed.), Roma,.
- Peracchi F. (1998): “Demografia, mercato del lavoro e spesa per la protezione sociale: un confronto tra i paesi dell’Unione europea”, *Working Paper*, N. 45, CEIS-Università di Roma Tor Vergata, Roma.
- Pizzuti F. R. (2003): “Note sullo stato sociale: esiste un’anomalia italiana?”, *GE-Diritto e Economia dello Stato Sociale*, n. 6.
- Pizzuti F. R. (2004): “Invecchiamento demografico, età di pensionamento e sistemi di finanziamento per la previdenza italiana”, *The European Welfare in a Counterageing Society*, Cagiano De Azevedo, R. (ed.), Edizioni Kappa, Roma.
- WHO, (2006): “World Health Organization”, <http://data.euro.who.int/hfad/>.

## APPENDICE

*Tabella A: Tasso di attività 15-64 anni e 15-24 anni, 1993-2003 in valore percentuale*

Anni	Tasso di attività 15-64			Tasso di attività 15-24		
	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine
1993	58,8	73,8	43,9	41,8	45,1	38,4
1994	58,5	73,1	43,9	40,6	44,0	36,9
1995	58,4	72,6	44,3	40,1	43,4	36,6
1996	58,8	72,5	45,1	39,8	43,1	36,3
1997	59,0	72,4	45,6	39,8	43,2	36,2
1998	59,8	73,0	46,7	40,4	44,0	36,6
1999	60,4	73,2	47,6	40,1	43,2	36,7
2000	61,0	73,6	48,5	40,3	43,3	37,1
2001	61,6	73,7	49,5	38,8	41,9	35,6
2002	62,1	74,1	50,2	37,8	41,5	34,0
2003	62,9	74,9	50,9	37,8	41,6	34,0

Fonte: proprie elaborazioni su dati ISTAT.

*Tabella B: Tasso di occupazione 15-64 anni e 15-24 anni, 1993-2003 in valore percentuale*

Anni	Tasso di attività 15-64			Tasso di attività 15-24		
	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine
1993	53,1	68,4	37,8	30,3	34,5	25,8
1994	52,2	67,0	37,4	28,7	32,7	24,5
1995	51,8	66,2	37,5	27,9	32,0	23,6
1996	52,1	66,2	38,1	27,7	32,0	23,2
1997	52,3	66,0	38,5	27,8	32,2	23,1
1998	52,9	66,5	39,4	28,3	32,8	23,6
1999	53,7	67,0	40,5	28,5	32,6	24,3
2000	54,8	67,8	41,8	29,4	33,3	25,3
2001	55,9	68,4	43,4	29,5	33,4	25,4
2002	56,7	69,1	44,4	29,1	33,4	24,5
2003	57,5	70,0	45,1	28,9	33,0	24,6

Fonte: proprie elaborazioni su dati ISTAT.

*Tabella C: Tasso di disoccupazione 15-64 anni e 15-24 anni, 1993-2003 in valore percentuale*

Anni	Tasso di attività 15-64			Tasso di attività 15-24		
	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine
1993	9,7	7,3	13,8	27,6	23,5	32,6
1994	10,6	8,3	14,6	29,1	25,6	33,6
1995	11,2	8,6	15,4	30,3	26,1	35,6
1996	11,2	8,7	15,2	30,4	25,8	36,2
1997	11,3	8,7	15,3	30,2	25,4	36,2
1998	11,3	8,8	15,4	29,9	25,4	35,5
1999	10,9	8,4	14,8	28,7	24,7	33,8
2000	10,1	7,8	13,6	27,0	23,1	31,9
2001	9,1	7,1	12,2	24,1	20,4	28,7
2002	8,6	6,7	11,5	23,1	19,4	27,8
2003	8,4	6,5	11,3	23,7	20,5	27,6

Fonte: proprie elaborazioni su dati ISTAT.

Tabella D: Incidenza delle funzioni sul totale della spesa per protezione sociale in percentuale.  
Anno 2001

	Incidenza delle funzioni sul tot della spesa percentuale					
	Vecchiaia e superstiti	Cure	Famiglia	Disabilità	Disoccupazione	Casa/esclusione
Belgio	43,7	25,0	8,9	9,0	11,7	1,6
Danimarca	38	20,3	13,3	12,5	10,0	6,0
Germania	42,4	28,8	10,4	7,7	8,2	2,5
Grecia	51,3	25,8	6,9	5,0	6,0	5,1
Spagna	45,3	30,0	2,6	7,6	12,9	1,7
Francia	43,7	29,2	9,5	6,0	7,1	4,4
Irlanda	24,8	43,4	12,5	5,2	8,3	5,8
Italia	62,3	26,1	4,0	5,7	1,6	0,3
Lussemburgo	39,4	25,4	16,8	14,2	2,5	1,6
Olanda	41,8	30,4	4,4	11,6	5,0	6,8
Austria	49,5	24,7	10,6	8,1	5,0	2,1
Portogallo	45,8	31,3	5,6	12,3	3,6	1,3
Finlandia	36,6	24,5	12,1	13,7	9,8	3,3
Svezia	39,1	29,2	9,6	12,4	5,6	4,3
Regno Unito	46,5	28,1	6,8	9,4	2,9	6,3
Ungheria	42,6	27,5	12,9	10,1	3,4	3,5
Malta	53,8	25,5	6,5	6,1	6,0	2,0
Slovenia	45,5	31,4	8,9	8,7	3,7	1,8
Slovacchia	39,7	33,1	8,6	8,1	3,4	7,1
UE	46,0	28,2	8,0	8,0	3,4	3,6

Fonte: European Social Statistics. Eurostat. 2004.

Tabella E: Incidenza delle funzioni della spesa per protezione sociale sul PIL in percentuale.  
Anno 2001

	Incidenza delle funzioni sul tot della spesa percentuale					
	Vecchiaia e superstiti	Cure	Famiglia	Disabilità	Disoccupazione	Casa/esclusione
Belgio	11,3	6,5	2,5	2,3	3,0	0,4
Danimarca	10,9	5,8	3,8	3,6	2,9	1,8
Germania	12,2	8,3	3,0	2,2	2,4	0,7
Grecia	13,6	6,8	1,8	1,3	1,6	1,3
Spagna	8,9	5,9	0,5	1,5	2,5	0,4
Francia	12,5	8,3	2,7	1,7	2,0	1,3
Irlanda	3,5	6,1	1,7	0,7	1,2	0,8
Italia	15,3	6,4	1,0	1,4	0,4	0,0
Lussemburgo	78,1	5,2	3,4	2,9	0,5	0,3
Olanda	10,7	7,8	1,1	3,0	1,3	1,8
Austria	13,6	6,8	2,9	2,2	1,4	0,6
Portogallo	9,6	6,6	1,2	2,6	0,8	0,3
Finlandia	9,2	6,1	3,0	3,4	2,4	0,8
Svezia	12,0	8,9	2,9	3,8	1,7	1,3
Regno Unito	13,2	7,4	1,8	2,5	0,8	1,7
Ungheria	8,3	5,3	2,5	2,0	0,7	0,7
Malta	9,3	4,5	1,4	1,1	1,1	0,5
Slovenia	11,4	7,8	2,2	2,2	0,9	0,4
Slovacchia	7,1	5,9	1,5	1,4	0,6	1,3
UE	15,7	6,9	2,2	2,3	1,7	0,9

Fonte: European Social Statistics. Eurostat. 2004.

## **I compiti della COVIP nella riforma della previdenza complementare italiana**

di Luigi Scimìa\*

### **1. Introduzione**

Il quadro degli ultimi interventi legislativi in materia pensionistica aderisce ad una esigenza particolarmente importante del Paese: lo sviluppo della previdenza complementare quale elemento essenziale per il rafforzamento della tutela nell'età anziana, necessario a favorire un più adeguato soddisfacimento delle esigenze di benessere dei futuri pensionati.

La revisione del sistema pensionistico approvata nel 2004-2005 persegue tale obiettivo mediante la predisposizione di un assetto normativo volto a promuovere l'ampliamento delle adesioni e il rafforzamento del finanziamento delle forme pensionistiche complementari: dal conferimento del TFR alla revisione della disciplina fiscale, alla predisposizione di strumenti in grado di favorire una più consapevole adesione e una maggiore libertà di circolazione nel sistema, per citare alcuni tra i punti più rilevanti dell'intervento.

In tale contesto, la cosiddetta "parità concorrenziale" tra le forme pensionistiche assurge a valore cardine della riforma e a principio ispiratore di un nuovo assetto di sistema, teso a contemperare l'obiettivo di un più elevato livello di competitività e l'indispensabile finalità di tutela degli iscritti e dei beneficiari, tenendo altresì conto delle caratteristiche proprie della varietà di tipologie di operatori presenti nel settore. La maggiore competitività e l'ampliamento delle opportunità di scelta per i lavoratori dovrebbero stimolare, al tempo stesso, condizioni di maggiore efficacia ed economicità, funzionali ad assicurare l'effettività della promessa previdenziale.

L'intervento, d'altronde, si coglie in tutta la sua forte portata innovativa se si considera che, in attuazione dei principi sopra richiamati, il legislatore delegato ha dato luogo, con l'emanazione del decreto 13 dicembre 2005, n. 252, a una revisione integrale delle disposizioni del decreto legislativo n. 124 del 1993, che dal 1° gennaio 2008 sarà formalmente abrogato.

Strumento essenziale per il conseguimento degli obiettivi propri della riforma è dunque la realizzazione di un sistema normativo che garantisca la sostanziale uniformità delle "regole del gioco" per tutte le forme pensionistiche complementari. Assume, perciò, un ruolo centrale il principio fissato dalla legge delega (l. 23 agosto 2004, n. 243) e puntualmente attuato dal D.Lgs. n. 252 del 2005, di "perfezionare l'omogeneità del sistema di vigilanza sull'intero settore della previdenza complementare" per tutte le forme pensionistiche previste dall'ordinamento, siano esse collettive o individuali.

In tale quadro, come è noto, è stata affidata al Ministero del Lavoro e delle politiche sociali la funzione di alta vigilanza sul settore, da esercitarsi mediante l'adozione, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle finanze, di direttive generali alla COVIP in materia.

---

<sup>1</sup> Relazione presentata al convegno Fondi pensione: legislazione italiana e comunitaria, concorrenza, fiscalità, costi, ruolo degli intermediari, organizzato da A.I.D.A. (Milano, 14 febbraio 2006).

\* Presidente Covip.



Contestualmente, l'insieme delle funzioni già assegnate alla COVIP è stato integrato di nuove competenze, indispensabili per la realizzazione di un apparato di controlli effettivamente omogeneo.

Tutti i soggetti operanti nel settore della previdenza complementare, in ragione della rilevanza della funzione sociale loro riconosciuta, vengono sottoposti alla diretta vigilanza da parte di una Autorità dedicata, appunto la COVIP, la cui intera attività è orientata al perseguimento degli obiettivi di "tutela degli iscritti e dei beneficiari" e del "buon funzionamento del sistema di previdenza complementare", a essa espressamente ed esclusivamente assegnati (art. 18, comma 2, D.Lgs. n. 252/2005).

Vale rilevare al riguardo che l'accentramento presso un'unica autorità di vigilanza delle competenze in materia di previdenza complementare, lungi dal rappresentare un passo indietro rispetto a un vero o presunto disegno di modernizzazione basato sul canone della vigilanza per finalità, allinea il sistema italiano a quello dei paesi anglosassoni e in primo luogo a quello del Regno Unito, paese nel quale un'unica entità amministrativa, il *Pensions Regulator*, è chiamata a vigilare sul vasto universo dei fondi pensione ivi operanti.

Nel richiamato disegno riformatore il concreto sviluppo del settore viene affidato, nel comparto del lavoro dipendente, al meccanismo del conferimento, anche tacito, del TFR, consentendo, diversamente dal passato, che il relativo flusso di risorse venga indirizzato, in sede di adesione o di successivo trasferimento, a forme complementari di qualsiasi tipo (quindi, anche alle forme di natura individuale). Tale situazione rafforza, com'è evidente, l'esigenza del superamento delle diversità esistenti tra i vari strumenti previdenziali mediante l'allineamento delle regole di funzionamento.

In questo senso è, d'altronde, chiara la legge di delega, che richiede di realizzare le condizioni che assicurino al lavoratore effettiva libertà di scelta al fine del conferimento del TFR alle forme pensionistiche, "previa omogeneizzazione delle stesse in materia di trasparenza e tutela" (art. 1, comma 2, lett. e), n. 1, l. n. 243/2004).

Nel disegno delineato dal Legislatore, il ruolo dell'Autorità di regolazione e vigilanza del settore diventa essenziale tanto che si è scelto di disporre, pur a fronte del rinvio dell'entrata in vigore del decreto al 1° gennaio 2008, l'immediata applicazione delle disposizioni che riguardano direttamente l'autonomia regolamentare e organizzativa della COVIP nonché la definizione degli ambiti di competenza della stessa. Sotto altro profilo, l'immediata entrata in vigore delle norme relative alle competenze della Commissione era comunque necessaria al fine di consentire alla stessa di provvedere in tempi brevi alla emanazione delle direttive volte all'adeguamento, in vista della scadenza del 1° gennaio 2008, dei soggetti vigilati alle nuove disposizioni di settore recate dal decreto legislativo di riforma.

## **2. Le nuove attribuzioni della COVIP: aspetti generali**

Tra le nuove competenze della COVIP spicca senz'altro quella di individuare — per così dire — il "campo di gioco" entro il quale i soggetti vigilati/gli operatori potranno esplicare la propria attività. Spetta infatti alla Commissione definire, al fine di assicurare il rispetto dei principi di trasparenza, comparabilità e portabilità, "le condizioni che (...) le forme pensionistiche complementari devono soddisfare per poter essere ricondotte nell'ambito di applicazione del (...) decreto" (art. 19, comma 2, lett. a). Si tratta di una attribuzione importante, la cui rilevanza va adeguatamente considerata non soltanto in relazione alle caratteristiche richieste alle forme che si affacceranno sul mercato dal 1° gennaio 2008 in poi ma anche con riferimento alle condizioni che le forme già esistenti e operanti dovranno rispettare se intenderanno proporsi per l'acquisizione di nuove adesioni o dei flussi di TFR da quella stessa data.

Bisogna, infatti, tenere presente che il Legislatore ha inteso indicare il 1° gennaio 2008 quale “spartiacque” tra la previdenza complementare di vecchia generazione e quella di nuova creazione, un po’ in analogia a quanto avvenuto nel 1992-1993, quando fu segnata una precisa linea di demarcazione tra fondi “preesistenti” e fondi nuovi, orientata — come sappiamo — a indirizzare lo sviluppo del mercato verso le forme istituite e operanti in piena conformità alla nuova disciplina di settore.

Conseguentemente, si è stabilito che, dal 1° gennaio 2008, soltanto le forme pensionistiche complementari che avranno provveduto agli adeguamenti richiesti dalla COVIP e avranno ricevuto le relative autorizzazioni o approvazioni da parte della Commissione stessa potranno ricevere nuove adesioni ed essere finanziate mediante conferimento del TFR (art. 23, comma 4).

Viene, inoltre, assegnata alla COVIP la competenza in materia di trasparenza delle condizioni contrattuali per tutte le forme pensionistiche complementari. Anche in questo caso, la novità va valutata in tutta la sua portata. La nozione di trasparenza che viene ora in gioco, infatti, non è semplicemente limitata all’ambito dell’informativa sul singolo strumento (fondo pensione negoziale o aperto ovvero polizza assicurativa), in sede di adesione e in corso di rapporto, ma viene espressamente estesa alla confrontabilità tra i vari prodotti. Nel nuovo contesto che va a delinearsi, la “trasparenza” diviene dunque un concetto che si arricchisce di significato, attraverso il richiamo dei principi, diversi ma intimamente connessi, di comparabilità dei costi e dei risultati di gestione e di portabilità delle posizioni individuali, tutti reputati, in un sistema che vuole divenire più concorrenziale, essenziali al fine di “tutelare l’adesione consapevole dei soggetti destinatari” (art. 1, comma 2, lett. e), l. n. 243/2004).

Ancora, spetta alla medesima Autorità regolare, tenendo presente la disciplina sulla sollecitazione all’investimento, le modalità di offerta al pubblico di tutte le forme pensionistiche complementari, emanando disposizioni volte alla applicazione di regole comuni per tutte le forme, sia per la fase di raccolta delle adesioni sia per l’informativa periodica nel corso del rapporto, nonché di vigilare sui principi di trasparenza nei rapporti con gli aderenti e sulle modalità di diffusione dei messaggi pubblicitari.

La competenza della COVIP si amplia, altresì, in materia di approvazione di statuti e regolamenti delle forme pensionistiche. Sotto un primo aspetto, infatti, la Commissione è chiamata ad approvare i regolamenti delle forme pensionistiche individuali attuate mediante contratti di assicurazione sulla vita, la cui redazione, basata su direttive impartite dalla COVIP stessa, è ora imposta alle imprese di assicurazione dall’art. 13 del decreto. Sotto altro profilo, la medesima Autorità acquisisce il potere di chiedere di apportare ai suddetti statuti e regolamenti specifiche modifiche, fissando altresì un termine per l’adempimento.

Infine, tra le attribuzioni giunte a integrare l’ambito di competenze della Commissione, occorre ricordare il compito di esercitare, anche mediante ispezioni o richieste di esibizione di atti e documenti, il controllo sulla gestione tecnica, finanziaria, patrimoniale e contabile di tutte le forme pensionistiche complementari, tenendo conto dei criteri di investimento e di contabilizzazione alle stesse applicabili, nonché di definire le regole di esposizione nei rendiconti e comunicazione agli iscritti delle modalità eventualmente seguite nella realizzazione di investimenti socialmente responsabili.

L’ampliamento delle attribuzioni della Autorità di settore, nel senso appena descritto, trova puntuale conferma nella bozza di Direttiva predisposta dal Ministero del Lavoro ai sensi dell’art.18, comma 1, del decreto, in corso di emanazione d’intesa con il Ministero dell’economia.

Alla luce del quadro che viene così a delinearsi, la COVIP diventa responsabile nel sistema della “trasparenza” e della “correttezza dei comportamenti” di tutte le forme pensionistiche complementari, come previsto dall’art. 18, comma 2, D.Lgs. n. 252 del 2005. Per quanto riguarda la vigilanza sulla “sana e prudente gestione”, inoltre, la medesima Autorità esercita

pieni ed esclusivi poteri in riferimento ai fondi pensione negoziali e ai fondi pensione aperti mentre per le forme individuali di natura assicurativa il relativo esercizio va coordinato con quanto previsto dalla successiva legge sulla tutela del risparmio, come meglio precisato più avanti.

Il nuovo assetto sin qui descritto deve peraltro ritenersi in linea di principio già realizzato in virtù della immediata entrata in vigore, dal 14 dicembre scorso, delle norme che declinano i compiti della Commissione, secondo quanto espressamente previsto dall'art. 23, comma 1, del decreto.

La soluzione di stabilire l'immediata vigenza alle disposizioni che integrano le competenze della Commissione di vigilanza suscita, comunque, alcune incertezze per il periodo di transizione, da qui al 1° gennaio 2008, secondo quanto ora si dirà.

### **3. Le nuove attribuzioni della COVIP in materia di fondi pensione aperti**

In primo luogo, è evidente che l'attribuzione alla COVIP dei compiti di dettare disposizioni in materia di trasparenza e di disciplinare le modalità di offerta al pubblico di tutte le forme complementari tenendo, peraltro, conto della disciplina sulla sollecitazione all'investimento nonché di vigilare sulle modalità di pubblicità, come disposto dall'art. 19, comma 2, lett. g), del decreto, determina il passaggio alla Commissione delle corrispondenti competenze ora esercitate dalla CONSOB per i fondi pensione aperti e dall'ISVAP per le forme pensionistiche individuali attuate mediante contratti di assicurazione sulla vita. I due casi vanno tuttavia considerati separatamente.

Per quanto riguarda i fondi pensione aperti, in virtù della entrata in vigore, il 14 dicembre scorso, della norma appena richiamata, il passaggio di competenze deve ritenersi già operante. Né interferiscono con questa lettura i contenuti della recente legge sulla tutela del risparmio e sulla disciplina dei mercati finanziari (L. 28 dicembre 2005, n. 262). Ancorché, infatti, tale legge abbia significativamente rivisto, nell'ambito di un complessivo riordino, le attribuzioni proprie delle Autorità di vigilanza, nella stessa non solo non compare alcuna norma che possa far dubitare della volontà di tornare sul quadro di vigilanza delineato con la riforma della previdenza complementare ma, al contrario, proprio in quel testo, all'art. 25, comma 3, è chiaramente ribadito come le competenze in materia di trasparenza e correttezza dei comportamenti per le forme pensionistiche complementari di cui all'art. 1, comma 2, lett. h), della Legge delega previdenziale sono esercitate dalla COVIP compatibilmente con le disposizioni per la sollecitazione del pubblico risparmio. Anche tale norma, inoltre, è già pienamente operativa, essendo entrata in vigore lo scorso 12 gennaio.

La legge sul risparmio, dunque, per quanto attiene alla vigilanza sui fondi pensione aperti si pone in evidente e assoluta coerenza con le scelte del Legislatore previdenziale.

Ciò premesso, va però detto che la mancata previsione di un periodo di transizione al nuovo assetto di vigilanza potrebbe dare luogo a talune difficoltà operative (si pensi, ad esempio, ai procedimenti in corso o di prossimo avvio). Può essere, allora, utile delineare un percorso che consenta di agevolare tale "passaggio". Al riguardo, si ritiene importante che, soprattutto in questa fase, le due Autorità interessate ricerchino le opportune forme di coordinamento, come del resto previsto dalla citata legge n. 262/2005 quale regola istituzionale nei rapporti tra le Autorità indipendenti, allo scopo di definire con la maggiore efficacia e gradualità la transizione, a tutto vantaggio dei soggetti vigilati, evitando loro il rischio di difficoltà operative o maggiori oneri.

In ogni caso, indipendentemente dalle modalità con cui verrà a delinearci il periodo "transitorio", a partire dal 1° gennaio 2008, la COVIP dovrà essere in grado di esercitare a pieno le attribuzioni che le sono proprie, con riguardo a tutte le forme pensionistiche ricondotte alla sua competenza.

In vista di tale obiettivo, inoltre, è chiaro che le direttive che la Commissione deve emanare entro il mese di giugno 2006 ai sensi dell'art. 23, comma 3, D.Lgs. n. 252/2005, per l'adeguamento da quella data delle forme complementari alla nuova normativa di settore, riguarderanno necessariamente anche i profili connessi alle modalità di raccolta delle adesioni da parte dei fondi pensione aperti.

#### **4. Le nuove attribuzioni della COVIP sulle forme individuali assicurative**

Un discorso un po' più articolato si impone, invece, con riferimento alle forme pensionistiche individuali assicurative.

In termini generali, va tenuto presente che la già citata legge sulla tutela del risparmio effettua espliciti richiami proprio all'assetto della vigilanza sulle imprese e i prodotti assicurativi. In particolare, l'art. 25, comma 3, confermando la piena competenza della COVIP per quanto attiene alla vigilanza sulla trasparenza e sulla correttezza dei comportamenti di tutte le forme pensionistiche complementari, tiene ferme le attribuzioni dell'ISVAP sulla sana e prudente gestione delle imprese di assicurazione, incluse quelle (competenze) relative ai prodotti assicurativi con finalità previdenziale.

Se, pertanto, non può esservi dubbio sul fatto che la COVIP resti pienamente competente per gli aspetti relativi, ad esempio, alle modalità di offerta al pubblico e di rendicontazione agli iscritti nonché per l'approvazione dei regolamenti delle forme assicurative e per la disciplina delle modalità di pubblicità, è altrettanto evidente che per gli aspetti inerenti alla vigilanza sulla "sana e prudente gestione" le previsioni della legge sul risparmio e quelle del decreto previdenziale necessitano di un opportuno coordinamento. Pertanto si ritiene che i due testi possano (ed anzi, debbano) essere letti in continuità, salvaguardando, da un lato, le competenze proprie dell'ISVAP in materia di vigilanza sulla sana e prudente gestione delle imprese assicurative e, dall'altro, i principi essenziali che, a seguito della recente riforma, ispirano ormai la disciplina del settore della previdenza complementare.

Innanzitutto, si sottolinea che se il decreto legislativo n. 252/2005 ha disposto, in particolare per le forme assicurative di tipo individuale, un tendenziale allineamento dei poteri della COVIP a quelli che già alla stessa spettano in relazione alle altre forme pensionistiche, tale scelta non avrebbe comunque potuto fare venire meno la piena competenza dell'ISVAP a vigilare, in primo luogo, sulla stabilità dell'impresa assicurativa. Né può esservi dubbio alcuno sul fatto che i profili di stabilità siano compresi nel concetto di gestione sana e prudente.

Va però anche ricordato che, proprio per le suddette forme assicurative, la medesima bozza di Direttiva interministeriale in corso di emanazione chiarisce che le stesse potranno continuare a essere attuate mediante contratti dei Rami assicurativi I e III, di cui all'art. 2, comma 1, del Codice delle Assicurazioni (D.Lgs. 7 settembre 2005, n. 209), e che è il medesimo stesso decreto legislativo n. 252/2005 a precisare che la gestione delle risorse alle stesse afferenti continui a rispettare le regole di investimento proprie del settore assicurativo.

Il legislatore, pertanto, ha scelto di conservare per tali forme un ben preciso spazio di "diversità" rispetto alle regole operanti per tutti gli altri strumenti di previdenza complementare. Spazio che ben giustifica la permanenza in capo all'ISVAP di taluni altri specifici poteri, anch'essi riconducibili alla vigilanza sulla "sana e prudente gestione" delle compagnie di assicurazione, come, ad esempio, quello di verificare la rispondenza degli investimenti effettuati dalle compagnie ai criteri e ai limiti vigenti nel settore, quali fissati da norme di rango primario o scaturenti da interventi regolamentari e/o interpretativi dell'Istituto stesso, anche laddove gli investimenti siano appunto relativi a forme pensionistiche individuali.

Ciò premesso, si ritiene che tale lettura non sia affatto in contrasto con l'esercizio da parte

della COVIP delle attribuzioni che le sono proprie, per le finalità che sono alla stessa espressamente assegnate. Sul punto è bene tenere presente, cioè, che la competenza COVIP a vigilare sulle forme complementari, anche assicurative, deve avere comunque riguardo all'obbiettivo ultimo di assicurare la tutela degli iscritti e dei beneficiari e il buon funzionamento del sistema di previdenza complementare secondo quanto disposto dall'art. 18, comma 2 del decreto legislativo n. 252/2005.

Del resto, occorre tenere a mente che la normativa posta a tutela del risparmio, nel riordinare le competenze di regolazione e di vigilanza tra le diverse Autorità ivi considerate, si pone in una logica di rispetto del principio costituzionale (Art. 97 Cost.) del buon andamento dell'azione amministrativa e, conseguentemente, mira a evitare il sovrapporsi degli ambiti di competenza di due o più Autorità sullo stesso settore.

A conferma di tale logica di ripartizione delle competenze che, con buona approssimazione, si potrebbe definire basata sul concetto di "vigilanza per finalità", la legge sul risparmio prevede quale fattore indispensabile per l'efficacia stessa dell'azione delle singole Autorità, spesso sul confine dei rispettivi territori di competenza, il meccanismo dell'intesa tra di esse, non soltanto per la fase transitoria ma a regime.

Una lettura di segno diverso rischierebbe di introdurre nel sistema elementi di conflittualità e disomogeneità finendo per snaturare l'intervento di riordino fondato, appunto, sulla diversità di finalità e sul coordinamento, pregiudicando altresì la coerenza che, al contrario, dovrebbe contraddistinguere interventi legislativi che si succedono nel tempo su settori di legislazione contigui, quali sono il risparmio finanziario e quello a fini previdenziali.

Dunque, anche se alla COVIP non compete una vigilanza "a tutto campo" sul "patrimonio" delle forme assicurative, nel cui ambito includere, ad esempio, criteri e limiti di investimento delle risorse derivanti dalla normativa assicurativa, resta per la stessa irrinunciabile l'esercizio di ogni prerogativa che sia motivata dalla necessità di garantire la tutela del risparmiatore previdenziale e di assicurare l'omogeneità di tale tutela nell'intero settore della previdenza complementare.

Ne consegue che le competenze della COVIP nei riguardi di tali forme possono ben riguardare anche la materia degli investimenti delle risorse ove ciò sia necessario, ad esempio, al fine della verifica, sotto il profilo della correttezza dei comportamenti, della rispondenza del livello di rischio degli investimenti effettuati dalle compagnie agli impegni contrattuali assunti nei confronti dell'aderente.

In tale contesto è naturale attendersi che COVIP e ISVAP trovino forme di coordinamento e collaborazione per un più efficace esercizio delle rispettive attribuzioni e conseguimento delle proprie finalità, anche in conformità alle già richiamate disposizioni della legge sulla tutela del risparmio relative alle intese tra Autorità.

## **5. Alcune osservazioni sul regime di deroga per i contratti assicurativi a fini previdenziali stipulati entro il 31 dicembre 2007**

Posto quanto precede in relazione all'assetto di sistema che verrebbe a configurarsi a regime, va ricordato che della specificità delle forme individuali assicurative il legislatore tiene conto anche, e in modo rilevante, con riguardo al periodo che precede il 1° gennaio 2008. L'art. 23, comma 1, del decreto legislativo n. 252 del 2005 prevede infatti, per tali forme, un particolare regime di deroga. È infatti stabilito che i contratti di assicurazione con carattere previdenziale stipulati entro il 31 dicembre 2007 continueranno a essere disciplinati dalle norme vigenti alla data di entrata in vigore del decreto medesimo.

Ancorché la disposizione non appaia del tutto univoca, sembra ragionevole ritenere che il

legislatore abbia inteso così conservare per questi contratti, in via generale, lo status quo ante. Tale disciplina di deroga riguarda quindi non soltanto l'applicazione delle norme sostanziali del rapporto (ad esempio, requisiti di pensionamento, disciplina dei riscatti e delle anticipazioni e così via) ma investe anche l'esercizio dei poteri stessi di vigilanza, con la conseguenza che l'ISVAP continua al momento a svolgere il proprio ruolo di controllo su dette forme, secondo quanto previsto dalla normativa antecedente alla riforma.

Ovviamente, anche in presenza di tale regime di deroga, nulla osta a che le imprese di assicurazione decidano invece di adeguare, dal 1° gennaio 2008, tali forme individuali alle nuove regole di settore. Tale scelta sarebbe, al contrario, particolarmente opportuna se si considera che — come più volte sopra richiamato — l'adeguamento ai contenuti del decreto di riforma è condizione necessaria per beneficiare del conferimento del TFR e delle altre disposizioni ivi previste.

Per contro, in mancanza dell'adeguamento ai principi e alle regole disposte dalla recente normativa, si configurerebbe il rischio che una parte delle forme di previdenza complementare resti fuori dal nuovo sistema, non solo con effetti negativi sulla possibilità di acquisizione dei flussi di TFR ma con l'impossibilità per gli iscritti di beneficiare di più elevati presidi di trasparenza e tutela, anche in termini di "portabilità" della posizione maturata e quindi di libertà di circolazione nel settore.

Pertanto, se il sistema intende rafforzare le opportunità e la tutela degli iscritti, sia in fase di adesione sia nel prosieguo del rapporto previdenziale, assicurando la concorrenzialità delle forme complementari attraverso la definizione di regole comuni in materia di trasparenza, comparabilità e portabilità della posizione previdenziale, la valorizzazione dell'autonomia individuale in queste scelte non può che essere supportata dall'azione regolatrice e di vigilanza di un unico organismo indipendente, quale è la COVIP.

Le forme pensionistiche che vorranno entrare a pieno titolo nel nuovo sistema che andrà a delinearsi e partecipare così allo sviluppo di un mercato più adeguato alla realizzazione di una finalità sociale di grande rilievo, dovranno assumersi l'onere di concorrere al perseguimento di tale obiettivo su un piano di parità sostanziale anche sotto il profilo della vigilanza.

A tale ultimo riguardo, non v'è dubbio alcuno che un ruolo essenziale sono chiamate a svolgere le associazioni delle imprese, le quali saranno senz'altro attente a rappresentare correttamente le conseguenze della rinuncia a entrare in gioco secondo le nuove regole ma dalle quali ci si attende anche un contributo di promozione e stimolo agli associati, perché anche il mondo assicurativo, potendo contare su una convinta ed efficace collaborazione tra le Autorità di vigilanza, dia una risposta forte e decisa nella direzione della modernizzazione e dello sviluppo del sistema.



# **La mortalità differenziale: un fattore demografico di cui la riforma del sistema previdenziale non tiene conto adeguatamente**

di Carlo Maccheroni\*

## **1. Introduzione**

Dalla fine dell'Ottocento le popolazioni del mondo occidentale hanno sperimentato una rivoluzione silenziosa che ha consentito ai propri componenti di vivere sempre più a lungo per cui il raggiungimento delle soglie d'età che oggi connotano la vecchiaia è diventato un evento pressoché sicuro.

All'origine di questa evoluzione stanno le grandi trasformazioni innescate dal processo di modernizzazione della società che hanno avviato la diffusione dell'igiene di base, il progressivo adeguamento del quadro sanitario a standard via via più elevati e all'interazione di questi fattori con l'aumento del tenore di vita; questo processo, pur se avviatosi in Italia con un certo ritardo e più lentamente rispetto a quanto avvenuto in altri paesi industrializzati, ha fatto registrare una rapida accelerazione negli ultimi trent'anni ed il nostro paese da tempo ormai è nel gruppo di quelli caratterizzati dalla speranza di vita o vita media più alta: alle soglie degli anni 2000 risultava pari a 76 anni per gli uomini e ad 82 per le donne. Questi risultati si riferiscono alla popolazione nel suo complesso ed evidenziano il livello cui sono giunte attualmente differenze di rischio di morte fra i due sessi, che sono anche le più note, ma la mortalità differenziale (per area geografica, ceto sociale, ecc.) è in realtà un fenomeno molto più generale, articolato e non facile da studiare e con ricadute economico-sociali non trascurabili, in particolare dal punto di vista pensionistico.

La riforma pensionistica ha reintrodotta infatti il principio secondo cui a ciascuno compete una pensione commisurata a quanto e a quando ha versato e in relazione a un unico coefficiente di conversione che riflette tra l'altro l'andamento della sopravvivenza attesa dal momento del pensionamento; per cui in presenza di una mortalità differenziale d'un certo rilievo, come palesemente nel caso di quella per sesso, quest'equità attuariale si risolve in un'equità in media e l'effetto della mortalità differenziale è quello di innescare un processo redistributivo a favore di quanti beneficeranno di una mortalità bassa.

## **2. Il quadro evolutivo della mortalità in Italia**

Le caratteristiche demografiche delle popolazioni hanno nelle società moderne un peso crescente nell'influencare le politiche di sviluppo e quelle sociali sia a livello nazionale che locale. L'azione di queste politiche fa poi sentire più o meno efficacemente i suoi effetti sulle componenti dinamiche della popolazione: natalità, mortalità e movimenti migratori, che a loro volta plasmano, non sempre o non adeguatamente rispetto agli intenti, la struttura per età della

---

\* Professore Ordinario di Demografia presso la Facoltà di Scienze Politiche dell'Università di Torino.



popolazione stessa che fornisce l'immagine di come coesistono fra loro i fruitori di queste politiche: giovani, adulti e anziani. In effetti i processi demografici sono complessi, per di più caratterizzati da una notevole forza d'inerzia e le configurazioni della popolazione — in termini di età — che vengono a determinarsi per il loro interagire sono durature se non praticamente irreversibili nelle loro caratteristiche generali; le politiche si avvalgono quindi per i loro interventi anche dei risultati del monitoraggio dell'andamento e dell'analisi delle tendenze di lungo periodo per cogliere al meglio, prevenire oltre che cercare di correggere o attenuare le conseguenze di una dinamica della popolazione non sempre in linea con gli obiettivi contingenti dello sviluppo sostenibile.

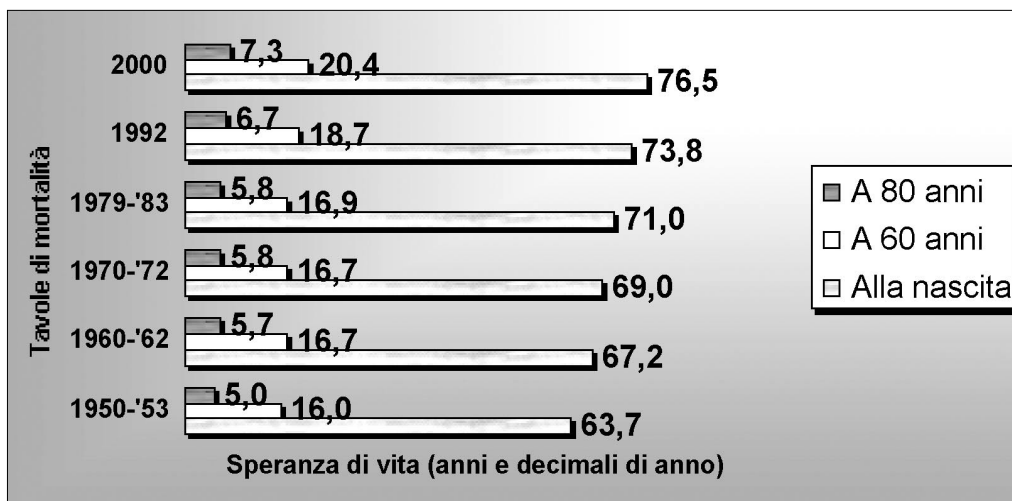
Da questo punto di vista conoscere e delineare l'evoluzione della mortalità fornisce un contributo importante alla messa a fuoco di queste problematiche e ciò non solo per il suo ruolo nel determinare l'andamento demografico, ma proprio perché col suo secolare trend decrescente che verosimilmente è destinato a proseguire, ha via via concorso a determinare l'attuale invecchiamento della popolazione; è questo il fenomeno demografico che costituisce una delle preoccupazioni maggiori del nostro come di molti fra i paesi sviluppati per i suoi riflessi, tra l'altro, proprio sull'evoluzione della politica sanitaria e previdenziale, punto quest'ultimo che sarà ripreso alla conclusione di queste pagine.

Questo trend decrescente che ha caratterizzato l'evoluzione della mortalità è stato determinato, com'è noto, dal concorso di vari fattori: i miglioramenti dell'igiene sia pubblica che privata, i progressi della medicina, come pure il continuo miglioramento delle condizioni economiche generali, dei livelli d'istruzione oltre che del tenore di vita. A livello individuale infatti redditi più elevati e una maggior istruzione hanno un effetto protettivo nei confronti del rischio di morte perché consentono di accedere più facilmente a consumi e a stili di vita che tutelano di più la salute e le condizioni di esistenza; a livello aggregato la crescita del reddito si associa positivamente con quella in investimenti nella salute pubblica che si concretizzano nel garantire alla popolazione servizi e accessi alle cure sanitarie oltre a favorire la ricerca medica.

In Italia questo processo si è sviluppato soprattutto nel corso del Novecento; comincia nella prima metà del secolo con gli interventi nel campo dell'igiene — richiamiamo qui, fra gli altri, le grandi bonifiche e quindi la lotta alla malaria — e con i trattamenti contro le altre malattie infettive e quelle dell'apparato respiratorio che allora dominavano il quadro nosologico; la "grande" svolta avviene nella seconda metà e porta il nostro paese a raggiungere i livelli della speranza di vita di quelli più avanzati sul finire del secolo stesso (Figure 1 e 2). Scemano progressivamente le malattie infettive e prosegue la diminuzione della mortalità infantile, ma la speranza di vita alla nascita, dopo un ulteriore progresso, fa poi registrare nel corso degli anni Sessanta e Settanta un rallentamento che nel caso degli uomini diviene addirittura una sosta alle età avanzate e senili (Figura 1). In effetti era mutato il quadro nosologico: le cause di morte prevalenti cui ora la popolazione è esposta sono le malattie cardiovascolari e i tumori, su cui hanno un ruolo importante anche gli stili di vita ereditati inconsapevolmente dal passato e che vanno cambiati: in particolare fumo e dieta alimentare, o che sono effetto diretto dei nuovi modelli sociali: gli incidenti stradali.

Era necessario quindi che la medicina raccogliesse le nuove sfide — alle malattie cardiovascolari e ai tumori è imputabile oltre il 70% dei decessi — e mettesse a punto un'efficiente campagna di cura e di prevenzione per cogliere i primi successi che cominciano a profilarsi nella seconda metà degli anni Ottanta; sono infatti le malattie cardiovascolari a evidenziare da allora un trend caratterizzato da un calo sempre più netto. La mortalità per tumori ha continuato invece a crescere fin quasi alla fine degli anni Novanta, per poi far registrare in questi ultimi tempi una lieve inversione di tendenza che, tenuto conto dei recenti sviluppi della ricerca in campo biomedico, sembra destinata a durare.

Figura 1: Evoluzione della speranza di vita ad alcune età significative. Italia, uomini



Fonte: ISTAT, Tavole di mortalità, annate varie.

Figura 2: Evoluzione della speranza di vita ad alcune età significative. Italia, donne



Fonte: ISTAT, Tavole di mortalità, annate varie.

È grazie a questo mutare della mortalità per causa che dalla seconda metà degli anni Ottanta inizia la cosiddetta seconda fase evolutiva della mortalità: dopo la riduzione quasi ai “minimi termini” della mortalità infantile è caduta anche la barriera al raggiungimento delle età senili; se infatti le condizioni di mortalità dell’inizio Novecento avrebbero consentito solo al 37-38% dei nati di allora di giungere alla soglia dei 60 anni, le condizioni attuali lo consentirebbero a circa il 90% dei neonati e a quasi il 95% delle neonate (Maccheroni, C., 1999). Sempre recentemente un’ulteriore nota positiva è rappresentata dalla diminuzione dei decessi per AIDS nelle fasce d’età giovanili, soprattutto per l’introduzione di terapie più efficaci e di una

prevenzione più diffusa; si è così arrestata quella repentina crescita della mortalità per questa causa iniziata negli anni Novanta. Per contro, patologie quali i disturbi psichici e le malattie del sistema nervoso continuano invece a far registrare un aumento dei tassi alle età senili proprio a partire da quegli anni.

### 3. I tratti salienti della mortalità differenziale in Italia

La rivoluzione silenziosa che ha cambiato radicalmente il precedente regime di sopravvivenza sta dando a tutti o quasi la possibilità di vivere più a lungo — quindi i decessi avvengono sempre più in età senili o avanzate (Figura 3) — per cui l'evoluzione futura sarà condizionata dalle tendenze che si manifesteranno nell'ultima fase della vita, con riflessi importanti sul futuro invecchiamento della popolazione (Maccheroni, C., 2002). I tratti salienti di questo cambiamento emergono palesemente dal confronto fra le distribuzioni dei decessi secondo l'età alla morte ricavabili dalle tavole di mortalità del 2000 e del 1950-53. La Figura 3 evidenzia proprio sia l'avvenuto spostamento dell'evento morte verso età più avanzate<sup>1</sup> sia il loro concentrarsi in un arco di età di ampiezza più ridotta rispetto al passato e queste tendenze possono essere inquadrati in due scenari differenti.

Secondo la cosiddetta teoria della “compressione della mortalità”,<sup>2</sup> la prima a essere formulata (Fries, J., 1982 e 1989), la durata della vita media non può superare il limite degli 85 anni e man mano che i guadagni accumulati in termini di sopravvivenza avvicinano ognuno a questa soglia, si rafforzerebbe ulteriormente — rispetto a quanto si coglie dalla curva del 2000 della Figura 3 — il processo che porta a far convergere le età alla morte verso un intervallo ristretto; questo processo però non emerge nettamente perché vi sono anche individui dalle caratteristiche “eccezionali” che ora decedono in età molto avanzate. Per la teoria dell’“espansione della mortalità”<sup>3</sup> (Meys, C.G. e Manton, K.G., 1984; Olshansky, S.J., *et al.* 1993) invece la longevità continuerebbe ad evolvere positivamente, lo confermerebbero sia le statistiche dell'età massima via via effettivamente raggiunta dai deceduti negli ultimi quarant'anni nei paesi sviluppati, età che si sposterebbe sempre più avanti, come pure la diminuzione della mortalità dei grandi anziani (80 anni e più); l'attuale trend decrescente della mortalità consentirebbe quindi alle future generazioni di vivere ancora più a lungo nel quadro di un'evoluzione che non esclude il processo precedente. Le esperienze recenti — tra l'altro la speranza di vita delle donne in Giappone è ormai di 84 anni — fanno però ritenere effettivamente “stretto” il limite assunto dalla prima delle due “teorie”; va sottolineato però che entrambe assumono implicitamente il perdurare per il futuro dell'attuale processo di sviluppo e progresso sulla scia dei più recenti successi messi a punto in tutti i campi e in quello biomedico in particolare. Ben diverse le prospettive ipotizzate dagli scenari cosiddetti pessimistici che ritengono invece possibile un arretramento della speranza di vita per l'effetto combinato dell'insorgere di possibili epidemie anche più letali dell'AIDS, del verificarsi di catastrofi ambientali conseguenti al cambiamento climatico, del perdurare di una devastante depressione economica, ecc.

Fortunatamente la probabilità assegnata dagli studiosi al verificarsi di un simile scenario è però bassa (Vaupel, J.W., 2003), risulta quindi più verosimile l'ipotesi di un'evoluzione futura dei livelli di sopravvivenza nel quadro della teoria dell’“espansione della mortalità”; resta tuttavia intatta l'incertezza di ipotizzare su quali soglie potrà attestarsi la speranza di vita: anche in questo caso possiamo solo affidarci alle indicazioni degli esperti.

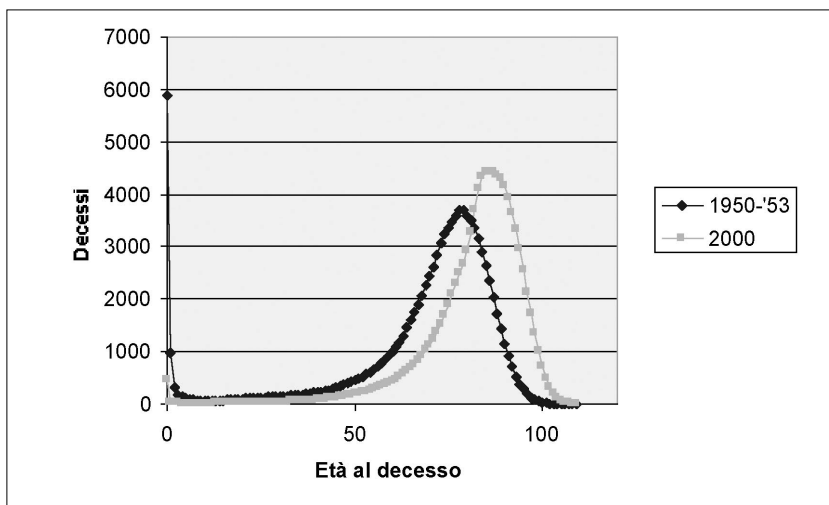
---

<sup>1</sup> La scelta di limitare il confronto alle tavole femminili (Figura 3) deriva dal fatto che nel caso delle donne, proprio per la loro maggior longevità, il fenomeno è più accentuato.

<sup>2</sup> Si tratterebbe della compressione delle età alla morte in un intervallo ristretto.

<sup>3</sup> Si tratterebbe dell'avanzamento delle età alla morte.

Figura 3: Confronto tra le curve dei decessi femminili tratti dalle tavole di mortalità del 1950-'53 e del 2000 (Italia)



Fonte: ISTAT, Tavole di mortalità, annate varie.

Il quadro fin qui tratteggiato delinea solo le tendenze di fondo della flessione della mortalità; di questa flessione non si è beneficiato però in modo non uniforme. Come si coglie dalle Figure 1 e 2 dei due sessi, ne è rimasto più avvantaggiato quello femminile e a questo proposito va sottolineato che, se in Italia le differenze di mortalità tra uomini e donne risultano particolarmente elevate rispetto a molti paesi europei, non sono tuttavia tra le più consistenti.<sup>4</sup> In questi ultimi tempi si è andata però manifestando una crescita della speranza di vita alla nascita dei maschi lievemente più rapida rispetto a quella delle femmine, per cui questo differenziale torna a ridursi, anche se per ora solo leggermente, dopo aver toccato il suo massimo nel corso degli anni Ottanta; all'età di 60 anni invece il divario tra speranze di vita di uomini e donne è rimasto stabile da allora ed è dell'ordine di quattro anni e mezzo (Figure 1 e 2).

Se le caratteristiche differenziali della mortalità per genere sono le più conosciute, anche perché storicamente tra le prime ad essere studiate, altrettanto rilevanti sono quelle per condizione sociale e per area di residenza.

È noto che i gruppi sociali più svantaggiati sono soggetti a una mortalità più elevata rispetto al resto della popolazione (Lopez, A., Caselli, G. and Valkonen, T., 1995). Le analisi più approfondite in questo campo traggono oggi i loro risultati da un impianto statistico complesso che generalmente collega fra loro le rilevazioni correnti della mortalità con quelle provenienti dai censimenti; nel caso italiano le statistiche in questione sono limitate finora all'arco di tempo tra i censimenti 1981 e 1991 e gli indicatori di sintesi oggi utilizzabili per confrontare i differenti livelli di mortalità sono i corrispondenti tassi standardizzati, non in questo caso la speranza di vita<sup>5</sup> che, come si vedrà successivamente, oltre ad avere un ruolo importante per evidenziare le differenze di mortalità, è anche un parametro chiave ai fini della valutazione della pensione.

<sup>4</sup>Le differenze maggiori si registrano in Francia e Finlandia.

<sup>5</sup>Non vi sono tavole di mortalità dell'ISTAT per titolo di studio oppure per professione, ecc.; in queste circostanze si fa ricorso a tassi standardizzati che consentono di confrontare sinteticamente i livelli di mortalità di vari sottoinsiemi demografici senza che su queste misure interferiscano le differenze di composizione per età.

In questo ambito uno dei caratteri solitamente utilizzati — e questo è anche il nostro caso — è il titolo di studio. È intuitivo che esso consenta più ampie possibilità nella vita rispetto alla scelta di lavoro, che incorpori in sé gli elementi discriminanti lo status socio-economico degli individui e, elemento fondamentale, anche le differenze nell'accesso all'informazione e alle potenzialità di beneficiare di risorse culturali che, come si è già detto, hanno un ruolo importante sugli stili di vita e quindi sulla qualità e durata della vita.

*Tabella 1: Numeri indici dei tassi standardizzati di mortalità per genere, classe di età, titolo di studio e ripartizione geografica di residenza. Anni 1991-1992*

Ripartizione	Titolo di studio					Totale
	Analfabeta e senza titolo di studio	Licenza elementare	Licenza media inferiore	Licenza media superiore	Laurea	
<b>UOMINI</b>						
<b>Età 18-59 anni</b>						
Nord	188,59	140,73	103,01	69,79	47,11	100,00
Centro	169,30	134,29	102,96	78,78	57,89	100,00
Sud	170,84	114,70	100,28	74,40	62,92	100,00
ITALIA	172,57	128,51	102,32	72,29	52,75	100,00
<b>Età 60-74 anni</b>						
Nord	107,73	104,01	98,61	82,48	72,30	100,00
Centro	111,90	101,36	100,21	91,97	70,47	100,00
Sud	104,87	96,76	107,70	94,96	86,53	100,00
ITALIA	105,60	102,22	101,15	87,07	75,06	100,00
<b>DONNE</b>						
<b>Età 18-59 anni</b>						
Nord	212,78	109,50	106,69	88,42	75,42	100,00
Centro	188,09	104,26	106,02	84,73	87,23	100,00
Sud	149,54	97,59	96,93	79,79	91,21	100,00
ITALIA	168,10	100,52	104,30	85,89	82,97	100,00
<b>Età 60-74 anni</b>						
Nord	103,27	99,88	103,88	87,81	85,55	100,00
Centro	108,92	97,78	97,24	90,03	94,02	100,00
Sud	106,97	97,59	89,94	76,12	76,59	100,00
ITALIA	109,34	98,07	98,96	84,93	84,86	100,00

Fonte: ISTAT, *La mortalità differenziale secondo alcuni fattori socio-economici, Informazioni*, n. 27, 2001

I risultati di quest'approccio all'analisi della mortalità differenziale sono riportati alla Tabella 1. Dalle relazioni che è evidente cogliere tra istruzione, genere, età, ripartizione geografica di residenza e i corrispondenti livelli di mortalità espressi in termini di numeri indice dei tassi standardizzati appare immediatamente un quadro molto articolato: si rileva il chiarissimo gradiente inverso di mortalità di cui si diceva prima — più si sale nella gerarchia sociale, meno elevato è il rischio di morte — e l'ampiezza di questo gradiente varia da ripartizione a ripartizione. La mortalità differenziale associata al titolo di studio è particolarmente accentuata nella fascia d'età attiva (18-59 anni), lo è soprattutto per gli uomini

e in particolare nel Nord dove i livelli di mortalità all'estremo inferiore della scala sociale sono il quadruplo di quelli all'estremo superiore (Tabella 1).

La minore intensità della correlazione inversa tra livelli d'istruzione e livelli di mortalità nel caso delle donne troverebbe la sua spiegazione nel fatto che l'incidenza del tumore alla mammella è positivamente associata con la posizione sociale, punto questo a sfavore per le donne con livello d'istruzione più elevata, e che le differenze di mortalità sono meno accentuate al Centro e al Sud rispetto al Nord.

Pur essendo profondamente mutato nel tempo il quadro nosologico — come del resto si diceva prima — e pur avendo i vari ceti sociali sperimentato il processo di riduzione della mortalità, è opinione diffusa che nei paesi sviluppati questo gradiente socio-economico della mortalità si sia sostanzialmente mantenuto nonostante i profondi cambiamenti intervenuti nella politica sanitaria e sociale. I primi sconcertanti risultati in questo campo risalgono al famoso *rapporto Black* (1980) per la Gran Bretagna<sup>6</sup> che metteva clamorosamente in dubbio il presupposto che un sistema sanitario nazionale con accesso universale ed egualitario ai servizi, come quello allora vigente e poi realizzato in altri paesi fra cui il nostro, potesse costituire da solo lo strumento più idoneo, oltre che per migliorare lo stato di salute, per ridurre le disuguaglianze sociali in questo campo.

*Tabella 2: Evoluzione della speranza di vita alla nascita e a 60 anni dall'inizio degli anni Sessanta alla soglia degli anni Novanta per genere e per regione*

Regioni	Maschi				Femmine			
	Alla nascita		A 60 anni		Alla nascita		A 60 anni	
	1960-'62	1988-'92	1960-'62	1988-'92	1960-'62	1988-'92	1960-'62	1988-'92
Piemonte -V.A.	66,6	73,3	16,2	18,6	72,5	80,1	19,1	23,2
Lombardia	65,4	72,6	15,1	17,9	72,0	80,1	18,4	23,2
Trentino - A.A.	65,2	73,1	15,4	18,6	72,0	80,9	18,3	23,9
Veneto	66,8	73,4	15,9	18,4	72,9	80,8	18,8	24,0
Friuli V.G.	66,9	72,8	15,6	17,9	73,2	80,3	19,1	23,3
Liguria	69,0	73,5	17,1	18,7	74,3	80,4	20,2	23,5
Emilia-Romagna	68,1	74,2	16,5	19,3	74,2	80,9	19,8	24,0
Toscana	69,1	74,7	16,9	19,3	74,0	81,1	19,7	23,8
Umbria	69,4	75,0	16,9	19,5	73,5	80,9	19,0	23,7
Marche	69,2	75,4	16,8	19,9	74,2	81,3	19,1	24,2
Lazio	68,6	74,0	17,0	18,8	73,5	80,1	19,9	23,4
Abruzzo - Molise	68,9	74,9	17,3	19,7	72,3	80,7	19,0	23,5
Campania	66,2	72,8	16,6	18,1	70,2	78,6	18,8	21,9
Puglia	67,1	74,6	17,5	19,5	70,6	80,1	19,3	23,1
Basilicata	67,5	74,8	18,0	19,7	70,3	79,9	18,7	22,9
Calabria	69,0	74,3	18,2	19,5	71,6	80,0	19,7	23,0
Sicilia	68,5	73,9	17,9	19,0	71,3	79,0	19,2	22,1
Sardegna	69,4	73,9	19,3	19,4	73,4	80,5	20,8	23,4

Fonte: ISTAT, *La mortalità differenziale secondo alcuni fattori socio-economici, Informazioni*, n. 27, 2001

L'uguaglianza "teorica" d'accesso ai servizi sanitari non implica però un'uguaglianza "reale" del loro utilizzo perché ancora una volta i "messaggi" che provengono dal sistema sanitario vengono recepiti di più o di meno in relazione al livello d'istruzione e alla classe sociale.

<sup>6</sup>Non si tratta ovviamente di un'anomalia inglese; risultati analoghi sono stati rilevati, sempre nello stesso periodo, in Olanda e in Svezia. In Francia le disuguaglianze sociali di fronte alla morte non sembrano essersi attenuate (Desplanques, G., 1993; Leclerc, A. *et al.*, 2000).

Un ulteriore elemento che delinea la complessità del processo evolutivo della mortalità come pure l'ampia gamma di sfumature di quella differenziale emerge allorché si considera il ruolo del fattore territoriale: la mortalità cambia pure col mutare della geografia della mortalità per causa, aspetto questo in qualche modo già evidenziato, e limitatamente ad alcune fasce d'età, dalla Tabella 2. Infatti pur se i continui progressi registrati nella sopravvivenza hanno attenuato la variabilità delle differenze regionali — e in misura più accentuata nel caso degli uomini — queste ultime tuttavia non solo continuano a essere sensibili potendo arrivare fin quasi a 3 anni di speranza di vita, ma come si coglie dal confronto fra le tavole di mortalità regionali<sup>7</sup> del 1960-'62 e quelle del 1988-'92 (Tabella 3), queste differenze si sono conservate parzialmente nel tempo e lo evidenzia la quasi invarianza della posizione di alcune regioni nella graduatoria per livelli di mortalità; le tendenze in atto sembrano però prospettare alcuni cambiamenti di rilievo anche dal punto di vista geografico.

Le tendenze più recenti continuano a confermare che nel Centro permangono i livelli più alti di speranza di vita; più articolata è invece la situazione delle altre due ripartizioni. In particolare, distinguendo per genere, per gli uomini si riscontrano generalmente speranze di vita più basse nel Nord e soprattutto in Lombardia, Piemonte-Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia e Liguria imputabili a una maggior incidenza dei tumori; nel Sud questo fenomeno è più circoscritto e si rileva soprattutto in Campania. Nel caso delle donne la mortalità continua a manifestarsi più elevata nel Sud a causa della maggior incidenza delle malattie cardiovascolari; ciò si verifica in particolare, oltre che in Campania, anche in Sicilia, dove un altro fattore di rischio importante nel mantenere elevata la mortalità è il diabete.

#### **4. Mortalità differenziale ed equità attuariale: alcune considerazioni in margine alla riforma Dini**

A conclusione di questa rapida rassegna sottolineiamo quindi come da un lato la mortalità si sta concentrando sempre più alle età senili ed avanzate, per cui la sua evoluzione futura sarà condizionata dalle tendenze in atto nell'ultima fase della vita, che è quella della vecchiaia e della pensione; dall'altro rimarchiamo che oggi a queste età persistono differenze sistematiche di mortalità tra uomini e donne in generale oltre che di condizione sociale differente e secondo la diversa localizzazione territoriale; se infine disponiamo di scenari per il futuro della mortalità in generale, molto più problematico è invece formulare ipotesi circa l'evoluzione delle differenze che la contraddistinguono.

Le età senili e avanzate sono anche quelle in cui è a rischio, molto di più che altri momenti, sia la vita che le condizioni di salute, e quindi la qualità stessa della vita; è questa anche la fase della vita che attinge molte delle sue risorse dal sistema previdenziale per cui è la più esposta alle ricadute economico-sociali di ogni modifica del sistema stesso.

In Italia, prima della riforma Dini, la pensione aveva, fra l'altro, la funzione di continuare a mantenere per quanto possibile lo standard di vita del lavoratore, per cui la sua retribuzione era il riferimento per il calcolo della pensione e quanto più quest'ultima e la retribuzione pensionabile si avvicinavano tanto più questa funzione viene — o meglio veniva — garantita; il costo di questo sistema è risultato però insostenibile a causa anche dell'allungamento della vita media in questi ultimi anni. La riforma Dini (Fornero, E. e Castellino, O., 2001) ha fissato così nuovi e uniformi meccanismi di calcolo per i trattamenti pensionistici, reintroducendo il principio della capitalizzazione ovvero il principio secondo cui a ciascuno competono pensioni commisurate a quanto e a quando ha versato e in relazione a un unico coefficiente di conversione che riflette tra l'altro l'andamento della sopravvivenza attesa dal momento del

---

<sup>7</sup> Le prime tavole di mortalità regionali risalgono al 1921-22 e presentano, tra l'altro, differenze metodologiche di una certa rilevanza rispetto alle successive la cui serie comincia appunto con quelle cui qui facciamo riferimento cioè del 1960-'62.



pensionamento. In presenza di una mortalità differenziale d'un certo rilievo, come nel nostro caso, quest'equità attuariale si risolve però in un'equità in media e l'effetto della mortalità differenziale è quello di innescare un processo redistributivo a favore di quanti beneficeranno di una mortalità bassa, meccanismo questo che, se da un lato non è facilmente palesabile per quanto riguarda il ruolo che assumeranno in prospettiva i fattori sociali e territoriali, lo è invece molto di più per quanto riguarda il genere.

Nella riforma Dini invece la mortalità differenziale per sesso non viene presa in considerazione perché ai fini della determinazione del succitato coefficiente di conversione si tien conto anche della pensione di reversibilità da pagare al coniuge sopravvivate che, nel caso donna, si ipotizza abbia un'età di tre anni inferiore a quella del marito. In realtà alcune recenti simulazioni evidenziano che tale presunta compensazione non ha luogo (Belloni, M. e Maccheroni, C., 2005) per cui questa assenza di forme di discriminazione tra i sessi per il computo della rendita pensionistica comporta che la componente maschile degli occupati concorra a finanziare una politica a prevalente vantaggio della componente femminile.

Evidentemente non si è percepito che l'ottica familiare, come era nel passato, del sistema pensionistico oggi non è più giustificabile, anche per il cambiamento delle aspettative della componente femminile sul mercato del lavoro. È mancata la conoscenza delle difficoltà di prevedere la dinamica demografica per questo tipo di problemi e l'introdurre ipotesi sulle caratteristiche della nuzialità, fenomeno condizionato tipicamente da fattori sociali suscettibili di mutare nel tempo radicalmente, rende anche più problematica la valutazione delle correzioni che intervengono sui livelli pensionistici e le loro ricadute economico-sociali.

#### RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Belloni, M. and Maccheroni, C. (2006): "Actuarial Neutrality when Longevity Increases: An Application to the Italian Pension System", *WP CeRP*, n. 47.
- Desplanques, G. (1993): "L'inegalité sociales devant la mort, La Société Française", *Données Sociales*, pp. 251-258.
- Fries, J.F. (1980): "Aging, Natural Death, and the Compression of Morbidity", *New England Journal of Medicine*, 303.
- Fornero, E. and Castellino, O. (2001): *La riforma del sistema previdenziale*, Il Mulino, Bologna.
- Lopez, A. Caselli, G. and Valkonen, T. (ed) (1995): *Adult Mortality in Developed Countries. From Description to Explanation*, Clarendon Press.
- Leclerc, A. et al. (eds) (2000): *Les Inégalités Sociales de Santé*, La Découverte/INSERM.
- Maccheroni, C. (1999): "L'evoluzione della speranza di vita degli italiani", *Assicurazioni Generali, Riforma del Sistema sanitario assistenziale*. Convergenza tra pubblico e privato, Atti e studi, 11.
- Maccheroni, C. (2002): "Longevità, scenari per il 21° secolo", Maccheroni, C. (ed), *Longevità, genetica ed assicurazione, Quaderni di impresa assicurativa*, Supplemento al fascicolo n. 4/2001 della Rivista Diritto ed Economia dell'Assicurazione, Milano, IRSA-Giuffrè Editore.
- Meyers, C.G., Manton K.G. (1984): "Compression of Mortality, Myth or Reality?", *The Gerontologist*, 24.
- Olshanski, S.J., Carnes, B.A. and Cassel, C. (1993): "The Ageing of the Human Species", *Scientific American*, April.
- Vaupel, J.W. (2003): "Forecasting Life Expectancy: The SCOPE Approach", Bengtsson, T. and Keiman, N. (eds), *Perspectives on Mortality Forecasting*, Swedish National Social Insurance Board.

## **Per scelta o per forza: l'innalzamento dell'età di pensionamento in Italia**

di Michele Belloni e Margherita Borella\*

### **1. Introduzione**

L'andamento demografico dei maggiori paesi industrializzati, e in particolare l'aumento della vita attesa unito ad un calo della natalità, causa problemi di sostenibilità finanziaria ai sistemi pensionistici pubblici finanziati con un meccanismo a ripartizione. A partire dagli anni Novanta, la maggior parte dei paesi europei ha attuato riforme dei sistemi previdenziali pubblici per garantirne la sostenibilità futura: le riforme effettuate contengono mix diversi di misure volte a sanare i bilanci previdenziali, includendo tra queste l'aumento degli oneri contributivi durante la vita attiva, la riduzione dei benefici pensionistici e l'aumento dell'età media di pensionamento.

In particolare, grande attenzione hanno ricevuto le misure volte a incrementare l'età media di pensionamento e, conseguentemente, ad allungare la vita lavorativa media. Esse sono ritenute efficaci, in quanto agiscono su entrambi i lati del bilancio degli enti di previdenza, riducendo le uscite e allo stesso tempo aumentando le entrate; sono inoltre "naturali", data la natura demografica del problema, perché si propongono di allocare almeno una parte della "porzione di vita aggiuntiva" delle giovani generazioni all'attività lavorativa.

Questi principi sono stati ribaditi in sede europea, dove si è deciso di fissare due obiettivi, strettamente legati l'uno all'altro, relativi alle scelte di uscita dal mercato del lavoro dei lavoratori anziani in Europa. Più in dettaglio, nei meeting di Stoccolma e di Barcellona si è stabilito che entro il 2010 metà della popolazione dell'UE nella fascia di età 55-64 anni dovrà essere occupata, e che, entro la stessa data, l'età media effettiva di uscita dal mercato del lavoro dovrà aumentare di 5 anni.

Se l'obiettivo di aumentare l'età media di pensionamento è quindi largamente condiviso, non altrettanto si può dire delle misure volte ad ottenere un effettivo posticipo del pensionamento. Tra le politiche effettuate nei paesi appartenenti all'Unione Europea, in particolare, si evidenziano due orientamenti di fondo: il primo si basa sulla libertà di scelta degli individui che accedono al pensionamento, e quindi si propone, tramite incentivi di tipo finanziario, di indurre gli individui a posticipare volontariamente l'uscita dal mercato del lavoro. Oltre agli incentivi finanziari al posticipo ad hoc, costituiscono il cuore di queste politiche quelle riforme strutturali ispirate al principio della neutralità attuariale, in particolare quelle che hanno introdotto sistemi pensionistici a contribuzione nozionale definita in luogo dei precedenti sistemi a beneficio definito. Il secondo orientamento si basa al contrario sull'obbligatorietà del momento di pensionamento, tramite restrizioni all'accesso ai benefici pensionistici, eliminazione di vie di uscita privilegiate per determinate categorie di lavoratori e così via.

Esempi di entrambi gli orientamenti si trovano nella legislazione previdenziale italiana, che

---

\* Center for Research on Pensions and Welfare Policies (CeRP), Via Real Collegio, 30 - 10024 Moncalieri (Torino), Italy  
Tel. +390116705040 - Fax +390116705042 - E-mail: belloni@cerp.unito.it, borella@cerp.unito.it.

a partire dall'inizio degli anni Novanta ha avuto una continua evoluzione proponendo diversi mix di politiche volte ad assicurare la sostenibilità finanziaria del sistema previdenziale tramite l'allungamento della vita lavorativa. Lo studio delle riforme italiane rappresenta quindi un'opportunità per valutare vantaggi e svantaggi delle diverse politiche economiche.

In ciò che segue, si proporrà dapprima una rassegna teorica delle possibili implicazioni di politiche volte a perseguire l'allungamento della vita lavorativa tramite incentivi (e quindi libertà di scelta per gli individui) e tramite vincoli (e quindi obbligatorietà). Quindi, nel paragrafo 3, si descriveranno le diverse riforme del sistema previdenziale effettivamente attuate in Italia dagli anni Novanta in poi, mettendo in luce con quali strumenti queste si siano proposte di aumentare l'età media di pensionamento. Il paragrafo 4 propone un'analisi dell'evidenza empirica sull'andamento dell'età di pensionamento nello stesso periodo e sulle previsioni per il futuro; il paragrafo 5 conclude il lavoro.

## **2. La teoria economica: incentivi contro obbligatorietà**

La valutazione delle implicazioni delle diverse politiche volte ad allungare la vita lavorativa verte su due aspetti chiave: la certezza dell'efficacia e gli effetti sul benessere collettivo determinati dalla distorsione nelle scelte di offerta di lavoro. È utile classificare le possibili politiche in due gruppi: politiche che impongono vincoli al pensionamento, e politiche che incentivano il posticipo della decisione di pensionamento, lasciando quindi libertà di scelta ai lavoratori. Appartengono al primo gruppo quelle politiche che limitano la possibilità di andare in pensione, ad esempio imponendo requisiti minimi di età o di numero di anni di contribuzione; al secondo gruppo appartengono invece quelle politiche che si propongono di aumentare il legame percepito tra contributi e benefici, in modo da minimizzare l'effetto distorsivo del sistema previdenziale sulle scelte di pensionamento degli individui. La riforma del 1995, che ha introdotto un sistema di calcolo della pensione di tipo contributivo, è un esempio di questo secondo gruppo di politiche. Come risulterà chiaro dall'analisi dei due gruppi di politiche, esiste un trade-off fra la certezza dell'efficacia e gli effetti sul benessere collettivo; inoltre, i vantaggi di un gruppo di politiche rappresentano anche i punti deboli dell'altro.

Con riferimento all'efficacia delle misure volte ad allungare la vita lavorativa, l'effetto di una politica è meno incerto nel caso di imposizione di vincoli alla decisione di pensionamento. Se un intervento normativo innalzasse i requisiti minimi per l'accesso al beneficio pensionistico, tutti quei lavoratori che, in assenza dell'intervento, avrebbero abbandonato l'attività lavorativa non appena fosse stato loro concesso, sarebbero necessariamente costretti a posticipare l'uscita. Gli altri lavoratori potrebbero invece non modificare il loro comportamento. In tal caso, l'intervento normativo si rivelerebbe efficace conducendo ad un aumento dell'età media di pensionamento. Tuttavia, nel caso in cui l'intervento si ripercuotesse negativamente sulle aspettative del secondo gruppo di lavoratori, i quali per timore di ulteriori interventi restrittivi decidessero di anticipare l'uscita rispetto a quanto programmato, l'intervento normativo potrebbe addirittura rivelarsi inefficace. Questo avverrebbe, però, solo se tale effetto riduttivo sull'età media di pensionamento prevalesse sull'effetto incrementativo derivante dal posticipo forzato nell'uscita dei lavoratori del primo gruppo.

L'efficacia di politiche volte a modificare gli incentivi finanziari al pensionamento è invece difficilmente prevedibile. Il punto cruciale per determinarne l'efficacia attesa è valutare il ruolo degli incentivi finanziari nella scelta di pensionamento. La letteratura empirica evidenzia come siano numerose le determinanti, e in particolare come variabili non finanziarie abbiano un ruolo rilevante nella scelta di pensionamento degli individui: dalle condizioni di salute alle caratteristiche socio-demografiche dell'individuo, dalle pressioni provenienti dall'impresa in cui il soggetto lavora (che in momento di crisi potrebbe voler ad esempio ridurre il numero dei

propri addetti partendo dagli anziani), al ruolo della famiglia (che agisce sia sulle preferenze, perché i coniugi possono desiderare di coordinare le proprie scelte di pensionamento, sia sul vincolo di bilancio, che include i redditi di tutti i componenti della famiglia). Se gli individui attribuissero agli incentivi finanziari un'importanza limitata rispetto agli aspetti appena elencati, affidarsi ad essi per aumentare l'età media di pensionamento potrebbe risultare poco efficace.

La distorsione nell'offerta di lavoro e il conseguente effetto negativo sul benessere individuale, e cioè il secondo aspetto chiave rispetto al quale si valutano le possibili politiche, è una tipica conseguenza dell'imposizione di vincoli alla scelta. Riprendendo l'esempio proposto in precedenza, tutti quegli individui per i quali il vincolo è stringente, cioè coloro i quali, in assenza di un intervento restrittivo, avrebbero scelto di ritirarsi dall'attività lavorativa, subiscono una perdita di benessere. Si può inoltre ipotizzare un possibile onere di efficienza al sistema produttivo: il combinarsi degli effetti dell'anzianità sull'esperienza, ma al tempo stesso sull'obsolescenza, del lavoratore, sono estremamente variabili da caso a caso.

L'effetto distorsivo di politiche volte invece a modificare gli incentivi finanziari dipende principalmente dal legame esistente (e percepito) fra contribuiti e benefici, e dal grado di neutralità attuariale del sistema pensionistico (Feldstein e Liebman, 2000). Se i benefici sono legati in modo stretto ai contribuiti — e in seguito si analizzerà quando ciò si realizza — il pagamento di contributi previdenziali rappresenta per l'individuo una forma di risparmio, seppure forzoso, e incide relativamente poco sull'offerta di lavoro e sulla decisione di pensionamento (Disney, 2004). Non vi è inoltre distorsione se, nonostante il risparmio obbligatorio indotto dal sistema pensionistico sia maggiore di quello che sarebbe liberamente scelto dall'individuo, il mercato del credito funziona perfettamente. In tal caso, infatti, l'individuo ha la possibilità di prendere a prestito la differenza fra il risparmio desiderato e quello effettivo e rimborsare il debito nel momento in cui l'eccesso di risparmio divenga a lui disponibile, annullando così l'imposizione.<sup>1</sup>

Se invece i benefici non sono legati in modo stretto ai contribuiti, la distorsione che complessivamente si realizza è data dalla somma di due effetti distorsivi: il primo discende dal pagamento dei contributi — che sono percepiti in tal caso come una “tassa” sul lavoro — e il secondo dalla riscossione della pensione, che è percepita come un “regalo” fatto dallo Stato all'individuo anziano. I contributi — del tipo “tassa sul lavoro” — producono un “effetto di reddito” e un “effetto di sostituzione”. Il primo, che conduce a un aumento dell'offerta di lavoro, consiste in una riduzione del reddito complessivo disponibile per una data offerta di lavoro. Il secondo, che conduce a una riduzione dell'offerta di lavoro, consiste invece in una riduzione del compenso relativo del lavoro rispetto al tempo libero. Poiché studi empirici mostrano che l'effetto di sostituzione tende a prevalere, l'introduzione di contributi non strettamente collegati ai benefici pensionistici determina tipicamente una riduzione dell'offerta di lavoro durante tutta la vita attiva e un'anticipazione della decisione di pensionamento. I benefici pensionistici — del tipo “regalo” agli anziani — producono invece esclusivamente un effetto di reddito, il quale provoca un ritiro anticipato dall'attività lavorativa.<sup>2</sup> L'effetto distorsivo globale è quindi un'anticipazione del pensionamento rispetto a un sistema che lega in modo stretto i benefici ai contribuiti.

Prima di concludere questo paragrafo, si ritiene utile approfondire la nozione di legame (stretto) tra pensione e contributi. È rilevante sia il legame effettivo sia il legame effettivamente percepito dall'individuo. Il legame effettivo dipende principalmente da tre fattori: dalle regole

---

<sup>1</sup> Si sta implicitamente assumendo parità fra i rendimenti dei contributi previdenziali e dei mercati finanziari.

<sup>2</sup> Si noti che ogni sistema pensionistico, indipendentemente dal legame che crea fra pensioni e contributi, determina sempre un anticipo nell'uscita dal mercato del lavoro rispetto al caso in cui non esista. Una delle principali ragioni della sua esistenza sta infatti proprio nel correggere (al rialzo) le decisioni di risparmio di individui “mioipi”, che non risparmierebbero abbastanza per mantenere il livello di consumo desiderato una volta ritirati dal mercato del lavoro. Tali individui, in assenza di un qualsiasi sistema pensionistico, sceglierebbero una vita lavorativa più lunga. L'effetto di reddito descritto nel testo si verifica invece soltanto quando il sistema pensionistico non crea un legame stretto tra benefici e contributi, e la pensione è percepita come un “regalo” dello Stato.

di calcolo della pensione, dal rendimento relativo garantito dalla partecipazione al sistema pensionistico rispetto a quello fornito dai mercati finanziari per titoli privi di rischio, e dal sistema di finanziamento della pensione (Thompson, 1998). Il legame percepito dipende principalmente dal legame effettivo, ma anche da altri fattori quali il “vocabolario” usato dal legislatore (“conto di risparmio individuale”, per esempio, indica chiaramente l’esistenza di un legame stretto) e l’invio periodico agli iscritti di un estratto conto con previsioni sull’importo della propria pensione futura in scenari alternativi.

Per quanto riguarda il legame effettivo, il primo fattore determinante è rappresentato dalle regole di calcolo del beneficio pensionistico: se la pensione viene calcolata secondo il criterio del beneficio definito, dove l’importo della pensione dipende tipicamente dai salari della parte finale della carriera lavorativa, il legame contributi-pensioni sarà necessariamente debole. Se invece la pensione è calcolata secondo il criterio della contribuzione definita, dove la pensione dipende dai contributi pagati lungo l’intera carriera lavorativa, allora il legame sarà più stretto.

Possiamo inoltre affermare che la pensione e i contributi sono strettamente legati fra loro in un sistema pensionistico “attuarialmente neutro”. Può definirsi tale un sistema pensionistico che rispetta due condizioni: il valore attuale dei contributi pagati è uguale al valore attuale dei benefici ricevuti — cosicché l’intervento pubblico consiste per l’individuo in un mero trasferimento intertemporale di risorse — e inoltre è in grado di garantire all’individuo un rendimento ai contributi versati pari al tasso di interesse privo di rischio prevalente sui mercati finanziari (Disney, 1999). Questa definizione mette in luce come in un sistema pensionistico così caratterizzato la pensione non sia altro che l’equivalente di una rendita ottenibile sul mercato finanziario — con l’importante differenza di essere imposta in modo coercitivo.

Più in generale in un sistema a contribuzione definita, qualsiasi norma che preveda un allentamento del legame contributi-pensioni — si tratta generalmente di interventi di carattere redistributivo, motivati dal ruolo sociale del sistema pensionistico — provoca una distorsione nell’offerta di lavoro. Esempi tipici sono dati dai minimali retributivi, dalle contribuzioni figurative, dai massimali sulle pensioni e dalla differenza fra aliquota di finanziamento e aliquota di computo.

Infine, la modalità di finanziamento del sistema pensionistico incide anch’essa sul legame effettivo fra benefici e contributi. Concentrandosi su sistemi pensionistici a ripartizione, il pagamento delle pensioni è tipicamente finanziato con i contributi pagati dai lavoratori attivi e dai datori di lavoro nonché, quando le risorse non sono sufficienti, in deficit. Nei casi in cui il mercato del lavoro non agisca in modo tale da traslare completamente sui lavoratori il contributo del datore del lavoro (tramite una riduzione del loro salario lordo pari all’ammontare dei contributi nominalmente a carico dei datori), nonché nei casi di finanziamento in deficit, il legame fra contributi e benefici si allenta e si crea un incentivo a ridurre l’offerta di lavoro.

### **3. Il caso italiano: la normativa**

Le riforme intraprese in Italia nel 1992, 1995, 1997 e 2004 hanno modificato radicalmente il sistema previdenziale pubblico di questo paese. In questa sezione si descrivono i vari interventi normativi, mettendo in luce in particolare le misure volte a posticipare il pensionamento, e il loro carattere di volontarietà/obbligatorietà.

Il metodo di calcolo della pensione in vigore prima della riforma del 1992 era caratterizzato da una formula previdenziale a beneficio definito; per le diverse categorie di lavoratori — appartenenti quindi a schemi previdenziali diversi — erano in vigore norme particolari, sia per il calcolo della pensione sia per i requisiti di pensionamento. Nello schema principale, il Fondo Pensioni Lavoratori Dipendenti (FPLD), la pensione era calcolata moltiplicando il salario medio degli ultimi cinque anni lavorativi (la cosiddetta retribuzione pensionabile, che

costituisce la base di calcolo del beneficio in un sistema retributivo), per il numero di anni in cui il lavoratore aveva partecipato al Fondo e per un coefficiente di rivalutazione annuale.<sup>3</sup> Per i dipendenti pubblici la retribuzione pensionabile comprendeva soltanto l'ultimo salario percepito, mentre per i lavoratori autonomi includeva gli ultimi dieci anni di reddito proveniente dalla loro attività.

Per quanto riguarda invece i requisiti minimi per accedere al trattamento pensionistico di vecchiaia, il sistema prevedeva un'età di 60 anni per gli uomini e di 55 per le donne, oltre a un'anzianità contributiva (comune per i due generi) di 15 anni. Il sistema inoltre prevedeva la possibilità di accedere al pensionamento di anzianità per quei lavoratori, dipendenti privati o autonomi, che avessero versato contributi per 35 anni (sia uomini sia donne), senza vincoli di età anagrafica. Il limite contributivo per i dipendenti del settore pubblico era invece pari a 20 anni (ridotti a 15 per le donne sposate con figli). Il calcolo della pensione di anzianità si basava sulla formula retributiva e non prevedeva alcuna correzione attuariale per tener conto delle diverse aspettative di vita alle diverse età di pensionamento.

La prima riforma, nel 1992, ha modificato il sistema a beneficio definito preesistente introducendo sia nuove — e più stringenti — regole per accedere al pensionamento, sia aumentando gradualmente il numero di anni da includere nel calcolo della retribuzione pensionabile. Anche se la riforma del 1992 non sarà mai completamente attuata — poiché la riforma del 1995, di cui si parlerà tra breve, la ha in parte abrogata prima che potesse produrre i suoi effetti — è interessante notare che essa agiva su due livelli distinti. Da un lato, il graduale aumento dei requisiti per accedere al pensionamento di vecchiaia, unito all'introduzione di requisiti di anzianità più stringenti per accedere al pensionamento di anzianità, seguiva la strada dell'obbligatorietà al fine di aumentare l'età media di pensionamento.<sup>4</sup> Dall'altro, sebbene la formula per il calcolo pensionistico fosse ancora di tipo retributivo, l'allungamento del periodo da includere nella retribuzione pensionabile — rafforzando il legame fra benefici e contributi — contrastava almeno in parte l'incentivo finanziario al pensionamento precoce presente nel sistema precedente.

La riforma del 1995 prevede un cambiamento radicale nella modalità di calcolo della pensione: questa infatti, a regime, si baserà sui contributi pagati dal lavoratore nel corso dell'intera vita lavorativa, capitalizzati (virtualmente) al tasso di crescita del PIL nominale e convertiti in una rendita attuarialmente neutra. La piena applicazione delle regole introdotte dalla riforma è però prevista dopo una lunga fase di transizione, che riguarderà tutti i lavoratori che erano già attivi sul mercato del lavoro nel 1995 ma avevano a quella data maturato meno di 18 anni di anzianità contributiva. La riforma distingue infatti tre gruppi di lavoratori. I lavoratori più anziani — con almeno 18 anni di anzianità nel 1995 — sono stati esclusi dalla riforma, e la loro pensione verrà calcolata interamente con il metodo retributivo. I lavoratori più giovani — ma già attivi nel 1995 — sono soggetti a un meccanismo di calcolo pro-rata, e la loro pensione sarà calcolata in parte con le vecchie regole e in parte con il meccanismo contributivo. I lavoratori più giovani — attivi sul mercato del lavoro a partire dal 1996 — sono invece soggetti completamente alla nuova normativa, e la loro pensione sarà calcolata totalmente con il metodo contributivo.

Per quanto riguarda i requisiti minimi obbligatori per accedere al trattamento pensionistico di anzianità, la legge del 1995 interviene sia restringendone l'accesso durante il periodo transizionale — introducendo un requisito anche sull'età minima ed elevandolo

<sup>3</sup> Per i lavoratori FPLD il coefficiente di rivalutazione annuale era uguale al 2% fino ad un certo limite di reddito, e diminuiva gradualmente per redditi superiori.

<sup>4</sup> La riforma del 1992 ha introdotto un processo di armonizzazione fra i regimi previdenziali anche in materia di requisiti di accesso al pensionamento di anzianità. I requisiti di coloro che, alla data del 31 dicembre 1992, avevano anzianità inferiori a 8 anni sono stati immediatamente portati a 35, requisito già in vigore per i dipendenti del settore privato. Per coloro che, a quella data, avevano contribuzioni superiori agli 8 anni, è stata prevista una graduale convergenza verso i 35 anni (tabella C, legge n. 503/92).

La successiva legge n. 537/93 (legge finanziaria per il 1994), ha inciso sull'importo della pensione di anzianità decurtandola in proporzione agli anni mancanti al raggiungimento dei 35 anni di anzianità, secondo le percentuali di cui alla tabella A allegata alla legge.



progressivamente fino a 57 anni, nonché aumentando il requisito minimo di anzianità fino a 40 anni — sia prevedendone una sua totale eliminazione a regime. La riforma prevede infatti un nuovo tipo di pensione, definita “pensione di vecchiaia”, che sostituirà completamente le pensioni di vecchiaia e di anzianità del sistema retributivo. La nuova pensione di vecchiaia prevede il pensionamento flessibile: essa consente cioè ai lavoratori di scegliere liberamente l’età di pensionamento — in un intervallo compreso fra 57 e 65 anni — garantendo una pensione attuarialmente neutra. Se il lavoratore decide di andare in pensione a 57 anni invece che ad un’età più avanzata, allora godrà di una pensione di importo minore ma per un periodo di tempo presumibilmente (in base alle tavole di mortalità) più lungo. Se invece decide di posticipare l’uscita, avrà diritto ad una pensione più elevata, ma per un periodo di tempo presumibilmente inferiore. Il criterio di neutralità attuariale — applicato nel calcolo dei coefficienti di trasformazione del montante contributivo maturato al pensionamento in rendita — assicura l’uguaglianza fra le risorse attese complessivamente erogate a favore degli individui che si ritirano alle diverse età. Di conseguenza, nel regime contributivo la scelta di pensionamento sarà pressoché indipendente da considerazioni di costo-opportunità di tipo finanziario.<sup>5</sup>

La riforma del 1997 è intervenuta ulteriormente sulle pensioni di anzianità, anticipando dal 2006 al 2002 l’entrata in vigore del requisito “35 anni di contribuzione e almeno 57 anni di età”. La riforma ha però previsto che per alcune tipologie di lavoratori, fra cui ricordiamo i lavoratori dipendenti con qualifica di operai, quelli in mobilità e in cassa integrazione, nonché per i lavoratori precoci, si continuasse ad applicare la precedente e più favorevole normativa del 1995.

Un duplice tentativo di favorire l’occupazione dei lavoratori anziani tramite la via degli incentivi è contenuto nella legge finanziaria per il 2001 (legge n. 338/2000). Ai dipendenti del settore privato che abbiano maturato i diritti d’accesso alla pensione di anzianità è attribuita la facoltà di rinunciare all’accredito contributivo (ciò che fa venire meno anche l’obbligo di versamento per il datore di lavoro) a condizione che il lavoratore si impegni a posticipare il pensionamento di almeno due anni, stipulando un contratto biennale a tempo determinato rinnovabile più volte.<sup>6</sup> Il trattamento pensionistico liquidato è quello spettante alla data della stipulazione del contratto, fatto salvo l’adeguamento al costo della vita. Un secondo intervento riguarda i lavoratori precoci, con un’anzianità contributiva non inferiore ai 40 anni e un’età anagrafica inferiore ai 65 anni (60 per le donne). Per tale categoria è previsto che, nel caso in cui essi decidano di continuare a lavorare, il 60% della contribuzione versata a partire dal compimento dell’età di quiescenza concorra all’ammontare della pensione, calcolata secondo il metodo contributivo.

La riforma del 2004 ha confermato il metodo contributivo nel calcolo della pensione, ma è intervenuta per restringere i requisiti di età richiesti per accedere al trattamento pensionistico sia durante la fase di transizione introdotta dalla riforma del 1995 sia a regime. In particolare, l’età richiesta per accedere al pensionamento di anzianità durante la fase di transizione sarà aumentata a partire dall’anno 2008. Il requisito minimo di età richiesto in tale anno sarà pari a 60 anni — determinando un brusco scalino di 3 anni nei requisiti minimi rispetto all’anno precedente — per poi gradualmente aumentare di ulteriori uno o due anni negli anni successivi. A regime, invece, l’età minima per accedere al pensionamento sarà aumentata da 57 a 60 anni per le donne e 65 anni per gli uomini; al tempo stesso, viene reintrodotta la possibilità di

---

<sup>5</sup> Al fine di accedere al nuovo pensionamento di vecchiaia, la riforma prevede anche un requisito minimo di 5 anni di anzianità contributiva e un importo minimo della pensione pari a 1.2 volte l’importo dell’assegno sociale, se il pensionamento avviene prima dei 65 anni. Oltre all’intervallo di età 57-65 anni, la riforma prevede anche la possibilità di accedere al pensionamento prima dei 57 anni, nel caso in cui il lavoratore abbia maturato 40 anni di anzianità contributiva, e dopo i 65. La pensione maturata in tali casi non è però attuarialmente neutra. Nel primo caso si applica infatti il coefficiente di trasformazione previsto per i pensionamenti a 57 anni, e quindi la riforma concede un bonus ai lavoratori precoci, mentre nel secondo si applica il coefficiente previsto per i pensionamenti a 65 anni, e quindi la riforma penalizza le uscite dopo tale età.

<sup>6</sup> Successivamente al primo contratto il rinnovo è possibile anche per periodi inferiori.



accedere al pensionamento di anzianità, con 35 anni di contributi e un'età minima di 62 anni.

Al tempo stesso, la legge di riforma del 2004 introduce un particolare beneficio (il cosiddetto bonus) per incentivare i lavoratori dipendenti del settore privato che maturano il diritto alla pensione di anzianità a continuare a lavorare. Fino al 31 dicembre 2007, infatti, coloro che sceglieranno di rimanere al lavoro, rinunciando all'accredito dei contributi, otterranno un aumento esentasse in busta paga pari alla contribuzione previdenziale (cioè il 32,7% del salario lordo).

Infine, è importante notare che la normativa riguardante i requisiti di decorrenza delle pensioni di anzianità è stata caratterizzata, negli anni Novanta, da una serie di decreti legge, i cui effetti sono quasi sempre stati confermati da successive leggi ordinarie. Tale normativa d'urgenza prevedeva l'immediata e temporanea sospensione dell'efficacia di disposizioni normative, regolamentari o di accordi collettivi che prevedevano trattamenti pensionistici di anzianità. Lavoratori in particolari condizioni, specificati di volta in volta dal decreto legge (quali prepensionamenti connessi a esuberi strutturali di manodopera e lavoratori con più di 40 anni di anzianità contributiva) erano esclusi dal blocco.

La materia è stata regolata in modo più organico nelle leggi di riforma del 1995 e del 1997 che hanno istituzionalizzato il sistema delle "finestre di uscita". Sono state cioè stabilite delle date a partire dalle quali il lavoratore, che ha già maturato i requisiti di accesso, può godere del trattamento pensionistico. La prima conseguenza di tale meccanismo consiste nel fatto che la pensione, nella quasi totalità dei casi, non decorre quindi più dal mese successivo al perfezionamento dei requisiti di accesso ma da una data successiva. Tali decorrenze sono fissate sia in funzione della data entro la quale il lavoratore matura i requisiti di accesso, sia in funzione dell'età, a seconda che sia inferiore o superiore a 57 anni.<sup>7</sup>

#### **4. Il caso italiano: l'evidenza empirica**

Scopo di questo paragrafo è lo studio dell'effetto delle riforme del sistema previdenziale italiano sull'andamento effettivo dei pensionamenti. A tal fine, si prende in considerazione il periodo che va dall'inizio degli anni Novanta ai giorni nostri. Come abbiamo visto nella sezione precedente, è stato questo un periodo ricco di cambiamenti, durante il quale sono stati sia modificati i requisiti minimi per accedere al pensionamento, sia proposti incentivi al suo posticipo volontario. In ciò che segue, si analizzano dapprima le politiche che hanno imposto vincoli al pensionamento, e quindi quelle che si sono proposte di modificare gli incentivi.

##### *4.1 L'efficacia degli interventi sui requisiti minimi*

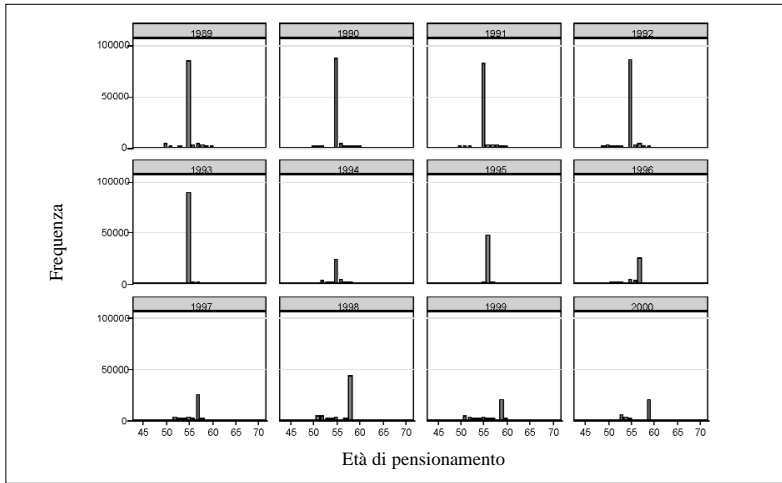
Per valutare l'effetto degli interventi normativi sui requisiti di accesso al pensionamento, è utile osservare la distribuzione per età (e genere) dei pensionamenti nel corso degli anni Novanta. Le figure 1 e 2 riportano, rispettivamente per le donne e per gli uomini appartenenti alla gestione FPLD, la distribuzione delle pensioni liquidate per età e per anno di decorrenza, dal 1989 al 2000.<sup>8</sup>

---

<sup>7</sup> In fase di prima applicazione, e fino al 31 dicembre 1997, sono state stabilite specifiche date di decorrenza, separatamente per i lavoratori dipendenti (sia privati sia pubblici) e per i lavoratori autonomi.

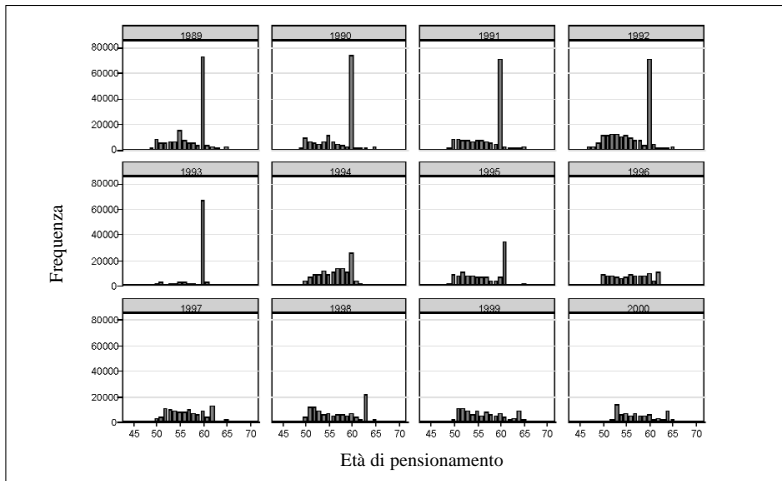
<sup>8</sup> Per favorire la loro interpretazione, l'evoluzione temporale dei requisiti minimi per l'accesso alla pensione di anzianità e di vecchiaia per i lavoratori FPLD intercorsa in questo periodo è riassunta nell'appendice.

Figura 1: Pensioni liquidate per età e anno di decorrenza, donne, FPLD



Fonte: Nostre elaborazioni su dati WHIP (Work Histories Italian Panel, [www.laboratoriorevelli.it/whip](http://www.laboratoriorevelli.it/whip)).  
 Nota: I grafici includono pensioni di anzianità, vecchiaia e prepensionamenti.

Figura 2: Pensioni liquidate per età e anno di decorrenza, uomini, FPLD



Fonte: Nostre elaborazioni su dati WHIP (Work Histories Italian Panel, [www.laboratoriorevelli.it/whip](http://www.laboratoriorevelli.it/whip)).  
 Nota: I grafici includono pensioni di anzianità, vecchiaia e prepensionamenti.

Il fenomeno più evidente che emerge dai grafici è la relativa costanza della forma delle distribuzioni nel periodo pre-riforme, a cui si contrappone la grande variabilità nel corso degli anni successivi al 1992. Tale anno risulta l'anno più anomalo e costituisce lo spartiacque fra i due periodi.

Nel periodo pre-riforme sono presenti i tipici picchi in corrispondenza delle età per il pensionamento di vecchiaia; questo fenomeno è particolarmente accentuato per le donne, le quali in generale maturano i requisiti per la pensione di vecchiaia (55 anni di età uniti a 20 di contributi) prima di quelli di anzianità, a causa di carriere meno stabili rispetto agli uomini.

Nel periodo delle riforme, l'innalzamento dei requisiti di accesso alla pensione di vecchiaia per i lavoratori dipendenti si riscontra nel corrispondente adeguamento del picco massimo di uscita. Inoltre si nota, per gli anni 1994 e 1996 e in particolare per gli uomini, un incremento dei pensionamenti a età relativamente precoci, causato dal blocco pressoché completo delle pensioni di anzianità imposto negli anni immediatamente precedenti, 1993 e 1995.

L'effetto delle riforme sull'età media al pensionamento è stato evidenziato nel Rapporto di Strategia Nazionale sulle Pensioni, consegnato dal Governo alla Commissione Europea, che mostra come nel periodo 1994-2001 si sia verificata una crescita dell'età media effettiva di pensionamento di 1,2 anni, (da 56,9 a 58,1) per il complesso dei lavoratori del settore privato.<sup>9</sup>

Tale crescita complessiva nell'età di pensionamento non si è però realizzata allo stesso modo per tutte le tipologie di lavoratori (si veda la Tabella 1). Anzitutto, dall'esame dei dati per genere e in particolare dall'andamento per età delle uscite delle donne fino a 55 anni e degli uomini fino a 60, si deduce un'asimmetria nelle modalità di uscita fra uomini e donne, causata congiuntamente da differenze nelle carriere lavorative e nella normativa sui diritti di accesso. Le donne hanno in media una carriera lavorativa più spezzettata, e raggiungono i requisiti per l'accesso alla pensione di anzianità in età più avanzate. A tali età hanno già acquisito l'accesso alla pensione di vecchiaia, che possono godere con 5 anni di anticipo rispetto agli uomini. Di conseguenza, le donne accedono più frequentemente alla pensione di vecchiaia e più raramente a quella di anzianità e sono state più colpite, rispetto agli uomini, dall'irrigidimento dei requisiti di accesso. Il fenomeno dell'aumento ha poi riguardato soprattutto i lavoratori autonomi (la cui età media al pensionamento di anzianità è cresciuta di 3-4 anni) e in misura minore i lavoratori dipendenti (iscritti al FPLD), con un incremento di due anni registrato nello stesso periodo.<sup>10</sup>

*Tabella 1: Età media effettiva di pensionamento  
(lavoratori privati - dettaglio gestioni - per genere - anni vari)*

TIPO DI PENSIONE	1993			1997			2000			2001		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
<b>PENSIONE DI VECCHIAIA</b>												
F.P.L.D. (1)	60,3	55,6	57,6	62,7	58,8	60,5	63,4	59,2	60,9	64,5	60,1	61,5
C.D.C.M. (2)	65,0	60,2	61,7	65,1	60,3	61,6	65,1	60,3	61,5	65,1	60,2	61,2
ART. (3)	65,0	60,4	62,8	65,1	60,4	62,7	65,1	60,3	62,7	65,1	60,2	62,5
COMM.(4)	65,1	60,5	62,3	65,1	60,5	62,4	65,1	60,3	62,1	65,1	60,2	61,9
<b>PENSIONE DI ANZIANITÀ</b>												
F.P.L.D.	54,0	51,4	53,7	56,2	53,9	55,9	56,3	54,4	55,9	55,9	54,8	55,7
C.D.C.M.	54,2	51,6	53,9	56,6	54,9	56,1	58,8	57,3	58,3	58,5	57,6	58,2
ART.	56,3	53,1	56,2	57,0	55,0	56,9	59,0	57,6	58,9	59,0	58,0	58,9
COMM.	56,6	52,9	56,4	57,8	55,8	57,5	59,6	57,7	59,3	59,7	58,1	59,4

Fonte: MLPS (2002b)

(1) Fondo pensioni lavoratori dipendenti; (2) Coltivatori diretti, coloni e mezzadri; (3) Artigiani; (4) Commercianti.

<sup>9</sup> Il Rapporto Strategico mette però in evidenza, sia pure come fatto congiunturale forse a riflettere nuovi timori di riforma previdenziale, la riduzione dell'età media effettiva di pensionamento fra il 2000 e il 2001 per l'insieme dei lavoratori del settore privato, sia per la pensione di anzianità (da 57 a 56,3 anni) sia per la pensione di vecchiaia (da 61,9 a 61,6).

<sup>10</sup> L'estrema irregolarità dell'età media registrata nel periodo delle riforme rende la scelta dell'anno con cui effettuare il confronto determinante per la quantificazione della sua variazione temporale. La crescita nell'età media dei pensionamenti di anzianità per gli iscritti FPLD scende, per esempio, da 2 a soli 0,8 anni se il dato per il 2000 si confronta con quello del 1994 invece che quello del 1993, causa il blocco dei pensionamenti di anzianità imposto nel 1992.

L'uniformazione dei requisiti fra settore pubblico e privato previsto dalle riforme ha infine eliminato il fenomeno dei pensionamenti precoci (i c.d. baby pensionati) nel settore pubblico e innalzato l'età di pensionamento in tale settore portandola a valori molto vicini a quelli registrati per il settore privato. Le statistiche evidenziano infatti un incremento dell'età media di pensionamento sia per i dipendenti statali sia per quelli degli enti locali. A titolo di esempio si riporta, nella successiva Tabella 2, l'evoluzione storica dell'età media di pensionamento degli iscritti alla Cassa Pensioni Dipendenti Statali dal 1990 ad oggi, distinta per genere. Da tale tabella si evince un notevole incremento dell'età media di pensionamento nel periodo dal 1990 al 2001 sia per gli uomini (2,5 anni) che per le donne (3,4 anni).

Poiché nel periodo considerato (1990-2000) le riforme che hanno agito sugli incentivi non hanno ancora prodotto effetti — a causa dell'introduzione graduale delle riforme stesse — è ragionevole attribuire l'incremento dell'età di pensionamento osservata alle norme che hanno ristretto i requisiti di accesso.

*Tabella 2: Età media di pensionamento dei dipendenti pubblici\*, per anno di decorrenza e sesso del titolare riferita a dicembre 2001\*\**

	<b>Uomini</b>	<b>Donne</b>	<b>totale</b>
<1990	53,4	52,8	53,1
1990	57,0	56,1	56,5
1991	56,5	55,6	56,1
1992	56,6	55,3	55,9
1993	57,9	56,5	57,2
1994	55,0	54,8	54,9
1995	58,2	58,1	58,2
1996	56,7	57,4	57,1
1997	54,5	55,3	54,8
1998	56,8	57,5	57,2
1999	56,2	56,9	56,6
2000	57,6	57,8	57,7
2001	59,5	59,5	59,5

Fonte: INPDAP (2001).

Note: \* CTPS (Cassa Trattamenti Pensionistici Statali); \*\* età calcolata alla data di decorrenza della pensione diretta.

#### 4.2 L'efficacia degli interventi sugli incentivi

Come si è visto descrivendo l'evoluzione normativa degli ultimi anni, gli interventi che hanno agito sulla leva degli incentivi al fine di incrementare l'età media di pensionamento, sono stati meno frequenti rispetto a quelli che hanno previsto una restrizione dei requisiti per accedere ai benefici pensionistici. Fra i primi, oltre a quelli che hanno rafforzato il legame fra benefici e contributi tramite un allungamento del periodo da includere nella retribuzione pensionabile, abbiamo descritto in particolare due provvedimenti che hanno previsto "bonus" contributivi per chi posticipa l'uscita dal mercato del lavoro. Si tratta di norme incluse rispettivamente nella legge finanziaria del 2001 (art. 75 legge n. 388/2000) e nella legge di riforma del 2004 (art. 1 c. 12-17 legge n. 243/2004).

I risultati del primo intervento sono stati decisamente insoddisfacenti. Per averne un'idea basti ricordare che, come evidenziano i dati Ministeriali (MLPS, 2002), solo una esigua parte (nell'ordine di poche centinaia di soggetti) degli aventi diritto ha fatto richiesta del bonus nel 2001.<sup>11</sup>

<sup>11</sup> Il Rapporto di Monitoraggio del 2001 (MLPS, 2001) evidenzia come, a fronte di una platea potenziale di 167000 potenziali beneficiari del bonus, solo 338 ne hanno fatto richiesta nei primi sei mesi di attuazione della norma. Il dato è stato poi confermato dalla successiva nota di aggiornamento Ministeriale (MLPS, 2002).

I risultati del secondo intervento sono al momento attuale ancora molto provvisori — ricordiamo che esso rimarrà in vigore, salvo modifiche normative, almeno fino al 2008 — ed è quindi prematuro dare un giudizio sulla sua efficacia. Nel primo anno di applicazione (più precisamente 16 mesi, dall'ottobre 2004 al gennaio 2006) le richieste di adesione siano state circa 63.000, un numero almeno in linea con le attese, se non addirittura superiore. La valutazione della sua efficacia in termini di risparmi di spesa deve però necessariamente tener conto del flusso di nuove pensioni di anzianità al raggiungimento dei requisiti minimi che vi sarebbe stato in sua assenza. Il bonus si pone infatti l'obiettivo di aumentare l'età di pensionamento riducendo tale flusso. Laddove a usufruire della misura fossero invece stati lavoratori che comunque non avrebbero usufruito della pensione di anzianità al raggiungimento dei requisiti minimi, l'incentivo non avrebbe comportato benefici ma soltanto costi per la finanza pubblica. Al fine di valutare l'efficacia finanziaria del provvedimento nel 2005, l'INPS prevede due scenari alternativi, con due diverse ipotesi sulla quota di coloro che hanno effettivamente posticipato il pensionamento rispetto a coloro che avrebbero continuato a lavorare anche in assenza del provvedimento. I risultati sono molto diversi nei due casi: si prevede un risparmio di 247 milioni di euro ipotizzando che tale quota sia del 50% oppure un risparmio di 645 milioni ipotizzando che essa sia del 75%. Le richieste di bonus provengono soprattutto da uomini (89%) — e ciò non sorprende dato che sono soprattutto loro a poter beneficiare della pensione di anzianità — e (secondo fonti non ufficiali, si veda Boeri, 2005) da individui con redditi elevati.<sup>12</sup>

Nonostante l'alto numero di adesioni, varie simulazioni (per esempio Belloni e Fornero, 2003 e Gronchi, 2003) — basate su valutazioni di tipo economico-attuariale — mostrano come il vantaggio a breve termine derivante dall'accettazione del bonus — cioè l'aumento esentasse di reddito da lavoro — non compensa lo svantaggio a medio e lungo termine — una pensione più bassa, congelata ai requisiti minimi, per tutto il periodo di pensionamento. Il risultato delle simulazioni dipende principalmente dal tasso di sconto utilizzato implicitamente dal lavoratore per valutare i propri redditi futuri rispetto a quelli presenti, dall'aliquota marginale di imposizione sui redditi da lavoro e da pensione e dal grado di utilità del lavoro, cioè l'utilità relativa che l'individuo attribuisce a un euro guadagnato al lavoro rispetto a quella di un euro ottenuto sotto forma di pensione. Sia Belloni e Fornero (2003) sia Gronchi (2003) mostrano come il bonus non sia conveniente per intervalli estremamente ampi di questi parametri, a cui si può ricondurre la stragrande maggioranza dei lavoratori. Entrambe le simulazioni evidenziano infine la natura regressiva dell'intervento, sia considerando esclusivamente l'aspetto fiscale — il bonus risulta conveniente solo ad aliquote marginali particolarmente elevate (pari al 45%, l'aliquota IRPEF più alta vigente nel 2003) — sia tenendo in conto che il bonus penalizza di più chi ha un minore grado di utilità del lavoro, cioè tipicamente gli individui più poveri che compiono mansioni meno gratificanti. Di conseguenza, il bonus potrebbe non costituire un incentivo sufficiente a far posticipare il pensionamento a chi ha già deciso di ritirarsi dal mercato del lavoro. L'elevato numero di adesioni registrate va quindi interpretato con cautela poiché potrebbe provenire prevalentemente da individui che avrebbero comunque posticipato il pensionamento.

Se il bonus non sembra quindi essere un incentivo efficace, i risultati ottenuti e quelli che si otterranno da tale provvedimento nel prossimo futuro non possono costituire una base su cui valutare gli effetti attesi sul pensionamento dall'introduzione del metodo di calcolo contributivo della pensione — unito al pensionamento flessibile — previsto dalla riforma del 1995.<sup>13</sup>

La letteratura empirica ha quindi proposto simulazioni che cercano di quantificare l'impatto

---

<sup>12</sup> Secondo Boeri, che utilizza dati di fonti Banca d'Italia per stimare la distribuzione dei redditi dei lavoratori dipendenti ultracinquantenni, il 70% dei beneficiari del superbonus appartiene al 15% più ricco dei lavoratori. Tale evidenza rafforzerebbe la teoria di Gronchi (2003), secondo la quale solo i lavoratori con redditi medio-alti avrebbero un vantaggio attuariale nel fruire dei bonus.

<sup>13</sup> Si ricorda che coloro che sono sottoposti al metodo di calcolo pro-rata della pensione non potranno beneficiare del pensionamento flessibile, poiché i requisiti di accesso alla pensione previsti per tale gruppo di lavoratori dalla riforma del 1995 sono quelli riguardanti i lavoratori sottoposti al metodo retributivo. Le pensioni contributive inizieranno invece ad essere erogate verso il 2030.

sulle decisioni di pensionamento dell'introduzione di una formula pensionistica attuarialmente neutrale. Basandosi sulle scelte del passato, tali modelli econometrici stimano l'effetto degli incentivi finanziari indotti dai sistemi pensionistici sulla probabilità di pensionamento dei lavoratori. Essi si basano sull'ipotesi (piuttosto forte) che l'individuo sia in grado di valutare il costo-opportunità della scelta fra attività lavorativa e pensionamento, e spesso assumono che gli individui siano sufficientemente lungimiranti da considerare le conseguenze di tale scelta anche nel lungo termine. L'effetto stimato per il passato è poi proiettato nel futuro, assumendo che le preferenze individuali fra lavoro e tempo libero rimangano invariate nel corso del tempo. Gli studi esistenti per l'Italia (Brugiavini e Peracchi, 2004; Belloni, Borella e Fornero, 2005 e Belloni, 2006) sono concordi nel ritenere che l'impatto sull'età media di pensionamento dell'introduzione di una formula pensionistica attuarialmente neutrale — come quella introdotta dalla riforma del 1995 — sia piuttosto ridotto. Le ipotesi alla base di tali simulazioni, e i conseguenti limiti dell'analisi, fanno però ritenere opportuno valutare con cautela tali risultati.

## 5. Conclusioni

L'analisi delle riforme previdenziali intervenute in Italia negli ultimi 15 anni offre interessanti spunti per valutare l'efficacia di politiche volte a posporre il pensionamento.

Coerentemente con quanto previsto dalla teoria economica, l'andamento dell'età media di pensionamento appare più sensibile a imposizioni di vincoli minimi per accedere al trattamento pensionistico che a norme che ne incentivano il posticipo. Occorre tuttavia sottolineare che l'aumento dei requisiti minimi provoca una perdita di benessere per gli individui coinvolti.

Per quanto riguarda il futuro, studi empirici mostrano che il passaggio al sistema contributivo, che prevede l'erogazione di una pensione attuarialmente neutra, potrebbe non essere sufficiente ad aumentare l'età media di pensionamento. Se lasciare la possibilità di ritirarsi a 57 anni, come previsto originariamente dalla riforma del 1995, può sembrare una politica insufficiente a raggiungere gli obiettivi (anche ribaditi in sede europea) desiderati, l'imposizione di vincoli troppo stringenti sull'età minima di pensionamento potrebbe tuttavia essere una strada troppo "costosa" in termini di benessere degli individui. Tale scelta sarebbe inoltre ingiustificata in quanto la pensione contributiva, calcolata seguendo il principio della neutralità attuariale, non è un "regalo" nemmeno per quei lavoratori che scelgono di andare in pensione ad età relativamente giovani. Una soluzione più equilibrata, già proposta in Fornero e Castellino (2001), sarebbe quella di incrementare il limite minimo di età, nel rispetto del principio di flessibilità dell'età di pensionamento, legandolo ad esempio alla durata della vita attesa.

### RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Belloni, M., Borella, M. e Fornero, E. (2005): "Retirement Choices of Older Workers in Italy", *Pension Systems: Beyond Mandatory Retirement*, Fornero, E. e Sestito, P. (a cura di), Cheltenham, Edward Elgar, pp. 185-224.
- Belloni, M. (2006): "Retirement Incentives in Pension Systems: Theoretical Models with Applications to the Italian Transition". Tesi di Dottorato, Università di Torino, Torino.
- Belloni, M. e Fornero, E. (2003): "Ma l'incentivo non convince", *Il Sole 24 Ore*, 28 dicembre.
- Boeri, T. (2005): "Non scordiamoci la Riforma delle pensioni", [www.lavoce.info](http://www.lavoce.info), 11 novembre.
- Brugiavini, A. e Peracchi, F. (2004): "Micro-Modeling of Retirement Behavior in Italy", *Social Security Programs and Retirement Around the World*, J. Gruber e D. Wise (a cura di), Chicago e Londra, NBER, The University of Chicago Press, Chicago, pp. 345-398.

- Disney, R. (1999): "Notional Accounts as a Pension Reform Strategy: an Evaluation". *World Bank Social Protection Discussion Paper*, no. 9928.
- Disney, R. (2004). "Are Contributions to Public Pension Programmes a Tax on Employment?" *Economic Policy*, 19(39), pp. 267-300.
- Feldstein, M. e Liebman, L. (2002): "Social Security", *Handbook of Public Economics*, Handbooks in Economics, Elsevier Science, Amsterdam.
- Fornero, E. e Castellino, O (2001): *La riforma del sistema previdenziale italiano*, Il Mulino, Bologna.
- Gronchi, S. (2003): "Perdere con gli incentivi", in *www.lavoce.info*, 16 ottobre.
- INPDAP (2001): *Andamento della spesa pensionistica nell'anno 2000*.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2001): *Rapporto di Monitoraggio*, n. 2/2001.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2002): *Rapporto di Monitoraggio*, n. 1/2002.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2002b): *Rapporto sulle strategie nazionali per i futuri sistemi pensionistici (Italia 2002)*, appendice statistica.
- Thompson, L. (1998): *Older & Wiser: The Economics of Public Pensions*, University Press of America, Lanham.

---

## APPENDICE

---

### *Requisiti di accesso al pensionamento per dipendenti FPLD*

<b>Anno</b>	<b>Anzianità uomo/donna</b>	<b>Vecchiaia uomo</b>	<b>Vecchiaia donna</b>
<b>1992</b>	<i>35 anni di contributi</i>	<i>60 anni di età e 15 di contributi</i>	<i>55 anni di età e 15 di contributi</i>
<b>1993</b>	35 anni di contributi	60 anni di età e 16 di contributi	55 anni di età e 16 di contributi
<b>1994</b>	35 anni di contributi	61 anni di età e 16 di contributi	56 anni di età e 16 di contributi
<b>1995</b>	<i>35 anni di contributi</i>	<i>62 anni di età e 17 di contributi</i>	<i>57 anni di età e 17 di contributi</i>
<b>1996</b>	36 anni di contributi oppure 35 anni di contributi e almeno 52 di età	62 anni di età e 17 di contributi	57 anni di età e 17 di contributi
<b>1997</b>	36 anni di contributi oppure 35 anni di contributi e almeno 52 di età	63 anni di età e 18 di contributi	58 anni di età e 18 di contributi
<b>1998</b>	<i>36 anni di contributi oppure 35 anni di contributi e almeno 54 di età</i>	<i>64 anni di età e 18 di contributi</i>	<i>59 anni di età e 18 di contributi</i>
<b>1999</b>	37 anni di contributi oppure 35 anni di contributi e almeno 55 di età	64 anni di età e 19 di contributi	59 anni di età e 19 di contributi
<b>2000</b>	37 anni di contributi oppure 35 anni di contributi e almeno 55 di età	65 anni di età e 19 di contributi	60 anni di età e 19 di contributi
<b>2001</b>	37 anni di contributi oppure 35 anni di contributi e almeno 56 di età	65 anni di età e 20 di contributi	60 anni di età e 20 di contributi
<b>2002</b>	37 anni di contributi oppure 35 anni di contributi e almeno 57 di età	65 anni di età e 20 di contributi	60 anni di età e 20 di contributi
<b>2003</b>	37 anni di contributi oppure 35 anni di contributi e almeno 57 di età	65 anni di età e 20 di contributi	60 anni di età e 20 di contributi
<b>2004</b>	<i>38 anni di contributi oppure 35 anni di contributi e almeno 57 di età</i>	<i>65 anni di età e 20 di contributi</i>	<i>60 anni di età e 20 di contributi</i>
<b>2005</b>	38 anni di contributi oppure 35 anni di contributi e almeno 57 di età	65 anni di età e 20 di contributi	60 anni di età e 20 di contributi
<b>2006</b>	39 anni di contributi oppure 35 anni di contributi e almeno 57 di età	65 anni di età e 20 di contributi	60 anni di età e 20 di contributi
<b>2007</b>	39 anni di contributi oppure 35 anni di contributi e almeno 57 di età	65 anni di età e 20 di contributi	60 anni di età e 20 di contributi
<b>2008</b>	40 anni di contributi oppure 35 anni di contributi e almeno 60 di età	65 anni di età e 20 di contributi	60 anni di età e 20 di contributi

*Nota: evidenziati in corsivo gli anni in cui sono state varate le principali riforme.*



## Longevità, modelli sistemici e rischio d'impresa

di Andrea Battista\*

*“È meglio avere un reddito duraturo piuttosto che avere fascino.” Oscar Wilde.*

*“La specializzazione può essere una tentazione per lo scienziato; per il filosofo è un peccato mortale.” K.R. Popper.*

### 1. Introduzione

La tematica della previdenza in generale e gli aspetti relativi alla previdenza complementare in particolare hanno indubbiamente affollato negli ultimi anni i programmi dei convegni, gli indici delle riviste e le pagine della stampa, quotidiana e settimanale, nazionale e internazionale.

Nonostante questo contesto, il tema dell'erogazione delle prestazioni pensionistiche, ossia del momento finale del sistema previdenziale rispetto alla quale la fase dell'accumulo è mero per quanto essenziale strumento, è rimasto decisamente sullo sfondo nel dibattito pubblico, forse per un effetto di priorità temporale. Ora, in effetti, è il momento della creazione dello stock di risorse previdenziali, un domani — in Italia ancora non vicinissimo — sarà centrale la loro distribuzione ai futuri pensionati.

Anche a livello scientifico, solo di recente sono giunti interessanti contributi da alcune scuole di ricerca,<sup>1</sup> non più solamente di mera (per quanto benemerita) impostazione matematico-attuariale ma con ampio focus multidisciplinare (dalla macroeconomia alla finanza); e l'interdisciplinarità è basilare per affrontare un fenomeno che riguarda la vita umana, ossia l'evento che è per definizione al centro dell'interesse di tutti.

A livello di comportamento d'impresa, le indagini disponibili sui temi rilevanti per la gestione e sui rischi “chiave” non pongono questo tema ai vertici dell'attenzione del management delle imprese, né tanto meno lasciano pensare che sia diffusa una forte preparazione strutturale e organizzativa nel gestire il fenomeno a tutti i livelli dell'industria assicurativa.

A titolo esemplificativo, ricordiamo la recente (2004) indagine di Tillinghast sui temi del *risk management*, da cui emergeva un variegato quadro di progressiva ma ancora insufficiente attenzione ai temi demografici.

Se l'84% degli intervistati dichiara infatti di tendere a sviluppare misure di rischio demografico, il 69% cerca di includere il rischio nel complessivo processo di *enterprise risk management*, mentre solo il 39% si dichiarava soddisfatto degli strumenti di gestione di tale rischio a disposizione.

Ciò può apparire forse persino paradossale per un genere di operatore economico, quale la compagnia di assicurazione sulla vita, che da almeno un paio di secoli osserva, valuta e

---

\* Direttore generale della Duomo Assicurazioni, Gruppo Cattolica.

<sup>1</sup> Ci riferiamo in particolare al filone di studi che fa capo alla Wharton school di Philadelphia e, per l'Italia, al Cerp di Torino.

sintetizza il fenomeno della vita umana — per meglio dire la sua durata e la qualità della sua evoluzione. È evidente che il progressivo allungarsi della vita umana medesima, con tutti i suoi molteplici impatti — dall'invecchiamento della struttura della popolazione in ogni dato momento storico, agli effetti sul mercato del lavoro e sui sistemi pensionistici, alla dinamica della vita familiare — rappresenta un elemento di scenario imprescindibile; davvero “la sfida delle sfide”, una sorta di compimento finale della funzione storica dell'assicurazione sulla vita e per il ruolo che in tale contesto, istituzionalmente, possono essere chiamate a svolgere le compagnie di assicurazione.

Sul concetto di ruolo e di funzione istituzionale di queste ultime, è opportuno essere espliciti: stiamo trattando di attività e compiti che possono e debbono essere svolti non in virtù di una qualche “riserva di caccia” normativamente predefinita ma per propria caratteristica peculiare, ossia legata alla natura intrinseca di compagnia di assicurazione.

Tutto questo è vero e rilevante tanto più quanto l'aumento della longevità rappresenta un fenomeno generale per l'occidente avanzato, risaputo, sistematico e in teoria irreversibile. Quanti infatti scommetterebbero su una inversione di tendenza all'aumento della speranza di vita, anche lontana nel tempo, per i paesi occidentali? Il tema è piuttosto capire se ci stiamo avvicinando ai limiti genetici dell'aumento della speranza di vita e molti studiosi non pensano che sia questo il caso (J.W. Vaupel del Max Planck Institute,<sup>2</sup> ad esempio).

Come sopra accennato, i fenomeni di invecchiamento presentano aspetti tipicamente multidisciplinari, in particolare di valenza tipicamente macroeconomica e sociale, per cui l'approccio corretto non può che partire dallo scenario che va maturando, su cui la capacità di influire delle compagnie, ovunque nel mondo, può tranquillamente essere assunta scarsa ovvero, forse più correttamente, nulla.

L'invecchiamento strutturale genera progressivamente nuovi bisogni: cresce ovvero esplode la domanda di assistenza sanitaria, legata o meno alle dinamiche di non autosufficienza, come ci viene confermato dai trend di tutti i paesi avanzati.

Scendendo ad aspetti di carattere micro, tende a cambiare il customer life value del cliente, che aumenta in modo netto: un cliente in tarda età non cambia facilmente un rapporto di fidelizzazione maturato nel tempo, ha uno stock importante di risparmio allocato, da allocare o da mobilitare.

Staticamente osservata, cambia l'età media dell'acquirente del servizio e quindi facilmente alcune sue propensioni decisionali, come quelle al rischio. Per i contratti che esplicano i loro effetti su periodi così lunghi, aumenta — e di molto — la funzione ed il ruolo della solvibilità prospettica delle compagnie ed il suo monitoraggio. Già solo questi pochi cenni ci inducono a comprendere la valenza pervasiva del fenomeno. Certo, l'impatto sugli equilibri sociali ed economici derivante dall'invecchiamento è diverso nei vari paesi. Nel 2003 il CSIS (Centro studi strategici ed internazionali di Washington) ha prodotto un ampio rapporto<sup>3</sup> in cui arrivava a definire un indice di vulnerabilità ai fenomeni dell'invecchiamento: assieme a Francia e Spagna, l'Italia risultava tra i paesi ad alta vulnerabilità.<sup>4</sup>

---

<sup>2</sup> Citato in Reday-Mulvey, G., *Working beyond 60*.

<sup>3</sup> Citato in Corneli, A., *Invecchiamento: la sfida del XXI secolo*.

<sup>4</sup> Il Paese a minore vulnerabilità è stato identificato da tale ricerca nell'Australia, in virtù di buoni flussi demografici, settore pubblico flessibile ed efficiente sistema assicurativo per la terza età.

In questo contributo vorremmo concentrarci sul fenomeno della longevità e sul connesso rischio, consistente nella carenza di risorse derivante da una vita effettiva più lunga rispetto all'attesa in base alla quale era stato pianificato il ciclo vitale risparmio-consumo.

Muovendo da una classificazione delle società in funzione delle modalità di gestione del rischio demografico, arriveremo a definire un modello di allocazione del rischio di longevità a quattro pilastri, parzialmente simmetrico ai tradizionali quattro pilastri focalizzati sugli aspetti di accumulazione, per poi individuare gli strumenti e le modalità di gestione di tale rischio da parte dell'impresa assicurativa e il ruolo che può realisticamente essere svolto dalla medesima.

Sosterremo infine che anche i mercati finanziari, con la loro congenita creatività strutturale e dinamicità allocativa, possono — tendenzialmente — essere parte fondamentale del sistema.

Almeno in Italia, i tempi appaiono ancora lunghi perché un vero e proprio mercato delle rendite possa svilupparsi, ma è fondamentale cominciare a muoversi.

Implicitamente, vorremmo sostenere che siamo di fronte a un problema di offerta piuttosto che di domanda; non tanto perché “insurance is sold, not bought”, come recita un vecchio adagio, ma soprattutto perché da quel lato del mercato ci sembrano essere al momento gli ostacoli più articolati. La domanda, potremmo dire parafrasando Say, sarà creata anche da un'offerta adeguata e da appropriate politiche pubbliche (fiscali e regolamentari), anche se la forza inerziale di certi comportamenti passivi non deve essere sottovalutata.<sup>5</sup>

La nostra convinzione di fondo è che, laddove si riscontra un deficit culturale diffuso sia dal lato della domanda che dell'offerta, sia necessario animare progressivamente e costantemente un dibattito interdisciplinare per poter superare la carenza nel medio termine, ovviando alle tentazioni della specializzazione scientifica, a beneficio di una domanda consapevole, un'offerta adeguata ed efficace e quindi, in definitiva, di un mercato vettore di benessere anche sociale.

## 2. L'evoluzione dei modelli sociali di copertura del longevity risk

L'allungamento della vita umana non sta provocando necessariamente, né è necessario che provochi, una scomparsa della volatilità della durata di vita per il singolo, anzi la volatilità (downside, in questi esempi) è o potrebbe essere forse accentuata da alcuni fenomeni sociali; pensiamo alle cosiddette stragi del sabato sera, ad esempio, oppure alla cieca violenza terroristica, che a livello individuale tendono a ridurre, non ad aumentare, la sicurezza — almeno percepita — di un prolungamento della vita.

Anche il fenomeno di cosiddetta rettangolarizzazione della funzione di longevità (Pitacco) e della convergenza della moda verso la media della distribuzione e di entrambe verso l'età omega estrema della distribuzione dell'età della morte non devono essere tradotte in meccanica finanziarizzazione della parte terminale del ciclo vitale: anche recenti studi<sup>6</sup> hanno evidenziato come la probabilità di esaurire il risparmio accumulato prima del termine della vita sia reale e rilevante, per quanto dipendente dall'*asset allocation* dello stock.

Se il tautologico adagio di B. Franklin appare dunque sempre vero (nulla è più certo della morte e delle tasse), resta altrettanto vero che per il singolo individuo nulla è più incerto del momento della morte.

---

<sup>5</sup> In altra occasione, con riferimento alla fase di accumulo, abbiamo avuto modo di definirla “sindrome della dieta”: c'è sempre un prossimo lunedì in cui comincerla.

<sup>6</sup> Albrecht e Maurer “Self-Annuityization, Consumption Shortfall in Retirement and Asset Allocation: the Annuity Benchmark”, 2002, working papers, Wharton school.

Prima della nascita dei sistemi pensionistici pubblici, nei lunghi secoli delle società preindustriali, il rischio demografico, nella sua duplice e simmetrica veste di rischio di mortalità e rischio di longevità, naturalmente esisteva comunque ed era di fatto gestito nell'ambito della famiglia, spesso numerosa. La morte precoce della unica fonte di reddito implicava la mobilitazione delle energie dei familiari, con effetti spesso drammatici sulle aspettative di crescita personale. Anche la comunità sociale, spesso piccola e con profonde connotazioni localistiche, poteva in qualche misura offrire supporto. Anche la longevità era gestita in famiglia, grazie alla numerosità dei suoi componenti, alla assenza della donna dal mercato del lavoro e alla precoce uscita dei giovani dal mercato dell'istruzione. Per riassumerlo con i termini della filosofia politica, era certamente un sistema cooperativo basato su relazioni volontarie, incardinate nel legame familiare ma fondamentalmente "non di mercato".

Nel suo noto e visionario *The New Financial Order: Risk in 21<sup>st</sup> Century*, Robert Shiller ben sintetizza il ruolo della famiglia come meccanismo di risk management intergenerazionale: "I sistemi di sicurezza sociale intergenerazionali sono una formalizzazione dei ruoli svolti dalla famiglia che, nel passato, è stato il principale meccanismo per suddividere i rischi tra le generazioni".<sup>7</sup>

Tale meccanismo ha fondamentalmente caratterizzato la dinamica delle società umane lungo diverse latitudini per secoli ed è una buona approssimazione di quanto tuttora avviene nei paesi a basso grado di sviluppo economico-sociale.

Nel mondo occidentale moderno, con l'operato prima di Bismark e poi di Beveridge in Europa e di F.D. Roosevelt negli USA, ossia con la nascita e lo sviluppo del Welfare State, comincia progressivamente (ma velocemente) una seconda epoca, antitetica nei suoi principi di funzionamento alla prima, quella del quasi puro "monopolio pubblico". Lo Stato, per il tramite dei sistemi pensionistici universali e obbligatori, assume su di sé la gestione del rischio di longevità e lo fa in una misura — concettualmente — non lontana dalla totalità, quando arriva a concepire e realizzare tassi di sostituzione dell'ultimo reddito prodotto non lontani dal 100%.

Il sistema ha una logica fondamentalmente coercitiva: si sostituisce lo Stato all'operatore privato non di mercato, ossia alla famiglia. Tale fenomeno, nato certamente con le migliori intenzioni di nutrire la solidarietà inter e intragenerazionale e in funzione di realtà e dinamiche difficilmente affrontabili in modo diverso, ha provocato anche non secondari effetti di deresponsabilizzazione dell'individuo e l'oggettiva diminuzione del ruolo della famiglia nella dinamica sociale.

Se la famiglia è senza dubbio uno strumento dalle risorse limitate ed eccessivamente rischioso per farci totale affidamento in una economia moderna, la sua esautorazione lascia vuoti non facilmente replicabili.

Agli albori del XXI secolo, è fondamentalmente il tema delle scarsità strutturali delle risorse disponibili che rende per sempre superata questa fase nei paesi occidentali.<sup>8</sup> La storica generosità dei sistemi pubblici trova ormai un limite invalicabile:

- nella già raggiunta incidenza della spesa pubblica sul Prodotto Interno Lordo ed in una struttura per classi di età non favorevole (Figura 1);

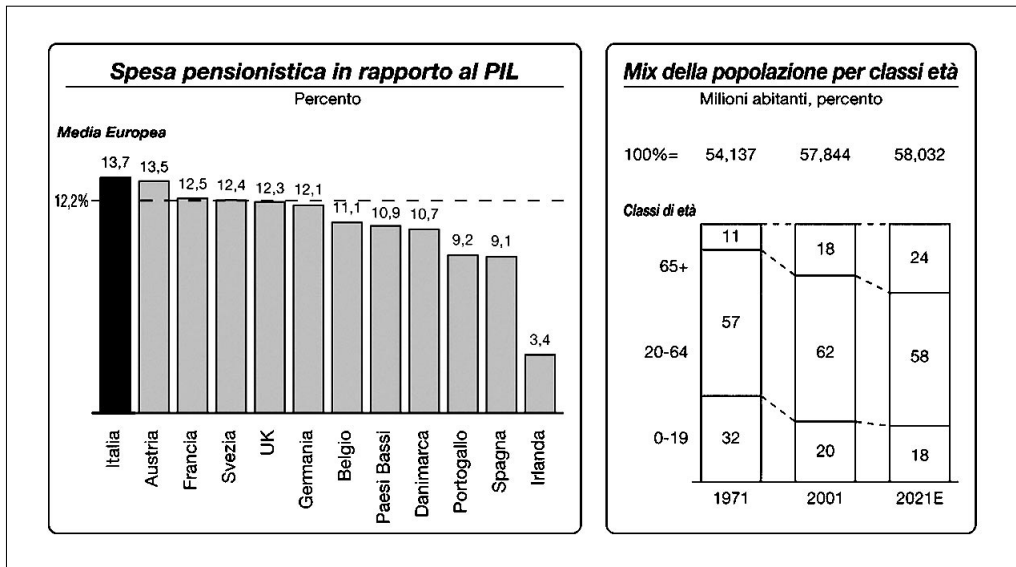
---

<sup>7</sup> Traduzione dell'autore.

<sup>8</sup> Assai interessante appare il seguente tema, che esula dagli obiettivi del presente del contributo, in relazione alla dinamica dei paesi meno sviluppati: il passaggio per una "era due" simile a quella del XX secolo occidentale è inevitabile oppure è immaginabile un salto diretto a una fase più evoluta? Il caso del Cile potrebbe forse fornire qualche suggerimento.

- nella globalizzazione competitiva, che rende per molti paesi avanzati gli oneri di tale incidenza, già al livello attuale non facilmente sostenibili;
- nell'invecchiamento della popolazione: in teoria, quando la percentuale della popolazione in età lavorativa fosse strutturalmente pari a quella in età di pensionamento, in un sistema a ripartizione che garantisce il pieno mantenimento del tenore di vita metà del reddito disponibile sarebbe assorbito dalla spesa pensionistica.

Figura 1: La spesa pubblica per il sistema pensionistico in Italia e lo sviluppo demografico atteso



Fonte: ANIA.

Le strategie di sostituzione dell'operatore pubblico sono peraltro non solo esercizi di pura teoria, essendo la regressione del ruolo dello Stato dalle posizioni acquistate de facto irrealizzabile, non solo nel campo previdenziale, anche quando fossimo tutti d'accordo e convinti che fosse desiderabile.

Forse in questo caso la pura sostituzione sarebbe anche tatticamente e concettualmente sbagliata. Mutatis mutandis, alla fine si tratterebbe del medesimo errore storico compiuto dallo Stato nei confronti della famiglia.

Concettualmente, una gestione complessa come quella della totalità del rischio di longevità richiede una notevole capacità di "aggiustamento ex post", che è tipicità esclusiva dello Stato, che opera tramite la fiscalità generale e che anzi trova ormai molti limiti anche per tale soggetto.

Le opzioni infatti realmente disponibili all'offerta politica (e quindi di fatto praticate) nel gioco politico variano tendenzialmente dal mantenimento alla lieve diminuzione della pressione fiscale, in un contesto di disavanzi pubblici strutturali che, anche se in misura e con dinamiche diverse, affliggono tutte le economie avanzate.

Siamo dunque di fronte a un vero e proprio bene pubblico;<sup>9</sup> non tradizionale, dato che non sono i classici problemi di free riding e di non piena appropriabilità che emergono.

Possiamo infatti assumere tranquillamente che nessun soggetto razionale si riduce volontariamente all'indigenza in vecchiaia contando sulla rete di salvataggio pubblica, assumendo rischi eccessivi (ad esempio mediante un eccesso di consumo) in una tipica situazione di azzardo morale.

Siamo piuttosto di fronte a una tipica capacità dell'operatore pubblico, che definirei "*flessibilità finanziaria ex post*": essere legati rigidamente ai contratti e all'adempimento delle relative obbligazioni rende costoso e potenzialmente catastrofico il rischio per l'attore privato (assicurativo o meno).

Inoltre il "gioco demografico" è fonte di aleatorietà non banale per il singolo e ciò tende a ridurre la produzione del bene rispetto a quanto il valore medio atteso del bene suggerirebbe a un attore razionalmente ottimizzatore.<sup>10</sup>

Una maggiore similitudine tra posizione dell'operatore pubblico e del privato esiste e rientra nell'ambito dei temi di *accountability*. In genere le perdite demografiche in gran parte non vengono subite da chi ha assunto il rischio che le genera ma ne risponde una qualche generazione successiva, tanto di politici come di manager.

Esiste peraltro una differenza, fondamentale e che tende a prevalere: i sistemi contabili privati fanno emergere tali perdite almeno quando si verificano, tramite gli obblighi di riservazione,<sup>11</sup> mentre il bilancio pubblico registra la perdita demografica solo mano a mano che viene realizzata tramite i cash flow in uscita. Già molti anni fa si parlava di secondo debito pubblico, nascosto e più grande del primo.

Con l'avvento degli I.F.R.S., è del tutto prevedibile che la logica del *fair value* restringerà ancora i gradi di libertà in termini di valutazione delle passività demografiche. D'altronde in tema di rischio di longevità è assai facile sbagliare: prendiamo — ma è solo un esempio "indiretto" — le previsioni formulate dall'INPS meno di venti anni fa.<sup>12</sup> Il modello previsionale forniva le seguenti cifre in merito al numero di pensioni dei lavoratori dipendenti privati in Italia:

1990	9.407.000
1995	9.340.000
2000	9.361.000
2005	9.525.000
2015	9.859.000

La realtà effettiva è stata, per ora:

1990	9.871.000
1995	10.520.000
2000	10.334.000

L'errore si presentava significativo già a soli due anni di distanza dalla formulazione della previsione e ha rivelato la sua natura di sistematicità (errore per difetto), nonostante le

---

<sup>9</sup> Usiamo il termine nel tradizionale senso della teoria economica.

<sup>10</sup> Se ci è consentita un'analogia, è con la tematica della ricerca e sviluppo, ove la forte aleatorietà dell'investimento (che ha anche probabilità non nulle di *payoff* pari alla perdita del 100%) rende in genere socialmente subottimale l'investimento in R & D. Sul punto convincente appare S. Rossi, "La regina ed il cavallo".

<sup>11</sup> In Italia, basterà pensare alla circ. ISVAP 343/D che ha definito gli obblighi di riservazione per insufficienza rendite, prevedendo anche l'opzione di un ammortamento dell'aggravio nel tempo.

<sup>12</sup> Tratto da Palladino, 2003, "Le pensioni domani: si salvi chi può!"

modifiche normative abbiano ridotto progressivamente l'accesso alla pensione per le età più giovani.

A noi pare che il punto chiave del rischio demografico e delle previsioni in tema di longevità sia dato dalle caratteristiche della conoscenza scientifica: l'indeterminismo della realtà, la congetturalità della scienza e alla fine l'ineludibile "non prevedibilità" della scoperta scientifica.<sup>13</sup>

Non siamo in possesso di una teoria che ci possa spiegare con precisione il fenomeno della longevità di una data popolazione, anche perfettamente note le condizioni iniziali (indeterminismo); se anche lo fossimo, sarebbe pur sempre una teoria suscettibile di essere falsificata e superata successivamente (congetturalismo).

Ma ammettiamo pure per un istante di possedere un qualche buon costrutto teorico che ci conduca a formulare previsioni esatte in tema di longevità e di considerarla vera e ultima.

Dipendendo la durata della vita umana in maniera senza alcun dubbio precipua — per quanto non esclusiva — dal progresso scientifico ossia dalle nuove scoperte e dalle loro applicazioni, in campo medico ma non solo, è evidente che, per prevederla con buona approssimazione, si dovrebbe avere perfetta conoscenza delle scoperte future (e dei loro impatti), il che è logicamente impossibile e contraddittorio, trattandosi di eventi che, se fossero perfettamente conosciuti, perderebbero la loro natura di scoperte future.

Logico corollario di tale sillogismo è che, se è vero che un rapporto strutturato e costante tra mondo scientifico e mondo assicurativo è certamente utile per consentire di utilizzare pienamente almeno tutta l'informazione disponibile, non può ovviamente risolvere logicamente il problema della previsione della durata della vita umana: l'impatto della ricerca sulla longevità è conoscibile, al più, a eventi avvenuti, dobbiamo essere consci di quanto poco sappiamo.

Personalmente, credo che sia questo il motivo profondo per cui le metodologie più robuste e quindi le previsioni più affidabili in tema di longevità restino (e siano destinate a restare) quelle di fonte statistico-attuariale e non quelle di origine medico-biologica.

La sintesi del percorso logico compiuto è formulabile nel modo che segue:

- lo Stato ha assunto e mantenuto, dai tempi di Bismark in poi, una sorta di monopolio del mercato della copertura del rischio longevità;
- ciò è dovuto sia a robuste ragioni strutturali (flessibilità finanziaria *ex post*, rendimento sociale atteso maggiore del rendimento privato e *accountability* limitata del decisore politico) che ideologiche (depotenziamento progressivo del ruolo della famiglia e della responsabilità dell'individuo a beneficio dello Stato);
- anche nell'odierno contesto, lo Stato rimane il principale "proprietario" naturale nella gestione del rischio;
- il poderoso fenomeno di longevità, unito alla "crisi finanziaria" dello Stato e ai limiti intrinseci della famiglia moderna come "assorbitore" di rischio, conduce prospetticamente allo sviluppo di un ruolo — integrativo, non sostitutivo — per un mercato privato del rischio demografico di longevità e quindi degli strumenti per la sua gestione.

Ci accingiamo dunque ad entrare in una terza epoca, in cui:

1. lo Stato, tramite il suo ruolo di erogatore pensionistico tradizionale;
2. le risorse individuali/familiari accumulate e liberamente disponibili (risparmio finanziario precauzionale);

---

<sup>13</sup> Superfluo ricordare che questa riflessione deve tutto alla lezione epistemologica di K.R. Popper.



3. il sistema assicurativo tramite le rendite vitalizie derivanti dal risparmio accumulato.

Saranno necessari, ma nessuno di per sé sufficiente, per affrontare a livello individuale — né tanto meno collettivo — il fenomeno della longevità umana e le sue connesse sfide.

Ci vorranno molti anni per trasformare il sistema attuale in una realtà a tre pilastri equilibrata ma si fa fatica a vedere un'alternativa socialmente praticabile nel lungo periodo.

Va detto che nelle realtà anglosassoni tale fase di convergenza è già iniziata e alcuni problemi emersi possono essere un utile suggerimento per chi viene dopo nell'affrontare la tematica.

Inoltre, se il problema è così impostato, non appare impossibile un consenso anche dell'operatore pubblico, visto che l'insostenibilità dei trend è condivisa da tutti, se si eccettuano pochi estremisti ideologizzati e le usuali, quanto inevitabili, oscillazioni ed incoerenze della politiche politicene.

Per chiarezza, vale la pena rilevare che i “tre pilastri” qui sommariamente delineati non coincidono con quelli normalmente identificati quando si parla dei nuovi sistemi previdenziali, che sono delineati tenendo a mente implicitamente il momento dell'accumulo delle risorse.

Infatti in questa classificazione nel terzo è compresa tutta la previdenza privata comunque accumulata, mentre il secondo è rappresentato dalle risorse finanziarie accumulate anche non finalizzate, che possono essere spese in quanto non destinate all'eredità.

Vedremo sotto che per quanto concerne il quarto, anche una flebile correlazione tra le due classificazioni viene del tutto meno; l'identità del numero dei pilastri, attuali e prospettici, nella fase di accumulo ed in quella di erogazione è dunque abbastanza casuale.

### 3. Per un modello a quattro pilastri

A partire da tale modello sistemico, il punto che emerge è, per dirla con uno slogan, che “il terzo pilastro ha bisogno del quarto”.

Se è infatti vero che il sistema assicurativo, anche storicamente, appare essere l'interfaccia ovvia del cliente in termini commerciali per la soddisfazione del bisogno di longevità e l'assuntore naturale del rischio, ciò non implica automaticamente — come già abbiamo lasciato intendere — che tale rischio possa e debba rimanere completamente in capo al sistema, assicurativo o riassicurativo che sia.

Tre ci appaiono i principali motivi:

- natura “*non pooling*” del rischio di longevità: l'aumento del portafoglio e la dispersione del rischio su un numero elevato di teste non riduce l'impatto del rischio;
- dimensione del rischio tendenzialmente catastrofica;
- diffusa refrattarietà dei *player*, sia assicurativi ma specialmente riassicurativi, ad assumerlo.

Tale impostazione appare fondamentale anche a livello tattico e politico, perché aiuta il player assicurativo a sottrarsi dall'accusa (strumentale) di puro gioco di posizione.

Come il modello dei tre pilastri — per il finanziamento del sistema — può e dovrà essere viepiù integrato dal reddito dell'individuo che lavora oltre i 60 anni, così il modello dei tre “scudi di protezione” — per la gestione della fase di erogazione — deve essere integrato dal quarto: il “resto del mondo”, che riceve quota parte del rischio esistente in cambio di una remunerazione con il meccanismo allocativo più dinamico e flessibile che l'uomo abbia mai inventato e progressivamente realizzato: il mercato finanziario.

Certo non è compito di facile portata, forse è anche difficile allocarne compiutamente la responsabilità:<sup>14</sup> l'ottimismo della volontà, peraltro sempre necessario, si scontra spesso con il pessimismo della ragione.

Però a noi complessivamente sembra che i motivi addotti contro l'intraprendere tale direzione abbiano più il sapore di freno all'azione che di evidenziazione dei vincoli, come vedremo più sotto nell'ultimo paragrafo.

Infine, vale anche la pena sottolineare quali entità non possono, a nostro avviso, svolgere il ruolo di ulteriore "pilastro" nella gestione del rischio di longevità: il fondo pensione e l'impresa industriale.

Per quanto concerne il fondo pensione, la nostra affermazione — apparentemente controintuitiva — muove dal fatto che, non essendo tale soggetto dotato di patrimonio proprio ed avendo conseguentemente i propri *asset* e le proprie *liability* dinamicamente identiche, manca delle risorse con cui coprire le perdite inattese ma possibili.

Il fondo pensione che assume il rischio di longevità, in particolare secondo il modello della prestazione definita, ma anche semplicemente nella fase erogativa dei sistemi a contribuzione definita, rischia di andare "a intrappolarsi" nei meccanismi conflittuali che, ad esempio in Italia, hanno al termine condotto alle note vicende del glorioso Fondo pensione dei dipendenti della Comit.

Su questa lunghezza d'onda si pone la legislazione italiana (articolo 6 del nuovo testo unico in tema di previdenza complementare), pur consentendo al fondo pensione una gestione diretta della fase di erogazione, la contempla come ipotesi tutto sommato residuale e soggetta a uno stringente controllo.

Neanche l'impresa industriale, a fortiori potremmo dire, è un vettore naturale del rischio di longevità: innanzitutto non lo conosce, non possiede — né ha incentivi a sviluppare — l'approccio di *risk management* necessario per la gestione, non ha un capitale proprio allocato ad hoc, infine interferisce pesantemente con la sua politica salariale, essendo la contribuzione futura l'unica possibile forma di aggiustamento.

Il caso dei piani a prestazione definita del mercato britannico, descritto da David Miles,<sup>15</sup> sembra davvero illuminante e definitivo.

Secondo una recente indicazione di KPMG nel Regno Unito, un anno di incremento della vita media attesa di tutti i dipendenti comporterà un costo aggiuntivo di 20 miliardi di sterline in termini di passività pensionistiche.

La legislazione italiana ne ha fatto tesoro e sostanzialmente non li prevede, con l'eccezione (peraltro del tutto differente e comunque non operativa a livello di provvedimento regolamentare attuativo) dei piani a prestazione definita destinati ai lavoratori autonomi.

L'impresa non è un detentore naturale del rischio di longevità perché ha una flessibilità finanziaria limitata, anzi limitatissima in epoca di globalizzazione competitiva: non può riversare i deficit attuariali su un maggior costo del lavoro e neanche può facilmente comprimerlo, riducendo la contribuzione, per portare in equilibrio il fondo a prestazione definita.

---

<sup>14</sup> Trattandosi di interesse generale, crediamo naturalmente che in primis sia la politica a dover fare la sua parte — con la complicazione che non può trattarsi con tutta evidenza di un tema di portata solamente nazionale.

<sup>15</sup> Si veda l'articolo di David Miles del 31-1-2005 disponibile sul sito la voce.info.

#### 4. La longevità come rischio d'impresa

La nostra ipotesi di fondo è che solo il combinato e sinergico operare di una pluralità eterogenea di adeguati strumenti, in parte endogeni al sistema aziendale e in parte esogeni, può consentire all'impresa assicurativa vita di svolgere in modo proprio il ruolo che l'evolvere descritto dello scenario di fondo tenderebbe a riservargli.

D'altro canto, appare evidente che solo l'impresa assicurativa possa accedere congiuntamente, in un sistema moderno, a tutti gli strumenti di gestione del rischio; da qui la pertinenza del suo ruolo nell'area di bisogno indotta dal progredire della longevità. In questo sta la sua esclusiva ontologica, da cui deriva (o può derivare) quella regolamentare, non viceversa.

Prima di affrontarli ciascuno brevemente, elenchiamo qui di seguito gli strumenti di gestione individuabili, provando a classificarli per macrotipologia:

- strumenti endogeni di solidità patrimoniale
- strumenti endogeni gestionali e organizzativi
- strumenti esogeni di riequilibrio sistemico

È una classificazione in parte coincidente con quella riportata in Blake, Cairns e Dowd (2006),<sup>16</sup> che è comunque meno orientata a evidenziare le leve interne a disposizione dell'impresa.

Gli strumenti interni di solidità patrimoniale rappresentano prerequisiti per l'accesso al gioco, piuttosto che strumenti per evitare o coprire il rischio e sono:

1. il margine di solvibilità ossia il capitale allocato,
2. l'adeguamento delle riserve tecniche.

Sono entrambi vettori di costo per il sistema d'impresa, non di ricavo.

Gli strumenti interni gestionali ed organizzativi incarnano la sfera prettamente manageriale del trattamento imprenditoriale del rischio di longevità e sono:

3. il caricamento di sicurezza,
4. i limiti assuntivi,
5. l'adeguamento dinamico delle variabili operative,
6. la flessibilità del prodotto e lo *sharing* del rischio con l'assicurato,
7. le politiche commerciali di *bundling*.

Qui incontriamo essenzialmente possibili fonti di ricavo o di contenimento di costo; siamo quindi di fronte a strumenti di fronteggiamento del rischio.

Infine, gli strumenti esterni all'impresa di riequilibrio sistemico rappresentano eminentemente vettori di contenimento di costo e sono:

8. la Riassicurazione,
9. l'*hedging* tramite il mercato finanziario (derivati in particolare).

All'ultimo punto dedicheremo l'ultimo paragrafo del nostro contributo, poiché è il punto chiave per la creazione del quarto pilastro, andando oltre i confini operativi dell'impresa assicurativa.

---

<sup>16</sup> Blake, D., Cairns, A. and Dowd, K. (2006): "Living with Mortality: Longevity Bonds and other Mortality-Linked Securities", Pensions Institute.

## 5. Margine di solvibilità

Più che uno strumento per gestire profittevolmente il rischio, ci appare un mero prerequisito: senza adeguata capitalizzazione non esiste possibilità di assumere un rischio di tale rilevanza, con questo orizzonte temporale e dove l'insorgere di perdite inattese non può essere considerato un caso estremo. Senza adeguata patrimonializzazione, potrebbe essere impossibile gestire fluttuazioni di breve periodo e tutelare di conseguenza il cliente-*annuitant*.

Il grado di patrimonializzazione deve essere definito sviluppando una modellistica quantitativa adeguata, come avviene per altre tipologie di rischio.

Da ciò l'esigenza di adeguata remunerazione di tale rischio, tramite i margini di caricamento e quelli derivanti dalla gestione degli *asset*.

## 6. Adeguamento delle riserve tecniche

Anche questo è un elemento rientrante nel novero dei prerequisiti: la valutazione prudenziale *year by year* delle riserve è elemento imprescindibile, le obbligazioni attese devono essere immediatamente rilevate con prudenza. Anche in questo caso, il prerequisito genera costi.

## 7. Caricamento di sicurezza

Se l'aspettativa diffusa è di una non gestibilità prospettica di tale rischio, è evidente che in fase assuntiva è necessario "prezzare" tale elemento.

Dal punto di vista del cliente-assicurato, viene fatta pagare la copertura del rischio concreto di allungamento della vita umana.

Esiste chiaramente un limite superiore alla determinazione di tale caricamento, che è la necessità che il *value-for-money* (ovvero *money's worth*, secondo la terminologia di O. Mitchell) rimanga adeguato per non incidere sulla (ora già non elevata) *willingness to pay* della potenziale clientela.

Pertanto è tale disponibilità a riconoscere il valore della copertura che può determinare l'entità di tale caricamento, piuttosto che un modello teorico di determinazione quantitativa, che peraltro è sempre assai utile nel definire il quadro decisionale di fondo.

Tale caricamento è un ricavo aggiuntivo, pertanto si contrappone logicamente alle possibili perdite future.

## 8. Limiti assuntivi

In tale contesto, è fondamentale che l'impatto massimo del rischio sia assorbibile da altre fonti di reddito generate dall'impresa, per quanto sia difficile individuarne di correlate negativamente in modo robusto, eccetto quella derivante dal rischio di mortalità: il *player* ideale, oltre che solido, deve dunque essere ben diversificato.

Ciò rende plausibile ipotizzare che adeguati gestori di tale rischio siano soggetti in grado di generare redditi anche con altre fonti e non operatori di nicchia per cui il rischio di longevità sia la principale area di business.

È ciò che è avvenuto sino ad oggi almeno sul mercato italiano, dove gli operatori che si propongono nel mercato delle rendite tendono a coincidere con i principali gruppi assicurativi.

## 9. Adeguamento dinamico delle variabili operative

Se le ipotesi utilizzate si rivelano inadeguate, è fondamentale intervenire immediatamente per l'assunzione delle generazioni successive: ciò fa sì, assieme ai limiti assuntivi, che il rischio sia contenuto entro limiti assoluti coerenti con le dimensioni e la *risk tolerance* dell'impresa. In generale, crediamo sia fondamentale che il rischio demografico assuma una valenza organizzativa precisa, uscendo dal puro alveo tecnico.

Come la gestione del rischio finanziario è diventata una leva potente con lo sviluppo dei sistemi di A.L.M. e dei relativi processi organizzativi, quali i comitati interfunzionali, allo stesso modo è necessario che analoghi meccanismi operativi si sviluppino con il tempo per far fronte in modo proficuo al rischio di longevità.

## 10. Flessibilità del prodotto e sharing del rischio con l'assicurato

L'assicurato è il detentore primo del rischio, laddove questo sorge e tende a rimanere se non si sviluppano articolati meccanismi alternativi.

Non dovrebbe dunque apparire scandaloso che parte del rischio venga accollato dal sottoscrittore, non solo mantenendo modificabili per il periodo del differimento i coefficienti di conversione ma ad esempio tramite meccanismi di bonus ossia partecipazioni agli utili o alle perdite di mortalità relativi a una generazione di *annuitants*.

Siamo consci dei vincoli e degli inevitabili scetticismi commerciali ma è una strada da battere. Anche l'adozione di tavole di sopravvivenza proiettate (si "vende" la longevità futura attesa, non quella attuale) è fondamentale ma non sufficiente.

Lo stesso dovrebbe dirsi per quanto concerne la differenziazione assuntiva, sesso ed età restano variabili generali, potrebbero essere utilmente integrate da altre valutazioni atte a "tarare" opportunamente il rischio: il tema della maggiore aspettativa di vita della popolazione benestante andrà prima o poi affrontato con pragmatismo.

Anche diagnosi di propensione genetica verso determinate malattie potrebbero tarare opportunamente il rischio ma non ci vogliamo qui avventurare in un terreno che, dal punto di vista assicurativo, è davvero minato.

Su questo può e deve fare molto la ricerca e sviluppo condotta dai riassicuratori, che pare il vettore di innovazione più logico e naturale in termini di sviluppo di prodotti, attesa la possibilità di ritorni su scala globale degli investimenti compiuti.

## 11. Le politiche commerciali di *bundling*

La copertura dal rischio di longevità è una "merce" assolutamente pregiata, all'interno di quella assicurativa, pur pregiata di per sé. In altri settori, l'accesso alla "merce pregiata" viene reso possibile se si acquista anche altra merce. Senza arrivare a tale estremo, sarebbe utile esplorare tutte le forme di *bundling* possibili, incentivando le coperture più ampie ed inserendole all'interno di pacchetti integrati. Tale modello consentirebbe di unire, nel caso singolo cliente, una fonte di profitto ulteriore per coprire il rischio, offrendo l'usuale vantaggio del *one-stop-shopping* e dell'assistenza integrata.

Per limitarci all'esempio più tecnico, è evidente che, in un'ottica di profittabilità del cliente, chi entrasse in rendita al termine di una polizza *term assurance* ventennale avrebbe un profilo di redditività ben diverso da un nuovo cliente che sottoscrive una rendita immediata.

*Term assurance* e *annuity* all'interno dello stesso ramo di bilancio rappresentano una forma di hedge naturale, nella misura in cui gli allungamenti della vita attesa avvengono proporzionalmente in tutte le fasce di età. In questo senso il *mortality gap*, ossia la diffusa carenza di copertura contro il caso di morte precoce, rappresenta un'altra area di opportunità.

La compensazione tra posizioni lunghe e corte favorisce il *bundling*: va ovviamente calibrata la correlazione tra aumenti della vita delle età basse e aumento nelle età lunghe. In questo sarebbe davvero fondamentale l'esistenza di un mercato dei derivati di mortalità, che consentirebbe elevata flessibilità "nell'aggiustare" le posizioni naturalmente assunte tramite l'attività commerciale.

## 12. Riassicurazione

Strumento tradizionale del mercato assicurativo, in particolare nei rami danni, per certi versi assimilabile a capitale di terzi, proprio nel caso della longevità sembra aver sofferto e soffrire tuttora di una drammatica carenza di offerta.

Crediamo che alcuni dei punti della corrente disamina possano essere validi anche per il *player* riassicurativo e che lo sviluppo di un mercato riassicurativo sia fondamentale, anche per quanto tratteremo al punto successivo.

Il primo passo, insufficiente ma coraggioso, che ha accompagnato la tentata emissione del 2004 del *longevity bond* da parte della Banca Europea degli investimenti — ma soprattutto l'affascinante idea di un mercato della longevità, come vedremo sotto — lascia ben sperare in possibili evoluzioni, nel medio termine, anche su questo fronte.

Limitazione della durata attesa di svolgimento del rapporto e ancoraggio del contratto a un indice e non ad una popolazione identificata sembrano essere i requisiti richiesti dai riassicuratori per lo sviluppo delle relazioni riassicurative. Anche il mondo delle rendite "tarate", le cosiddette *unpaired annuities*, per le quali la durata attesa della vita degli assicurati è inferiore, meglio si presta a godere dell'approccio riassicurativo.

Al mondo della riassicurazione molto è richiesto in termini di ricerca e sviluppo di nuove soluzioni; forse la concorrenza di un mercato della longevità adeguatamente sviluppato potrà fungere da stimolo appropriato per gli attori del comparto.

Purtroppo invece, non ci appare ricca di prospettive la gestione degli *asset* tradizionali come fonte di copertura, poiché è difficile individuare strumenti di investimento diretto che potenzino i ricavi per far fronte alle eventuali perdite generate dal rischio di longevità.

L'investimento diretto nel settore dell'assistenza agli anziani ad esempio si esporrebbe ad altra forme di rischio non diversificabile ed immunizzabile ossia tutti gli altri rischi tipici di questo segmento operativo.

Vale lo stesso per quanto concerne l'investimento in azioni del *pharma*, anche in relazione a quanto discuteremo più sotto: non è possibile l'*hedging* diretto tramite l'acquisto di titoli emessi dalle società farmaceutiche, perché l'investitore si esporrebbe a rischi incrementali non voluti che potrebbero vanificare l'effetto della copertura.

A conclusione di questo sintetica disamina, crediamo che tutti gli strumenti descritti, congiuntamente considerati, possono rendere ragionevolmente gestibile il rischio, purché inseriti nell'adeguato contesto organizzativo che, come oramai riconosciuto per altre fonti di rischio, è un humus fondamentale per sviluppare la giusta cultura ed gli appropriati meccanismi operativi.

Rimarchiamo l'avverbio, congiuntamente, perché la longevità non è e non sarà mai il mondo delle *killer application*, tutto sommato semplici ovvero soluzioni banali. Il *longevity risk* può essere gestito in modo efficace soltanto tramite un articolato *blend* di competenze ed approcci tecnici da un lato e visione e strumenti manageriali dall'altro.

Un'adeguata ma sostenibile strategia di caricamento, prodotti flessibili, articolati e inseriti in appropriati pacchetti d'offerta possono essere anche la strada per una gestione potenzialmente profittevole del rischio per la compagnia di assicurazione, assuntore naturale ed interfaccia professionale del cliente.

Ma quando la longevità diventa un tema di interesse generale e rilevanza epocale, non si può fare a meno del contributo dato dalla possibilità di attivare un mercato diffuso.

### 13. L'ipotesi di un mercato della longevità

L'ipotesi di creare un mercato della longevità, luogo virtuale in cui operatori nativamente non coinvolti nel tema prendono posizioni di investimento e quindi di rischio, è affascinante, sistemicamente necessaria, una grande sfida. Tutti coloro che a qualche titolo prendono parte al mondo della longevità dovrebbero sentirsene stimolati.

Rilevanti sono ovviamente gli ostacoli ma è assolutamente necessario il giusto atteggiamento intellettuale e operativo per affrontarli.

Non ci sono dati sufficienti? Si tratta di crearli progressivamente chiamando a raccolta tutti gli attori interessati.

Non c'è cultura della rendita sia dal lato della domanda che dell'offerta? Si tratta di svilupparla, a piccole dosi ma con continuità e determinazione.

Non c'è domanda da parte di investitori perché l'investimento in longevità è fuori dai mandati di gestione e dai benchmark? Si tratta di sottolineare il possibile valore di una categoria di assets completamente decorrelata alle tradizionali variabili finanziarie, che in genere sono molto apprezzate da alcune tipologie di investitori.

Si verificano dei fallimenti nei primi esperimenti? Sono utili lezioni per il futuro, non sentenze inappellabili.

D'altronde la storia del mercato degli strumenti derivati è piena di segmenti operativi e di realtà che si sono affermate nel tempo superando ostacoli o veri e propri fallimenti che sembravano insormontabili e definitivi.

Deve essere superata la naturale sindrome del *prime mover*, dato che si percepisce che i primi hanno più rischi che benefici in un mondo ad alta replicabilità.

Sul tema dei *longevity bonds*, comincia a emergere un'interessante letteratura scientifica, requisito assolutamente chiave e preliminare per lo sviluppo dei mercati derivativi, come insegna l'esperienza — ormai parte storica dell'economia e del pensiero economico — del modello di Black and Scholes, il cui emergere come schema di riferimento fu essenziale nello sviluppo dei derivati azionari.

Ci riferiamo in particolare ai recenti lavori di Blake e dei suoi coautori,<sup>17</sup> che, consolidando contributi meno recenti, individuano una serie di derivati legati alla longevità, non necessariamente connessi a titoli *cash*, sul modello peraltro di quelli ordinariamente noti: *swap*, *futures*, *option*, *cap*, *floor* e così via.

---

<sup>17</sup> Ad esempio il già citato "Living with Mortality".



Si inizia a dare evidenza di tale letteratura anche in riviste a maggior valenza e diffusione operativa,<sup>18</sup> anche questo primo timido segnale incoraggiante.

Tra gli emittenti, riteniamo che possa essere fondamentale il ruolo che può essere assunto dagli operatori che guadagnano da una vita attesa che aumenta ossia tutti coloro che hanno un *customer lifetime value* assai sensibile all'aumento della speranza di vita. La valenza del ruolo di tali attori, che possiamo chiamare *natural hedgers* del *longevity risk*, sta nel fatto che potrebbero contribuire a superare la cronica carenza di offerta riassicurativa, rappresentandone a tendere addirittura un concorrente naturale connotato da un vantaggio competitivo non replicabile.

È immediato citare a tal proposito l'esempio dell'industria farmaceutica, per la quale:

- è presumibile che esista una dipendenza funzionale di lungo termine, complessa ma robusta, tra invecchiamento della popolazione e valore creabile dall'industria;
- la relazione corre nei due sensi: non solo l'invecchiamento è la condizione base per creare valore ma è anche parzialmente frutto del valore creato: secondo alcuni studiosi, circa il 40% degli anni di vita media "guadagnati tra il 1986 ed il 2000 negli USA può esser ricondotto all'introduzione di nuovi farmaci;
- i capitali investiti sono di assoluta rilevanza, tendono a crescere, hanno lunghi orizzonti temporali ed il debito ovviamente utile come fonte di finanziamento, se non altro per ottimizzare la struttura del capitale;
- le dimensioni, l'affidabilità e la sofisticazione delle imprese sono significative, fattore importante per creare mercati potenzialmente di ampia dimensione.

È noto infatti che il consumo dei farmaci aumenta in modo esponenziale nell'età anziana: in Italia nel 2004 un assistibile con oltre 75 anni di età ha una spesa 11 volte superiore a quella di una persona con età compresa tra i 25 e 34 anni.<sup>19</sup>

Gli ultrasessantacinquenni coprono il 60% della spesa: non ci pare impossibile definire un modello quantitativo ragionevolmente robusto che metta in correlazione l'aumento della longevità con l'aumento della spesa e quindi dei ricavi.

In questa fase inoltre, essendoci al momento un evidente e riconosciuto gap tra domanda e offerta strutturale, chi si pone dal lato dell'offerta potrebbe realizzare interessanti, forse temporanei, vantaggi, sotto forma di bassi costi di finanziamento a lungo e lunghissimo termine, segmento della curva dei tassi che i prenditori privati di fondi hanno sempre grandi difficoltà e costi a raggiungere.

Non è un caso che la B.E.I. abbia tentato di emettere nel 2004 il *longevity bond* a un costo di 20 punti base inferiori al suo usuale standard, probabilmente eccedendo ma è evidente che non sarà facile per molto tempo avere una diffusa comprensione della *fairness* del *pricing* delle emissioni proposte.

Nel caso dell'industria farmaceutica, appare evidente come possa parlarsi di una vera e propria relazione tra *asset* e *liability*.

L'*asset* in tale caso non è qualche specifica e identificata voce del bilancio; volendone indicare qualcuna, forse si potrebbe pensare alle spese di ricerca e sviluppo capitalizzate, da cui primariamente originano i nuovi ricavi di medio termine.

---

<sup>18</sup>Ad esempio "Life and Pensions".

<sup>19</sup> Fonte: Istituti Superiore di Sanità.

Ma i ricavi di un'impresa al tempo  $T+1$  originano per definizione dai suoi investimenti (materiali e immateriali, contabilizzati e non contabilizzati) nei  $T$  periodi precedenti, ossia emergono dal lato attivo dello stato patrimoniale, riflessi o meno che siano nel prospetto contabile.

Mutatis mutandis, la situazione non appare troppo lontana da quella dell'inflazione con le *public utility*, anche se nel caso dell'industria del pharma la misurabilità della relazione longevità/ricavi è certamente meno univoca rispetto a quanto può avvenire per la relazione inflazione/utilità.

La capacità da parte di queste ultime di ancorare i propri ricavi all'inflazione ha fornito agli strutturatori un'importante fonte di prodotti agganciati all'inflazione, andando in ultima istanza ad allocare i rischi su soggetti dotati di *liability* naturalmente agganciate al parametro inflattivo.

Si può sostenere che il mercato degli *inflation-linked* si è sviluppato proprio quando si è messo in moto questo meccanismo di *hedging* con il *natural producer* della copertura. Certo, non ogni impresa farmaceutica è eguale in termini di portafoglio prodotti, il ruolo concretamente assumibile dipende, oltre che dalla struttura finanziaria e dalla propensione all'indebitamento, dal core business specifico dell'impresa, essendo configurabili alcune tipologie di farmaci i cui consumi sono maggiormente legati all'allungamento della vita umana e quindi ad una struttura della popolazione con un'età media più elevata, in cui le classi di età avanzate incidono notevolmente.

Appare difficile trovare settori tanto rilevanti ed in cui la correlazione con la longevità appaia così significativa. Un altro interessante esempio di passività naturalmente correlate al rischio di longevità, di matrice finanziaria anche se decisamente di nicchia, potrebbe essere il caso del cosiddetto *reverse mortgage*. Il prodotto, già diffuso su alcuni mercati anglosassoni, consente di accendere un mutuo a fronte di un immobile, per una percentuale dello stesso, ad una persona normalmente di età avanzata. Tale finanziamento viene rimborsato tramite la vendita, alla morte del beneficiario, dell'immobile, ovvero rimborsato dagli eredi per acquisire l'immobile. È evidente che in tale caso i margini totali dell'operazione (anche se non quelli annui) sono in funzione della durata della vita dopo l'erogazione del mutuo; l'*hedging* è economico, non finanziario.

Al contrario del caso dell'inflazione, non è purtroppo un emittente naturale lo Stato, che pure avrebbe caratteristiche ideali in termini di minimizzazione del rischio di credito: infatti è evidente che lo Stato è già "lungo" di rischio longevità, per il suo onere pensionistico esplicito e implicito. In una fase iniziale in ogni caso, gli Stati potrebbero emettere titoli per favorire la nascita di un mercato fondamentale, se in misura trascurabile rispetto ai loro bilanci.

Servono emittenti dunque ma per la creazione di un mercato servono anche investitori, "speculatori", addirittura arbitraggisti; altrimenti non si raggiungerà l'articolazione operativa e la massa critica necessaria a sviluppare mercati liquidi ed attrattivi: in fondo la enorme potenza dei mercati derivativi è stata nella loro formidabile liquidità.

L'investitore in categorie di *asset* decorrelate rispetto all'andamento del mercato, con un beta stimabile vicino allo zero, come ad esempio tradizionalmente gli *hedge fund*, può essere un interessato destinatario. A nostro avviso, c'è anche spazio perché le investment bank, che hanno "in pancia" rischi di dimensioni enormi, creino qualche (inizialmente anche piccolo) *book* non sistematicamente coperto. Se tutto ciò è avvenuto con l'inflazione, che è una grandezza dell'economia reale prima che finanziaria, può forse in futuro avvenire anche con la longevità.

Tra le prime critiche rivolte ai *longevity bond*, v'è che sono vettori di un *basis risk* e, data la loro durata, di un rischio di credito rilevante. In mercati dei derivati sviluppati, nascono strumenti per gestire il *basis risk*, che in ogni caso è una frazione del rischio complessivo,

specie in un ambiente ad alta correlazione quale il fenomeno dell'allungamento della vita umana. Inoltre il prezzo della copertura può aggiustare e remunerare il rischio: se copre meno, deve costare meno.

Sono invece oramai quasi standard gli strumenti per gestire il rischio di credito, come i *credit default swap* ed i *collateral*, che sarebbero utilmente impiegabili a supporto delle emissioni di *longevity bond*.

L'esperienza del mercato dei derivati ci insegna che è fondamentale raggiungere "una massa critica" di operatori e di volumi: da lì in avanti il problema è il controllo dello sviluppo.

Al di là dei pur importanti aspetti tecnici, ci pare possa individuarsi un prerequisito di fondo: che l'abito mentale diffuso degli operatori non sia tale da indurre a ritenere che "scommettendo" contro la longevità non si può che sistematicamente "perdere", a prescindere dai valori assunti come base.

In tale caso, anche qualora identificassimo un *hedger* naturale come l'industria farmaceutica, perché questo dovrebbe finanziarsi ad un costo che — si percepisce — *ex post* sarebbe sistematicamente maggiore?

## 14. Conclusioni

Al di là del contesto valoriale di riferimento, che nella vita tende a vedere il bene e il positivo, la longevità, ossia l'aumento della vita attesa ed effettiva, può essere considerato una "buona notizia" per l'umanità che ne può e ne potrà beneficiare.

Nessun essere umano razionale opterebbe per "l'alternativa Botswana", con i suoi 30 anni circa di vita attesa alla nascita. In effetti, "*old age is not so bad when you consider the alternatives*", diceva M. Chevalier.

Peraltro può essere (è) una buona notizia anche per le compagnie di assicurazione in quanto operatori economici privati operanti in un mercato libero e chiamati dai loro azionisti alla creazione di valore in modalità sostenibile nel tempo: laddove v'è rischio, v'è opportunità di creare valore. La correlazione tra "buona notizia per il mondo/buona notizia per le compagnie" è quindi una riprova logica del ruolo sociale dell'assicurazione e di per sé aumenterà il rilievo dell'operatore assicurativo.

Per la longevità che tende all'infinito, scompare la componente demografica del rischio e la copertura del bisogno diventa un puro processo di risparmio e prima ancora di generazione di reddito: potremmo dire che a quel punto è il quarto pilastro del momento accumulativo a prendere il sopravvento su tutto.

Il lato della domanda rivela tuttora una preferenza per la liquidità marcata e netta, poiché la valutazione implicita del rischio — e quindi la *willingness to pay* — da parte dei clienti potenziali è molto diversa da quella (molto più restrittiva) effettuata dai players assicurativi e anche dai loro regolatori.

È certo il ruolo sociale delle compagnie (ma anche di altri intermediari finanziari) nell'orientare la domanda verso una diminuzione, tramite gli strumenti di una evoluta relazione commerciale. La sistematicità e la dimensione del rischio di longevità rende comunque impossibile per tutti i *player* gestirlo, da soli, in toto. Non si può in ogni caso rinunciare a questo rischio: lo si è assunto per decenni senza selezionarlo, in modo molto meccanicistico, sarebbe un errore passare da un estremo all'altro.

*Sharing* (vale a dire suddivisione o meglio condivisione) sarà dunque la parola d'ordine per tutti e dove v'è condivisione deve esservi sia collaborazione, tra attori con ruoli istituzionali

diversi, che competizione, per selezionare i migliori rappresentanti di ciascuna categoria). In questo è da guardare il mondo della finanza, che insegna che i rischi si possono gestire non solo diversificandoli ma anche allocandoli tra soggetti nel modo più opportuno, ad esempio in funzione delle loro *liability* naturali oltre che delle differenti visioni di mercato. *Sharing* è dunque la “parola d’ordine” destinata a valere per tutti.

Per le imprese assicurative, che debbono dividere il carico del rischio tra diversi strumenti di gestione e sviluppare strumenti/prodotti più sofisticati: adeguatezza sostanziale e responsabilità sociale debbono procedere parallelamente. Per gli individui, che debbono progettare la propria esistenza suddividendo su tutti quattro i pilastri l’onere di alimentare il processo di accumulazione delle risorse. Per i sistemi pensionistici pubblici, che devono suddividere il rischio da loro gestito nel modo più possibile equo tra le generazioni. Per lo Stato, che deve incentivare, regolamentare e monitorare l’evoluzione del sistema, nell’impossibilità di assumersi la totalità del rischio o di operare da attore di ultima istanza, utilizzando la fiscalità generale a piè di lista, senza limitare gli spazi di libertà.

La posta in gioco sarà altissima, anche e soprattutto sotto il profilo morale. Qualora la longevità diventasse un rischio di rilevanza globale e socialmente non maneggiabile, la pressione verso il contenimento delle spese sanitarie nelle età avanzate e quindi, de facto, verso la riduzione della vita attesa potrebbe diventare irresistibile e per la prima volta nella storia, la longevità cesserebbe di diventare un obiettivo per la specie umana, mutando il senso ultimo forse dello stesso sviluppo economico-sociale.

## **Il Sistema Salute: esperienze dai Paesi industrializzati e ruolo dell'assicurazione privata<sup>1</sup>**

di Alfeo Zanette e Monica Ricatti\*

### **1. Introduzione**

Nei paesi avanzati la salute ha assunto una posizione centrale nella scala dei valori individuali. La domanda di qualità della vita è entrata a far parte del vissuto quotidiano, anche grazie al contributo della scienza medica, che ha creato nuove aspettative nella lotta contro il male. I cittadini hanno abbandonato l'atteggiamento passivo di fronte all'ineluttabilità degli eventi morbosi, manifestando un assoluto rifiuto della malattia e del dolore.

I Governi si trovano ad affrontare uno scenario dove la qualità dei servizi sanitari diventa una priorità per il cittadino e dove, allo stesso tempo, si continua ad assistere a un accelerato incremento dei costi della salute dovuto allo sviluppo scientifico e tecnologico della medicina e ai processi di invecchiamento della popolazione, che alimentano a loro volta la domanda di prestazioni assistenziali con ulteriori oneri a carico dello Stato.

Sul tema della salute si gioca il consenso politico. I policy-maker dovranno cercare di conciliare le aspettative crescenti della popolazione nella tutela della salute con i vincoli posti alla spesa pubblica, in particolare in Paesi come l'Italia, dove la soddisfazione del sistema sanitario nazionale è piuttosto bassa nonostante il miglioramento della qualità delle prestazioni.

Le soluzioni praticate sono accomunate da obiettivi di razionalizzazione dei costi sia dal lato dell'offerta dei servizi sanitari che da quello della domanda e del finanziamento della spesa. Gli interventi attuati hanno avuto risultati simili in ogni paese: è diminuita la durata dei ricoveri in ospedale, è stato affinato il controllo dei costi, sono stati introdotti meccanismi di mercato nella gestione delle risorse, è aumentata la responsabilizzazione alla spesa dei cittadini e ampliate le fonti di finanziamento.

Pur avendo sortito effetti importanti in termini di efficienza, le riforme finora realizzate non sono tuttavia servite a ottenere una stabilizzazione della spesa sanitaria rispetto al prodotto interno lordo; la tutela della salute resta quindi una causa di disavanzo nei bilanci dello Stato e lo sarà ancor di più in futuro, in quanto è previsto un ulteriore aumento della spesa.

Il ricorso a fonti alternative e addizionali di finanziamento rispetto a quelle pubbliche rappresenta una delle condizioni necessarie per la soluzione del problema sanitario. In un sistema pubblico vincolato da lentezze e rigidità e da necessità di razionamento della spesa l'assicurazione privata costituisce uno strumento fondamentale per favorire la libertà di scelta dei cittadini e dare risposte flessibili e differenziate a preferenze individuali. L'assicurazione serve inoltre a far fronte alle domande di finanziamento originate dal crescente numero di persone non autosufficienti, i cui costi possono assumere una dimensione difficile da sostenere per i singoli individui.

---

<sup>1</sup>Le considerazioni riportate in questo articolo sono a titolo personale.  
\*Ufficio Studi delle Assicurazioni Generali.

Questo lavoro intende offrire una breve disamina sullo stato dei sistemi sanitari dei paesi avanzati con l'intento di capire quali spazi si potranno creare in futuro per l'assicurazione privata malattie. Nella parte iniziale vengono sinteticamente descritti i sistemi sanitari dei principali paesi avanzati e le riforme attuate per migliorarne l'efficienza. A seguire sono presentate brevemente l'evoluzione della domanda di prestazioni sanitarie e le tendenze della spesa. Infine, si esamina il ruolo svolto dall'assicurazione privata nel finanziamento del sistema sanitario, l'offerta di servizi e le potenzialità di tale strumento per migliorare l'efficienza complessiva del sistema.

## 2. I modelli di assistenza sanitaria

Nel mondo industrializzato i modelli di assistenza sanitaria presentano molte similitudini che si accompagnano a significative differenze. Una caratteristica diffusa in Europa è ravvisabile nella concezione universalistica del diritto alla salute, che individua nello Stato l'agente principale della soddisfazione dei bisogni di assistenza sanitaria. La salute è considerata un diritto fondamentale del cittadino, la solidarietà è alla base del sistema e il finanziamento è legato alla capacità di reddito di ciascun individuo a prescindere dal suo stato di bisogno.

Dagli anni Settanta è progressivamente aumentato il numero di cittadini coperti da programmi sanitari statali, in seguito alla tendenza degli Stati nazionali di allargare la protezione sociale per migliorare la qualità di vita della popolazione.<sup>2</sup> In tutti i paesi dell'Europa occidentale la copertura statale ha raggiunto il 100% della popolazione, con l'eccezione di un'importante realtà quale la Germania, dove una quota significativa è invece coperta da programmi assicurativi privati.

Tuttavia, anche in Germania tutti i cittadini fruiscono della copertura sanitaria, in quanto ogni persona deve essere coperta dal rischio di malattia, lasciando libera la facoltà — per i cittadini con un reddito mensile superiore a una certa soglia (3,862 euro nel 2005) — di far ricorso in alternativa ad un'assicurazione privata (*opting out*).

Forme di solidarietà sono presenti anche negli Stati Uniti, dove le fasce indigenti della popolazione e i cittadini anziani sono coperti da programmi statali. La copertura è tuttavia estremamente parziale, tanto che sul mercato sono presenti forme assicurative denominate Medigap destinate a coprire i costi non rimborsati da tali programmi. I cittadini esclusi dal sistema pubblico sono chiamati invece a provvedere autonomamente alla copertura dei propri bisogni sanitari. In questo caso il costo della salute è determinato in base a criteri di mutualità dei rischi o viceversa di solidarietà quando gli assicurati sono gruppi di persone. Una quota non marginale della popolazione è del tutto priva di copertura sanitaria.

Una caratteristica diffusa nei Paesi avanzati è la decentralizzazione delle decisioni di gestione e di allocazione delle risorse a livello locale (regioni o stati). Questa politica è finalizzata ad avvicinare l'offerta alla domanda di servizi sanitari per migliorare la soddisfazione dei bisogni della popolazione, ad aumentare la flessibilità del sistema evitando lentezze e rigidità proprie di una gestione centralizzata e a contenere i costi attraverso programmi sanitari specifici e mirati.

Il sistema sanitario svizzero ne costituisce un valido esempio in quanto è organizzato in modo federalista. Confederazione e Cantoni collaborano insieme allo sviluppo della politica sanitaria nazionale. Tuttavia, anche se i cantoni continuano a godere di autonomia nella programmazione sanitaria, negli ultimi anni sono stati avvocati compiti da parte della Confederazione per la vastità e la rilevanza dei temi da affrontare.

---

<sup>2</sup>Nel 1999 è entrata in vigore in Francia una legge che ha esteso i benefici del sistema statale a oltre un milione di persone raggiungendo una copertura pressoché completa della popolazione.

Il processo di decentralizzazione presenta, tuttavia, una criticità importante nella difficoltà di coordinamento tra i piani sanitari nazionali e la politica sanitaria seguita sul territorio, con il rischio di inefficiente allocazione delle risorse.

Inoltre, alcuni studiosi sostengono che, essendo la decentralizzazione solo un passo all'interno di scelte politiche ben più complesse e articolate, non rappresenta una condizione necessaria per rendere più efficiente il sistema (Bankauskait, Saltman e Vrangbaek, 2004). Infatti, su base locale possono essere sperimentate soluzioni innovative di gestione della salute, ad esempio forme di integrazioni pubbliche e private, che possono poi essere estese all'intera nazione.

Nei diversi sistemi la tutela della salute è perseguita attraverso una pluralità di fonti di finanziamento, che vanno dalla fiscalità generale al pagamento di contributi o premi a casse malattie e compagnie di assicurazioni, mentre una parte della spesa sanitaria resta a carico dei cittadini chiamati a partecipare direttamente ai costi.

Ragioni prevalentemente storiche sono alla base dei modelli di finanziamento vigenti in Europa, basati da un lato su forme di assicurazione sociale, dall'altro su sistemi sanitari nazionali in cui è lo Stato a farsi carico delle necessità della popolazione. Sono evidenti le implicazioni economiche dei due diversi criteri impositivi: nel primo caso il finanziamento della Sanità incide direttamente sul costo del lavoro, con conseguenze negative sulla competitività delle imprese, nell'altro caso i costi del sistema sono a carico della fiscalità generale.

Lo schema dell'assicurazione sociale affonda le sue radici nel primo sistema di protezione dei lavoratori promosso da Bismark alla fine del XIX secolo. Diffuso in Europa centrale — Francia, Germania, Svizzera, Austria e Benelux — è stato praticamente l'unico sistema attivo in Europa fino alla seconda guerra mondiale. Successivamente, in alcuni Paesi si è verificato un abbandono di questi sistemi, in seguito alle istanze della popolazione verso una tutela della salute senza discriminazioni tra gruppi di cittadini. Il sistema sanitario nazionale è stato istituito nel Regno Unito nel 1946, nei paesi scandinavi intorno al 1970, in Italia nel 1976 e in Spagna nel 1986.

I confini tra le assicurazioni sociali e i sistemi sanitari nazionali non sono nitidi. In Francia, ad esempio, lo Stato assolve una funzione fondamentale del sistema fissando i tetti di spesa sanitaria, definendo i benefici e la regolamentazione. Inoltre, lo Stato “complementa” il finanziamento del sistema ricorrendo alla tassazione generale.

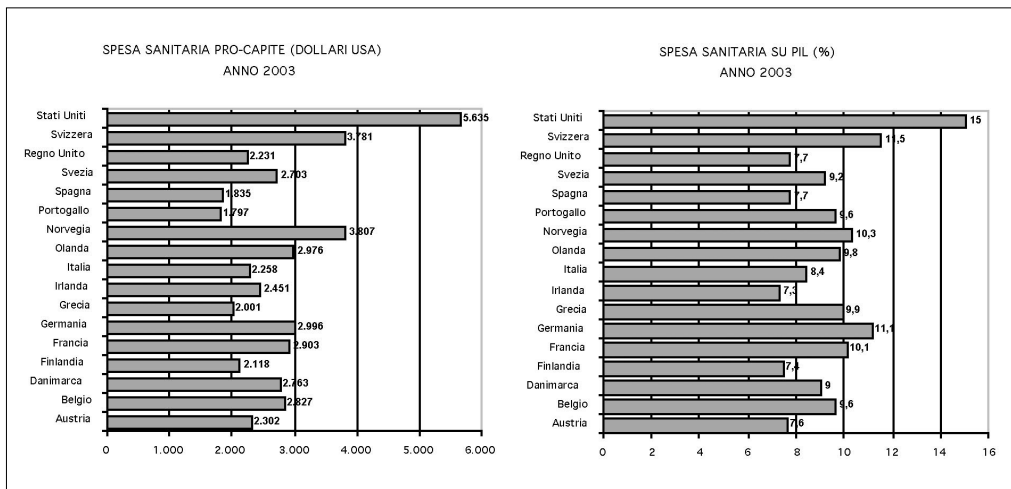
In Olanda, il 1° gennaio 2006 è entrato in vigore l'Health Insurance Act, una riforma che obbliga tutti i residenti a stipulare un'assicurazione privata per coprire le spese sanitarie di base. Il nuovo regime è soggetto a forti controlli statali allo scopo di salvaguardare la natura sociale dell'assicurazione. Infatti, gli assicuratori hanno l'obbligo di offrire copertura a tutti i residenti indipendentemente dall'età, dal sesso o dallo stato di salute, variabili che non concorrono alla determinazione del premio. Inoltre, tramite il programma Healthcare Allowance, viene prevista l'erogazione di un contributo ai cittadini il cui reddito non sia sufficiente a far fronte al pagamento del premio richiesto dall'assicurazione, rendendo in questo modo l'assistenza sanitaria accessibile a tutti. È possibile infine allargare la copertura rispetto alle prestazioni di base attraverso la stipulazione di un'assicurazione supplementare.

Anche la Svizzera, come l'Olanda, rappresenta una sua peculiarità nel tipo di integrazione delle forme di finanziamento pubblico e privato. Dal 1996, i cittadini elvetici sono legalmente obbligati ad acquistare un'assicurazione privata sulla salute. Secondo le disposizioni di legge, la polizza copre i servizi diagnostici e terapeutici, il ricovero ospedaliero, la permanenza in case di cura, le cure domiciliari e altre prestazioni minori. La copertura base di queste cure è stata ampliata dal 1999, includendo anche le cure alternative o complementari alla medicina tradizionale.



In tema di offerta dei servizi sanitari il ruolo dello Stato e delle organizzazioni non profit è preponderante in tutti i paesi. Il numero di strutture sanitarie private for profit è infatti molto basso: si va dall'assenza totale in Francia, allo 0,8% in Germania, a un più significativo 15% nel Regno Unito, negli USA e in Spagna. Le strutture private offrono generalmente cure per patologie meno gravi che non richiedono l'impiego di attrezzature costose, che solo le strutture pubbliche possono permettersi di acquisire. Inoltre, gli ospedali privati sono prevalentemente non-profit e presentano un numero minore di posti letto rispetto a quelli pubblici.

Figura 1: OECD Health Data 2005



Fonte: OECD 2005.

Normalmente le funzioni di produzione di servizi sanitari e di finanziamento sono distinte tra loro. Ai fini di un maggiore controllo dei costi e di una migliore qualità dei servizi, nel Regno Unito e in Spagna alcune compagnie assicurative dispongono di un proprio network di strutture sanitarie. Negli Stati Uniti, nell'ambito delle cosiddette Managed Care Organisation, sono state sviluppate agenzie specializzate nella gestione dei servizi sanitari, forme di integrazione verticale tra fornitore dei servizi e finanziatore (le Health Maintenance Organisation possono essere proprietarie di ospedali e gestire una rete di medici da esse stesse stipendiati).

La diversa impostazione dei sistemi sanitari non è priva di conseguenze sui costi della salute nei paesi avanzati, che destinano quote diverse della propria ricchezza a questo sistema. Negli Stati Uniti e in Svizzera la spesa sanitaria complessiva è molto elevata, pari nel 2003 rispettivamente al 15% e al 11,5% del prodotto interno lordo (OECD Health Data 2005, fig. 1). Nell'Unione Europea, nello stesso anno si registrava un'incidenza pari al 9,3%.<sup>3</sup> Nei paesi dove vige un sistema di assicurazione sociale è più difficile attuare politiche di razionamento delle risorse e presentano quindi costi più elevati (in Francia e in Germania la Sanità assorbe più del 10% delle risorse); rispetto ai Paesi dove opera un sistema sanitario nazionale (Italia 8,4%; Regno Unito 7,7%).

<sup>3</sup> Stime Ufficio Studi Assicurazioni Generali su dati OCSE.

Allo stesso modo si riscontrano significative differenze in termini di spesa pro-capite. Nel 2003 il cittadino americano spendeva nella salute 5.635 dollari l'anno, contro i 2.968 dollari di un cittadino europeo. In Italia, la spesa pro capite risultava pari a 2.258 dollari l'anno, in Germania a 2.996 dollari, in Francia a 2.903 dollari.

### 3. Lineamenti generali delle riforme sanitarie nei principali paesi

La duplice inflazione nei costi delle prestazioni sanitarie e nella dimensione dei bisogni ha spinto i policy-maker dei paesi avanzati a cercare un utilizzo mirato ed efficiente delle risorse disponibili, ma le strategie per conseguire tale risultato sono state varie e oscillanti tra logiche di servizio pubblico e privatistiche. Caratteristiche comuni (e distintive, ad esempio, in Europa rispetto agli Stati Uniti) rimangono la copertura sostanzialmente completa della popolazione e il forte ruolo pubblico nella regolazione delle modalità di offerta dei servizi.

Il Regno Unito ha rappresentato un importante laboratorio per la sperimentazione dei meccanismi di "quasi mercato". Alla fine degli anni Ottanta il Governo Thatcher dispose, infatti, che il budget assegnato dallo Stato alle autorità sanitarie locali venisse utilizzato per comprare prestazioni dai fornitori (ospedali, medici), posti in concorrenza tra loro. Inoltre, gli ospedali, di proprietà delle autorità sanitarie distrettuali, sono stati incoraggiati a divenire società a carattere privatistico. Quelli più efficienti hanno avuto la possibilità di ampliare la gamma dei propri servizi, altri sono stati costretti a chiudere. Anche in Olanda si cerca di incoraggiare il funzionamento di meccanismi di mercato nello scambio tra fornitori delle prestazioni sanitarie, fondi malattia e compagnie assicuratrici, ma anche nei sistemi di carattere più centralizzato sono state introdotte o sono allo studio tecniche di responsabilizzazione e di valutazione delle prestazioni ispirate a principi di libero mercato.

Il sistema dei quasi mercati non ha dato prova di essere la soluzione più adatta a migliorare il rapporto costo-prestazioni delle cure mediche. Dopo un decennio di sperimentazione privatistica nel Regno Unito si è infatti ritornati indietro alla ricerca di un giusto equilibrio tra concorrenza, dirigismo e cooperazione alla luce dei problemi riguardo la qualità delle prestazioni e gli enormi costi di transazione associati al sistema dei "quasi mercati".

Le asimmetrie informative sono la più importante causa di fallimento di forme di libero mercato dei servizi sanitari. Un mercato perfetto deve essere trasparente, ovvero i fruitori dei servizi devono essere informati sulla qualità e sui prezzi dei servizi a cui intendono accedere. Nel campo sanitario l'informazione è carente dal lato della domanda e ciò rende difficile il funzionamento del mercato.<sup>4</sup> Inoltre, da parte dell'offerta, è emersa una questione che riguarda l'induzione della domanda. L'idea cioè che i fornitori di servizi sanitari utilizzino la loro superiore conoscenza per influenzare la domanda al fine di perseguire obiettivi personali. Non tutti gli economisti sanitari, tuttavia, accettano la proposizione SID (Supplier-Induced-Demand), ritenendo che sia un problema del tutto trascurabile (Folland *et al.* 1997).

La riforma Blair ha introdotto meccanismi di cooperazione per evitare che l'eccessiva concorrenzialità portasse a risultati non ottimali sul piano sociale. La limitazione della concorrenza ha posto un freno agli enormi costi amministrativi generati dal rilevante numero di contrattazioni e di soggetti coinvolti nello scambio e, inoltre, con l'introduzione di contratti di lungo periodo ha consentito una programmazione a lungo termine in condizioni di stabilità, evitando di andare incontro a sovrapposizioni e duplicazioni.

In tutti i principali Paesi sono state inoltre introdotte forme di compartecipazione alla spesa per responsabilizzare il cittadino a ricorrere alle prestazioni sanitarie solo quando

---

<sup>4</sup> È dal lavoro di Arrow (1963) che il problema informativo è riconosciuto come il problema fondamentale per un corretto funzionamento del mercato sanitario.

effettivamente necessario; tali istituti svolgono una funzione limitativa della domanda e sono complementari alle forme di controllo dei prezzi.

I farmaci sono la categoria di spesa in cui è maggiore la compartecipazione ai costi dei cittadini. La spesa farmaceutica è in sensibile aumento a causa della crescente sofisticazione tecnologica e della tendenza alla sostituzione di interventi chirurgici con terapie farmacologiche. In particolare, il sistema dei ticket basati sul prezzo medio di ogni tipologia di farmaco (che pertanto aumentano al crescere del prezzo del farmaco all'interno della relativa fascia) possono indirizzare la domanda verso prodotti equivalenti ma meno costosi, come ad esempio i farmaci generici.

In alcuni Paesi, le autorità sanitarie fissano un prezzo di riferimento per le diverse categorie di farmaci, oltre il quale scatta il meccanismo di compartecipazione alla spesa del paziente. In Germania il prezzo di riferimento è fissato da un comitato federale, mentre in Olanda il prezzo è quello della media europea. Sempre nell'ottica di calmierare i prezzi dei farmaci, in alcuni paesi — Germania, Spagna, Regno Unito e Svezia — i prezzi dei farmaci sono stati oggetto di contrattazione a livello nazionale tra governi e case farmaceutiche.

Il ruolo del medico di base nel contenimento della spesa si incentra su una funzione di regolazione nell'accesso alle cure secondarie e nel consumo dei farmaci. I cittadini olandesi, inglesi, spagnoli e a partire dal 2006 anche francesi devono recarsi dal proprio medico di base per ottenere una visita specialistica o essere ricoverati in ospedale. Tuttavia, per quanto si riconosca che la funzione di *gatekeeping* sia efficace ai fini del contenimento dei consumi sanitari, non tutti i paesi affidano al medico un potere autorizzativo.

Nei Paesi dove il medico è un dipendente pubblico, il controllo dei costi è affidato alla contrattazione su base collettiva degli onorari (ad esempio in Germania le prestazioni dei medici sono rimborsate in base a onorari negoziati annualmente con i fondi malattie) e alla presenza di elementi incentivanti basati su retribuzioni variabili con l'efficienza o quanto meno con la quantità di servizi erogati. In Spagna, i medici generici sono retribuiti dai centri sanitari sulla base delle prestazioni offerte e non più sul numero di assistiti.

Il passaggio del medico da pubblico dipendente a libero professionista garantisce una contrattazione "personalizzata" e un maggior legame con la quantità e qualità delle cure prestate (in Olanda ad esempio il 90% dei medici lavorano in proprio).

Per quanto riguarda la spesa ospedaliera, che rappresenta nei paesi OCSE il 37% di quella complessiva, le leve di contenimento dei costi sono state diverse: controllo della quantità delle prestazioni attraverso meccanismi filtranti (tipicamente il medico di base) e la ricerca di efficienza, sia tramite gestione privatistica degli ospedali che attraverso una contrattazione di stampo concorrenziale delle prestazioni fornite e politiche di budgeting. Non sempre i sistemi di controllo della spesa hanno avuto i risultati sperati: ad esempio la fissazione di rimborsi massimi per la singola prestazione ha dato origine a sovraprescrizioni volte a compensare con l'aumento dei volumi la riduzione nei costi unitari.

In alcuni Paesi la copertura dei costi ospedalieri è tuttora garantita da una diaria fissa, indipendente dal costo del trattamento, contrattata dal governo locale con le autorità ospedaliere; in altri casi, gli ospedali sono retribuiti sulla base di un budget proporzionale al costo giornaliero di degenza. Legare il rimborso alla diagnosi (ad esempio tramite *Diagnosis Related Groups*) è stato un provvedimento che ha fatto diminuire la durata delle degenze, evitando costi indipendenti dal trattamento medico e improduttivi sul piano dell'efficacia terapeutica.

In Svezia, dove gli ospedali pubblici sono finanziati sulla base di un budget dipendente dal costo storico, si sono recentemente introdotti controlli sui risultati raggiunti per limitare il costo del sistema, mentre si stanno sperimentando forme di concorrenza nell'acquisto dei servizi,

fermo restando la priorità della qualità della cura e l'equità delle prestazioni.

In Olanda i finanziamenti statali sono stati legati alla produttività, mentre in Germania si è introdotta una gestione di tipo privatistico delle strutture ospedaliere; in Spagna si sta registrando un lento processo di responsabilizzazione che rende gli ospedali pubblici sempre più autonomi. Nei paesi anglosassoni (Regno Unito e USA) c'è stata, inoltre, la tendenza verso una integrazione (verticale) tra strutture sanitarie, gestite oltremano direttamente dalle compagnie assicuratrici; questo aspetto è tipico anche del mercato spagnolo, in cui importanti assicuratori possono contare su ospedali e cliniche di loro proprietà, governate da medici.

Negli anni si è registrata una tendenza verso una maggiore efficienza del sistema attraverso il processo di deospedalizzazione, una diminuzione dei posti letto ed un aumento dell'assistenza domiciliare. Dal 1990 al 2003 in Francia si è passati da 11,1 a 7,7 posti letto per mille abitanti, in Spagna da 5,4 a 3,8, negli Stati Uniti da 6,0 a 3,3, mentre in Italia dal 1980 al 2002 da 9,6 a 4,4. Il processo di deospedalizzazione apre spazi di operatività per le compagnie di assicurazione che sono in grado di offrire servizi di assistenza domiciliare, anche se questo problema deve trovare impegnate con funzioni diverse, ma integrate, anche le istituzioni pubbliche.

#### **4. La domanda di salute ed evoluzione della spesa sanitaria**

Nei Paesi avanzati, il benessere economico e la crescita del livello di istruzione hanno modificato il rapporto dei cittadini con la propria salute. Si è diffusa una cultura della prevenzione, che si è estrinsecata in stili di vita positivi tramite il controllo dell'alimentazione, degli abusi di fumo e alcol, nella ricerca di una maggior igiene, portando, in ambito legislativo, a una emanazione di norme volte a imporre comportamenti positivi nella popolazione in termini di salvaguardia della salute.

Inoltre, i progressi della scienza medica hanno creato nuove aspettative nella lotta contro il male. Il paziente ha abbandonato l'atteggiamento passivo di fronte all'ineluttabilità degli eventi morbosi avendo individuato nella scienza medica il mezzo per non arrendersi alla malattia.

Non di meno, la nostra cultura caratterizzata "dall'accelerazione del tempo", è sempre più insofferente ai lunghi tempi d'attesa; molti cittadini, infatti, si rivolgono a strutture sanitarie private, in luogo di quelle pubbliche normalmente gratuite, per accelerare i percorsi diagnostici e curativi.

Il mutato atteggiamento dei cittadini nei confronti della salute è sfociato in una domanda di qualità dei servizi sanitari, nel ricorso a frequenti controlli medici, nel crescente uso di farmaci accompagnato a volte da una proliferazione e sovrapposizione di percorsi terapeutici. A questo si è aggiunto anche un incremento delle prestazioni assistenziali richieste da persone anziane che versano in uno stato di non autosufficienza e non possono contare su un'assistenza informale a causa della frammentazione dei nuclei familiari.

Grandi progressi sono stati compiuti dalla scienza medica, l'impiego di nuove tecnologie e l'utilizzo di attrezzature complesse sia nella diagnosi che nella cura delle malattie hanno contribuito a prolungare la vita dell'uomo. La scoperta di nuove medicine e di nuovi vaccini ha ridotto la probabilità di contrarre determinate malattie. Nuove attrezzature come l'ecografia, la risonanza magnetica, le endoscopie e test biologici hanno migliorato la capacità diagnostica e favorito la cura precoce delle malattie, mentre i progressi tecnologici hanno permesso di guarire patologie che solo poco anni fa erano considerate incurabili.

L'incidenza dei sistemi di tomografia assiale computerizzata è aumentata nei paesi OCSE da 6,9 sistemi per milione di abitanti a 13,2 dal 1990 al 2002 (OECD Health Data 2005). Più significativa è la crescita delle attrezzature di risonanza magnetica, aumentate da 1,2 a 5,2

sempre al milione di abitanti. Ben più elevata rispetto alla media in questo caso la percentuale in Svizzera (14,1), in Italia (10,6) e negli Stati Uniti (8,6).

Nuovi scenari si stanno aprendo con la ricerca genetica ed il conseguente sviluppo delle capacità diagnostiche — tramite i test genetici — e terapeutiche, grazie alla farmaco genetica (sviluppo di terapie personalizzate) e la terapia genica (utilizzo di materiale genetico per prevenire o curare una malattia). Anche se è ancora troppo presto per prevedere e comprendere appieno i possibili impatti in termini di costi per la diagnosi, la prevenzione e la cura delle malattie e di aumento della durata della vita umana, non si possono negare gli importanti risvolti che questi studi avranno nel campo della medicina (Taylor e Marocco, 2005).

Stili di vita positivi hanno contribuito a migliorare le condizioni di salute. Infatti, si può notare come, nell'Unione Europea dei 15 Paesi, la vita media degli uomini si sia allungata: secondo le stime di Eurostat, dai 70,5 anni del 1980 ai 76 anni del 2003. La speranza di vita degli uomini a 60 anni è salita, sempre nello stesso periodo, dai 16,8 anni a 20,3 anni. La situazione è diversa nei Paesi dell'Est europeo entrati a far parte dell'Unione il 1° maggio 2004: la vita media è di 70,2 anni. Questo è dovuto, presumibilmente, a una minore prevenzione e a stili di vita meno positivi rispetto al resto d'Europa. Inoltre, nel periodo di transizione di questi paesi verso un'economia di mercato, la durata della vita umana si è addirittura ridotta, per poi aumentare nell'ultimo decennio.

L'invecchiamento della popolazione ha contribuito a far lievitare i costi sanitari. Dalla distribuzione della spesa sanitaria pro capite per classi di età e dalla variazione della popolazione nelle medesime classi di età si può valutare la crescita della spesa sanitaria ascrivibile alla sola evoluzione demografica. Secondo (Bjornerud *et al.*, 2005) tale fenomeno inciderebbe, tuttavia, per meno di un quarto sull'aumento dei costi sanitari, mentre prevalgono altre dinamiche legate al reddito e ai progressi della tecnologia medica. Infatti, la rapida evoluzione tecnologica ha sollevato non poche questioni sugli effetti da essa prodotti. I cambiamenti tecnologici, se da un lato possono ridurre i costi accrescendo la produttività delle risorse impiegate o l'efficacia terapeutica, anche preventiva, dall'altro sono generalmente più costosi delle terapie tradizionali. Quest'ultimo aspetto sembra prevalere al punto che la tecnologia è considerata una delle principali cause dell'inflazione sanitaria.

In letteratura è aperto il dibattito sugli effetti della crescente longevità sul tasso di morbilità della popolazione. Secondo Gruenberg (1977), con l'allungamento della vita le persone necessitano di maggiori cure, in quanto sono più esposte alla cronicizzazione delle malattie. Manton (1995), al contrario, sostiene che la longevità è accompagnata da un parallelo differimento delle malattie o delle invalidità e il numero di anni in cattiva salute rimane lo stesso. Fries (1980), invece, parte dal presupposto che il miglioramento delle condizioni di salute, che rimanda il momento della malattia ad età più avanzate, si riflette in una diminuzione dei tassi di morbilità della popolazione. L'evidenza empirica mostra che la spesa sanitaria si concentra soprattutto negli ultimi mesi di vita di un individuo (*death-related costs*). In un contesto in cui, con l'allungamento della vita umana la frequenza dei decessi si sposta verso le classi di età estreme, si registra una riduzione dei consumi sanitari nelle classi intermedie che compensa i maggiori costi sostenuti nell'età più anziane (Roos *et al.*, 1987; Batljan e Lagergren, 2004).

In letteratura economica è stata anche investigata la correlazione tra la domanda di prestazioni sanitarie e il reddito.<sup>5</sup> In particolare è stata sottoposta a verifica empirica l'ipotesi se la salute sia da considerare un bene superiore o viceversa un bene necessario (rispettivamente elasticità della domanda rispetto al reddito superiore o inferiore all'unità). Nel

---

<sup>5</sup>Il lavoro di Newhouse (1977) ha dato vita al dibattito sulla correlazione tra spesa sanitaria e reddito.

primo caso l'idea di fondo è che una volta soddisfatti i bisogni primari della vita quotidiana il reddito eccedente venga destinato a finanziare i consumi superiori, tra i quali assumerebbe importanza la tutela della salute.<sup>6</sup>

Anche in questo caso le conclusioni dei lavori di ricerca non sono state univoche e dipendono dalla prospettiva con cui si affronta il problema. Getzen (2000) rileva che un individuo all'interno di un gruppo assicurato può avere pochi incentivi a limitare il consumo di servizi sanitari, specialmente se il gruppo a cui appartiene è ampio e il suo effetto sul gruppo risulta ininfluente; in questa logica la domanda sanitaria risulterebbe, pertanto, indipendente dal reddito del singolo individuo.

In generale la verifica empirica su dati aggregati a livello nazionale ha dato come risultato un'elasticità della domanda sanitaria rispetto al reddito superiore a 1. Studi sulla spesa nazionale stimano, infatti, come il 90% delle variazioni della spesa siano spiegabili dalla variazione del reddito pro-capite, mentre le differenze sullo stato di salute hanno un'incidenza trascurabile. Altri studi argomentano che la crescita della quota della spesa sanitaria al crescere del reddito è l'effetto di una correlazione spuria ed è dovuta ad altri fattori come il progresso tecnologico, che naturalmente è più sviluppato nei paesi ricchi. Altri infine sostengono che poiché le cure sanitarie sono "labour-intensive" la spesa si evolve in relazione alla crescita del reddito.

Ulteriori studi sulla spesa individuale dimostrano che la maggior variazione di spesa (dal 50% al 90%) è associata alle differenze individuali dello stato di salute, pertanto l'elasticità del reddito risulta modesta o negativa. Tuttavia, le analisi dei dati anteriori agli anni Sessanta, quando l'assicurazione era meno diffusa e la maggior parte dei pagamenti veniva affrontata dal cittadino di tasca propria, hanno evidenziato un'elasticità del reddito molto più ampia.

Esistono infine studi che investigano le relazioni tra specifiche tipologie di spesa e il reddito. La spesa *out-of-pocket*, sostenuta per cure odontoiatriche, di chirurgia plastica e l'utilizzo di occhiali da vista o altri tipi di cure, presentano un'elasticità rispetto al reddito significativamente superiore all'unità. Ciò è dovuto molto probabilmente al fatto che questi beni possono in parte non essere considerati necessari. In particolare, il ricorso alla chirurgia estetica per migliorare il proprio aspetto o la decisione di avvalersi di specifici interventi odontoiatrici (ad esempio il rivestimento dei denti) non possono essere considerati bisogni primari e, infatti, vi ricorrono generalmente soggetti che dispongono di un più alto reddito.

A prescindere dalle teorie esposte, la spesa sanitaria tende a crescere più rapidamente del reddito. Dal 1980 al 2003 negli Stati Uniti l'aumento è stato del 4,4% in termini reali, più del doppio rispetto alla crescita economica (2%). In Europa la situazione è simile, ma con discrepanze da paese a paese; in particolare in Germania la crescita della spesa sanitaria è stata nel medesimo periodo del 3,2%, contro l'1,6% del prodotto interno lordo.

Il divario si è allargato negli anni più recenti: dal 1997 al 2003 l'espansione della spesa è stata negli Stati Uniti del 4,3% a fronte dell'1,9% del PIL, nel Regno Unito rispettivamente del 5,2% e 2,7% e in Germania dell'1,7% contro l'1,2%. Notevole anche il divario nella crescita registrata nei Paesi dell'Est Europeo; in Ungheria la spesa è aumentata del 7,7% contro il 4,4%.

---

<sup>6</sup>Tale legame potrebbe però celare al suo interno anche fenomeni di offerta. Ad esempio, i paesi ricchi possono anche allocare più risorse alla sanità con minori vincoli nel budget di spesa rispetto ad altri paesi dove sono attuate politiche di razionamento della spesa.

Tabella 1: Evoluzione della spesa sanitaria rispetto al PIL

	1980-2003		1997-2003		1980	1990	2000	2003
	Prodotto interno lordo	Spesa sanitaria	Prodotto interno lordo	Spesa sanitaria				
Austria	1,9	2,0	1,8	2,1	7,4	7,0	7,6	7,6 (1)
Belgio	1,7	3,5	1,7	4,0	6,4	7,4	8,7	9,6
Danimarca	1,6	1,5	1,5	3,0	9,1	8,5	8,4	9,0
Finlandia	2,0	2,7	2,9	3,3	6,4	7,8	6,7	7,4
Francia	1,6	3,2	1,9	3,3	7,1	8,6	9,3	10,1
Germania	0,9	2,0	1,2	1,7	8,7	8,5	10,6	11,1
Grecia	1,3	3,1	3,6	4,4	6,6	7,4	9,9	9,9
Irlanda	4,7	4,1	6,1	8,5	8,4	6,1	6,3	7,3 (1)
Italia	-	-	1,3	2,9	-	7,9	8,1	8,4
Olanda	1,7	2,9	1,5	4,7	7,5	8,0	8,3	9,8
Norvegia	2,5	4,2	1,4	4,8	7,0	7,7	7,7	10,3
Portogallo	2,4	4,8	1,5	3,7	5,6	6,2	9,2	9,6
Spagna	2,3	3,8	2,4	2,9	5,4	6,7	7,4	7,7
Svezia	1,7	1,8	2,6	4,9	9,1	8,4	8,4	9,2 (1)
Regno Unito	2,2	3,7	2,7	5,2	7,4	8,3	10,4	7,7 (1)
Rep. Ceca	-	-	2,1	4,2	-	4,7	6,6	7,5
Ungheria	-	-	4,4	7,7	-	7,1	7,1	8,4
Polonia	-	-	3,4	5,5	-	4,9	5,7	6,5
Rep. Slovacca	-	-	3,4	3,7	-	-	5,5	5,9
Svizzera	0,8	2,7	1,9	4,3	5,6	6,0	7,3	11,5
Stati Uniti	2,0	4,4	2,3	2,4	8,7	11,9	13,1	15,0

Fonte: OECD.

Per quanto riguarda il futuro sull'evoluzione della spesa sanitaria, continuerà a incidere il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione. L'Eurostat (Europop 2004 baseline) prevede che tra il 2004 ed il 2050 nell'Unione Europea la quota della popolazione con più di 65 anni passerà dal 16,5% al 29,4%; gli ultraottantenni passeranno nello stesso periodo dal 4% all'11%. In Italia, paese dove l'invecchiamento della popolazione è molto forte, nel 2050 le stesse percentuali saliranno dal 19,2% al 33,8% (oltre i 65 anni) e dal 4,8% al 13,4% (oltre gli 80 anni).

Rispetto agli anni precedenti, il processo di invecchiamento della popolazione è destinato dunque in futuro a subire un'accelerazione a causa soprattutto del raggiungimento dell'età anziana dei nati nel dopoguerra (i cosiddetti baby-boomers), un periodo caratterizzato da alti tassi di natalità. D'ora in avanti i problemi legati all'evoluzione demografica sono quindi destinati ad aggravarsi.

Lo spostamento della popolazione verso classi di età più anziane comporterà una richiesta maggiore di cure, dimostrata dal fatto che la spesa sanitaria pro capite cresce con l'aumentare dell'età. Sull'evoluzione della spesa sanitaria incideranno anche i diversi scenari sul tasso di morbilità precedentemente esposti, il costo della tecnologia medica e l'elasticità della domanda di prestazioni sanitarie rispetto al reddito. Poiché questi fenomeni tendono a intersecarsi ciò comporta non poche difficoltà nel formulare previsioni sull'evoluzione futura della spesa.

L'Economic Policy Committee (EPC), ha costituito l'AWG (Working Group on Ageing Populations), un gruppo di lavoro per valutare l'impatto di lungo periodo dell'invecchiamento della popolazione sui costi della protezione sociale, che nel 2006 ha presentato nuove simulazioni della spesa sanitaria fino al 2050 connessa al verificarsi di alcuni degli scenari sopra delineati.

In particolare, lo scenario di riferimento (*AWG scenario*), considerato relativamente prudente, combina ipotesi diverse riguardo allo stato di salute della popolazione, all'aspetto



demografico ed all'elasticità della domanda di cure sanitarie rispetto al reddito. Si ipotizza uno scenario intermedio tra quello puramente demografico e quello di salute costante.

La spesa sanitaria pubblica risulta in aumento per i Paesi EU10 dal 4,9% al 6,2%. Sostanzialmente tutti i Paesi mostrano una crescita della spesa e la Francia registra quella più elevata (9,5% nel 2050). Nei Paesi dell'Est, l'incidenza di spesa è più bassa anche se risulta essere in sensibile aumento.

La maggioranza dei paesi ha reso disponibile proiezioni della spesa distinta tra quella sanitaria e quella della *long term care*, spesa quest'ultima che aumenta maggiormente nei Paesi come ad esempio Danimarca, Svezia e Finlandia, dove tale copertura viene fornita istituzionalmente. Infatti, la Svezia risulta avere i costi più alti, registrando nel 2004 un 3,8% che sale al 5,5% nel 2050. Presumibilmente la stessa situazione si verifica in Germania, dove però non sono state elaborate proiezioni sulla spesa assistenziale. La crescita sanitaria e long term care è stimata, a seconda dei Paesi, da 1,7 al 3,9 punti percentuali rispetto al PIL, con valori nel 2050 oscillanti tra il 7,3% dell'Italia e l'13,2% della Svezia.

Inoltre, la spesa sanitaria totale dei Paesi EU10 risulta più bassa rispetto alla spesa dei Paesi EU15, anche se in aumento di circa due punti percentuali. Si prevede inoltre che la Repubblica Ceca registri nel 2050 una crescita del 2,4% della spesa totale e la Slovenia di quasi il 3%. Complessivamente, la spesa assistenziale aumenterà dal 7,3% al 9,4% rispetto al PIL.

*Tabella 2: Proiezioni della spesa sanitaria sul prodotto interno lordo (AWG scenario)*

Paesi	Spesa pubblica			Long term care			Spesa complessiva		
	2004	2030	2050	2004	2030	2050	2004	2030	2050
Belgio	6,2	7,1	7,6	0,9	1,3	1,8	7,1	8,4	9,4
Danimarca	6,9	7,7	7,8	1,1	1,8	2,2	8,0	9,5	10,0
Germania	6,0	6,9	7,2	1,0	1,4	2,0	7,0	8,3	9,2
Grecia	5,1	5,9	6,8	5,1	5,9	6,8			
Spagna	6,1	7,3	8,3	0,5	0,5	0,8	6,6	7,8	9,1
Francia	7,7	8,9	9,5	7,7	8,9	9,5			
Irlanda	5,3	6,4	7,3	0,6	0,7	1,2	5,9	7,1	8,5
Italia	5,8	6,7	7,1	1,5	1,7	2,2	7,3	8,4	9,3
Lussemburgo	5,1	5,9	6,3	0,9	1,1	1,5	6,0	7,0	7,8
Olanda	6,1	7,1	7,4	0,5	0,8	1,1	6,6	7,9	8,5
Austria	5,3	6,3	6,8	0,6	1,0	1,5	5,9	7,3	8,3
Portogallo	6,7	6,6	7,2	6,7	6,6	7,2			
Finlandia	5,6	6,6	7,0	1,7	3,0	3,5	7,3	9,6	10,5
Svezia	6,7	7,5	7,7	3,8	4,9	5,5	10,5	12,4	13,2
Regno Unito	7,0	8,1	8,9	1,0	1,3	1,8	8,0	9,4	10,7
Cipro	2,9	3,6	4,0	-	-	-	2,9	3,6	4,0
Repubblica Ceca	6,4	7,8	8,4	0,3	0,5	0,7	6,7	8,3	9,1
Estonia	54,4	6,2	6,5	-	-	-	54,4	6,2	6,5
Ungheria	5,5	6,3	6,5	-	-	-	5,5	6,3	6,5
Lettonia	3,7	4,4	4,6	0,5	0,6	0,9	4,2	5,0	5,5
Lituania	5,1	5,9	6,2	0,4	0,5	0,7	5,5	6,4	6,9
Malta	4,2	5,5	6,1	0,9	1,0	1,1	5,1	6,5	7,2
Polonia	4,1	5,1	5,5	0,1	0,1	0,2	4,2	5,2	5,7
Slovacchia	4,4	5,7	6,3	0,7	0,9	1,3	5,1	6,6	7,6
Slovenia	6,4	7,6	8,0	0,9	1,5	2,2	7,3	9,1	10,2
<b>EU 25</b>	<b>6,4</b>	<b>7,4</b>	<b>7,9</b>	<b>0,9</b>	<b>1,1</b>	<b>1,5</b>	<b>7,3</b>	<b>8,5</b>	<b>9,4</b>
<b>EU 15</b>	<b>6,4</b>	<b>7,5</b>	<b>8,1</b>	<b>0,9</b>	<b>1,1</b>	<b>1,5</b>	<b>7,3</b>	<b>8,6</b>	<b>9,6</b>
<b>EU 10</b>	<b>4,9</b>	<b>5,8</b>	<b>6,2</b>	<b>0,2</b>	<b>0,3</b>	<b>0,5</b>	<b>5,1</b>	<b>6,1</b>	<b>6,7</b>

Fonte: OECD.

L'OCSE (2006) ha elaborato previsioni sulla spesa sanitaria pubblica, costruite su un impianto concettuale diverso rispetto a quello del gruppo di lavoro AWG. Le proiezioni sono state ricavate in base alla scomposizione dell'aumento della spesa e delle sue determinanti

(demografia, crescita del reddito, tecnologia e altro). Sono stati oggetto di simulazione due scenari alternativi, il primo di “pressione sui costi”, ovvero di incapacità dei governi di attuare politiche efficienti di limitazione della spesa, il secondo di contenimento dei costi. Entrambi questi scenari evidenziano un aumento atteso della spesa in rapporto al PIL, superiore a quello previsto da AWG. I risultati per quanto riguarda i principali paesi europei evidenziano un aumento della spesa maggiore fino al 2050.

In conclusione le proiezioni della spesa sanitaria, pur diverse tra loro, costituiscono un importante riferimento per lo sviluppo di una policy sanitaria da parte dei Governi nazionali. In uno scenario di continuo progresso della tecnologia medica, di invecchiamento della popolazione e di aumento delle aspettative dei cittadini, la spesa sanitaria (rispetto alla ricchezza prodotta) è destinata ad aumentare sul tema salute, anche se i Governi cercheranno di far fronte a questo aumento con un rafforzamento delle politiche di prevenzione, di efficienza nella produzione dei servizi sanitari e di controllo della domanda.

## 5. La spesa sanitaria privata

Come si è visto, in Europa la sanità ha una matrice prevalentemente pubblica, mentre negli Stati Uniti i programmi pubblici Medicare e Medicaid finanziavano nel 2003 solo il 44% della spesa sanitaria complessiva del paese, una percentuale in crescita negli ultimi anni. In Europa non si intravede, tuttavia, una regolarità empirica nella dinamica della spesa privata. In alcuni paesi l’ampia estensione dei programmi statali non ha consentito alla spesa privata di svilupparsi, in altri paesi è avvenuto esattamente il contrario.

La spesa privata ha mostrato fino agli anni Ottanta una tendenza alla diminuzione, dovuta al progressivo allargamento della popolazione coperta dai sistemi pubblici, con conseguente aumento della spesa a carico dello Stato. In seguito la spesa ha evidenziato andamenti dissimili, ascrivibili al fatto che le politiche sanitarie non sono state omogenee e le riforme sono state realizzate in tempi e con modalità diverse. In particolare, in Italia le pressanti esigenze di risanamento della finanza pubblica hanno portato a inizio anni Novanta a un aumento dei livelli di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini.

*Tabella 3: Incidenza della spesa sanitaria privata sulla spesa sanitaria complessiva*

	1970	1980	1990	1995	2000	2003
Austria	37,0	31,2	26,5	29,1	30,4	30,1 (1)
Belgio	-	26,3	33,9	28,2	28,7 (2)	29,2 (2)
Danimarca	-	12,2	17,3	17,5	17,6	17,0
Finlandia	26,2	21,0	19,1	24,4	24,9	23,4
Francia	24,5	19,9	23,4	23,7	24,2	23,7
Germania	27,2	21,3	23,8	19,5	21,4	21,8
Grecia	56,7	44,5	46,3	48,0	47,4	48,7
Irlanda	18,4	18,5	28,1	28,4	26,7	26,7 (1)
Italia	-	-	20,9	28,1	26,5	24,9
Olanda	-	30,6	32,9	29,0	36,9	37,6
Norvegia	8,4	14,9	17,2	15,8	15,0	16,3
Portogallo	41,0	35,5	34,5	37,4	30,5	30,3
Spagna	34,6	20,1	21,3	27,8	28,4	28,8
Svezia	14,0	7,5	10,1	13,4	15,1	14,7 (1)
Regno Unito	13,0	10,6	16,4	16,1	19,1	16,6 (1)
Repubblica Ceca	3,4	3,2	2,6	7,3	8,6	9,9
Polonia	-	-	8,3	27,1	30,0	27,6 (1)
Ungheria	-	-	-	16,0	29,3	29,8 (1)
Slovacchia	-	-	-	-	10,6	11,7
Svizzera	-	-	47,6	46,2	44,4	41,5
Stati Uniti	63,6	58,5	60,4	54,7	55,8	55,6

Fonte: OECD: Health data 2005; (1) Anno 2002; (2) Dato stimato sulla base della spesa pubblica corrente.

Nella spesa privata assume notevole rilevanza quella “*out-of-pocket*”, che incide in misura tuttavia diversa nei paesi avanzati, con una discreta dispersione intorno a un ordine di grandezza del 20%. Nell’Europa occidentale i contributi dei cittadini sono piuttosto elevati in Spagna (23,7%) e in Italia (20,7%), mentre i cittadini americani finanziano direttamente il 14,1% della spesa complessiva.

Interessante notare come negli ultimi anni la spesa *out-of-pocket* sia rimasta per lo più stabile, a testimoniare come non sia stata una leva sulla quale i policy-maker hanno voluto ulteriormente puntare per alleggerire l’impegno finanziario a carico dello Stato. Per quanto riguarda, in particolare, i ticket sui farmaci, essi sono rimasti sostanzialmente invariati dal 1980, evidenziando fluttuazioni solo nel breve periodo dovute a cambiamenti nella politica sanitaria dei Governi, senza tuttavia mostrare una tendenza alla crescita.

*Tabella 5: Evoluzione della spesa out-of-pocket*

	1970	1980	1990	1995	2000	2003
Austria	-	-	-	14,9	18,6	17,5 (1)
Danimarca	-	11,4	16,0	16,3	16,0	15,8
Finlandia	23,8	18,4	15,5	20,5	20,4	19,0
Francia	17,6	12,8	11,4	10,8	10,5	10,0
Germania	13,9	10,3	11,1	10,0	10,6	10,4
Grecia	-	-	-	-	44,9	46,5
Irlanda	-	-	16,5	15,5	13,5	13,2 (1)
Italia	-	-	15,4	24,6	22,8	20,7
Olanda	-	-	-	-	9,0	7,8
Spagna	-	-	-	23,5	23,6	23,7
Regno Unito	-	8,6	10,6	10,9	-	--
Repubblica Ceca	-	-	2,6	7,3	8,6	8,4
Polonia	-	-	8,3	27,1	30,0	27,6 (1)
Ungheria	-	-	-	16,0	26,3	--
Slovacchia	-	-	-	-	10,6	11,7
Svizzera	-	-	35,7	33,0	32,9	31,5
Stati Uniti	35,3	24,2	20,1	15,0	15,1	14,1

Fonte: OCSE. Nota: Non sono disponibili dati per il Belgio, la Norvegia, il Portogallo e la Svezia.

## 6. L’assicurazione privata malattie

L’assicurazione privata malattie (APM), rappresenta una fonte alternativa e addizionale di finanziamento della spesa sanitaria e in alcuni casi la fonte primaria di copertura per specifici segmenti della popolazione. Nei paesi avanzati le esperienze sono estremamente eterogenee, essendo il ruolo dell’APM, la sua rilevanza economica e i servizi offerti strettamente intrecciati con l’assistenza garantita dal sistema pubblico.

Il settore assicurativo ha accresciuto la sua importanza quale strumento di finanziamento, come si può evincere dalla tabella seguente, anche se lo sviluppo è stato, in alcuni paesi, limitato, come detto, dalle decisioni dei governi di estendere l’intervento statale a fasce sempre più ampie della popolazione per arrivare a un modello di assistenza universale.

Tabella 6: Incidenza della spesa dell'assicurazione privata malattie sul totale della spesa sanitaria

	1970	1980	1990	1995	2000	2003
Austria	8,1	7,6	9,0	8,3	7,3	7,4 (1)-
Danimarca	-	0,8	1,3	1,2	1,6	1,3
Finlandia	1,7	1,4	2,1	2,4	2,6	2,4
Francia	5,1	5,7	11,0	11,9	12,6	12,7
Germania	7,5	5,9	7,2	7,6	8,3	8,8
Grecia	-	-	-	-	2,5	2,2
Irlanda	-	-	9,1	9,1	7,6	5,4 (1)-
Italia	-	-	0,6	1,0	0,9	0,9
Olanda	-	-	-	-	15,9	17,2
Portogallo	-	-	0,8	1,3	-	-
Spagna	3,3	3,2	3,7	3,4	3,9	4,3
Regno Unito	0,9	1,3	3,3	3,2	-	-
Repubblica Ceca	-	-	-	-	-	0,2
Ungheria	-	-	-	-	0,2	0,4 (1)-
Svizzera	-	-	11,0	12,2	10,5	9,0
Stati Uniti	21,9	28,4	34,2	33,9	35,2	36,7

Fonte: OCSE. Nota: Non sono disponibili dati per il Belgio, la Norvegia e la Svezia.

L'APM svolge un ruolo importante nei segmenti della popolazione a maggior reddito e con una più elevata educazione, e può essere offerta a lavoratori dipendenti nell'ambito di piani aziendali quale strumento di fidelizzazione e/o reclutamento di personale, fattore che spiega il suo grande successo presso le compagnie americane.

Il diverso ruolo dell'APM è legato alla struttura specifica del sistema sanitario. L'assicurazione svolge a seconda dei casi una funzione integrativa, complementare o sostitutiva:

- sostitutiva nel caso di prestazioni altrimenti non disponibili dallo Stato;
- complementare per finanziare spese o servizi non coperti dallo Stato, come ad esempio le compartecipazioni alla spesa introdotte per responsabilizzare i cittadini al consumo di prestazioni sanitarie;
- supplementare, volta ad allargare la possibilità di scelta di servizi sanitari e/o ad accelerarne l'accesso.

Nel primo caso la domanda di assicurazione è originata dal fatto che taluni segmenti della popolazione non fruiscono dell'assistenza pubblica (o non intendono farlo, come avviene in Germania con l'*opting out*); con le coperture complementari è il cittadino a voler coprire le spese a suo carico derivanti dai meccanismi di compartecipazione; con quelle supplementari il cittadino intende invece avvalersi di servizi aggiuntivi o alternativi rispetto a quelli offerti dal sistema pubblico, ritenuti non adeguati alle proprie esigenze.

Il contributo dell'assicurazione al finanziamento della spesa sanitaria è ovviamente maggiore nei paesi dove svolge una funzione sostitutiva. Infatti, negli Stati Uniti contribuisce per il 36,7% al finanziamento della spesa complessiva, in Olanda per il 17,2%, in Germania per l'8,8%, in Svizzera per il 9%.

Quest'ultimo Paese merita un discorso più approfondito. Come già precedentemente accennato, i cittadini elvetici sono obbligati dalla legge ad acquistare un'assicurazione privata. Le compagnie non possono però realizzare profitti nell'esercizio di queste attività e sono soggette al controllo dell'Ufficio Federale. Le assicurazioni non hanno la facoltà di rifiutare la copertura sanitaria privata a un cittadino che la richieda. Per agevolare l'acquisto di un'assicurazione privata, il Governo federale interviene sulle Compagnie facendo pressione

perché abbassino i prezzi delle polizze prima che escano sul mercato, ma dato che il prezzo fissato potrebbe comunque essere troppo alto, il Governo può decidere di sovvenzionare la differenza. Ciascun cantone gode di un margine di autonomia nel definire le regole di sovvenzionamento del premio. Ad esempio, alcuni cantoni rimborsano ai cittadini una parte del premio eccedente il 10% del reddito. Va sottolineato che alla base dell'assicurazione obbligatoria c'è il principio di solidarietà, quindi i premi versati sono uniformi e variano solo per regione e per età (bimbi/adulti).

In Svizzera la spesa pubblica sovvenziona circa un terzo dei premi assicurativi pagati dai cittadini. La legge cantonale regola il sussidio, stabilendone la misura ed il beneficiario. Inoltre, i rispettivi cantoni sono obbligati per legge a coprire il 50% dei costi degli ospedali. La ragione di questo finanziamento sta nel fatto che gli ospedali sono obbligati ad avere una capienza maggiore di quella che sarebbe economicamente ottimale, per poter evadere tutte le richieste di ospedalizzazione in caso di emergenze. Questa procedura viene considerata una delle principali cause del forte incremento della spesa.

In Francia il contributo dell'assicurazione privata è del 12,7%, due terzi dei quali sono coperti da mutue senza fini di lucro e un terzo dalle compagnie di assicurazione. In questo mercato è prassi consolidata il rimborso delle spese direttamente sostenute dai cittadini (*out-of-pocket*) e la presenza di questo tipo di copertura può essere d'aiuto al sistema pubblico, in quanto, assorbendo le spese non coperte dallo Stato, facilita l'attuazione di riforme volte a contenere la spesa pubblica.

## **7. La fiscalità dell'assicurazione privata sulla salute**

Il ricorso a fonti alternative di finanziamento, e in particolare all'assicurazione privata, è oggetto di regolazione da parte dello Stato attraverso la politica fiscale. Le soluzioni adottate non sono uniformi e variano nel tempo a seconda della politica sanitaria adottata dai Governi.

In generale, l'acquisto di una polizza assicurativa malattie è incentivata fiscalmente con la motivazione che l'assicurazione privata serve a immettere ulteriori risorse nel sistema pubblico e ad alleggerire l'impegno che grava sul sistema quando l'assicurazione si rivolge a provider privati di servizi. Inoltre, l'assicurazione privata consente di intervenire con risposte mirate in un ambito, quale quello sanitario, dove il settore pubblico trova difficoltà a soddisfare una domanda sempre più articolata e complessa.

Nei paesi avanzati le agevolazioni fiscali presentano differenze sostanziali a seconda che l'acquirente sia un individuo o un'impresa. La maggioranza dei paesi, compresa l'Italia, prevede sgravi fiscali per gli individui, ma non per le imprese, mentre in Danimarca ed in Spagna sono applicati solo alle imprese. Gli unici paesi dove sono invece presenti ambedue le incentivazioni sono l'Austria, il Belgio e l'Irlanda (Colombo e Tapay, 2004).

In questo quadro estremamente variegato si inseriscono esempi di riduzione dei limiti di deducibilità fiscale. Il governo spagnolo nel 1999, ad esempio, ha ridotto del 15% lo sgravio fiscale su tutte le spese mediche, inclusi i premi assicurativi. Contemporaneamente ha previsto sgravi fiscali per le imprese che acquistano polizze assicurative per conto dei propri dipendenti. Nel Regno Unito nel 1990 è stato introdotto uno sgravio fiscale per gli ultrasessantenni, che è stato successivamente abolito in quanto il numero di sottoscrittori era aumentato di solo 50 mila unità in sette anni.

La riduzione degli incentivi fiscali, oltre ad essere spinta da esigenze di maggiore disciplina nei conti dello Stato, muove in alcuni casi dalla convinzione che non si debba stimolare l'intervento privato in quanto altera il meccanismo di formazione dei prezzi, genera spese addizionali di transazione e rappresenta un'imposizione fiscale regressiva, essendo lo sgravio

fiscale maggiore per i percettori di redditi elevati aventi una più alta aliquota marginale di imposta; infine comporta implicazioni in termini di equità (Mosialos e Thomson, 2002).

## 8. I rapporti con i fornitori dei servizi

Nel ruolo di finanziatore del sistema, l'APM può operare una selezione di fornitori e porli in concorrenza tra loro, contribuendo in questo modo a migliorare l'efficienza complessiva. Le compagnie d'assicurazione, spinte dalla necessità di attrarre clienti, possono innescare un meccanismo virtuoso che permette di offrire ai cittadini prestazioni migliori a prezzi concorrenziali; esse si trovano così ad essere più dinamiche, innovative e sensibili alle richieste dei consumatori rispetto al sistema sanitario pubblico che si trova irrigidito dalla necessità di offrire prestazioni uniformi ai cittadini.

Le esigenze di contenimento dei costi hanno d'altro canto portato a una limitazione della libertà di scelta dei provider dei servizi: ciò accade nei paesi dove esiste un'offerta dei servizi sanitari da parte di fornitori privati. In alcuni paesi, essa è stata circoscritta a una rete di fornitori di servizi prestabiliti e in taluni casi si rende necessaria l'autorizzazione del medico curante per accedere alle cure secondarie. Nel Regno Unito e in Spagna sono le stesse compagnie assicurative a fornire prestazioni mediche con una propria rete di strutture sanitarie; oltremania, per avvalersi di servizi al di fuori di tali reti, gli assicurati devono compartecipare alla spesa con una franchigia variabile a seconda della gravità degli interventi.

Pur considerato gli effetti positivi che la concorrenza genera sul sistema, taluni studiosi sostengono che il sistema privato è oberato da considerevoli costi amministrativi, sottraendo di conseguenza al finanziamento del sistema sanitario pubblico. Negli Stati Uniti, infatti, il sofisticato controllo di adeguatezza e qualità delle prestazioni offerte ha dato origine a costi supplementari di notevole entità rappresentati da adempimenti amministrativi pesanti, una delle cause dell'elevato costo del sistema sanitario americano (Jones, 2004).

Inoltre, nonostante il numero di visite e i giorni di degenza all'ospedale siano negli Stati Uniti inferiori rispetto agli altri paesi, l'utilizzo di costose tecnologie fa lievitare la spesa con ovvie e inevitabili implicazioni negative. I sistemi di rimborso "*fee for service*", sembrano incoraggiare i medici a prescrivere prestazioni superflue, mentre la grande sensibilità del sistema giudiziario statunitense verso la responsabilità civile incoraggia la cosiddetta "medicina difensiva", ovvero l'eccesso di cure e prescrizioni volto a ridurre il pericolo di essere accusati di negligenza (si stima che quest'ultimo fenomeno contribuisca alla spesa totale nella misura del 3%).

Tra le possibili ragioni degli alti costi della Sanità americana, ci sono anche la mancanza di competitività del sistema sanitario e lo smisurato potere dei fornitori di cure mediche. Infatti, la storica forza di quest'ultimi all'interno delle strutture delle assicurazioni sanitarie, sia pubbliche che private, ha dato vita a speculazioni e a rimborsi vantaggiosi, sia da parte degli ospedali che da parte dei medici, che sono stati in grado di ottenere onorari molto più elevati rispetto agli altri paesi.

Per arginare il problema, negli anni Settanta e Ottanta sono sorte negli Stati Uniti le Managed Care Organisations, agenzie specializzate nella gestione dei servizi sanitari, il cui obiettivo fondamentale è il contenimento dei costi delle prestazioni attraverso una fusione del ruolo di finanziatore con quello di fornitore di servizi. In questo caso, gli iscritti alla rete di managed care sono indirizzati a fruire servizi prestati nelle strutture sanitarie facenti parte di queste organizzazioni, ma è preservata la libertà di scelta dell'iscritto, che può ricorrere a servizi esterni alla rete dietro pagamento di una franchigia.

D'altro lato, occorre riconoscere che, se si prescinde dalle criticità rappresentate dal fatto

che ampie fasce di popolazione non hanno accesso alla sanità, il sistema americano si colloca al primo posto al mondo in termini di qualità delle prestazioni (Docteur *et al.*, 2003). Lo stesso impiego di nuove e costose tecnologie, quando necessarie, contribuisce ad avere diagnosi precoci e a migliorare la qualità delle cure.

Sempre in tema di costi, non bisogna dimenticare i significativi progressi compiuti dal settore assicurativo a livello di mercato. Le evidenze empiriche ottenute dalla comparazione internazionale dimostrano che è in corso un processo di concentrazione tra gli operatori del mercato, volto a conseguire economie di scala, con conseguente sensibile calo degli indici di spesa sui premi, mentre sono state innovate le modalità distributive dei prodotti attraverso forme dirette nella vendita più semplici, anch'esse foriere di risparmi sui costi.

La maggioranza dei Paesi avanzati tende a non regolamentare, nel rispetto della legge del libero mercato, le prestazioni offerte dalle assicurazioni private. Tuttavia, alcuni organismi di vigilanza sono molto attenti nel controllo della trasparenza e della completezza delle informazioni incluse nei prospetti di polizza al fine di consentire all'assicurato di valutare correttamente le diverse offerte sul mercato. In questo ambito, sono state emanate anche una serie di direttive comunitarie, volte a garantire trasparenza e comparabilità dei prodotti assicurativi.

L'assicurazione è sovente considerata causa di problemi di equità, sia perché l'accesso dipende fondamentalmente dalla capacità finanziaria dell'individuo sia perché sono previste nelle condizioni di polizza limitazioni nel livello e nella tipologia delle prestazioni offerte. A tal proposito, studi approfonditi hanno osservato come l'effetto redistributivo del reddito ottenuto tramite i rimborsi delle spese mediche abbia comportato disuguaglianze in Francia ed in Irlanda, mentre non ha sortito alcun effetto in Danimarca e ha avuto scarso influsso in Germania e nei Paesi Bassi.

Inoltre, se nella distribuzione dei servizi sanitari possono essere favoriti i cittadini coperti da assicurazione e sottratte risorse agli altri pazienti, questo rischio è presente soprattutto nei sistemi dove i confini tra il settore pubblico e quello privato non sono ben definiti, i servizi sono pagati da entrambi i sistemi e la capacità di soddisfare tutte le richieste da parte del sistema pubblico è limitata.

Va precisato, tuttavia, che le limitazioni dell'offerta dell'assicurato rispondono all'esigenza di affrontare due ordini di rischi, così rilevanti, che possono comprometterne, in casi estremi la stabilità finanziaria: il rischio di moral hazard e quello di antiselezione.

Il primo rischio viene generalmente affrontato tramite l'inclusione in polizza di franchigie, massimali e scoperti. I massimali e le franchigie sono applicati, a seconda dei tipi di copertura, agli importi per sinistro e/o per anno di contratto, al grado d'invalidità oppure alle durate dei periodi di incapacità professionale o ricovero ospedaliero. Lo scopo è in questo caso quello di responsabilizzare l'assicurato invitandolo a non abusare della presenza del cosiddetto terzo pagante, sia di contenere i costi delle polizze.

Le limitazioni nei rimborsi delle prestazioni mediche sono normalmente applicate a quelle più frequenti, mentre tendono a essere invece limitate nel caso di ricoveri ospedalieri o patologie gravi. Vengono in genere escluse prestazioni di natura ricorrente, quali le spese odontoiatriche o farmaceutiche, che sono pertanto prive delle prerogative di rischio che rendono possibile una loro mutualizzazione, da cui l'intervento dell'assicuratore.

Il rischio di antiselezione è presente nelle polizze individuali e in quelle collettive ad adesione volontaria, viene affrontato con la richiesta, all'atto della sottoscrizione della polizza, di una visita medica o della compilazione di un questionario anamnesico per accertare se l'assicurato non usi in maniera dolosa l'assicurazione per farsi rimborsare le spese di cura di patologie preesistenti.



La tipologia di prestazioni e i livelli di copertura offerti dall'assicurazione variano in relazione al tipo di contratto: nei contratti individuali, dove è presente il rischio di antiselezione, l'accertamento dello stato di salute di un assicurato nel momento della sottoscrizione della polizza diventa essenziale al fine di evitare comportamenti dolosi; nel caso di polizze collettive il rischio di antiselezione è invece inesistente.

## **9. L'offerta di servizi dell'assicurazione privata malattie**

L'assicuratore offre in genere una gamma molto ampia di servizi. In diverse forme assicurative la prestazione è pattuita come rimborso (totale o parziale) del costo effettivamente sostenuto per fruire del servizio sanitario. L'assicurazione di rimborso spese mediche costituisce la più importante copertura di tipo risarcitorio. Le spese rimborsate possono riguardare, a seconda del tipo di polizza, accertamenti diagnostici, onorari medici, spese di degenza ospedaliera, acquisto di medicinali, spese odontoiatriche, trattamenti fisioterapici, etc.

La prestazione può, inoltre, essere circoscritta a specifiche malattie, come nel caso delle polizze *dread disease* che intervengono solo in caso di patologie gravi.

In ogni caso, quando l'assicurazione interviene per coprire la popolazione esclusa dalle prestazioni del sistema pubblico, l'offerta tende ad essere piuttosto variegata anche se in certi Stati è regolata da norme specifiche. Infatti, in Germania e in Olanda sono vendute polizze standard a condizioni stabilite dalla legge, per evitare il rischio che parte della popolazione resti senza copertura medica.

Nel caso di coperture sanitarie supplementari, la domanda è destinata a soddisfare i bisogni di cittadini che non trovano risposte adeguate nell'ambito della sanità pubblica. A prescindere dalla struttura organizzativa del sistema sanitario pubblico, l'interesse per la "qualità" è andato via via aumentando in tutto il mondo. Le statistiche in questo caso sono impietose per quanto riguarda l'Italia, che nella classifica dei tredici paesi europei più industrializzati, si colloca all'undicesimo posto per qualità di servizi offerti, seguita solo da Portogallo e Grecia. (EuroHealth Consumer Index, 2005).

Tuttavia per quanto sussistano inefficienze e disservizi, è bene precisare che il sistema italiano, assieme a quello degli altri paesi europei, è un servizio capace di raggiungere l'intera popolazione, cosa che non si verifica negli Stati Uniti, dove molte persone sono di fatto escluse, a causa del basso reddito, dalle prestazioni sanitarie altamente tecnologiche.

A causa dei lunghi tempi di attesa per fruire di prestazioni mediche o di accomodamenti ospedalieri considerati non confortevoli, le limitazioni della libertà di scelta del provider possono ingenerare la decisione di assicurarsi. In diversi paesi — Italia, Danimarca, Australia, Irlanda, Nuova Zelanda e Regno Unito — la rigidità dell'offerta pubblica dovuta a politiche di razionamento della spesa costringe il cittadino a subire lunghi tempi di attesa per effettuare visite specialistiche, interventi chirurgici o semplici diagnosi.

L'assicurazione indirizza i cittadini verso strutture sanitarie in grado di fornire sollecitamente i servizi richiesti e in alcuni paesi consente anche di avvalersi di sistemazioni ospedaliere più confortevoli con il ricorso a camere a pagamento disponibili nel sistema pubblico. In Austria, Irlanda, Portogallo e Regno Unito, gli ospedali prevedono l'utilizzo di posti letto privati; in Australia, possono ospitare e fornire cure a pazienti in regime privato. In questo modo l'assicurazione costituisce un'ulteriore fonte di finanziamento, anche se ciò può creare discriminazioni in quanto potrebbero essere favorite le richieste dei privati sottraendo posti letto al sistema sanitario pubblico.

In altre forme assicurative, l'assicurazione privata viene utilizzata per sostituire il reddito da lavoro (ad esempio diaria per inabilità temporanea) e si concretizza in una rendita

corrisposta durante il periodo in cui l'assicurato è totalmente o parzialmente incapace, a causa della malattia, di svolgere la propria attività lavorativa; in altre forme, la somma pattuita è indipendente dall'effettivo impoverimento patrimoniale derivante dall'alterazione dello stato di salute (ad esempio capitale in caso di invalidità permanente).

Tra le polizze innovative immesse sul mercato dagli assicuratori vanno citate la Second Opinion Best Doctors e la Long Term Care. La prima garanzia prevede l'accesso a una rete selezionata di specialisti operanti per lo più in centri universitari, per verificare la correttezza della diagnosi precedentemente formulata e la terapia più idonea, di eccellenza nella ricerca medica, anche con suggerimenti circa le strutture più avanzate in ambito internazionale in caso di necessità particolari.

## 10. Long Term Care

La Long Term Care merita un discorso a parte. In futuro, ci si dovrà sempre di più confrontare con il problema della tutela a persone che versano in uno stato di non autosufficienza, non soltanto a seguito di infortunio o malattia, ma soprattutto a causa della senilizzazione della popolazione. Questo problema è aggravato dalla restrizione dei nuclei familiari, con la presenza di famiglie mononucleari, che rende sempre meno attuabile il modello tradizionale di assistenza prestata a domicilio (Assicurazioni Generali, 1999).

I costi della non autosufficienza possono assumere una dimensione difficile da sostenere, sia per il singolo che potrebbe essere costretto a depauperare il proprio patrimonio per far fronte alle spese di assistenza necessarie, sia per il bilancio dello Stato alle prese con il grave problema della scarsità di risorse. Per questa ragione alcuni Governi si sono mossi in anticipo sui tempi cercando nuovi canali di finanziamento e una maggiore integrazione tra intervento pubblico e privato, con soluzioni che ricalcano per lo più l'impostazione dei rispettivi sistemi sanitari.

Negli Stati Uniti le prestazioni assistenziali sono garantite, ma soltanto per una parte della popolazione, dai già citati programmi pubblici Medicare e Medicaid destinati al sostegno rispettivamente di persone anziane ed indigenti. L'assenza di uno stato sociale con una concezione universalistica, fa sì che si siano creati, in questo Paese, notevoli spazi per lo sviluppo di forme assistenziali private, e in particolare di polizze assicurative conosciute con il nome di long term care.

In Europa, tra le esperienze più avanzate va citata l'istituzione in Germania di un fondo statale obbligatorio, destinato specificatamente alla tutela delle persone non autosufficienti. Da questo fondo è possibile l'*opting out* per i percettori di redditi elevati, con le medesime regole previste per l'assistenza sanitaria. La copertura Long Term Care è basata su un sistema a capitalizzazione e vincolata, in un'ottica solidaristica, al rispetto di regole di non selezione del rischio; ciò peraltro ha costretto le compagnie a costituire un pool di imprese per la condivisione dei rischi aggravati.

La notevole complessità del problema dell'assistenza agli anziani, sia sotto il profilo economico sia sotto l'aspetto meramente umano, induce a prevedere un'articolazione degli spazi di integrazione anche a livello di terzo pilastro. Se al servizio pubblico è demandato il soddisfacimento dei bisogni di assistenza primari della popolazione e ai fondi un'integrazione a livello collettivo, è importante anche dare spazio a una previdenza individuale finalizzata a soddisfare esigenze più specifiche.

L'idea è che il bisogno di cure di lunga durata venga considerato un normale rischio della vita umana; in questa logica le proposte assicurative offerte alla terza età possono rientrare in un "pacchetto" di coperture, tra le quali possono essere comprese quelle di invalidità in caso di

infortunio o malattia e quelle previdenziali, che accompagnino l'individuo nell'arco della sua esistenza e che interagiscano sinergicamente tra loro.

Gli assicuratori hanno messo a punto nei diversi Paesi soluzioni atte a ridurre i problemi tecnico-assicurativi connessi a tale genere di prodotti. Tra questi, emerge innanzitutto la carenza dei dati tecnici sulla frequenza e sul grado di disabilità delle persone non autosufficienti, cosa che induce l'assicuratore a una giusta cautela nell'assunzione dei contratti e nella selezione dei rischi; in secondo ordine la dinamica stessa del rischio, crescente all'aumentare dell'età, determina la necessità di premi assicurativi elevati per le persone anziane.

La proposta delle assicurazioni private prevede l'accesso al prodotto a partire da fasce di età piuttosto basse, per le quali il rischio di disabilità è contenuto e, di conseguenza, anche il relativo premio. Inoltre, con un piano di versamenti articolato su un periodo di tempo sufficientemente lungo, coincidente anche con l'intera vita lavorativa, è possibile contenere l'impegno finanziario del contraente la polizza.

Tuttavia si riscontra una generale difficoltà delle persone a cogliere la portata del problema della non autosufficienza in tutti i suoi aspetti. Il fenomeno ha cominciato a manifestarsi solo di recente e, anche se è prevedibile un aggravamento della situazione, di fatto la maggior parte delle persone ne acquisisce la piena consapevolezza solo quando si trovano a farne esperienza diretta, quando cioè a ricadere nella situazione di non autosufficienza è un familiare o una persona comunque molto vicina; è evidente, però, che quando il problema si manifesta è tardi per poterne limitare le conseguenze economiche.

La questione non è di secondaria importanza, ove si pensi che il rischio assume una connotazione catastrofica sia in relazione al singolo individuo che a livello di collettività nazionale. Per sua natura il problema necessita quindi di soluzioni che, per essere davvero efficaci, devono essere attuate tempestivamente, prima cioè che il problema assuma dimensioni incontrollabili; tali soluzioni devono inoltre prevedere una distribuzione dei costi a vari livelli, pur mantenendo una responsabilizzazione individuale.

In questo contesto, lo sviluppo della previdenza complementare quale strumento di accumulazione di risparmio nel tempo può diventare uno strumento importante per finanziare una copertura Long Term Care. Al momento della pensione, ovvero in età avanzata quando matura la percezione del rischio di incorrere in uno stato di non autosufficienza, può essere prevista una duplice scelta per gli assicurati: la rendita piena per coloro che non intendono tutelarsi da tale rischio e una rendita inferiore utilizzando la differenza per finanziare una copertura LTC.

Per le persone già entrate nella terza età sembra logico concepire un prodotto che dia copertura immediata a fronte di un premio assicurativo unico; in tal modo risulta infatti possibile rispondere agli effettivi bisogni di questa fascia di clientela fortemente esposta al rischio in questione. Nonostante il premio richiesto sia, per i motivi già detti, elevato, la maggiore concentrazione del risparmio tra le classi più anziane, derivante da un ciclo di vita che privilegia i consumi nella giovane età, potrebbe attenuare la dimensione del problema.

Nell'ottica di fornire soluzioni integrate e concrete al problema dell'assistenza agli anziani, un utile completamento dei prodotti LTC è rappresentato dai servizi forniti dalle compagnie che operano nel ramo assistenza. Tali società si sono infatti specializzate in un'offerta che non si basa specificatamente su una logica assicurativa, ma che è complementare ad essa, nella prestazione di servizi in natura, come l'assistenza integrata domiciliare, comprendente servizi sanitari quali l'organizzazione e la gestione dei servizi di cura agli anziani direttamente a casa.

In quest'ottica, le compagnie di assicurazione sono in grado di offrire una risposta completa e globale al problema dell'assistenza alla terza età, la cui soluzione deve trovare impegnati, con

funzioni diverse ma integrate e coordinate per il raggiungimento di un unico obiettivo, istituzioni pubbliche e operatori economici privati.

## 11. Conclusioni

Benché presentino impostazioni significativamente diverse sia a livello di fornitori di servizi che nelle fonti di finanziamento, i sistemi sanitari dei paesi avanzati sono accomunati da una dinamica di crescita della spesa sanitaria superiore a quella del prodotto interno lordo. Numerose riforme sono state finora realizzate con l'intento di limitare i costi del sistema sia da lato dell'offerta che della domanda e sono state avviate campagne di prevenzione per favorire la diffusione di stili di vita positivi.

Nonostante i numerosi interventi abbiano contribuito a migliorare l'efficienza del sistema, la spesa sanitaria ha continuato ad aumentare. Per i prossimi anni si prevede un ulteriore aumento, in un ambito in cui la protezione sociale dovrà allargarsi anche a forme di assistenza verso il crescente numero di persone non autosufficienti legato all'invecchiamento della popolazione. A far crescere la spesa contribuirà la domanda sempre maggiore dei cittadini di qualità e celerità dei servizi prestati, ma soprattutto l'uso sempre più intensivo della tecnologia medica.

Il problema sanitario costituisce, quindi, un'importante sfida per i governi nazionali che devono conciliare le aspettative di miglioramento dei servizi con la scarsità di risorse. Interventi volti ad incrementare il gettito fiscale tramite aumenti della contribuzione sono difficili da ipotizzare poiché avrebbero effetti negativi sulla competitività delle imprese, in particolare se i maggiori oneri gravassero sul costo del lavoro.

In queste condizioni la diversificazione delle forme di finanziamento appare una soluzione ineludibile. Il problema di policy è quindi quello di individuare il corretto mix di intervento pubblico e privato che possa consentire di acquisire le risorse sufficienti a garantire un'assistenza sanitaria adeguata ai bisogni della popolazione. Si tratta di individuare il modo e i tempi per attuare gli indispensabili cambiamenti senza snaturare il criterio ispiratore dei sistemi sanitari, basato in Europa su principi di solidarietà. Si dovrà, infatti, cercare di mettere a punto politiche sanitarie che mirino a razionalizzare le risorse pubbliche e private, evitando di creare iniquità e discriminazioni nella gestione di un bene di grande rilevanza sociale, quale quello della salute.

L'assicurazione privata rappresenta, infatti, uno strumento importante per agevolare l'incontro tra domanda e offerta di servizi sanitari per l'ampia gamma di soluzioni da essa offerta e la capacità degli assicuratori di dare risposte flessibili e personalizzate. Inoltre, il sistema privato ha reso più dinamico il sistema sanitario nella maggior parte dei Paesi, in quanto ha dato la possibilità al singolo di scegliere gli operatori sanitari più idonei e di accelerare la tempistica delle cure rendendo il sistema più reattivo.

I policy-maker devono prevedere spazi dove l'assicurazione possa esplicare pienamente le sue potenzialità e diventare un efficace veicolo di finanziamento della spesa sanitaria, rispettando la libertà di azione e il perseguimento degli obiettivi propri di ogni attività economica. D'altro canto occorre anche evitare che l'assicurazione diventi strumento di inefficiente allocazione delle risorse e di discriminazioni tra gruppi di cittadini. Conciliare questi obiettivi non è certamente facile, ma rappresenta la condizione necessaria affinché il lavoro dell'assicuratore possa diventare importante nel progresso economico e sociale di una nazione.

A tale riguardo va ricordata l'impostazione del sistema olandese e svizzero, dove l'assicurazione svolge un ruolo cruciale nel finanziamento della spesa in forza dell'obbligo ai cittadini di stipulare una polizza per coprire le spese sanitarie in caso di malattia. Lo Stato

regola ampiamente l'offerta delle compagnie di assicurazione e attraverso la leva fiscale garantisce un accesso senza discriminazioni alle cure sanitarie, sovvenzionando le classi meno abbienti della popolazione.

È indubbio che il contributo che l'assicurazione può dare è più efficace se i soggetti coinvolti nella sanità riescono a fare "sistema". Questo è un compito che spetta alla politica, un compito che non può prescindere dal rispetto delle specificità del ruolo di ciascun attore coinvolto nel processo. Certamente, non si può prescindere dall'azione regolatrice dello Stato essendo ampiamente dimostrato il fallimento dell'assistenza sanitaria basata su forme di libero mercato. Spetta allo Stato, ma non solo, il compito di promuovere una maggiore trasparenza nei rapporti tra le parti, ma anche di diffondere una maggiore informazione al fine di permettere ai cittadini di attuare scelte consapevoli, nonché di controllare il funzionamento del sistema.

Occorre peraltro cercare sinergie con altri strumenti di protezione sociale, quale la previdenza complementare, che già trova diffusione in diversi paesi, ancorché non in modo sufficiente. Lo strumento dell'accumulazione del risparmio, che risponde a queste finalità, potrebbe, con il passare del tempo, cambiare destinazione, almeno in parte, per finanziare coperture sanitarie e long term care. Si tratta in sostanza di prevedere sul piano legislativo un impiego flessibile del capitale accumulato per far fronte a bisogni che possono mutare durante il ciclo di vita individuale. Le risorse finanziarie di ciascuno potrebbero così essere depositate su un conto istituito allo scopo di coprire le spese mediche prima di averne necessità. In quest'ottica possiamo citare ad esempio i Conti di Risparmio Sanitari, istituiti in alcuni paesi, che vengono di norma introdotti parallelamente ad un'assicurazione medica, coprendo servizi specifici caratterizzati da rischi finanziari più elevati, che spesso superano le capacità economiche dei singoli.

In un prossimo futuro diventa quindi auspicabile creare un sistema sanitario dove sia presente un'armonizzazione di intenti e sinergie tra settore pubblico e privato. Un modello che ponga al centro la salute e il benessere collettivo, ma che soprattutto rimanga fedele al principio di solidarietà, valore quest'ultimo che determina e connota il progresso di un Paese che intende sostenere e promuovere la coesione sociale.

#### RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Assicurazioni Generali (1999): *Riforma del Sistema Sanitario Assistenziale: Convergenza tra Pubblico e Privato*, Assicurazioni Generali.
- Bankauskaite, V., Saltman, R. and Vrangbaek (2004): "The Role of Decentralization of European Health Care Systems", *European Observatory on Health Systems and Policies*, Ministero de Sanidad y Consumo, Department of political Science University of Copenhagen.
- Batljan, I. (2004): "How to Refine Estimation of Demographic Influence in Health Care Demand: Different Methods", Presentation to the joint AWG-OECD meeting of 3 June 2004.
- Bjornerud, S. and Oliveira Martins, J. (2005): "Disentangling Demographic and Non Demographic Drivers of Health Spending: A Possible Methodology and Data Requirements", EC/OECD Workshop 21-22 February 2005, Brussels, Economics Department, OECD
- Docteur, E., Suppanz, H. and Woo, J. (2003): "The US Health System: An Assessment And Prospective Directions For Reform Economics Department Working Papers No. 350", Organisation for Economic Co-operation and Development.
- European Commission Directorate — General for Economic and Financial Affairs (2005): "The 2005 EPC Projections of Age — Related Expenditure (2004-2050) for the EU25 Member States: Underlying assumptions and Projection Methodologies", Report prepared by the Economic Policy Committee and the European Commission (DG ECFIN).

- European Commission Directorate — General for Economic and Financial Affairs (2006): “The Impact of Ageing on Public Expenditure :Projections for the EU 25 Member States on Pensions, Health Care, Long-Term Care, Education and Unemployment Transfers (2004-2050), Report prepared by the Economic Policy Committee and the European Commission (DG ECFIN).
- Folland, S., Goodman, A., and Stano, M. (1997): *Economics of Health and Health Care*, Pearson Prentice Hall, chapter 8.
- Fries, J.F. (1980): “Ageing, Natural Death, and the Compression of Morbidity”, *New England Journal of Medicine* 303, pp. 130-135, New England.
- Getzen, T. (2000): “Health Care is an Individual Necessity and a National Luxury: Applying Multilevel Decision Models to the Analysis of Health Care Expenditure”, *Journal of Health Economics* 19, pp. 259-270.
- Grunenberg, E.M. (1977): “The failure of success”, *Milbank Memorial Fund Q. Health Soc.* 55, pp. 3-24.
- Health Consumer Powerhouse (2005): “2005 EuroHealth Consumer Index”, *Health Consumer Powerhouse*.
- INPDAP (2002): *Rapporto Annuale sullo Stato Sociale in Europa*, INPDAP.
- Jones, I.C. (2004): *Why Have Health Expenditures as a Share of GDP Risen So Much?*, Department of Economics, U.C. Berkeley and NBER.
- Manton, K.G. (1982): *Changing Concepts of Morbidity and Mortality in the Elderly Population*, *Milbank Memorial Fund Q. Health Soc.* 60, pp. 183-244.
- Mossialos, E. and Thomson, S. (2002): Report on *Voluntary Health Insurance in the European Union*.
- European Observatory on Health Care Systems and LSE Health & Social Care, London School of Economics and Political Science for European Commission.
- OECD (2004): *Private Health Insurance in OECD Countries*, OECD Health Project.
- OECD (2005): *Health Data*, OECD.
- OECD INDICATORS (2005): *Health at a Glance*, OECD.
- Roos, N.P., Montgomery, P. and Roos, L.L. (1987): “Health Care Utilization in the Years Prior to Death”, *The Milbank Quarterly* no. 65, p. 231-254.
- Tapay, N. and Colombo, F. (2004): “Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems”, *OECD Health Working Papers*, OECD, Paris.
- Taylor, M. and Marocco, P. (2005): *Genetics and Life Insurance*, Assicurazioni Generali, Trieste.



## **TFR e previdenza complementare: si può ragionare a prescindere dagli sviluppi del sistema di welfare?**

di Paolo Sestito\*

### **1. Introduzione**

La promulgazione del D.Lgs 252 del 2005 ha fatto compiere un ulteriore passo in avanti alla definizione del secondo pilastro del sistema previdenziale in Italia. Essa si è accompagnata a vigorose polemiche, sulla posizione più o meno privilegiata da assegnare dapprima ai fondi cosiddetti collettivi e poi sul ritardo della sua effettiva applicazione. Il clamore a esse legato ha però fatto perdere di vista una serie di altri importanti punti, altrettanto controversi e intrinsecamente legati all'opzione fondamentale con quel decreto (e già in precedenza) perseguita.

In questa nota si intende esaminare criticamente i profili di quel decreto, non solo e non tanto per quanto concerne gli aspetti legati al ruolo dei fondi collettivi, bensì partendo dalle ragioni e dai problemi che sottostanno il ricercato sviluppo della previdenza complementare. Si esporranno quindi alcune osservazioni critiche sulle scelte compiute nel decreto per concludere quindi prospettando possibili linee migliorative, che, necessariamente, non possono però prescindere dall'evoluzione dello stesso pilastro di base.

### **2. Perché la previdenza complementare?**

In Italia, dell'esigenza di uno sviluppo della previdenza complementare si è iniziato a parlare in connessione con le riforme del sistema di previdenza di base a ripartizione. A fronte dell'abbassamento, prospettico, dei rendimenti garantiti da questa la previdenza complementare è stata vista, e presentata, soprattutto come il mezzo per mantenere sufficientemente elevati i tassi di rimpiazzo complessivi (definiti come il rapporto tra trattamenti pensionistici e ultima retribuzione), visti come misura sintetica dell'adeguatezza delle pensioni future.

A ben vedere, questa capacità di accrescere i redditi dei pensionati futuri (o evitarne il calo) da parte della previdenza complementare non può che basarsi su una combinazione di due elementi: un maggior risparmio oggi, destinando quindi risorse aggiuntive (rispetto alle già spesso alte aliquote contributive della previdenza di base); un maggior rendimento che la logica della capitalizzazione riuscirebbe a garantire rispetto alla ripartizione (un dato che ha a che fare con i rendimenti del capitale ottenibili sul mercato rispetto alla crescita del prodotto insita nella crescita della produttività e in quella della popolazione). Non a caso chi sottolinea maggiormente questo secondo aspetto propugnerebbe un ancor più accentuato ribilanciamento dell'intero sistema previdenziale, riducendo ulteriormente il ruolo della previdenza di base (che comunque assorbe un ammontare di risorse significativo anche a regime, non solo quindi

---

\* Banca d'Italia e Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Le opinioni qui espresse sono esclusivamente personali e non coinvolgono le Istituzioni di appartenenza.



nella lunga fase di transizione dal vecchio regime al nuovo sistema definito dalla riforma del 1995 e per via degli oneri che i trattamenti definiti dalle più generose regole passate continueranno a determinare).<sup>1</sup> Chi viceversa sottolinea in prevalenza il primo aspetto, all'opposto si chiede perché il maggior risparmio, necessario oggi per il futuro, non sia ottenibile già all'interno della previdenza di base, con la costituzione e l'accumulo di un fondo al fine di smussare gli sbilanci temporanei di origine demografica (e ciclica) tra contribuzioni e prestazioni che sono insiti in un sistema a ripartizione<sup>2</sup> e/o "fiscalizzando" una serie di oneri impropri oggi pagati dai contributi previdenziali e perseguendo una più netta separazione tra "assistenza" — da porre carico della fiscalità generale — e "previdenza".<sup>3</sup>

Spesso nel dibattito sopra sintetizzato hanno pesato elementi aprioristici a favore del sistema a ripartizione o di quello a capitalizzazione, con grossolane semplificazioni — trascurando ad esempio la questione dei rischi associati ai diversi rendimenti insiti nella ripartizione e nella capitalizzazione, dei costi di gestione dei diversi sistemi e del fardello comunque discendente dalle obbligazioni insite nelle regole pregresse del sistema di base (la necessità cioè di accumulare oggi risorse tanto per garantire i futuri trattamenti a capitalizzazione, quanto i trattamenti degli attuali pensionati e pensionandi). Soprattutto, ci pare però che nel dibattito siano stati trascurati due elementi essenziali, la cui mancata considerazione ha portato a una sorta di fideistica speranza nella previdenza complementare — la questione fondamentale divenendo quella dell'innescarne, comunque, uno sviluppo — e a una scarsa attenzione alle questioni di disegno della stessa e delle sue interazioni con il sistema di base.

Il primo elemento trascurato ha a che fare con la causa principale sottostante la riduzione prospettica dei rendimenti garantiti dal sistema di base a ripartizione. Questa, per quanto più visibile e inscritta nella riforma del 1995 che detta come dovranno essere determinati i futuri trattamenti pensionistici per il sistema di base,<sup>4</sup> non può non influenzare anche i trattamenti del sistema integrativo a capitalizzazione. Il secondo discende dal fatto che il mix ottimale tra pilastro di base a ripartizione e pilastro integrativo a capitalizzazione dovrebbe coniugarne al meglio vantaggi e svantaggi reciproci, presumibilmente dipendendo dal livello di reddito di ciascun soggetto — perché il rischio finanziario insito nella capitalizzazione dovrebbe essere meglio sopportabile da individui ad alto reddito, laddove la previdenza di base dovrebbe meglio fornire spazi per l'operare di interventi di natura redistributiva.

---

<sup>1</sup> Un po' semplificando, si può dire che questa è la ratio delle proposte formulate da F. Modigliani, in cui si immagina in realtà che il pilastro di base e pilastro integrativo vengano per molti aspetti fusi in un sistema a capitalizzazione in cui però vengano introdotte delle garanzie a fronte del rischio finanziario insito nella logica della capitalizzazione. Cfr. ad esempio Modigliani F. e M.L. Ceprini, "Social Security Reform: A Proposal for Italy", *Review of Economic Conditions in Italy*, 1998, no. 2.

<sup>2</sup> Si noti che la costituzione di un fondo di garanzia, atto a smussare fluttuazioni e squilibri di origine demografica o ciclica, darebbe più stabilità a un sistema a ripartizione senza però mutarne la natura intrinseca. A lungo andare, il fondo dovrebbe infatti essere mantenuto comunque in una proporzione approssimativamente costante rispetto alle prestazioni da garantire. Per un esempio di proposta di costituzione di un fondo di tale tipo si veda Marano A., "Un fondo di riserva per il sistema pensionistico italiana", *Politica Economica*, n. 2/2005.

<sup>3</sup> Dietro l'idea di porre a carico della fiscalità generale talune prestazioni stanno argomenti diversi. Vi giocano un peso ragioni di trasparenza e di più precisa identificazione degli elementi redistributivi che si intendano perseguire, laddove nelle regole del sistema pensionistico di base vigente prima della riforma del 1995 gli elementi redistributivi spesso operavano in maniera perversa, favorendo i lavoratori con carriere retributive più dinamiche (in prevalenza a più alta qualifica e più alto reddito). Un maggior ruolo della fiscalità generale è anche un mezzo per spostare il peso del finanziamento del sistema dal fattore lavoro ad altri fattori produttivi, facendo contribuire all'azione di risanamento del sistema pensionistico gli stessi pensionati (in quanto percettori di redditi o in quanto consumatori, con un carico fiscale che nel primo caso tende a d essere progressivo, nel secondo invece regressivo).

<sup>4</sup> Con qualche ambiguità, perché la legge si limita a stabilire che a cadenza decennale si dovrà procedere ad aggiornare i cd coefficienti di trasformazione - che stabiliscono come il montante previdenziale accumulato in capo a ciascun soggetto al momento del pensionamento debba tramutarsi in trattamenti pensionistici per la sua vita residua (e in trattamenti a favore degli eventuali sopravvissuti) — sulla base delle statistiche aggiornate sull'aspettativa di vita residua. La cadenza decennale dell'aggiustamento è fonte di problemi perché si vengono così a generare salti nei trattamenti garantiti a chi vada in pensione subito prima o subito dopo l'aggiustamento, con iniquità ingiustificate e che potrebbero indurre un eccesso di pensionamenti giusto in prossimità dell'aggiustamento stesso. La non automaticità dell'aggiustamento è poi fonte di tensioni e rischi politici, per via del possibile affacciarsi della tentazione di mitigarne o procrastinarne l'effettuazione, un'eventualità già materializzatasi in occasione del primo di questi aggiustamenti che avrebbe dovuto aver luogo nel 2005 e non è stato attuato, presumibilmente per non accentuare uno scontro già aspro per via delle altre misure previdenziali varate nel 2004. Va detto che le conseguenze pratiche del ritardato (sino a ora mancato) aggiustamento dei coefficienti sono all'atto pratico irrilevanti perché quasi nessun trattamento viene oggi liquidato sulla base dei coefficienti di trasformazione e i futuri adeguamenti di questi terranno conto delle statistiche nel frattempo aggiornate sulla longevità; il mancato intervento però dimostra come il previsto iter politico-istituzionale ponga a rischio la tenuta del sistema, che da questo aggiustamento alle realtà demografiche dipende per il mantenimento della propria sostenibilità finanziaria.

In effetti, il calo dei trattamenti pensionistici futuri è essenzialmente legato al prolungamento dell'attesa di vita residua di chi andrà in pensione. A lungo andare, il progressivo incremento del rapporto tra ultrasessantacinquenni e potenziali occupati (convenzionalmente individuati dalla popolazione tra 15 e 64 anni di età),<sup>5</sup> secondo le ultime proiezioni ISTAT<sup>6</sup> destinato a salire dal 22% odierno al 63% del 2050, è connesso in primo luogo con la più elevata longevità. Il progressivo miglioramento di questa non può essere contrastato, se non temporaneamente, da maggiori migrazioni o anche da un recupero della natalità su valori tali da garantire un'approssimativa costanza della popolazione.<sup>7</sup> In questo scenario di miglioramento della longevità — un miglioramento che è da ascrivere soprattutto al ridursi della mortalità nelle età più avanzate — ove rimanesse immutato il pattern delle età di pensionamento si dovrebbe necessariamente spalmare i trattamenti pensionistici su un periodo di tempo più lungo, riducendo gli stessi (a parità di risorse). Le uniche alternative sono nell'accumulo (in precedenza) di maggiori risorse e/o nel posticipo dell'età di pensionamento. Sebbene questo nesso sia esplicitamente sancito<sup>8</sup> dal sistema a contribuzione definito nozionale introdotto dalla riforma del 1995 per il pilastro di base a ripartizione, lo stesso problema sussisterebbe anche in un ipotetico sistema a capitalizzazione. Banali considerazioni di equilibrio finanziario implicano che i trattamenti futuri della previdenza integrativa devono tener conto del progredire della longevità residua di chi sia in pensione. Non a caso, del resto, i prodotti previdenziali integrativi oggi esistenti si guardano bene dal promettere trattamenti garantiti a fronte della futura evoluzione della longevità media, riservandosi di introdurre a tempo debito i necessari adeguamenti. La formulazione adoperata in proposito è tra l'altro ben poco trasparente, con spazio per interventi unilaterali del gestore dei fondi, laddove invece il sistema previdenziale di base fa riferimento a una formula sancita normativamente per “trasformare” il montante contributivo accumulato in trattamenti pensionistici. La previdenza integrativa ha perciò essa stessa da ovviare al problema della crescente longevità e la scarsa trasparenza con cui il problema è oggi affrontato rappresenta anzi un possibile disincentivo per i lavoratori-risparmiatori che debbano decidere se destinarvi maggiori risorse.

La previdenza integrativa di per sé non evita quindi il problema demografico. La scelta a favore dello sviluppo della stessa è perciò da intraprendere al fine di meglio combinare i rispettivi vantaggi e svantaggi — in termini di rendimenti medi, rischiosità degli stessi e costi di gestione — dei sistemi a capitalizzazione e a ripartizione, non già per colmare un buco, contabile, connesso al previsto ridursi dei trattamenti nel pilastro di base, a ripartizione. Il perseguimento dello sviluppo della previdenza integrativa non andrebbe inoltre immaginato in sostituzione a interventi, nel pilastro di base e più complessivi nel mercato del lavoro, che, in parallelo al miglioramento della longevità, spostino progressivamente in avanti le età effettive di pensionamento, questo spostamento in avanti essendo in realtà il miglior mezzo per coniugare sostenibilità finanziaria e adeguatezza dei trattamenti pensionistici.<sup>9</sup>

### 3. Le direttrici degli interventi effettuati in Italia

La psicosi del buco da colmare pare invece avere sinora prevalso. Il compromesso realizzato con la riforma del 1995 del pilastro di base — che spostava solo di poco in avanti le

<sup>5</sup> Ovviamente anche questa convenzione definitoria dovrà presumibilmente esser rivista alla luce delle tendenze demografiche. Inoltre, è da tener in conto che lo sviluppo della scolarità oltre il livello di base comunque implica che ben pochi 15-24enni possono (ed è opportuno che possano) essere occupati.

<sup>6</sup> Cfr. ISTAT, Previsioni demografiche nazionali: 1° gennaio 2005-1° gennaio 2050, marzo 2006.

<sup>7</sup> Le prime potrebbero attenuare gli effetti del baby boom — baby boost dei passati decenni, i cui effetti saranno soprattutto visibili nei prossimi 20-30 anni, quando gli attuali, relativamente numerosi, quarantenni oltrepasseranno la soglia dei 65 anni e i pochi ventenni di oggi saranno nel pieno della loro vita attiva. La seconda, i cui effetti sui dati demografici prima citati comunque non sono immediati, eviterebbe un progressivo ridimensionamento del rapporto tra nuovi entrati e usciti dal mercato del lavoro, senza però poter, a lungo andare, influire sul rapporto tra lo stock dei già usciti dal mercato del lavoro — in progressiva crescita per via della maggiore longevità — e gli attivi.

<sup>8</sup> Sia pur con le ambiguità e i problemi di cui si è detto in una nota precedente.

<sup>9</sup> Su tale questione si rimanda a Fornero, E. e Sestito, P. (a cura di) (2005): *Beyond Mandatory Retirement*, E. Elgar.

soglie minime di pensionamento, cristallizzandole dal 2008 in poi su un dato anagrafico, di 57 anni di età, piuttosto basso e comunque non agganciato al progressivo miglioramento della longevità — sembrava assegnare soprattutto allo sviluppo della previdenza integrativa l'obiettivo dell'adeguatezza dei trattamenti pensionistici. Per di più, poiché la riduzione dei trattamenti forniti dal pilastro di base era spostata nel futuro più lontano e poco percepibile dal lavoratore-risparmiatore — le ragioni di tutto ciò essendo plausibilmente di natura politica, legate al timore di una opposizione alla riforma medesima — la propensione all'investimento nella previdenza integrativa è finora risultata piuttosto scarsa. Il legislatore è così sempre rimasto tentato dall'opzione di determinare comunque, eventualmente anche con misure quasi-forzose, lo sviluppo del pilastro integrativo.

Figlio di tale approccio è anche l'intervento da ultimo definito nel 2005. Rispetto all'iniziale ipotesi di obbligo di conferimento alla previdenza integrativa del TFR, l'idea di forzare la mano ai lavoratori è stata ridimensionata, con la previsione d'un meccanismo di silenzio-assenso, in base al quale il lavoratore che si esprima in senso contrario può mantenere la destinazione precedente del TFR (il passaggio di questo al pilastro integrativo divenendo solo la nuova opzione di default). Vi si sono associati interventi di incentivazione positiva a vantaggio del lavoratore — soprattutto di natura fiscale — e di forte compensazione per le imprese — che col venir meno del TFR perderebbero una fonte di finanziamento certa e a basso costo. Il confronto sulle questioni di regolazione del pilastro integrativo si è soprattutto appuntato sul favore o meno da garantire ai fondi collettivi previsti dalla contrattazione collettiva nell'ambito del lavoro dipendente; nel caso delle libere professioni si sono invece ampliati i margini a favore della costituzione di fondi integrativi da parte delle cd casse privatizzate, con la prospettiva di generare una commistione tra pilastro di base (che in questi casi, pur essendo obbligatorio, viene mantenuto in una logica categoriale e non necessariamente in linea con le regole generali del sistema a contribuzione definita nozionale) e di quello integrativo.

#### **4. Numerosi sono i profili critici degli interventi concretamente effettuati**

L'incentivo di natura fiscale al lavoratore-risparmiatore si muove nell'ambito dell'ibrido regime di tassazione preesistente, che si discostava dal regime EET (esenzione delle contribuzioni, esenzione dei rendimenti ottenuti in fase di accumulo e tassazione nella fase finale di percezione delle prestazioni all'interno della normale tassazione personale)<sup>10</sup> perché vengono tassati i rendimenti esentando le future prestazioni (per la parte afferente i rendimenti già tassati). In quell'ambito, si prevedono forti incentivi perché la tassazione futura dei trattamenti avverrebbe non riportando questi nell'imponibile fiscale del soggetto, ma assoggettandoli a un'aliquota secca ridotta, l'aliquota in questione essendo decrescente (entro un plafond massimo) al crescere della durata dell'investimento nei fondi previdenziali integrativi. Presumibilmente il regime fiscale ibrido (preesistente) è da ascrivere alle pesanti implicazioni per i conti pubblici che si sarebbero generate, durante tutta la prima fase di accumulo dei fondi integrativi, a seguito di una piena transizione al regime EET, pur ventilata nel periodo intercorso tra approvazione della legge delega (nell'estate del 2004) e successiva promulgazione del decreto legislativo (nell'autunno del 2005). Così facendo si è però reso scarsamente credibile il regime di incentivazione previsto: esso dipende infatti dal mantenimento, durante la futura fase di percezione dei trattamenti, della promessa di applicazione d'una aliquota ridotta, una promessa che un legislatore pressato da emergenze finanziarie e da un volume crescente di sconti fiscali legati ai trattamenti integrativi potrebbe trovar difficile da mantenere. Questo rischio di inconsistenza temporale potrebbe rendere

---

<sup>10</sup> Il regime EET è in assoluto considerato preferibile perché caratterizzato da neutralità rispetto alle scelte di risparmio e di investimento.

l'incentivazione poco credibile agli occhi dei lavoratori-risparmiatori e quindi poco efficace nello smuoverne le scelte odierne. Inoltre, è da sottolineare come la formulazione data al regime di incentivazione fiscale faccia assumere al regime impositivo un forte connotato regressivo. Il beneficio fiscale è infatti tanto più rilevante nel caso di soggetti a più alto reddito e sottoposti ad aliquote marginali di imposta più elevate. Il rischio è che venga così accentuata la natura spesso regressiva degli incentivi allo sviluppo della previdenza integrativa insita nel fatto che la maggiore propensione all'investimento in previdenza integrativa dei soggetti a più alto reddito comunque tende a indurre un maggior uso degli incentivi da parte di questi ultimi.<sup>12</sup>

Piuttosto onerosa e complessa è anche la compensazione prevista per le imprese, che, come detto, specie nel caso delle piccole imprese a rischio di razionamento sul mercato del credito, si vedono venir meno una fonte di finanziamento certa e a basso costo. In effetti, il venir meno dell'iniziale ipotesi di collegamento tra destinazione a previdenza integrativa del vecchio TFR e riduzione della contribuzione obbligatoria al pilastro di base (prevista nell'iniziale disegno di legge governativo) ha indotto a prevedere interventi a beneficio delle imprese che rischiano di interferire col normale funzionamento del mercato creditizio.

L'intervento di rimodulazione dell'opzione di default del lavoratore ha dal canto suo fatto passare nel dimenticatoio l'esigenza che le scelte del lavoratore-risparmiatore avvengano in condizioni di trasparenza informativa. Un intervento tutorio che imponga forme di risparmio previdenziale di per sé non è censurabile e anche la predisposizione di un'opzione di default può esser difesa con eguali argomenti nella misura in cui così si riduca il rischio di scelte irrazionali e inconsapevoli, tanto più probabili in un campo in cui le scelte di oggi devono proiettarsi su un futuro alquanto lontano e tener conto di parametri finanziari che pochi masticano. Il forzar la mano, in un modo o nell'altro, è però alla fine stato visto come sostitutivo di qualsivoglia sforzo di accrescere le informazioni e la consapevolezza delle scelte da parte dei lavoratori. Come prima detto, ben pochi soggetti oggi sanno quali saranno i loro probabili trattamenti pensionistici futuri.<sup>12</sup> Ben pochi sono in grado di decidere sapendo cosa potrebbero avere aggiuntivamente dalla partecipazione alla previdenza integrativa e quali siano i rischi finanziari a essa connessi. La scarsa informazione sulla propria situazione futura e la scarsa trasparenza dei fondi integrativi esistenti sul mercato non favoriscono le scelte a favore del pilastro integrativo e, in prospettiva, rischiano di rendere poco consapevole e poco efficace anche l'operare della concorrenza tra i diversi fondi. In questa situazione, il compromesso trovato con la promulgazione del decreto — che sancisce un favore per i fondi collettivi, promossi dalla contrattazione collettiva che potrebbe destinarvi risorse aggiuntive rispetto al TFR, perché si consente al singolo lavoratore di trasferire da un fondo a un altro solo il flusso di TFR,<sup>13</sup> oggettivamente indebolendo quel principio di trasferibilità che è condizione necessaria per la contendibilità del mercato dei fondi, ma rinviandone gli effetti al 2008 — rischia di combinare il peggio delle diverse soluzioni. A regime, si indeboliscono gli stimoli concorrenziali nel mercato della previdenza integrativa, lasciando però nel frattempo ampi

---

<sup>11</sup> Sulle caratteristiche regressive che le agevolazioni alla previdenza integrativa spesso finiscono con l'assumere si veda Antolin P., De Serres A. and De la Maisonnette C. (2004), "Long-term budgetary implications of tax-favoured retirement plans", Oecd Economics department WP no. 393.

<sup>12</sup> Le aspettative sulle pensioni di base tendono perciò a polarizzarsi sui due estremi, di coloro che immaginano una prosecuzione delle regole vigenti per i pensionati di oggi (con pensioni di base generose, in relazione a quanto contribuito effettivamente, che la legislazione vigente in realtà già prevede in via di superamento) e di coloro che immaginano che il sistema stia per crollare e che nulla sarà loro garantito.

<sup>13</sup> Da un punto di vista giuridico la questione è stata dibattuta perché si è sostenuto che fare altrimenti avrebbe violato l'autonomia contrattuale delle parti. D'altro canto, al di là del fatto che la legge delega si esprimeva in senso opposto, perché sembrava privilegiare il principio della libera trasferibilità delle risorse accantonate dai lavoratori, è stato sostenuto che anche il normale salario, pur essendo determinato in buona parte dalla contrattazione collettiva, è poi nella piena e libera disponibilità del singolo lavoratore. Da un punto di vista economico il favore da assegnare ai fondi collettivi può esser sostenuto sulla base di due motivazioni. Le maggiori economie di scala che sono da essi conseguibili, col risultato di ridurre i costi di gestione dei fondi che sono il tallone d'Achille del pilastro integrativo. Il fatto che l'ampliare il novero di materie oggetto della contrattazione collettiva può consentire di effettuare più proficui scambi tra le parti. Entrambe le considerazioni non paiono però dirimenti, perché i costi di gestione potrebbero ben essere ridotti centralizzando la funzione di raccolta delle contribuzioni, che è il segmento operativo dove maggiori possono essere le economie di scala da sfruttare, e perché le parti ben potrebbero contrattare su contribuzioni a carico dell'impresa la cui destinazione, quanto a scelta del fondo integrativo in cui investire, venga poi lasciata nella disponibilità del singolo lavoratore.

marginari ai fondi individuali già esistenti o in procinto di esser costituiti — soprattutto da parte delle società di assicurazioni — per rafforzarsi nel mercato; il tutto per di più con prodotti alquanto più costosi quanto a spese di gestione (il che è per molti aspetti insito nel fatto che i fondi individuali possono meno sfruttare economie di scala) e che si caratterizzano per un caricamento dei costi di gestione fortemente *front-loaded*, anch'essi così finendo con l'ostacolare quella trasferibilità tra fondi diversi ritenuta tanto importante a fini concorrenziali.

Al di là di questi specifici profili critici, il problema principale sembra però risiedere nel fatto che lo sviluppo della previdenza integrativa è stato pensato indipendentemente dai suoi nessi col sistema previdenziale di base e con quello di welfare più complessivo.

Per come configurati, gli incentivi a favore dei lavoratori e le compensazioni a favore delle imprese che facciano transitare il TFR al pilastro integrativo trascurano le funzioni, succedanee di altri istituti del welfare poco sviluppati nel contesto italiano, che il TFR oggi assume per i lavoratori, in caso di perdita del posto di lavoro e a fronte di necessità familiari e problemi di salute. In parte il problema è affrontabile prevedendo che dai fondi accumulati con una finalità previdenziale il lavoratore possa, entro certi limiti che comunque ne mantengano la funzione previdenziale di lungo termine, effettuare certi prelievi in caso di necessità. Lascia però perplessi che la questione TFR non venga affrontata in parallelo a quella della sempre rimandata creazione di un universale, robusto ed efficace regime di sostegno al reddito per chi perda un lavoro. Senza voler qui discutere del problema,<sup>14</sup> va comunque detto che sottolineare la presenza di questi utilizzi del TFR, forse più meritevoli di tutela rispetto ad altri, non implica un giudizio positivo sulle modalità con cui oggi il TFR assolve a tali funzioni. Un aspetto in quanto tale positivo è nel fatto che il TFR viene liquidato una tantum, al momento del licenziamento, e quindi non rischia di ingenerare disincentivi nella ricerca di un nuovo lavoro. Anche ragionevole è il fatto che il sostegno al reddito del lavoratore licenziato sia funzione crescente della tenure aziendale pregressa. Propria questa modalità, associata col fatto che il TFR rimane nella disponibilità dell'impresa, lo rende però a rischio di distorsioni: si rischia infatti di indurre l'impresa a licenziare, di preferenza, un lavoratore a bassa tenure, perché più ridotto è il problema di reperimento delle risorse finanziarie che in tal modo viene a porsi; il futuro regime ibrido, in cui TFR e pilastro integrativo coesisteranno, potrebbe da questo punto di vista addirittura accentuare le distorsioni, perché l'impresa sarà indotta a selezionare, in caso di licenziamento, i soggetti privi di TFR perché aderenti alla previdenza integrativa. Per combinare le diverse esigenze, un riformato regime di sussidi di disoccupazione potrebbe perciò esser integrato con la costituzione di un fondo simile al pregresso TFR, da costituire cioè a valere da contribuzioni calcolate annualmente, però accumulate in un fondo nazionale e non lasciate nella disponibilità delle imprese, da cui il lavoratore che abbia perso il lavoro possa, ma non debba, attingere in caso di necessità, lungo le linee di uno schema di recente introdotto in Austria.

Ancor più irragionevole appare però la mancata considerazione della non omogeneità dei nessi tra pilastro previdenziale di base e pilastro integrativo per i diversi gruppi di popolazione. Per quanto attenuato rispetto all'ipotesi iniziale di forzoso trasferimento del TFR alla previdenza integrativa, si è sempre mantenuto l'assunto secondo cui tutti i lavoratori sarebbe opportuno che aderissero alla previdenza integrativa, senza considerare il fatto che, l'esperienza empirica degli altri paesi, così come la considerazione dei maggiori rischi finanziari che il singolo individuo deve sopportare negli schemi previdenziali integrativi, suggeriscono una propensione ad aderire alla previdenza integrativa differenziata in base al reddito. Si è in altri termini trascurato il fatto che, ove la previdenza integrativa non sia resa esplicitamente obbligatoria, i problemi di adeguatezza dei trattamenti pensionistici futuri è plausibile debbano esser affrontati con un mix diverso da soggetti a più alto e a più basso

---

<sup>14</sup> Su di cui si rimanda a Pirrone, S. e Sestito, P. (2006): *Disoccupati in Italia. Tra Stato, Regioni e "cacciatori di teste"*, il Mulino, Bologna.



reddito. Paradossalmente, la percezione di un rischio prospettico di trattamenti di base inadeguati — più grave per i soggetti a basso reddito e con carriere lavorative discontinue per i quali si pone un problema di prevenzione e contrasto del rischio di povertà — sta così inducendo a un tentativo di sviluppare un pilastro integrativo che, rimanendo comunque non obbligatorio, finirà con l'essere soprattutto adoperato dai soggetti ad alto reddito (a cui per di più si attribuiscono maggiori vantaggi fiscali).

## 5. Quali alternative?<sup>15</sup>

Questa non è la sede per disegnare misure alternative a quelle prima schematicamente descritte e criticate. Il punto principale che si vuole sottolineare è come la previdenza integrativa, ove non la si voglia rendere universale e obbligatoria a fronte d'una significativa compressione del pilastro di base, naturalmente tenda a essere adoperata maggiormente dai soggetti ad alto reddito. Pensare che essa possa quindi risolvere i problemi di inadeguatezza dei trattamenti futuri nel sistema di base per i soggetti a più basso reddito è poco realistico. Al tempo stesso, è poco realistico confidare nello sviluppo del pilastro integrativo laddove il costo del pilastro di base — e le garanzie comunque fornite dallo stesso, quantomeno per i soggetti a più alto reddito e con carriere lavorative più regolari e continue — rimanga elevato: il rischio è che quello sviluppo debba essere “drogato” da costosi (e iniqui) incentivi fiscali.

Una prospettiva diversa non può quindi prescindere da un qualche ripensamento della logica di funzionamento del pilastro di base. A suo tempo, con la riforma del 1995, la sostenibilità finanziaria dello stesso (a fronte dell'evoluzione demografica) era stata ottenuta al prezzo di creare un crescente numero di pensionati con trattamenti inadeguati e a rischio di povertà, un fenomeno avverso il quale l'unico e parziale contrasto sarà dato dall'operare di una sorta di *safety net* di ultima istanza (laddove un 65enne non accumuli diritti pensionistici sufficienti).<sup>16</sup> Conciliare la stabilità finanziaria complessiva con un miglioramento dell'adeguatezza dei trattamenti unitari, già oggi a rischio in termini prospettici, richiede quindi una “quadratura del cerchio” sintetizzabile nei seguenti 3 punti:

- l'innalzamento delle soglie d'età per il pensionamento e una loro indicizzazione all'aspettativa di vita;
- la riduzione dell'aliquota contributiva gravante a fini previdenziali sul lavoro dipendente standard, facendovi anche convergere le altre categorie e fattispecie contrattuali che sono quelle più a rischio di incappare in trattamenti inadeguati;
- l'introduzione d'una logica esplicitamente redistributiva nel pilastro di base, con un'aliquota di computo inferiore (superiore) a quella di contribuzione per i redditi oltre (sotto) una soglia.<sup>17</sup>

Il primo elemento dovrebbe meglio conciliare sostenibilità e adeguatezza delle pensioni a fronte del prolungamento dell'aspettativa di vita. Dato il montante di contributi accumulati (un ammontare che è funzione del numero di anni di lavoro e dell'aliquota contributiva), uno spostamento in avanti delle età consentirebbe di garantire trattamenti unitari più elevati. Ciò che appare illogico, nelle riforme sinora attuate, è in effetti il mantenimento prospettico dei 65 anni come età *pivot* del sistema.<sup>18</sup> Le altre due direttrici consentirebbero di migliorare i

<sup>15</sup> Le linee propositive qui formulate riprendono quanto esposto, in un più ampio ambito, in Sestito P. (2006): “Mercato del lavoro e capitale umano”, in F. Silva (a cura di), *Condizioni per crescere*, Ilsole24ore, Milano.

<sup>16</sup> Per alcune previsioni sulla crescita prospettica di questi trattamenti minimi si veda Bosi, P., Baldini, M. e Mazzaferro, C. (2005), “Aspetti distributivi del sistema pensionistico nella prospettiva del passaggio al sistema contributivo”, ricerca commissionata dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

<sup>17</sup> Tutti pagherebbero ad esempio un'aliquota pari al 25%, ma i trattamenti per chi abbia redditi più elevati sarebbero computati sulla base di un'aliquota leggermente inferiore, mentre per gli altri il computo avverrebbe sulla base di un'aliquota leggermente superiore.

trattamenti più bassi — soprattutto per quei soggetti che abbiano lunghi percorsi lavorativi nelle categorie per le quali oggi vi siano aliquote ridotte (di contribuzione e di computo) — e di ampliare gli spazi per lo sviluppo della previdenza integrativa, tenendo conto del fatto che il mix ottimale delle due specie di trattamenti — governati gli uni dalle regole della ripartizione e gli altri da quelle della capitalizzazione — presumibilmente è differenziato a seconda delle condizioni economiche dei diversi individui. Il combinato operare delle due direttrici spingerebbe gli individui a più alto reddito a investire nel pilastro complementare — riducendo i loro trattamenti futuri nel pilastro di base e liberando risorse correnti a tale scopo — e salvaguarderebbe i trattamenti futuri nel pilastro di base degli individui a più basso reddito — che meno probabilmente aderiranno al pilastro integrativo. Da non sottovalutare sono anche i vantaggi in termini di venir meno delle distorsioni allocative, nel mercato del lavoro, legato alla attuale diversità delle aliquote previdenziali.

Incidentalmente è da osservare che l'introduzione d'una esplicita componente redistributiva nel pilastro di base non sarebbe affatto un vulnus al sistema. Rispetto alla situazione odierna<sup>19</sup> avrebbe anzi il pregio della trasparenza e contrasterebbe esplicitamente la redistribuzione perversa insita nell'uso di coefficienti di aggiustamento attuariale che non tengono conto del diverso rischio di morte che caratterizza soggetti a più alto e più basso reddito. Essa renderebbe inoltre meno pregnante l'operare di quella soglia fissa di ultima istanza già descritta. Questa, oltre a essere per definizione inadeguata (in quanto solo di ultima istanza), attenua gli incentivi al lavoro (regolare): in molte situazioni l'ulteriore accumulo di contributi non innalza infatti i trattamenti futuri, venendo percepito come una pura tassa. Al contrario, il meccanismo redistributivo ipotizzato, nell'innalzare il "rendimento" (futuro) del lavoro effettivamente prestato dai soggetti a più basso reddito e su cui si siano regolarmente pagati dei contributi, rafforzerebbe gli incentivi al lavoro.<sup>20,21</sup>

In una simile prospettiva, la questione del TFR e della previdenza integrativa verrebbe a essere svenenata e posta nella sua giusta dimensione. Le priorità in proposito diverrebbero quelle di assicurare la massima trasparenza e contendibilità del mercato dei fondi, non più quella di "forzare la mano", favorendo i fondi individuali o quelli collettivi.

Più nello specifico, una direttrice di miglioramento sembra esser quella d'un rafforzamento della trasparenza e comparabilità tra le diverse linee di prodotto, un'azione essenzialmente affidabile alla COVIP e che potrebbe utilmente prevedere anche un'esplicita proibizione di caricamenti che siano eccessivamente *front-loaded*. Trasparenza e comparabilità devono però anche coniugarsi con un effettivo principio di trasferibilità delle risorse. A tal fine, si potrebbe

---

<sup>18</sup> Per l'esattezza si immagina di spostare in avanti, e a regime poi di correlare sistematicamente all'evoluzione dell'aspettativa di vita, tanto la soglia minima di pensionamento quanto la soglia superiore oltre la quale gli eventuali contributi versati non vengano accumulati e non contribuiscano a elevare i trattamenti futuri. Un lavoratore che, avendo accumulando contributi all'aliquota del 25%, andasse in pensione nel 2045, con 40 anni di anzianità e 68 anni di età, anziché nel 2040 a 63 anni di età e 35 anni di anzianità, vedrebbe il tasso di rimpiazzo innalzarsi dal 41,1 al 56,3%, ove anche i contributi versati oltre i 65 anni di età gli venissero computati ai fini del calcolo della pensione (solo al 46,6% ove, come insito nelle regole attualmente vigenti, solo quelli versati sino a 65 anni di età fossero rilevanti). In questa prospettiva, eventuali interventi che eliminino il balzo improvviso nella soglia minima di pensionamento oggi previsto dalla normativa al 1° gennaio 2008 — auspicabili da un punto di vista equitativo e per la difficoltà del mercato del lavoro ad accomodare un balzo così consistente e improvviso — andrebbero effettuati senza perdere di vista l'obiettivo di più lungo termine di spostare comunque in avanti le soglie minime dell'età di pensionamento.

<sup>19</sup> Le proprietà redistributive del sistema pensionistico sono complesse. L'introduzione del sistema a contribuzione definita nozionale aveva migliorato la situazione, eliminando il preesistente favore alle carriere retributive più rapide (che in genere caratterizzano lavoratori non manuali e a più alto reddito medio). In tutta la lunga fase di transizione al nuovo sistema di computo, effetti redistributivi importanti derivano dal combinato disposto della mancata indicizzazione ai salari reali dei trattamenti già in essere (un elemento che rimarrà anche a regime e che sfavorisce le pensioni preesistenti rispetto a quelle nuovamente liquidate) e del maggior favore dei trattamenti liquidati sulla base delle vecchie regole (che opera in senso opposto).

<sup>20</sup> In ciò la proposta differisce da quella formulata da Di Nicola (cfr. Di Nicola, F. (2005): "Servono riforme di contributi e previdenza per rendere la flessibilità socialmente sostenibile", [www.contrappunti.info](http://www.contrappunti.info)), che immagina invece di ricorrere all'antico (e ampiamente abusato) istituto della contribuzione figurativa per i soggetti a basso reddito, una direttrice che invece contrasterebbe l'obiettivo del prolungamento della vita lavorativa.

<sup>21</sup> Il ridursi immediato del flusso di contribuzioni (pur in parte controbilanciato dall'aumento di quelle sul lavoro autonomo e parasubordinato) non si assocerebbe a un contemporaneo ridursi del flusso dei trattamenti (in buona misura predeterminati). Ciò plausibilmente richiederebbe una certa gradualità di approccio e che al finanziamento del tutto partecipi una ampia platea di soggetti, inclusi gli attuali pensionati e pensionandi.



trarre ispirazione dal sistema svedese, in cui la raccolta delle contribuzioni da far affluire (sulla base delle libere scelte dei singoli lavoratori) ai diversi fondi integrativi è in mano “pubblica” e gestita assieme alla raccolta delle contribuzioni del pilastro di base. Vi andrebbe associata un’azione informativa, che favorisca la trasparenza, essenziale per guidare il lavoratore-risparmiatore nelle sue scelte tra i diversi fondi esistenti e per fargli conoscere non solo quanto egli stia accumulando nel pilastro integrativo, ma anche il quadro, a pochi noto, dei suoi diritti futuri nel sistema pensionistico pubblico di base. In proposito, si potrebbe valorizzare e utilizzare il costituendo casellario degli attivi, che potrebbe fornire informazioni, standardizzate, tanto sul pilastro di base quanto sui fondi integrativi.

Ancor più nello specifico, le compensazioni a beneficio delle imprese — in quanto tali comunque favorite dalla riduzione del costo del lavoro standard — potrebbero limitarsi a prevedere una sorta di passaggio della qualifica di credito privilegiato propria del vecchio TFR a quegli affidamenti posti in essere a fronte di uno smobilizzo del TFR.<sup>22</sup> Gli incentivi fiscali a vantaggio dei lavoratori potrebbero esser poi ridotti, resi maggiormente neutrali e non regressivi: parrebbe perciò utile rafforzare l’incentivazione nella fase di accumulo — un incentivo più credibile e presumibilmente più efficace nell’indurre l’adesione ai fondi integrativi — e senz’altro reintrodurre nella tassazione personale e progressiva (eventualmente immaginando una franchigia esente) la rendita (ovviamente sempre al netto dei rendimenti eventualmente già tassati) liquidata in fase di corresponsione dei trattamenti.

---

<sup>22</sup> Agendo per questa via si renderebbe possibile anche un certo smobilizzo dello stock di TFR accumulato.

## SPONSOR



### **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.

*Direttore: Orio Giarini*

*Via della Torretta, 10  
I-34121 Trieste  
Tel./Fax +39 040 3222056  
orio.giarini@alice.it*

*Route de Malagnou, 53  
CH - 1208 Geneva  
Tel. +41-227076600 - Fax +41-227367536  
Risk\_Institute@genevaassociation.org*



## MACROS RESEARCH

Creata nel 1987 a Milano, Macros Research è una società che realizza studi e ricerche per il settore finanziario, compagnie di assicurazioni e istituti bancari.

È parte integrante di Macros Group, composto da altre due società: Macros Consulting, che opera nel campo della consulenza strategica per l'alta direzione e Macros Risk Management, società che offre consulenza sulla gestione intergrata del Rischio.

Macros Research realizza ricerche e studi attraverso un approccio interdisciplinare, per analizzare e approfondire la gestione dei rischi economici e sociali nell'ambito pubblico e privato. Obiettivo di Macros Research è di promuovere e realizzare ricerche teoriche ed empiriche nell'area dell'economia assicurativa riferite all'allungamento del ciclo di vita e il suo impatto sul sistema di welfare, alla previdenza e alla sanità. Tra le varie ricerche di Macros Research, di notevole importanza sono: le politiche di welfare in Italia e in Europa, i sistemi previdenziali in EU e nei paesi dell'OCSE, il risparmio privato e i sistemi pensionistici pubblici, Ageing society e mercato del lavoro e Long Term Care.

Macros Research ha pubblicato diverse monografie, *paper* e cura con l'Istituto del Rischio i *Quaderni Europei sul nuovo Welfare — svecchiamento e società*. Macros Research fin dalla sua nascita si è particolarmente contraddistinta per la sua visione internazionale, testimoniata dalla sua collaborazione da oltre 20 anni con l'Associazione di Ginevra (The Geneva Association), con l'Istituto del Rischio di Ginevra-Milano-Trieste, Università e Istituti di ricerca nazionali ed internazionali. La vocazione internazionale di Macros Research è inoltre confermata dai convegni organizzati con la partecipazione di esperti internazionali.

<i>Presidente</i>	<i>Angelo Scarioni</i>
<i>Research Manager</i>	<i>Mara Tagliabue</i>
<i>Research Co-ordinator</i>	<i>Angelo Paulli</i>
<i>Macros Research</i>	<i>Largo Donegani,3</i> <i>I – 20121 Milano</i> <i>Tel. + 39 02 290 041 93</i> <i>Fax + 39 02 655 41 28</i> <i>segreteria@macrosresearch.it</i> <i>www.macrosgroup.it</i>

Montepaschi Vita, Compagnia di Assicurazione sulla Vita del Gruppo MPS, è nata nel 1991 e in breve tempo si è affermata come la prima bancassicurazione d'Italia, conquistando la fiducia della clientela e imponendosi ai primi posti nel mercato assicurativo nazionale.

Montepaschi Vita, da alcuni anni, sta dimostrando un costante e profondo impegno nell'ambito della ricerca, promuovendo, fra le altre iniziative, un Forum annuale, momento di confronto tra i vertici degli operatori finanziari ed assicurativi italiani ed europei su temi chiave legati al filo conduttore dei nuovi paradigmi del valore. Fra i temi approfonditi nelle differenti edizioni del Forum, ampio spazio è stato dato al tema di cui trattano i *Quaderni*, con particolare attenzione alle implicazioni intrinseche alla riforma del *welfare mix*, inerenti il ruolo che si troveranno a ricoprire gli operatori bancari e assicurativi.

Il tema, di particolare attualità, è basilare per lo sviluppo di adeguate strategie da parte dei gestori finanziari, categoria a cui apparteniamo, in quanto il concetto stesso di risparmio si trova a sperimentare un interessante percorso evolutivo che porta ora a dare enfasi non solo agli aspetti di sicurezza e redditività, ma anche alla "finalizzazione". Il concetto di "finalizzazione del risparmio rappresenta una delle risposte ai nuovi trend demografici e sociali. Il campo di gioco è ampio, ricco di opportunità ma anche di rischi. Gli assicuratori sono tra gli operatori che meglio possono cogliere le nuove sfide attingendo alla loro più autentica vocazione di "gestori di rischi". A fronte di un nuovo ruolo degli operatori privati emerge l'importanza del "Patto Sociale" e del rapporto fiduciario che deve legare gli operatori stessi ai cittadini/clienti nel mettere a disposizione leve e professionalità finanziarie per gestire al meglio la copertura dei rischi "sociali".

*Montepaschi Vita*

*Presidente*

*Silvano Andriani*

*Direttore Generale*

*Emanuele Marsiglia*

*Direzione Generale*

*Via Aldo Fabrizi, 9 - 00128 Roma - Tel. 06.508701*



## 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 promotori finanziari e 2.000 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 una ricaduta di benefici economico-sociali.

*Presidente*

*Amministratore Delegato e Direttore Generale*

*Direzione Generale*

*Jonella Ligresti*

*Fausto Marchionni*

*Corso Galileo Galilei, 12*

*10126 Torino - Tel. 011 6657111*

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.



**L'INDUSTRIA ASSICURATIVA  
Gli Standard IAS/IFRS**

Il libro *L'INDUSTRIA ASSICURATIVA Gli Standard IAS/IFRS* prende spunto dagli atti del convegno "Insurance and International Financial Reporting Standards" organizzato a Milano nel dicembre 2004 dall'ANIA, (Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici), Macros Risk Management e l'Associazione di Ginevra. Il volume riguarda le questioni inerenti all'applicazione dei nuovi principi contabili per le imprese assicurative e bancassicurative. I temi centrali e le riflessioni proposte rispondono alle seguenti domande: qual è l'impatto dei nuovi principi contabili sull'attività assicurativa? Quali saranno le conseguenze sul processo di gestione della compagnia? Quali le conseguenze sulle strategie di investimento? Quale impatto sul modello di distribuzione e sui prodotti? Quali saranno gli indici e i parametri per valutare la performance della società? Come cambia la modalità di *reporting* con gli *stakeholder*? Le risposte a questi interrogativi serviranno

a comprendere meglio l'evoluzione che le imprese assicurative e bancassicurative potranno produrre in tema di Governance e di trasparenza verso il mercato. Questo libro si propone, attraverso le testimonianze di autorevoli esponenti del settore assicurativo internazionale e nazionale, di valutare quali sono i cambiamenti da introdurre nella gestione aziendale e quelli da realizzare a lungo termine.

La prefazione di questo libro è a cura del Presidente dell'ANIA, Fabio Cerchiai e del Presidente dell'Associazione di Ginevra Henri de Castries, Presidente del Management Board e CEO del Gruppo AXA.

*ANIA, The Geneva Association, Macros Risk Management, L'INDUSTRIA ASSICURATIVA Gli Standard IAS/IFRS, a cura di Giampaolo Galli, Patrick M. Liedtke, Angelo Scarioni, Franco Angeli, Milano 2006, pag 129, euro 29.*





**International Insurance, Inc.**

## **L'Associazione Internazionale dell'Assicurazione (IIS) assegna a Orio Giarini il premio Insurance Hall of Fame 2006**

Il premio *Insurance Hall of Fame* fu istituito da John Bickley, Professore Emerito di Economia dell'Assicurazione all'Università dell'Alabama e fu per primo creato dalla Fondazione Griffith a Columbus (Ohio) nel 1957 per diffondere l'insegnamento dell'Economia dell'Assicurazione. È sponsorizzato dall'International Insurance Society di New York, che è una società non-profit sostenuta da circa 1000 membri, CEO, top managers e accademici dell'industria assicurativa di 90 paesi diversi.

Il prestigioso premio è stato assegnato al Professore Orio Giarini, segretario e ideatore dell'Associazione di Ginevra.

Il prestigioso premio è stato assegnato al Professore **Orio Giarini**, Segretario Generale dell'Associazione di Ginevra, che ha gestito sin dall'inizio, nel 1973, fino all'anno 2000 e che oggi comprende 80 CEO delle più importanti compagnie di assicurazioni dei 5 continenti.

La motivazione del premio menziona fra l'altro:

*"Orio Giarini, the first Secretary General of The Geneva Association, is being honoured for his work in developing the organization into the premier risk and insurance research institute, an organization highly respected throughout the insurance industry worldwide. His innovative concepts have influenced the insurance world and general thinking about risk and insurance economics."*

Per maggiori informazioni: [www.iisonline.org](http://www.iisonline.org)



## **The Insurance Industry: Risk Governance and Solvency II** *Milano, 28 novembre 2006*

Il terzo incontro internazionale "The Insurance Industry: Risk Governance and Solvency II" organizzato da Macros Risk Management, l'Associazione di Ginevra e ANIA si propone di analizzare gli sviluppi del progetto di Solvency II e l'impatto che la nuova regolamentazione europea avrà sull'industria assicurativa. Gli argomenti principali riguardano i modelli di governo dell'impresa e la gestione integrata del rischio. L'obiettivo dell'incontro è di contribuire a promuovere una più organica consapevolezza delle modalità di funzionamento della "macchina aziendale" e della misurazione e gestione integrata dei rischi.

Il convegno si articola in tre sessioni:

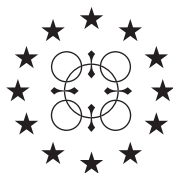
- **La Regolamentazione Europea**  
quali sono i driver del processo di armonizzazione; la visione dei regolatori e le sfide della nuova fase del progetto Solvency II; il punto sul progetto Solvency II; la fase II degli IAS/IFRS.
- **Governance, Risk Management e l'impatto sulle compagnie di assicurazioni**  
quale modello di Risk Governance; la gestione del capitale, la misurazione del capitale economico; i processi nella gestione del rischio, i modelli interni.
- **Enterprise Risk Management e l'Industria Assicurativa**  
la Gestione integrata dei rischi nel business assicurativo; convergenza delle logiche aziendali di accounting e di Risk Management; l'architettura applicativa dell'ERM a supporto delle decisioni strategiche.

*Per informazioni:*

Segreteria Generale - Macros Risk Management

Tel. +39 02 29 004193. e-mail [segreteria@macrostriskmanagement.it](mailto:segreteria@macrostriskmanagement.it), [www.macrostriskmanagement.it](http://www.macrostriskmanagement.it)

**ALREADY PUBLISHED**



**EUROPEAN PAPERS  
ON THE NEW WELFARE**  
*the counter-ageing society*

**HEALTH, AGEING AND WORK**

Editorial

Pension Economics and the Four Pillars: A Never-Ending Challenge

The Challenge of Increasing Life Spans for Employment and Pension Schemes: An Open Letter to All Those Who Are, or Will Be, 65

Strategies for the Welfare Society in the Larger Europe: The Insurance Perspective

Building the European Welfare Policy

The Demographic Situation Now and in the Next 10 to 20 Years

Longevity: A Right to Be Achieved

Extending the Disease Pattern Shift

Jobs-Led Development Incorporating *Svecchiamento* as an Asset?

Active Ageing: A Core Policy Priority for the European Union

Why and How to Prolong Working Life: A Labour Market Perspective

Why is the Employment Rate of Older Swiss so High? An Analysis of the Social Security System

Employment of Older Workers in the Netherlands: Recent Reforms

How to Reconcile Employees' Interest with the Increasing Older Workers Employment Policies

The Double Helix of Learning and Work

Basic Factors of Needed Welfare Policy Supporting the Counter-Ageing Society in the Czech Republic

A Project of Gradual Retirement in Croatia

Private Health Insurance in OECD Countries: A Policy Brief

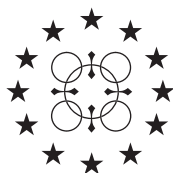
The Role of Management in Healthcare Reform Process in Slovenia

Programme of the Conference on Health, Ageing and Work, Trieste - Duino, October 21-23, 2004

Conference Supporters and Sponsors

Announcements

**No. 1, May 2005**



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

### **ALLUNGAMENTO DEL CICLO DI VITA, LAVORO E SALUTE**

Editoriale

L'economia delle pensioni e i quattro pilastri: una sfida senza fine

Il privilegio di lavorare dopo i 60 anni

Strategie della welfare society nell'Europa allargata: la prospettiva delle assicurazioni

Per una politica europea del welfare

Una "nuova" teoria generale dell'invecchiamento demografico

Invecchiamento e svecchiamento demografico: ricadute sociali

Longevità: un diritto da conquistare

Uno sviluppo guidato dall'occupazione può considerare lo svecchiamento una risorsa?

L'invecchiamento attivo: una politica centrale e prioritaria per l'Unione Europea

Come conciliare gli interessi dei dipendenti con le politiche dell'occupazione rivolte a lavoratori sempre più anziani

Prospettive sul quarto pilastro in Italia alla luce della riforma delle pensioni

La riforma della previdenza complementare in Italia ed il ruolo dei fondi pensione

Dopo la riforma previdenziale, quale prospettiva per il quarto pilastro?

L'invecchiamento della forza lavoro: strategie aziendali e politiche pubbliche in Germania

Gestire l'invecchiamento della forza lavoro: l'interazione tra politiche pubbliche e linee di condotta aziendali. Il caso del Giappone

La doppia elica della formazione e del lavoro

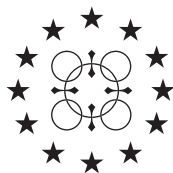
Le assicurazioni sanitarie private nei Paesi OCSE

Invecchiamento, disabilità e classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (ICF) dell'OMS

Salute e disabilità: il caso italiano

Sviluppo demografico e rischio morale: l'assicurazione sanitaria con conti di risparmio sanitari

ALREADY PUBLISHED



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

### ALLUNGAMENTO DEL CICLO DI VITA E WELFARE

Editoriale

L'invecchiamento del Regno di Mezzo: aspetti demografici ed economici delle politiche pensionistiche in Cina

Assistenza a lungo termine: un argomento centrale alla conferenza della Casa Bianca sull'invecchiamento nel 2005

Dalla trappola delle pensioni di Bismarck ai lavoratori d'argento di domani: riflessioni sul problema pensionistico in Germania

Come risolvere il puzzle delle pensioni

L'occupazione dei lavoratori anziani nei Paesi Bassi: riforme recenti

Promuovere l'occupazione tra i lavoratori che invecchiano: l'insegnamento delle riforme politiche in Finlandia

Invertire la tendenza da un'uscita anticipata a un'uscita ritardata dal mercato del lavoro: i fattori *push*, *pull* e *jump* nel contesto danese

Perché il tasso di occupazione degli anziani in Svizzera è così alto? Un'analisi del sistema di previdenza sociale

Le basi biologiche dell'invecchiamento

Allungamento della vita e modificazioni dei tipi di patologia

Possibili evoluzioni nella cura del cancro 2004-2010: ripercussioni sulle assicurazioni

Invecchiamento e psicologia: considerazioni sulle prospettive di intervento

Il ruolo delle assicurazioni private in una società di fronte all'allungamento del ciclo di vita

La partecipazione al lavoro degli anziani in Italia: tendenze, cause e questioni di policy

*Aging society* e sistemi pensionistici: pensioni degli over 70 in Italia

Il fenomeno degli over 45 e la sfida dell'attivazione sociale in Italia. Considerazioni alla luce di una ricerca empirica

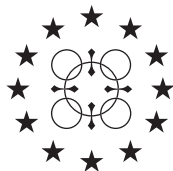
Fondi pensione: quale prospettiva per i giovani

Il problema dell'età pensionabile: un punto di vista sindacale

Una proposta di incentivo per il posticipo della pensione

L'opportunità della finestra demografica in Italia: perché non sfruttarla?

*ALREADY PUBLISHED*



**EUROPEAN PAPERS  
ON THE NEW WELFARE**  
*the counter-ageing society*

WELFARE AND THE LENGTHENING  
OF THE LIFE CYCLE

Editorial

*Generation30* — The Present and Future of Young People in the Long-Life Society

Technological Changes, the Reversal of Age Pyramids and the Future of Retirement Systems

Sustainable Development and Quality of Life in the Ageing Societies

The Greying of the Middle Kingdom: The Demographics and Economics of Retirement Policy in China

From Bismarck's Pension Trap to the New Silver Workers of Tomorrow: Reflections on the German Pension Problem

Long-Term Care: A Key Issue for the 2005 White House Conference on Aging

Eutrophic Factors and Longevity: An Evolutionary View of the Role of the Brain in Regulating Lifespan

Technology-Based Services Supporting Aging in Place

The Double Helix of Learning and Work. Arguments for Vocational Contents in Higher Education

Solving the Pensions Puzzle

The Role of Private Insurance in a Society which Prolongs the Life Cycle

The Polish Pension System in Comparative Perspective

The Pension System in Romania

Sponsor

**No. 4, February 2006**