

## Le differenze sociali nelle attese di vita. La necessità di un universalismo proporzionale

**Sergio Ginebri**

*Il sistema pensionistico pubblico in Italia è stato agganciato alla dinamica di un unico parametro che dovrebbe sintetizzare le caratteristiche del processo di invecchiamento: l'attesa di vita in età anziana dell'intera popolazione. Ma saranno le persone così in buona salute da lavorare per tutti gli anni aggiuntivi che l'incremento futuro*

*della speranza di vita comporterà? Esiste infatti una differenza tra attesa di vita e attesa di vita in buona salute. Inoltre, gli scostamenti tra attesa di vita della popolazione e durata effettiva dipende da fattori sociali. Tenere conto di questi aspetti richiede un ripensamento delle politiche pensionistiche e dello stesso principio dell'universalismo.*

RPS

### 1. Introduzione

L'intero sistema pensionistico e assistenziale rivolto alla copertura del rischio di vecchiaia è stato agganciato alla dinamica dell'attesa di vita in età anziana. In tal modo è stato trasferito sugli individui il rischio di longevità. Il sistema che ne risulta presenta vari aspetti critici. In particolare, ci concentreremo sulle modalità di attuazione della decisione politica di allungare la vita lavorativa e focalizzeremo l'attenzione su un paio di profili: in primo luogo ci chiederemo se le persone saranno sufficientemente in buona salute da lavorare per un numero di anni addizionali esattamente pari alla variazione futura della vita attesa. L'incremento previsto della vita attesa a 65 anni non è necessariamente accompagnato da un incremento di pari ammontare della vita attesa in buono stato di salute e in assenza di disabilità.

In altre parole, occorre chiedersi se le persone saranno in grado di lavorare per tutti gli anni in più che la normativa italiana prevede. La questione è molto rilevante, perché la scelta di dedicare parte dell'incremento della speranza di vita all'attività lavorativa è ragionevole, a patto che gli anni aggiuntivi di vita attesa che gli anziani dovrebbero attendersi nei prossimi decenni siano anni di vita attiva, e non anni di salute precaria e ridotte capacità. Se, al contrario, l'età legale di pensionamento dovesse aumentare più della vita attesa in buona salute, la scelta di legare l'accesso al pensionamento alla speranza di vita acqui-

RPS

LE DIFFERENZE SOCIALI NELLE ATTESE DI VITA. LA NECESSITÀ DI UN UNIVERSALISMO PROPORZIONALE

sterebbe un significato difficile da condividere. A fronte di un aumento degli anni di vita attesi in condizioni di salute precaria, gli individui dovrebbero ridurre il periodo trascorso come pensionato in buone condizioni di salute. Agli anziani di fatto verrebbe richiesto di farsi carico individualmente non solo del rischio di longevità ma anche del rischio sanitario e di invalidità. Questi rischi sono stati finora coperti dal sistema sanitario e assicurativo pubblico e i loro costi sono stati condivisi fra tutte le generazioni. Chiedere ora un contributo specifico e unilaterale agli anziani per far fronte a quei costi potrebbe determinare una riduzione netta del benessere degli anziani.

Ma esiste un altro aspetto critico delle politiche pensionistiche alla luce del quale risulta ancor più rilevante la domanda posta poco sopra: saranno le persone in grado di lavorare un numero di anni pari alla variazione della vita attesa? L'attesa di vita è un indicatore sintetico delle tavole di mortalità relative all'intera popolazione. Tuttavia, la distribuzione della durata effettiva della vita degli individui attorno a quell'indicatore sintetico è molto ampia, e dipende non solo da fattori casuali ma anche da fattori sociali, assolutamente noti e identificabili per ogni individuo. I fattori sociali che maggiormente spiegano gli scostamenti tra vita attesa della popolazione e vita effettiva sono la posizione professionale e il livello di studio. Non tenere conto di queste differenze sociali significa determinare una redistribuzione di benefici a favore di coloro che sono istruiti, occupano posizioni professionali alte, percepiscono redditi maggiori, e a svantaggio dei più poveri, i meno istruiti, gli esecutori delle mansioni manuali e routinarie. Inoltre, legare l'accesso alle prestazioni pensionistiche alle variazioni future della speranza di vita dell'intera popolazione può addirittura determinare un peggioramento delle condizioni di salute dei più svantaggiati, e quindi un aumento delle disuguaglianze nello stato di salute.

Modificare le politiche sociali, e in particolare quelle pensionistiche, per tenere conto della differenziazione sociale delle aspettative di vita rappresenta una sfida ambiziosa. Ciò non solo per le difficoltà attuative ma anche sotto il profilo dei principi generali che ispirano, o dovrebbero ispirare, le politiche sociali. In primo luogo, il metodo di calcolo contributivo dei trattamenti pensionistici introdotto nel 1995 deve essere ridiscusso. Il principio di equità attuariale viene messo in discussione dalla differenziazione sociale della speranza di vita. Non tenere conto di queste differenze e applicare a tutti la stessa speranza di vita implica un trasferimento di risorse implicito dai più poveri e i meno istruiti ai più ricchi e ai più istruiti e quindi un rafforzamento e

accrescimento delle diseguaglianze. Tenerne conto, d'altra parte, non necessariamente contraddice il principio contributivo di calcolo delle prestazioni. La differenziazione sociale dei parametri di calcolo delle prestazioni può coesistere con il principio che il valore atteso della pensione sia pari al valore attuale di quanto versato dal contribuente. In altre parole, i coefficienti di trasformazione dei più poveri andrebbero aumentati e quelli dei più ricchi ridotti.

Ma le questioni di principio non si limitano al meccanismo di calcolo dei vitalizi pensionistici. La differenziazione sociale delle aspettative di vita mette in discussione il principio che l'accesso al pensionamento debba essere lo stesso per tutti i contribuenti. Infatti, regole di accesso uguali per tutti in presenza di aspettative di vita socialmente differenziate comportano un trattamento solo apparentemente equo e neutrale. Tenere conto della differenziazione della vita attesa significa superare una concezione dell'universalismo che si riduce semplicemente a stabilire la stessa regola per tutti. È stato recentemente proposto il concetto di *universalismo proporzionale*: di fronte a rischi differenziati, le politiche pubbliche di assicurazione sociale dovrebbero essere estese a tutti ma proporzionate all'entità del rischio e concentrate su coloro che hanno rischi maggiori. Nel caso delle politiche pensionistiche, le prestazioni devono essere proporzionate al rischio di morte, e coloro che hanno aspettative di vita peggiore devono godere di trattamenti migliori.

L'attuazione dell'universalismo proporzionale alle politiche pensionistiche pone problemi di attuazione non banali e richiederebbe di ordinare le evidenze esistenti, aprire ai ricercatori le banche dati amministrative, individuare gruppi e aggregazioni di individui omogenei sotto il profilo del rischio di mortalità. Ma prima che le evidenze vengano raccolte e analizzate cosa si può fare? Sarebbe necessario applicare il cosiddetto principio di precauzione e cercare di evitare che le politiche adottate peggiorino le diseguaglianze e le stesse aspettative di vita. Per esempio, si potrebbe pensare che l'aggiustamento dei requisiti sia legato alle aspettative di vita in buona salute. Inoltre, si potrebbe pensare ad aumenti differenziati per l'età minima e l'età massima di pensionamento, aumentando gli spazi di decisione autonoma degli individui. Infine, si potrebbe pensare a dei canali di pensionamento riservati a chi abbia iniziato a lavorare a una età molto precoce e abbia conseguito un'anzianità contributiva effettiva superiore a una certa soglia. In questo modo si potrebbero favorire coloro che abbiano svolto lavori manuali. Il testo è organizzato nel modo seguente: dapprima si discute delle caratteristiche del sistema pensionistico pubblico italiano e si propon-

RPS

Sergio Ginebri

gono alcuni aspetti critici secondari; si affronta poi la questione della differenza tra attesa di vita e attesa di vita in buona salute e si presentano alcune evidenze empiriche; le evidenze empiriche sono presentate anche a proposito della differenziazione sociale delle aspettative di vita, considerata nel paragrafo successivo; infine vengono identificate le modifiche da introdurre nelle politiche pensionistiche per tenere conto degli aspetti critici sopra sollevati.

## 2. *Il trasferimento sugli individui del rischio di longevità*

L'attesa di vita è diventato uno dei parametri statistici chiave del sistema pensionistico pubblico italiano. Le riforme attuate a partire dal 2010 hanno introdotto dei meccanismi di adeguamento periodico delle regole di pensionamento che verranno attivati dalle future variazioni della attesa di vita. L'attesa di vita, chiamata anche speranza di vita, è un indicatore statistico sintetico basato sulle tavole di mortalità per età e sesso della popolazione, calcolate e rese pubbliche annualmente dagli istituti statistici nazionali. Può essere computata a ciascuna età, e per questo è più corretto parlare di un insieme di attese di vita. A questo indicatore statistico in Italia sono legati sia il meccanismo di calcolo delle nuove pensioni liquidate, sia i requisiti per l'accesso al pensionamento.

Nel sistema di calcolo delle pensioni basato sui contributi versati, al momento del pensionamento il trattamento dipende dall'età dell'individuo: per ognuna delle età di pensionamento definite dalla normativa viene calcolato un parametro, il coefficiente di trasformazione, che riflette l'attesa di vita all'età corrispondente e che ha il compito di eguagliare valore capitalizzato dei contributi versati e valore attuale scontato dei trattamenti pensionistici attesi in futuro. La procedura di adeguamento decennale dei coefficienti alle variazioni delle attese di vita prevista dalla riforma pensionistica del 1995 stabiliva il coinvolgimento sia del Parlamento che delle rappresentanze sindacali nel processo di adeguamento. Nel 2010 è stato deciso che l'adeguamento avvenga ogni tre anni e con semplice decreto ministeriale. Dal 2019 la frequenza dell'aggiornamento diverrà biennale.

Molto più recente è l'estensione ai requisiti di accesso al pensionamento del meccanismo di adeguamento periodico alle variazioni delle attese di vita. La normativa italiana ha, in questo ambito, prontamente recepito le indicazioni provenienti dalla Commissione europea. La

Commissione si è occupata di pensioni prima con un Libro verde e poi con un Libro bianco (Commissione europea, 2010; 2012). Nel Libro verde la Commissione apriva una consultazione e poneva alla base della discussione un documento nel quale, fra l'altro, si chiedeva a esperti e gruppi di interesse se meccanismi automatici di aggiustamento, connessi ai cambiamenti demografici, dovessero essere introdotti nei sistemi pensionistici in modo da equilibrare vita lavorativa e vita spesa come pensionati. Alla fine della procedura di consultazione, nel Libro bianco la Commissione, fra l'altro, raccomandava ai governi nazionali di collegare l'età di accesso alla pensione agli incrementi dell'attesa di vita, di restringere l'accesso al pensionamento anticipato, di eguagliare l'età di accesso alla pensione per uomini e donne.

Le raccomandazioni della Commissione sono state totalmente raccolte e fatte proprie dal Parlamento italiano a partire dal 2010. Con la stessa cadenza stabilita per la revisione dei coefficienti di trasformazione verranno periodicamente adeguati i requisiti di età anagrafica e di anzianità contributiva per l'accesso ai vari canali di pensionamento<sup>1</sup>. Il meccanismo di adeguamento prevede che ogni variazione dell'aspettativa di vita a 65 anni dia luogo a un pari adeguamento di tutti i requisiti di accesso.

Lo stesso meccanismo di adeguamento si applica anche al principale intervento assistenziale di sostegno al reddito degli anziani, l'assegno sociale. Anche per questo programma l'età di accesso, che era 65 anni, verrà periodicamente adeguata.

In definitiva, l'intero sistema pensionistico e assistenziale rivolto alla copertura del rischio di vecchiaia è stato agganciato alla dinamica di un unico indicatore statistico che dovrebbe sintetizzare le modalità del processo di invecchiamento della popolazione italiana: l'attesa di vita in età anziana. L'assetto normativo che ne risulta presenta vari aspetti critici, che sarebbe opportuno attirassero l'attenzione e le valutazioni di soggetti sociali e decisori politici. Intendiamo qui brevemente menzionare alcuni di questi aspetti critici, per poi concentrarci soltanto su alcuni di loro. La questione preliminare che va brevemente affrontata riguarda la sensatezza della decisione politica di trasferire sugli individui il rischio di longevità. L'aumento della durata di vita della popolazione europea crea l'opportunità di un aumento del benessere degli

<sup>1</sup> Per una previsione degli effetti del meccanismo di adeguamento periodico di coefficienti di trasformazione e requisiti di accesso ai trattamenti, si veda Drago-sei e al. (2012).

individui, ma mette a rischio la sostenibilità della spesa sociale pubblica. La scelta di controllare quei rischi estendendo la vita lavorativa è inevitabile e ragionevole. L'alternativa sarebbe una combinazione di redditi ridotti per tutti i pensionati e di aumenti del carico contributivo e fiscale sui lavoratori attivi. Il bilancio finale in termini di benessere sociale è prevedibilmente in favore della scelta di allungamento dei tempi di lavoro<sup>2</sup>.

Detto questo, rimane un ampio orizzonte di discussione che riguarda le modalità in cui il trasferimento del rischio di longevità sugli individui è stato realizzato. Un primo aspetto è legato al meccanismo di periodico adeguamento di coefficienti e requisiti, che prevede che le regole aggiornate si applichino a tutti coloro che vanno in pensione successivamente alla data della loro entrata in vigore (Dragosei e al., 2012). Questo meccanismo crea potenziali disuguaglianze di trattamento tra individui che abbiano lo stesso profilo anagrafico e di anzianità contributiva, ma che decidano di andare in pensione prima o dopo l'entrata in vigore degli aggiornamenti. L'alternativa preferibile sarebbe l'attribuzione delle stesse regole e degli stessi coefficienti a tutti gli appartenenti a una stessa coorte demografica, come avviene in altri paesi europei che hanno un sistema di calcolo delle nuove pensioni simile al nostro.

Un secondo aspetto critico riguarda le politiche assistenziali per gli anziani e la decisione di legare alle variazioni della speranza di vita a 65 anni anche il requisito di accesso all'assegno sociale. Politiche previdenziali e politiche assistenziali devono essere ben congegnate tra di loro, e in Italia non lo sono (Dragosei e Ginebri, 2012; Raitano, 2011; Marano, Mazzaferro e Morciano, 2011). Tuttavia, rimangono politiche che hanno obiettivi ben distinti: l'una copre dai rischi di perdita delle capacità lavorative in età anziana, l'altra offre una rete di ultima istanza per chi, in assenza di un reddito da lavoro, rischia di cadere in una situazione di povertà assoluta. Restringere il requisito anagrafico di accesso all'assistenza implica lasciare senza alcuna protezione universale gli anziani poveri, anche se potenzialmente in condizioni di lavorare. Se nel momento in cui è stata aumentata l'età di pensionamento la presenza dell'assegno sociale creava l'eventuale incentivo a comportamenti opportunistici di alcuni lavoratori, occorre ridurre quegli

<sup>2</sup> Per una valutazione dell'impatto sul benessere sociale delle politiche di allungamento della vita lavorativa in Germania e Svezia si vedano rispettivamente Fehr, Kallweit e Kindermann (2012) e Karlström, Palme e Svensson (2011).

incentivi con un disegno opportuno degli interventi assistenziali. Al contrario, la soluzione adottata ha eliminato gli eventuali incentivi al costo di un aumento certo dell'area di povertà assoluta.

Un terzo aspetto, infine, riguarda le modalità con le quali sono stati collegati requisiti di pensionamento e aspettative di vita. La Commissione europea raccomandava un riequilibrio tra tempi di lavoro e tempi di godimento della pensione. Tale raccomandazione veniva giustificata con la necessità di ridurre la spesa pubblica futura, ma potrebbe trovare convincente supporto nell'ambito di un disegno di ripartizione ottimale dell'incremento del tempo di vita di cui gli individui godranno nel prossimo futuro. Il benessere di un individuo sarebbe massimizzato quando, al margine, il sacrificio sopportato estendendo il proprio tempo di lavoro fosse compensato dal reddito addizionale di cui si disporrebbe prima e dopo il periodo di pensionamento. I documenti europei, tuttavia, non entravano nei dettagli delle modalità di attuazione della raccomandazione.

La raccomandazione europea è stata recepita dalla normativa pensionistica italiana in modo molto rigido: a ogni incremento dell'aspettativa di vita corrisponde un incremento di pari ammontare dei requisiti di accesso al pensionamento. Una regola così perentoria esclude ogni possibilità per gli individui di bilanciare i vantaggi di un reddito aggiuntivo con il sacrificio di un periodo addizionale di lavoro: il tempo addizionale di vita di cui godremo dovrà essere totalmente speso lavorando. Un'applicazione così rigida non era richiesta esplicitamente dai documenti europei e non trova riscontro nelle decisioni prese negli altri paesi. Si sarebbe potuto agire in modo differente, per esempio estendendo l'intervallo di età all'interno del quale gli individui sono liberi di scegliere il momento del pensionamento. Evidentemente, sulla scelta finale, ha pesato la necessità di contabilizzare futuri risparmi di spesa e poco rilievo hanno avuto considerazioni connesse al disegno ottimale delle decisioni di pensionamento.

### *3. Attesa di vita in buona salute*

Ma c'è un altro aspetto delle recenti politiche pensionistiche su cui occorre attirare l'attenzione e alla cui luce le considerazioni appena svolte assumono diverso e maggiore rilievo. L'incremento previsto della vita attesa a 65 anni non è necessariamente accompagnato da un incremento di pari ammontare della vita attesa in buono stato di sa-

RPS

Sergio Ginebri

lute e in assenza di disabilità. In altre parole, occorre chiedersi se le persone saranno in grado di lavorare per tutti gli anni in più che la normativa italiana prevede<sup>3</sup>. La questione è molto rilevante, perché la scelta di dedicare parte dell'incremento della speranza di vita all'attività lavorativa è ragionevole, e può persino essere considerata auspicabile, a patto che gli anni aggiuntivi di vita attesa che gli anziani dovrebbero attendersi nei prossimi decenni siano anni di vita attiva, e non anni di salute precaria e ridotte capacità<sup>4</sup>. Se, al contrario, l'età legale di pensionamento dovesse aumentare più della vita attesa in buona salute, la scelta di legare l'accesso al pensionamento alla speranza di vita acquisterebbe un significato diverso da quello presentato poco sopra. A fronte di un aumento degli anni di vita attesi in condizioni di salute precaria, gli individui dovrebbero ridurre il periodo trascorso come pensionato in buone condizioni di salute. Agli anziani di fatto verrebbe richiesto di farsi carico individualmente non solo del rischio di longevità ma anche del rischio sanitario e di invalidità. Questi rischi sono stati finora coperti dal sistema sanitario e assicurativo pubblico e i loro costi sono stati condivisi fra tutte le generazioni. Chiedere ora un contributo specifico e unilaterale agli anziani per far fronte a quei costi potrebbe determinare una riduzione netta del benessere degli anziani.

Nonostante la sua rilevanza, la questione ha ricevuto poca attenzione nei documenti europei sui sistemi pensionistici<sup>5</sup>, e tanto meno nel dibattito pubblico che ha accompagnato la modifica della normativa italiana. Esiste invece una ricca letteratura scientifica dedicata a questa questione, sia in Europa che in Nord America. Uno studio molto completo è quello condotto dall'*Office for national statistics* nel Regno Unito (Ons, 2012), dal quale emerge che tra il 1981 e il 2008 si è avuto un incremento sia dell'aspettativa di vita a 65 anni che dell'aspettativa di vita in buona salute alla stessa età. Tuttavia, il secondo indicatore aumenta meno del primo, cioè si è verificato un incremento dell'attesa di vita in condizioni di salute precarie o in condizione di disabilità. A

<sup>3</sup> Munnell, Soto e Golub-Sass (2008) si pongono la stessa domanda in riferimento agli Stati Uniti.

<sup>4</sup> Per un approccio simile, in riferimento al Regno Unito, si veda Ons (2012).

<sup>5</sup> Nei documenti europei si parlava della necessità di interventi che favorissero un processo di invecchiamento attivo e in buona salute. Non si affrontava esplicitamente la questione delle possibili disparità tra variazioni future della speranza di vita e della speranza di vita in buona salute.

conclusioni simili arrivano Munnell, Soto e Gouleb-Sass (2008) in uno studio che presenta la variazione delle aspettative di vita a 50 anni negli Stati Uniti tra il 1970 e il 2000: a fronte di un incremento di 4,2 anni dell'aspettativa di vita, la speranza di vita in buona salute aumenta di 2,7 anni<sup>6</sup>.

Non solo a livello nazionale, ma anche a livello europeo esiste una grande attenzione allo studio delle dinamiche della quantità e della qualità della vita attesa. Jagger e al. (2009) sintetizzano i risultati di uno studio finanziato dalla Direzione generale «Health and Consumers» della Commissione europea<sup>7</sup>. L'analisi effettuata con la stessa metodologia in 13 paesi europei fa emergere un incremento significativo e generalizzato delle aspettative di vita sia in giovane età che in età avanzata tra il 1995 e il 2001. Il quadro è invece molto più eterogeneo per quanto riguarda la qualità della vita attesa: nella maggioranza dei paesi si ha evidenza di un aumento delle aspettative di vita in condizione di vita precaria. Tuttavia, in alcuni paesi, fra cui l'Italia, le evidenze mostrano una compressione della vita attesa in cattive condizioni di salute. Un quadro non molto dissimile emerge da uno studio sulle tendenze della disabilità grave in 12 paesi occidentali fra cui l'Italia (Lafortune e Balestat, 2007).

In definitiva, sarebbe utile che in Italia si dedicasse attenzione non solo alla dinamica della vita attesa ma anche alla sua qualità. Le evidenze internazionali sono contrastanti e la previsione delle tendenze future non è agevole. Proprio per questo la situazione andrebbe regolarmente monitorata e il meccanismo automatico di aggiustamento dei requisiti di accesso al pensionamento dovrebbe periodicamente essere verificato sulla base delle evidenze emergenti.

#### *4. Differenze sociali nella longevità e nello stato di salute*

Le questioni che abbiamo finora sollevato sono tuttavia soltanto preliminari. Si vuole ora attirare l'attenzione su un aspetto del processo di invecchiamento che richiederebbe un ripensamento dei fondamenti

<sup>6</sup> Bourbeau, Légaré e Ouellette (2011) presentano dati per il Canada da cui non emergono conclusioni univoche.

<sup>7</sup> Si tratta del progetto Ehemu, all'interno del quale è stata creata una base dati sulle vite attese e sulla qualità della vita attesa in tutti i paesi europei. La base dati è accessibile dal sito internet: <http://www.chemu.eu>.

stessi del sistema pensionistico italiano. Abbiamo visto che sia il meccanismo di calcolo delle nuove pensioni che i requisiti di accesso al pensionamento sono stati agganciati alle attese di vita, e abbiamo brevemente chiarito che l'attesa di vita è un indicatore sintetico delle tavole di mortalità relative all'intera popolazione. Tuttavia, la distribuzione della durata effettiva della vita degli individui attorno a quell'indicatore sintetico è molto ampia. Lo scostamento tra attesa e durata effettiva è dovuto a vari fattori, uno dei quali è il caso. Se lo scostamento fosse dovuto soltanto al caso, l'uso dell'attesa di vita dell'intera popolazione quale parametro fondamentale del sistema pensionistico pubblico sarebbe la scelta più ragionevole<sup>8</sup>. Dato che il sistema è esteso a pressoché tutta la popolazione, gli scostamenti casuali dall'attesa di vita si compenserebbero tra loro e l'equilibrio finanziario del sistema sarebbe garantito, una volta che i trattamenti pensionistici fossero commisurati all'attesa di vita di ogni nuovo pensionato.

In realtà, lo scostamento tra vita effettiva e vita attesa dipende non solo da fattori casuali, ma anche da fattori sociali, assolutamente noti e identificabili per ogni individuo. I fattori sociali che maggiormente spiegano gli scostamenti tra vita attesa della popolazione e vita effettiva sono la posizione professionale e il livello di studio. Questi stessi fattori contribuiscono a spiegare, insieme ad altri, anche le condizioni di salute degli individui. Non tenere conto di queste differenze sociali significa nascondere una distribuzione non equa tra i gruppi sociali di benefici e costi del sistema pensionistico pubblico. In altre parole, adottando come parametro chiave la vita attesa dell'intera popolazione si determina una redistribuzione di benefici a favore di coloro che sono istruiti, occupano posizioni professionali alte, percepiscono redditi maggiori, e a svantaggio dei più poveri, i meno istruiti, gli esecutori delle mansioni manuali e routinarie.

Ma gli aspetti critici della scelta di adottare come parametro del sistema pensionistico pubblico la speranza di vita dell'intera popolazione non si esauriscono all'implicito trasferimento di risorse dai più poveri e meno istruiti ai più ricchi e più istruiti. Legare l'accesso alle prestazioni pensionistiche alle variazioni future della speranza di vita dell'intera popolazione può addirittura determinare un peggioramento delle condizioni di salute dei più svantaggiati, a cui si chiede un'estensione

<sup>8</sup> Fra i fattori casuali consideriamo anche le caratteristiche del patrimonio genetico che ogni individuo eredita dai propri genitori.

del tempo della vita dedicato al lavoro che va al di là dell'eventuale incremento delle attese di vite riferite al proprio gruppo sociale. Si tratta quindi di una scelta che potrebbe portare a un aumento delle disuguaglianze nello stato di salute e contraddirebbe le stesse raccomandazioni provenienti dalla Commissione europea (2009), che suggerisce politiche tese a ridurre le disuguaglianze nello stato di salute all'interno dei paesi e fra i paesi.

Le evidenze empiriche sulla differenziazione sociale della vita attesa sono molto ampie e piuttosto univoche. Le variabili sociali in base alle quali la popolazione viene più frequentemente suddivisa in gruppi sono il livello di istruzione e la posizione professionale; in alcuni casi viene esplicitamente utilizzata una variabile monetaria, connessa al reddito disponibile individuale o familiare. Le analisi empiriche spesso indicano non solo un divario nei livelli di mortalità, ma anche un ampliamento nel tempo di quei divari.

In Italia l'Istat (1990; 2001) ha calcolato le probabilità di morte per livello di istruzione, sesso, ripartizione geografica in corrispondenza del censimento del 1981 e del censimento del 1991. Le probabilità di morte si riducono all'aumentare del titolo di studio a qualsiasi età, in qualsiasi ripartizione geografica e per ambedue i sessi<sup>9</sup>. Inoltre, i divari di mortalità si allargano nel 1991 rispetto al 1981. Una tendenza all'ampliamento dei divari nei tassi di mortalità per titolo di studio viene registrata anche da Costa (2009) su dati che riguardano gli abitanti di Torino nel 1981-1984 e nel 2001-2004. Lipsi e Tommasini (2009) suddividono la popolazione tra coloro che hanno almeno un diploma di scuola secondaria superiore e coloro che hanno al massimo un diploma di scuola secondaria inferiore. Nel 2004 il differenziale di vita attesa a 65 anni risulta pari a circa 5 anni sia per le donne che gli uomini. Maccheroni (2008) calcola un divario poco superiore nel 2001. Un recente studio dell'Ordine nazionale degli attuari (2012) sulla speranza di vita dei beneficiari di prestazioni assicurative in Italia mostra che l'incremento della speranza di vita è stato particolarmente evidente e concentrato fra i possessori di rendite superiori ai 1.200 euro. Per l'Inghilterra e il Galles sono disponibili dati sull'aspettativa di vita per classe socio-economica, identificata sulla base della posizione pro-

<sup>9</sup> Anche Fabrizi e Raitano (2013) trovano una influenza diretta del titolo di studio sulle probabilità di morte, anche in presenza di una variabile che misura il reddito familiare. I dati sono campionari, campione Eu-Silc integrato con dati di fonte amministrativa, e si riferiscono al periodo 2005-2010.

fessionale (Johnson, 2011). Usando la classificazione in tre grandi classi<sup>10</sup>, viene registrato nel periodo 2002-2006 un differenziale di vita attesa a 65 anni fra la prima e la terza classe di 2,7 anni per gli uomini e di 2,4 anni per le donne. Confrontando i dati del 2002-2006 con quelli del 1982-1986 si nota stabilità del differenziale nel caso delle donne e una leggera crescita, da 2,2 a 2,7 anni, per gli uomini.

In Francia negli anni 2000-2008, il differenziale di aspettativa di vita a 60 anni tra un dirigente e un operaio è molto ampio per gli uomini, 4,4 anni, più contenuto per le donne, 2,3 anni (Blanpain e Chardon, 2011). Negli anni 1976-1984, quegli stessi differenziali erano pari a 3,3 anni per gli uomini e 2,5 anni per le donne. Si è avuto quindi un incremento nel tempo dei differenziali limitato ai soli uomini.

Munnell, Soto e Golub-Sass (2008) passano in rassegna le evidenze riguardanti gli Stati Uniti, dalle quali emerge che nel periodo 1979-1989 un bianco con un diploma universitario aveva un'aspettativa di vita a 50 anni di 4,5 anni maggiore di un bianco con livello di istruzione inferiore alla scuola secondaria superiore<sup>11</sup>. Per di più, alcune proiezioni delle tendenze più recenti mostrano che, nella generazione dei maschi nati nel 1941, il differenziale di vita attesa a 60 anni tra individui che hanno un reddito superiore al reddito mediano e quelli con un reddito inferiore alla mediana è poco inferiore a 6 anni, mentre per la generazione dei maschi nati nel 1912 era pari a circa un anno. A questo si aggiunge che l'aspettativa di vita in buono stato di salute non sarebbe molto migliorata tra il 1970 e il 2000 all'interno di gruppi omogenei dal punto di vista dell'educazione e dell'origine etnica. La sola eccezione sarebbe rappresentata dai bianchi con una istruzione universitaria che tra il 1970 e il 2000 avrebbero aumentato di 3,5 anni la loro speranza di vita in buona salute. Usando il reddito familiare come variabile che identifica la condizione sociale, Rehkopf, Berkman, Coull e Krieger (2008) trovano negli Stati Uniti che la relazione tra rischio di mortalità e reddito non è lineare. Esiste cioè una soglia di reddito familiare, identificato con la mediana, al di sopra della quale la relazione tra condizione sociale e mortalità riduce considerevolmente la sua entità. Alcuni studi hanno condotto una comparazione di più paesi europei adottando una metodologia comune e base dati simili. Majer, Nussel-

<sup>10</sup> Imprenditori, dirigenti, professionisti; quadri, piccoli imprenditori, lavoratori autonomi; lavoratori manuali e routinari.

<sup>11</sup> Fra i neri viene riportata una differenza di aspettativa di vita a 50 anni di 1,1 anni fra coloro che hanno almeno un diploma di scuola media superiore e gli altri.

der, Mackenbach e Kunst (2011) usano dati dello *European community household panel* tra il 1995 e il 2001 in dieci paesi europei. Le differenze nella speranza di vita a 65 anni tra coloro che hanno un titolo di studio alto e coloro che hanno un titolo di studio basso sono in media pari a 2,9 anni per gli uomini e 1,9 anni per le donne. Le differenze nella speranza di vita senza disabilità sempre a 65 anni, tuttavia, si ampliano e sono pari a 4,6 anni per gli uomini e a 4,4 per le donne<sup>12</sup>. Un precedente lavoro condotto su dati longitudinali in sei paesi europei mostrava una tendenza all'allargamento nel tempo della mortalità relativa sia di coloro che hanno conseguito un titolo di studio basso rispetto a coloro che hanno un titolo alto, sia di coloro che svolgono attività manuali non agricole e alle dipendenze rispetto a coloro che svolgono attività non manuali (Mackenbach e al., 2003).

### 5. *Universalismo proporzionale*

Modificare le politiche sociali, e in particolare quelle pensionistiche, per tenere conto della differenziazione sociale delle aspettative di vita rappresenta una sfida ambiziosa. Ciò non solo per le difficoltà attuative ma anche sotto il profilo dei principi generali che ispirano, o dovrebbero ispirare, le politiche sociali. In primo luogo, il metodo di calcolo contributivo dei trattamenti pensionistici introdotto nel 1995 deve essere ridiscusso. La principale virtù attribuita al metodo di calcolo contributivo dai suoi sostenitori è la sua equità attuariale, cioè l'imparzialità e la neutralità inter-generazionale. Il principio di equità viene tuttavia messo in discussione dalla differenziazione sociale della speranza di vita. Non tenere conto di queste differenze e applicare a tutti la stessa speranza di vita implica un trasferimento di risorse implicito dai più poveri e i meno istruiti ai più ricchi e ai più istruiti<sup>13</sup>. Tenerne

<sup>12</sup> Il ruolo dei fattori socio-economici, misurati dal livello di educazione, nello spiegare la variabilità nella mortalità e nelle aspettative di vita sono confermate rispettivamente da Gallo e al. (2012) e da van Raalte e al. (2012).

<sup>13</sup> Mazzaferro, Morciano e Savegnago (2012) mostrano, nell'ambito di un modello di microsimulazione, che il passaggio in Italia da un sistema di calcolo delle pensioni basato sulle retribuzioni a uno basato sui contributi versati ha migliorato l'equità intergenerazionale del sistema, ma ha lasciato invariata l'inequità intragenerazionale. Coloro con un titolo di studio alto continuo a usufruire di trattamento molto migliore rispetto a tutti gli altri.

conto, d'altra parte, non necessariamente contraddice il principio contributivo di calcolo delle prestazioni. La differenziazione sociale dei parametri di calcolo delle prestazioni può coesistere con il principio che il valore atteso della pensione sia pari al valore attuale di quanto versato dal contribuente. In altre parole, i coefficienti di trasformazione dei più poveri andrebbero aumentati e quelli dei più ricchi ridotti.

Ma le questioni di principio non si limitano al meccanismo di calcolo dei vitalizi pensionistici. La differenziazione sociale delle aspettative di vita mette in discussione il principio che l'accesso al pensionamento debba essere lo stesso per tutti i contribuenti. L'unificazione dei requisiti di accesso attuato nel 2011 è stata giustamente presentata come un superamento delle differenziazioni per categoria occupazionale dei criteri preesistenti e un'affermazione del principio di universalità delle politiche sociali. Tuttavia, regole di accesso uguali per tutti in presenza di aspettative di vita socialmente differenziate comportano un trattamento solo apparentemente equo e neutrale. Tenere conto della differenziazione della vita attesa significa superare una concezione dell'universalismo che si riduce semplicemente a stabilire la stessa regola per tutti. Who (*World health organization*, 2012) propone il concetto di *universalismo proporzionale*: di fronte a rischi differenziati, le politiche pubbliche di assicurazione sociale dovrebbero essere estese a tutti ma proporzionate all'entità del rischio e concentrate su coloro che hanno rischi maggiori. Nel caso delle politiche pensionistiche, le prestazioni devono essere proporzionate al rischio di morte e coloro che hanno aspettative di vita peggiore devono godere di trattamenti migliori. Va sottolineato che universalismo proporzionale non significa assegnare a ognuno un trattamento esattamente pari al suo rischio. Le politiche pubbliche necessariamente devono cercare di uniformare gli interventi. Si tratta, piuttosto, di identificare delle priorità e concentrare le prestazioni sui soggetti a maggiore rischio in modo da favorire almeno una tendenza al superamento delle disuguaglianze. Nell'attuale normativa alcune categorie di lavoratori, tipicamente gli addetti a lavorazioni usuranti, usufruiscono di requisiti più favorevoli. Tuttavia, si tratta di eccezioni molto limitate e soprattutto non basate su un'approfondita analisi delle differenze sociali nelle aspettative di vita. La differenziazione delle regole andrebbe estesa a interi gruppi sociali statisticamente identificati.

Una volta discusso dei principi generali, va aggiunto che l'attuazione dell'universalismo proporzionale alle politiche pensionistiche pone problemi di attuazione di notevole rilevanza, ma soprattutto richiede-

rebbe una riflessione pubblica che finora è del tutto mancata. Questo è vero sia in Italia che in Europa. Per esempio, nei documenti della Commissione europea dedicati all'invecchiamento e all'adeguamento delle politiche pensionistiche, l'attenzione è più concentrata sulla disegualianza fra generazioni, sulla adeguatezza delle prestazioni sociali presenti e future, sulla sostenibilità sociale delle riforme delle politiche pensionistiche e assistenziali. Invece, è poco presente la tematica delle disegualianze all'interno delle generazioni, ed è del tutto assente l'attenzione su alcune dimensioni delle disegualianze intragenerazionali: aspettative di vita, aspettative di vita in buona salute, loro variazioni nel tempo. E parallelamente al lavoro di approfondimento e discussione sull'universalismo proporzionale, occorrerebbe raccogliere e ordinare le evidenze esistenti, aprire ai ricercatori le banche dati amministrative, individuare gruppi e aggregazioni di individui omogenei sotto il profilo del rischio di mortalità<sup>14</sup>.

Ma prima che le evidenze vengano raccolte e analizzate cosa si può fare? Sarebbe necessario applicare il cosiddetto principio di precauzione<sup>15</sup> e cercare di evitare che le politiche adottate peggiorino le disegualianze e le stesse aspettative di vita. Per esempio, si potrebbe pensare che l'aggiustamento dei requisiti sia legato alle aspettative di vita in buona salute. Inoltre, si potrebbe pensare ad aumenti differenziati per l'età minima e l'età massima di pensionamento, aumentando gli spazi di decisione autonoma degli individui. Infine, si potrebbe pensare a dei canali di pensionamento riservati a chi abbia iniziato a lavorare a una età molto precoce e abbia conseguito una anzianità contributiva effettiva superiore a una certa soglia. In questo modo si potrebbero favorire coloro che abbiano svolto lavori manuali.

Rimane da verificare la praticabilità politica e sociale di una differen-

<sup>14</sup> Esempio è in questo senso l'attività dell'*Office for national statistics* nel Regno Unito a riguardo delle politiche pensionistiche, e quella della *World health organization* per quanto riguarda le politiche sanitarie.

<sup>15</sup> Nella letteratura economica e anche in quella epidemiologica, il principio di precauzione fa riferimento a decisioni volte a evitare un danno futuro connesso a rischi sospettati ma non certi. Si tratta quindi di un campo intermedio tra prevenzione, che riguarda rischi ben accertati, e mera congettura (Comba e Pasetto, 2007; Epstein, 1980; Jones e Ostroy, 1984; Gollier, Jullien e Treich, 2000). Il principio di precauzione ha avuto applicazione soprattutto nella normativa ambientale. Tipicamente si fa riferimento alla Dichiarazione di Rio de Janeiro del 1992, principio 15, il Trattato sul funzionamento dell'Ue, art. 191, comma 2, il Codice dell'ambiente italiano, artt. 3 bis, 301, 304.

ziazione sociale della normativa, che implica chiedere ad alcuni di andare in pensione ad una età più elevata di quella prevista dalla normativa attuale per permettere ad altri di andare in pensione prima e con un trattamento adeguato. Si tratta di una redistribuzione dei diritti che potrebbe suscitare opposizione politica e sociale. Va tuttavia sottolineato che i lavoratori a cui si chiederebbe di prolungare ulteriormente gli anni di lavoro sono presumibilmente quelli che hanno una maggiore formazione professionale e maggiori capacità di adattamento alle modifiche nelle modalità di produzione. Al contrario, i lavoratori meno professionalizzati, gli addetti a lavorazioni di tipo manuale, sono quelli che avranno maggiori problemi a estendere gli anni di lavoro a causa di una scarsa domanda da parte del sistema produttivo. Tutto ciò pone già oggi, e sempre più in futuro, un rilevante problema di sostenibilità sociale delle normative vigenti sull'innalzamento uniforme e progressivo dei requisiti di accesso alla pensione. La differenziazione sociale della normativa previdenziale potrebbe efficacemente contribuire ad alleviare quel problema.

### Riferimenti bibliografici

- Blanpain N. e Chardon O., 2011, *Les inégalités sociales face à la mort. Tables de mortalité par catégorie sociale et indices standardisés de mortalité pour quatre périodes (1976-1984, 1983-1991, 1991-1999, 2000-2008)*, Document de Travail F1108, Insee, Direction des Statistiques Démographiques et Sociales.
- Bourbeau R., Légaré J. e Ouellette N., 2011, *Revue de la littérature sur l'évolution future de l'espérance de vie et de l'espérance de vie en santé*, Sedap Research Paper 289, Hamilton (Ontario).
- Comba P. e Pasetto R., 2007, *Il principio di precauzione: evidenze scientifiche e azioni di sanità pubblica*, «Micron», vol. 4(7), pp. 8-10.
- Commissione europea, 2009, Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions, *Solidarity in Health: Reducing health inequalities in the EU*, Bruxelles.
- Commissione europea, 2010, *Green paper. Towards adequate, sustainable and safe European pension systems*, Bruxelles.
- Commissione europea, 2012, *White paper. An Agenda for Adequate, Safe and Sustainable Pensions*, Bruxelles.
- Costa G., 2009, *Le disuguaglianze sociali di salute*, relazione al V Congresso della Società italiana di statistica medica ed epidemiologia clinica, Pavia.
- Dragosei L. e Ginebri S., 2012, *Italia. Da lavoratori a pensionati poveri. Le misure previdenziali di protezione*, «la Rivista delle Politiche Sociali», n. 2, pp. 125-151.
- Dragosei L., Ginebri S., Lipsi R.M. e Mongeau Ospina C., 2012, *Due anni di ri-*

- forme pensionistiche: gli effetti sulla spesa e le questioni ancora aperte*, in Trupiano G. (a cura di), *La manovra finanziaria 2012-2014*, Aracne, Roma.
- Epstein L.G., 1980, *Decision-making and the temporal resolution of uncertainty*, «International Economic Review», vol. 21(2).
- Fabrizi E. e Raitano M., 2013, *La mortalità per caratteristiche socio-economiche in Italia: l'evidenza dal dataset AD-SILC*, in Pizzuti F.R. (a cura di), *Rapporto sullo Stato Sociale. Anno 2013*, Edizioni Simone, Napoli.
- Fehr H., Kallweit M. e Kindermann F., 2012, *Pension reform with variable retirement age: a simulation analysis for Germany*, «Journal of Pension Economics and Finance», vol. 11(3).
- Gallo V., Mackenbach J.P., Ezzati M., Menvielle G., Kunst A.E. e al., 2012, *Social Inequalities and Mortality in Europe – Results from a Large Multi-National Cohort*, «PLOS ONE», vol. 7(7).
- Gollier C., Jullien B. e Treich N., 2000, *Scientific progress and irreversibility: an economic interpretation of the «Precautionary Principle»*, «Journal of Public Economics», n. 75, pp. 229-253.
- Istat, 1990, *La mortalità differenziale secondo alcuni fattori socio-economici. Anni 1981-1982*, Note e relazioni, n. 2, Roma.
- Istat, 2001, *La mortalità differenziale secondo alcuni fattori socio-economici. Anni 1991-1992*, Informazioni, n. 27, Roma.
- Jagger C., Gillies C., Cambois E., Van Oyen H., Nusselder W., Robine J.-M., Ehleis team, 2009, *Trends in Disability-free Life Expectancy at age 65 in the European Union 1995-2001: a comparison of 13 EU countries*, Ehemu Technical report 2009\_5.1
- Johnson B., 2011, *Deriving trends in life expectancy by the National Statistics Socio-economic Classification using the ONS Longitudinal Study*, «Health Statistics Quarterly», n. 49.
- Jones R.A. e Ostroy J.M., 1984, *Flexibility and uncertainty*, «Review of Economic Studies», vol. 51(1).
- Karlström A., Palme M. e Svensson I., 2011, *Assessing the welfare change from a pension reform*, «International Tax and Public Finance», vol. 18(6).
- Lafortune G. e Balestat G., 2007, *Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 Oecd Countries and the Future Implications*, Oecd Health Working Papers, n. 26, Parigi.
- Lipsi R.M. e Tomassini C., 2009, *Condizioni sociali e mortalità: prime indicazioni*, in Cnel-Cer, *Modello previsionale della spesa pensionistica italiana*, Roma.
- Maccheroni C., 2008, *Disuguaglianze nella durata della vita per grado d'istruzione in Italia all'inizio degli anni 2000*, Dondena Working Paper, n. 3, Milano.
- Mackenbach J.P., Bos V., Andersen O., Cardano M., Costa G., Harding S., Reid A., Hemström Ö., Valkonen T. e Kunst A.E., 2003, *Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries*, «International Journal of Epidemiology», vol. 32(5).
- Majer I.M., Nusselder W.J., Mackenbach J.P. e Kunst A.E., 2011, *Socioeconomic inequalities in life and health expectancies around official retirement age in 10 Western-European countries*, «Journal of Epidemiology and Community Health», vol. 65(11).

RPS

Sergio Ghirelli

- Marano A., Mazzaferro C. e Morciano M., 2011, *The strengths and failures of incentive mechanisms in notional defined contribution pension systems*, presentato alla Conferenza Espanet, Milano.
- Mazzaferro C., Morciano M. e Savegnago M., 2012, *Differential mortality and redistribution in the Italian notional defined contribution system*, «Journal of Pension Economics and Finance», vol. 11(04).
- Munnell A.H., Soto M. e Golub-Sass A., 2008, *Will People Be Healthy Enough to Work Longer?*, Center for Retirement Research at Boston College, Working paper, n. 11.
- Office for National Statistics, 2012, *Pension Trends. Chapter 3: Life expectancy and healthy ageing*, Londra, disponibile all'indirizzo internet: <http://www.ons.gov.uk/ons/rel/pensions/pension-trends/chapter-3--life-expectancy-and-healthy-ageing--2012-edition-/index.html>.
- Ordine nazionale degli attuari, Consiglio nazionale degli attuari, Gruppo di lavoro percettori di rendite, 2012, *I percettori di rendite in Italia: analisi della mortalità dal 1980 al 2009 e previsioni al 2040*, disponibile all'indirizzo internet: [http://www.ordineattuari.it/media/6565/Rapporto%20percettori%20di%20rendite%20in%20Italia%202012\\_8EC.pdf](http://www.ordineattuari.it/media/6565/Rapporto%20percettori%20di%20rendite%20in%20Italia%202012_8EC.pdf).
- Raitano M., 2011, *Carriere fragili e pensioni attese: i possibili correttivi al sistema contributivo*, «la Rivista delle Politiche Sociali», n. 3, pp. 99-130.
- Rehkopf D.H., Berkman L.F., Coull B. e Krieger N., 2008, *The non-linear risk of mortality by income level in a healthy population: US National Health and Nutrition Examination Survey mortality follow-up cohort, 1988-2001*, «BMC Public Health», n. 8.
- World health organization, Regional office for Europe, 2012, *Report on social determinants of health and the health divide in the WHO European region*, Executive Summary, Copenhagen.
- van Raalte A.A., Kunst A.E., Lundberg O., Leinsalu M., Martikainen P., Artnik B., Deboosere P., Stirbu I., Wojtyniak B. e Mackenbach J.P., 2012, *The contribution of educational inequalities to lifespan variation*, «Population Health Metrics», vol. 10(3).