

# Differenze sociali nella salute ed equità del sistema pensionistico italiano

**Chiara Ardito, Giuseppe Costa e Roberto Leombruni**

RPS

*L'articolo esamina l'adeguatezza del sistema pensionistico italiano a fronte delle diseguglianze sociali in salute, in particolare concentrandosi sull'aspettativa di vita, un indicatore omnicomprensivo in grado di sintetizzare le diseguglianze che si sperimentano e cumulano lungo tutto il corso della vita.*

*Si presentano e si discutono i più recenti studi sui differenziali di mortalità fra gruppi sociali in Italia e sulle loro implicazioni in termini di equità del trattamento pensionistico, inquadrando il tema nella più generale cornice delle diseguglianze sociali in salute e di come queste vengono affrontate dal dibattito politico corrente.*

## *1. Le aspettative di vita nel sistema pensionistico italiano*

Dagli anni '70 in Italia come in molti altri paesi si è registrato un importante cambiamento nel profilo demografico della popolazione, caratterizzato da un virtuoso allungamento delle speranze di vita, grazie ai miglioramenti delle condizioni di vita e di tutela della salute, e da un contemporaneo restringimento della platea dei più giovani, a causa del declino dei tassi di fertilità. Questo ha comportato un innalzamento dell'età media della popolazione, che in Italia è ancora oggi la più alta d'Europa (Eurostat, 2019) e soprattutto un crescente squilibrio tra le platee di persone in pensione e in età lavorativa. È in particolare questo ultimo aspetto che, unitamente alla bassa partecipazione al lavoro delle donne e a fuoriuscite precoci dal mercato del lavoro, ha alimentato per anni timori e discussioni circa la sostenibilità del nostro sistema pensionistico. È nel 1992, con il Governo Amato, nell'emergenza economica e politica del momento, che si varò la prima vera riforma del sistema previdenziale, iniziando la transizione verso un sistema pensionistico più sostenibile ma anche più equo, riducendo le numerose disparità di trattamento fra settori e gruppi di lavoratori allora esistenti.

Da allora una lunga stagione di riforme ha continuato quel percorso, agendo in particolare sui requisiti di pensionamento e sui criteri di calcolo della pensione. Per quel che riguarda questi ultimi, nel 1995 la Ri-

forma Dini ha iniziato la transizione verso un sistema contributivo, esteso all'intera platea dei lavoratori solo a partire dal 2012<sup>1</sup>. L'idea chiave in un sistema contributivo è quella di trasformare il totale rivalutato di tutti i contributi versati nel corso della carriera lavorativa (il cosiddetto montante contributivo) in una rendita pensionistica tramite un coefficiente di trasformazione che tiene conto delle aspettative di vita stimate al momento della pensione. È principalmente in questo modo che la sostenibilità economica di lungo periodo del sistema viene garantita. Il secondo importante processo di riforma ha riguardato le età di pensionamento, che sono state innalzate progressivamente intervenendo sui requisiti anagrafici e contributivi, in particolar modo per le donne, sino ad arrivare, con la Riforma Sacconi nel 2010, al loro adeguamento automatico agli incrementi stimati nelle aspettative di vita. Idealmente, quindi, il lungo processo di riforma iniziato con la legge Amato si conclude inserendo esplicitamente le stime sulle speranze di vita e il loro periodico aggiornamento nei due cardini principali della attuale normativa pensionistica: i coefficienti di trasformazione che traducono in pensione annua il montante contributivo e i requisiti di età e contribuzione minimi per l'accesso alla pensione. In entrambi i casi, però, se l'obiettivo della sostenibilità si può dire sia stato ampiamente raggiunto, quello di pervenire a un sistema più equo – che pure aveva ispirato i primi passi di questo percorso – vede proprio nel ruolo dalla stima dell'aspettativa di vita un momento di crisi.

Per quel che riguarda i coefficienti di trasformazione (d'ora in avanti: Ct), il loro ruolo è di far sì che i benefici pensionistici ricevuti in tutti gli anni di godimento della pensione restituiscano (in media) tutto e solo il montante contributivo maturato nella carriera lavorativa. Dipendono quindi dalla sopravvivenza media all'età al pensionamento, oltre a includere una serie di altri parametri che tengono ad esempio in considerazione il fatto che la pensione possa essere resa reversibile al co-

<sup>1</sup> A partire dal 2012 il sistema di calcolo contributivo si applica a tutti ma si possono distinguere tre casi. A coloro che hanno iniziato a lavorare dopo il 1° gennaio 1996 e a coloro che hanno scelto la cosiddetta Opzione donna viene applicato il «contributivo puro», calcolando la pensione interamente con il sistema contributivo. Per coloro invece che al 31 dicembre 1995 avevano un'anzianità contributiva inferiore (superiore) ai 18 anni viene applicato il sistema misto prorata, calcolando con il sistema retributivo la quota di pensione maturata fino al 31 dicembre 1995 (31 dicembre 2011) e con il sistema contributivo quella maturata dal 1° gennaio 1996 (1° gennaio 2012).

niuge in caso di decesso<sup>2</sup>. Nonostante le sistematiche differenze nell'aspettativa di vita tra generi, occupazioni, istruzione, però, per il calcolo del Ct viene adottata la speranza di vita dell'intera popolazione. In pratica, il Ct dipende solo dall'età del lavoratore al pensionamento, e dalle revisioni periodiche cui è soggetto per tener conto del miglioramento delle aspettative di vita, previste inizialmente ogni dieci anni. Mentre dal punto di vista degli aggiornamenti periodici le riforme sono intervenute per ridurre scaloni socialmente ingestibili che avrebbero prodotto premi per alcune generazioni e penalità per altre – il Governo Prodi e poi la Riforma Fornero hanno abbassato a tre e poi a due anni la frequenza delle revisioni –, l'applicazione di un unico Ct uguale per tutti, a fronte dell'esistenza di differenziali di mortalità fra gruppi sociali, rimane un elemento con inattese e indesiderabili implicazioni in termini di redistribuzione, su cui il legislatore ancora non ha deciso di intervenire. Infatti, quelle persone appartenenti a gruppi sociali la cui aspettativa di vita è superiore a quella utilizzata nel computo del Ct godranno di assegni pensionistici più generosi rispetto a quanto avrebbe garantito l'uguaglianza fra i contributi versati e il valore atteso della ricchezza pensionistica, e altre, la cui aspettativa di vita è invece sistematicamente più bassa, riceveranno meno rispetto a quanto effettivamente versato. Poiché, come documenteremo meglio in seguito, tra le principali determinanti delle differenze nelle speranze di vita vi sono differenze di status socio-economico, questo meccanismo di fatto implementa un sistema regressivo.

Anche l'adeguamento automatico dei requisiti di accesso all'aspettativa di vita richiede una riflessione sulle sue implicazioni in termini di equità. È la Riforma Sacconi che per la prima volta stabilisce di automatizzare i futuri innalzamenti dei requisiti anagrafici e contributivi all'aspettativa di vita. La legge prevedeva che a partire dal 2013 i requisiti per l'accesso alla pensione (di vecchiaia ed anticipata) venissero aumentati di un ammontare pari all'incremento registrato dall'Istat nelle aspettative di vita, peraltro solo nel caso si trattasse di miglioramenti, mentre eventuali diminuzioni non avrebbero dato luogo ad alcun rilassamento dei requisiti (l. 122/2010, art. 12, comma 12 ter). L'automatismo viene confermato dalla Riforma Fornero, che prevede che per tutti i requisiti anagrafici e contributivi trovino applicazione gli adeguamenti alla speranza di vita.

<sup>2</sup> La formula per il calcolo dei Ct è stata pubblicata dalla Ragioneria generale dello Stato (2014) molti anni dopo la riforma del 1995; per una discussione più dettagliata sui Ct si rimanda a Caselli e Lipsi (2018).

I primi adeguamenti hanno avuto cadenza triennale (nel 2013, 2016 e 2019, rispettivamente di tre, quattro e cinque mesi), ma a partire dal 2019 avverranno ogni due anni.

Come per il Ct, anche per questo meccanismo le criticità riguardano il trattamento uguale dei diversi: nascono cioè dall'applicare a tutta la popolazione evidenze che riguardano l'individuo medio. È facile comprendere come un aumento nell'aspettativa di vita registrato in media nella popolazione non implichi necessariamente che tutti abbiamo effettivamente guadagnato anni di vita e neanche che questo eventuale incremento si traduca in vita in buona salute. Poiché il vantaggio di sopravvivenza registrato dall'Istat risulta essere la media di aumenti di diverse entità, in estremo, si applicherà anche a gruppi sociali la cui speranza di vita potrebbe addirittura essere diminuita. Inoltre, è necessario interrogarsi su quanto sia plausibile l'ipotesi che l'estensione della vita lavorativa significhi lo stesso sforzo per persone in condizioni di lavoro o di salute diverse. Il caso più estremo riguarda i lavoratori impiegati in mansioni usuranti, per i quali il legislatore aveva inizialmente concesso un anticipo pensionistico espresso come «sconto» rispetto ai requisiti ordinari (d.lgs. 67/2011), seguendone quindi gli aggiornamenti automatici, nella assunzione che la loro capacità di lavoro in condizioni di usura aumentasse automaticamente al migliorare delle aspettative di vita (Leombruni e al., 2014). Adeguamento opportunamente abolito poi dalla legge di stabilità per il 2017.

Più in generale, però, come evidenziato da numerosi studi (Ardito e al., 2016; Eibich, 2016; Belloni e al., 2016), ritardare il pensionamento per tutti secondo quanto accade al «lavoratore medio italiano» può avere effetti deleteri sulla salute di categorie più fragili di lavoratori esposti a condizioni di lavoro più pesanti dal punto di vista fisico e psicologico, implementando un meccanismo che non solo non guarda alle diverse aspettative di vita, ma diventa esso stesso un fattore che genera disuguaglianze.

Nel prosieguo dell'articolo si dà sostanza a queste riflessioni richiamando innanzitutto quanto già è noto sui differenziali di mortalità fra gruppi sociali in Italia (paragrafo 2) e alle loro implicazioni sull'equità del sistema pensionistico (paragrafo 3). Passiamo poi a inquadrare il tema nella più generale cornice delle disuguaglianze sociali in salute e sulla loro considerazione nel dibattito politico corrente (paragrafo 4) per chiudere con alcune riflessioni su possibili direzioni di policy (paragrafo 5).

## 2. I differenziali sociali di mortalità

Negli ultimi anni è possibile notare una grande attenzione verso la quantificazione delle diseguaglianze sociali nelle aspettative di vita, che se da un lato sono l'indicatore di maggior interesse per la normativa previdenziale, dall'altro rappresentano probabilmente la più inaccettabile manifestazione delle diseguaglianze sociali.

Concentrandoci innanzitutto sull'Italia, per la prima volta nel 2016 l'Istat diffonde delle tavole di mortalità e delle speranze di vita secondo il livello di istruzione (Istat, 2019), e contribuisce anche a realizzare un vero e proprio atlante delle diseguaglianze sociali nella mortalità in Italia frutto della collaborazione con l'Istituto nazionale per le migrazioni e la povertà (Inmp) e di numerosi ricercatori impegnati da anni su questo tema (Petrelli e al., 2019). Prima di questo importante punto di svolta, la costruzione di studi longitudinali metropolitani o campionari di ampia portata aveva reso possibile evidenziare già durante gli anni 2000 un sistematico gap nella speranza di vita per le persone appartenenti a gruppi sociali più svantaggiati. Queste evidenze sono state riassunte ed aggiornate in Leombruni e al. (2015) e d'Errico e al. (2017), che hanno descritto i risultati ottenuti su tre studi longitudinali, uno sulla popolazione metropolitana di Torino (SlT), uno sul campione Istat delle indagini sulla salute (Studio longitudinale italiano, Sli) e uno su un campione di dipendenti e autonomi del settore privato (Whip-Salute). In questi studi la condizione socio-economica è stata identificata con la classe sociale professionale seguendo il modello di Schizzerotto (1993), con la professione Istat a due cifre o con il livello di reddito da pensione. Tutte e tre le fonti e le misure di condizione socio-economica mostrano differenze significative nella speranza di vita, simili tra loro per intensità e direzione. A titolo di esempio, si osserva una differenza nell'aspettativa di vita a 65 anni tra le professioni di tipo manuale e intellettuale di circa 2-3 anni per gli uomini e di circa un anno per le donne. Nonostante l'utilizzo di un diverso indicatore socio-economico, il divario è simile alle stime prodotte dall'Istat secondo il livello di istruzione, per le quali un uomo di 65 anni senza o con un basso titolo di studio ha una aspettativa di vita di 2,2 anni più bassa rispetto a chi è in possesso della laurea (1,3 per le donne; Istat, 2019). Un dato che è interessante rilevare è che al crescere del livello di dettaglio usato per la classificazione della condizione socio-economica aumentano gli svantaggi osservati: il differenziale fra i due estremi delle classi sociali è di 1,5 anni con

RPS

Chiara Ardito, Giuseppe Costa e Roberto Leombruni

quattro classi sociali a confronto (Leombruni e al., 2015), 2,95 con otto classi sociali a confronto e infine di 5 anni fra gli estremi delle 22 professioni analizzate in d'Errico e al. (2017).

Per riferimento, possiamo ricordare un recente studio dell'Oecd (Oecd, 2017), che descrive i differenziali di mortalità a svantaggio delle persone con basso livello di istruzione in 23 dei suoi paesi membri, e testimonia dell'attenzione anche a livello internazionale su questo tema. Il divario medio nell'aspettativa di vita a 65 anni tra persone con un livello elevato o basso di istruzione è di 3,5 anni per gli uomini e 2,4 per le donne. Lo studio evidenzia importanti disparità tra paesi, con un differenziale particolarmente ampio nell'Est Europa (il gap più alto nell'aspettativa di vita a 25 anni è di 14 anni fra i maschi ungheresi), mentre l'Italia – assieme al Canada – è un paese dove le differenze sono relativamente più basse. In tutti i paesi le disuguaglianze di longevità diminuiscono con l'età, per effetto della sopravvivenza selettiva<sup>3</sup> e sono meno pronunciate fra le donne; questo dipende dal fatto che fra le donne il gradiente sociale è inverso per numerose cause di morte, ovvero è fra le classi sociali più elevate che si osservano rischi di morte maggiori per effetto di una maggiore diffusione di comportamenti considerati «a rischio» (ad es. abitudine al fumo, posticipazione primo figlio e minore allattamento al seno; d'Errico e al., 2017).

Un elemento particolarmente allarmante che emerge dalla letteratura internazionale riguarda l'evoluzione nel tempo dei differenziali. Numerosi studi segnalano come negli ultimi decenni il gap nell'aspettativa di vita soprattutto fra gli anziani con diversi livelli di istruzione o reddito stia aumentando, in particolare negli Stati Uniti (National Academy of Science, 2015; Currie e Schwandt, 2016; Meara e al., 2008; Olshansky e al., 2012) e in Danimarca (per esempio, Bronnum-Hansen e Baadsgaard, 2012). Per quanto riguarda l'Italia e il resto d'Europa la letteratura è più scarna, ma gli studi comparati di Mackenbach e colleghi (2015, 2016) hanno mostrato chiaramente come anche nella maggior parte dei paesi europei le disuguaglianze nei tassi di mortalità per livello di istruzione si stiano acuendo.

<sup>3</sup> Poiché la mortalità prematura è più diffusa fra i gruppi sociali più svantaggiati, le persone che sopravvivono a età più avanzate sono quelle più resistenti che contribuiscono quindi a moderare i differenziali nella longevità.

### 3. Implicazioni di equità e progressività delle regole pensionistiche

Sulla base delle evidenze su differenziali nell'aspettativa di vita, numerosi studi hanno cominciato ad analizzarne le conseguenze in termini di equità attuariale e progressività dei sistemi previdenziali (Mazzaferro e al., 2012; Whitehouse e Zaidi, 2008; Ayuso e al., 2017; Caselli e Lipsi, 2018; Oecd, 2017, 2018). A testimonianza della crescente rilevanza del tema nel dibattito previdenziale, un intero capitolo nell'ultimo *Pension Outlook* dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (Oecd) è dedicato proprio agli effetti dei differenziali di mortalità su diversi esiti pensionistici (Oecd, 2018).

In genere, per quantificare lo svantaggio a sfavore dei gruppi a più bassa aspettativa di vita si sono adottati due approcci: del primo fanno parte quegli studi che valutano il valore finanziario ed economico dell'investimento fatto sotto forma di contributi alle casse previdenziali, confrontando quindi diverse misure di *money's worth* fra categorie di lavoratori con diversa aspettativa di vita (ad esempio, coefficiente di trasformazione, *asset-pay-ratio*, *net-present-value ratio*). Al secondo approccio appartengono quegli studi che confrontano il livello di disuguaglianza nel sistema tra una situazione in cui si applica la speranza di vita media e una in cui si adottano speranze di vita specifiche per diversi gruppi (ad esempio, indice di Gini, indice di progressività, misure di reddito relativo).

Caselli e Lipsi (2018) e Whitehouse e Zaidi (2008) si sono concentrati sulle implicazioni causate dall'utilizzo di un unico coefficiente di trasformazione per diverse categorie di lavoratori. In particolare, Caselli e Lipsi (2018) hanno stimato per l'Italia la perdita in termini di assegno pensionistico subita da lavoratori a basso livello di istruzione, confrontando l'assegno pensionistico calcolato a regole correnti con quello derivante dall'adozione di coefficienti di trasformazione, ricostruiti dagli autori, che tengono in considerazione i diversi tassi di mortalità fra livelli di istruzione e genere pubblicati dall'Istat. Per l'analisi considerano alcuni «individui tipo» con diverso livello di istruzione ma pari montante contributivo (270 mila euro) ed età di pensionamento (65 o 67 anni). A parità di montante contributivo, un uomo con bassa istruzione che va in pensione a 65 anni riceverà una pensione annua che è di 402 euro inferiore a quella ipotetica calcolata sulle aspettative medie (di circa 15.000 euro), a fronte di un premio di 659 euro per coloro che beneficiano della più elevata speranza di vita associata ai livelli di istruzione alti. Whitehouse e Zaidi (2008) utilizzano come «valore della pensione» l'inverso del fattore di conversione (ovvero il valore attuale di una rendita vitalizia di un euro, in inglese il cosiddetto *annuity factor*).

RPS

Chiara Ardito, Giuseppe Costa e Roberto Leonbruni

Confrontando i diversi *annuity factors* calcolati per lavoratori appartenenti a diversi terzili di reddito, il valore ex ante della pensione cambia fra gruppi a causa del diverso numero di anni di beneficio atteso. La differenza in media nei tre paesi analizzati (Regno Unito, Usa e Germania) è di più/meno il 5% rispetto all'individuo medio: in pratica, per ogni euro di montante contributivo, un uomo nel terzile di reddito più basso riceverà 95 centesimi, mentre un uomo nel terzile più elevato può aspettarsi di ricevere 1,05 euro. Anche la progressività originariamente presente nel sistema viene fortemente ridotta dai differenziali di mortalità, misurata tramite un indicatore di progressività sviluppato dall'Oecd (il cosiddetto *progressivity index*) che mette in relazione la dispersione dei redditi da lavoro (pre-pensionamento) e dei redditi da pensione (post-pensionamento). Nonostante gli elementi redistributivi presenti nella tassazione applicata a redditi e pensioni, in tutti e tre i paesi analizzati la progressività risulta fortemente ridotta o addirittura annullata (come nel caso della Germania) per effetto dei differenziali di mortalità.

Tornando all'Italia, Mazzaferro e al. (2012) adottano un modello di microsimulazione per stimare l'impatto dei differenziali di mortalità per livelli di istruzione e reddito sulla redistribuzione delle risorse pensionistiche, basato su un campione di individui estratto dall'indagine sui bilanci delle famiglie italiane della Banca d'Italia del 2002. Gli autori si concentrano in particolare su un campione di nati dopo il 1975 (per il quale quindi la formula di calcolo della pensione è interamente contributiva), che viene fatto evolvere fino al 2100 e sul quale calcolano per ciascun livello di istruzione e di reddito il rapporto fra (il valore attuale dei) benefici pensionistici e contributi previdenziali, ovvero il *net present value ratio* (Npvr). La misura è intuitiva: un Npvr uguale a uno indica che in termini attuariali il montante contributivo individuale eguaglia il valore attuale delle pensioni future, mentre valori maggiori (o inferiori) a uno indicano che l'individuo riceverà una cifra maggiore (minore) rispetto a quanto versato. La simulazione permette di stimare la redistribuzione regressiva delle risorse legata ai differenziali di mortalità. Come atteso, la redistribuzione maggiore avviene fra generi, ma anche fra gruppi appartenenti a diversi livelli di reddito e istruzione. Per ogni euro versato nelle casse del sistema previdenziale una donna riceverà indietro 1,01 euro, mentre un uomo riceve sotto forma di benefici pensionistici 86,6 centesimi di euro. Queste cifre diventano ancora più basse se ci concentriamo su individui appartenenti a condizioni socio-economiche più svantaggiate: un euro versato da un uomo (donna) con bassa

istruzione varrà 78 (95) centesimi di euro, ma il valore sarà di 90 (104) centesimi di euro per uomini (donne) in possesso della laurea. La pensione di un uomo con bassa istruzione «vale» quindi circa il 12% in meno della pensione di un uomo a elevata istruzione.

#### *4. Le disuguaglianze sociali in salute e i meccanismi di generazione nell'agenda politica*

Gli studi citati sopra sui differenziali sociali di mortalità si inseriscono in una lunga serie di lavori che grazie ad alcune nuove indagini hanno cominciato a monitorare le disuguaglianze per livello di istruzione e classe sociale dei principali indicatori di salute a livello nazionale, regionale e locale. Una recente revisione di queste evidenze, dal titolo significativo *L'Italia per l'equità nella salute*, è stata curata dagli enti nazionali del Servizio sanitario nazionale (Inmp, Iss, AgeNaS, Aifa, 2017), ed è stata presentata dalla allora ministra Lorenzin il 1° dicembre 2017. Con questa revisione per la prima volta il Ministero della Salute fa proprio un documento di analisi che riconosce che le disuguaglianze sociali di salute sono la prima singola determinante delle variazioni di salute nella popolazione, che i meccanismi di generazione di queste disuguaglianze di salute sono noti e che su di essi si possono mettere in campo azioni di contrasto efficaci per ridurne l'impatto. L'agenda di priorità e azioni suggerita dal documento è ora alla base del contributo italiano ad una iniziativa europea, la *Joint Action Health Equity Europe* (Jahee)<sup>4</sup> che si propone di indirizzare, assistere e sostenere 24 paesi europei aderenti nel migliorare la capacità di risposta delle politiche nazionali e locali alle disuguaglianze di salute, circostanza che offre una finestra di opportunità inedita per sostenere con azioni concrete le proposte di intervento avanzate.

L'attenzione non solo alle misure ma ai meccanismi di generazione è il principale elemento che può informare il disegno di azioni di contrasto, e dal punto di vista delle politiche per la salute ovviamente l'interesse principale è su come le differenze sociali determinano differenze di salute. A questo proposito il principale meccanismo di azione è quello per cui lo scarso controllo sulla propria vita che caratterizza le basse posizioni sociali agisce sulla salute sia in modo diretto sia soprattutto in modo mediato dalle disuguaglianze nei principali fattori di rischio: le

<sup>4</sup> Per un approfondimento si rinvia al sito internet: <https://jahee.iss.it/>.

persone più povere di risorse e competenze sono anche più esposte e più vulnerabili a fattori psicosociali (stress cronico in primis), a rischi ambientali nei luoghi di lavoro e di vita, a stili di vita pericolosi per la salute e infine anche alle barriere nell'accesso alle cure. È chiaro che questo meccanismo chiama in causa la responsabilità non solo delle politiche sanitarie, ma anche di tutte quelle politiche che possono controllare e ridurre l'esposizione a questi mediatori degli effetti sulla salute dello svantaggio sociale.

Un secondo meccanismo riguarda il ruolo dei contesti locali che possono «capacitare» o meno le persone più povere di risorse e competenze ad usare adeguatamente quelle poche risorse per proteggere e promuovere la propria salute, attraversando le avverse condizioni di vita con minori conseguenze. Anche questo meccanismo costringe ad allargare lo sguardo al di là delle politiche strettamente sanitarie, e sollecita gli attori locali a esercitare la loro responsabilità per creare ambienti e contesti «capacitanti».

Infine un terzo meccanismo causale identificato dal documento è quello della causazione inversa, fenomeno per cui il gradiente sociale che si osserva sulla salute potrebbe nascere anche dal fatto che l'esperienza di malattia possa causare uno svantaggio nella carriera sociale di una persona. È a proposito di causazione inversa che il documento richiama più direttamente un legame con le politiche previdenziali, che, in presenza di disuguaglianze nella speranza di vita (evidentemente legate a disuguaglianze nella esperienza di malattia), redistribuisce risorse e opportunità in modo potenzialmente iniquo a svantaggio di chi approda all'età pensionabile con una peggiore aspettativa di vita. Al pari degli altri meccanismi di causazione inversa il documento propone che le politiche non sanitarie, in particolare quelle di competenza dei sistemi regolatori di età e benefici pensionistici, si misurino con questi effetti distributivi iniqui delle disuguaglianze nella salute con opportune risposte.

### *5. Tutela della vecchiaia e tutela della salute*

In un mondo ideale tutela della vecchiaia e tutela della salute dovrebbero essere considerate due facce di una stessa medaglia che non possono essere discusse in modo indipendente. Dal punto di vista della tutela della salute, come richiamato nel paragrafo precedente, questa consapevolezza è ormai entrata nel dibattito e nell'agenda delle politiche. Allo stesso modo si dovrebbe chiedere a un moderno sistema pre-

videnziale di non ignorare le condizioni di salute delle persone delle quali vuole tutelare la vecchiaia.

A questo proposito le principali criticità che abbiamo richiamato a proposito della normativa attuale sono due. La prima ha a che fare con il principio dell'equità attuariale tra contributi versati e benefici ricevuti, introdotto con il sistema contributivo per garantire la sostenibilità di lungo periodo del sistema. È chiaro che non si può arrivare all'estremo di personalizzare il calcolo della pensione su tutte le dimensioni lungo cui esistono differenze nelle aspettative di vita: sarebbe un approccio di tipo puramente assicurativo non coerente con le finalità stesse di un sistema previdenziale. Il sistema attuale però si colloca all'estremo opposto, fondandosi su un singolo, ipotetico individuo medio che – come nella poesia di Trilussa – esiste forse solo nelle statistiche. La «finzione» di una aspettativa di vita media può essere accettabile in sistemi nei quali è presente qualche connotato di progressività, come nel caso ricordato sopra della Germania, dove le differenze nelle aspettative di vita di fatto si bilanciano con gli elementi redistributivi presenti nel sistema. In Italia il principio dell'equità attuariale si traduce direttamente in una redistribuzione al contrario, che nelle stime che abbiamo riportato è stata quantificata tra il 5% e il 12% della pensione lungo il gradiente dell'istruzione.

La seconda ha a che fare con l'aggancio automatico dei requisiti di pensionamento agli incrementi nelle aspettative di vita. Attualmente questo meccanismo non considera due fattori. Il primo è che non solo il livello, ma anche le variazioni nelle aspettative di vita non sono uguali per tutti, come dimostra la recente letteratura che abbiamo riportato. In estremo, un adeguamento automatico si applica anche a gruppi sociali la cui speranza di vita potrebbe essere diminuita. Sono poi da richiamare quegli studi che vedono nel lavoro, e in particolare nel lavoro in età avanzate, uno dei possibili fattori di rischio per la salute. Il punto è che gli incrementi nelle aspettative di vita non si traducono necessariamente in una corrispondente maggiore capacità di mantenere determinati carichi e contesti di lavoro più a lungo. Un miglior dialogo con le evidenze messe a disposizione dalla ricerca sulle relazioni tra lavoro e salute è indispensabile perché il sistema attuale, oltre a non considerare le differenze sociali nelle aspettative di vita, non diventi esso stesso un fattore che genera ulteriori disuguaglianze nella salute.

RPS

Chiara Ardito, Giuseppe Costa e Roberto Leombruni

### Riferimenti bibliografici

- Ardito C., Leombruni R., Blane D. e d'Errico A., 2016, *To Work or not to Work? The Effect of Higher Pension Age on Cardiovascular Health*, Laboratorio Revelli Working Paper, p. 150.
- Ayuso M., Bravo J.M. e Holzmann R., 2017, *Addressing Longevity Heterogeneity in Pension Scheme Design and Reform*, «Journal of Finance and Economics», vol. 6, n.1, pp. 1-21.
- Belloni M., Meschi E. e Pasini G., 2016, *The Effect on Mental Health of Retiring During the Economic Crisis*, «Health Economics», n. 25, pp. 126-140.
- Bronnum-Hansen H. e Baadsgaard M., 2012, *Widening Social Inequality in Life Expectancy in Denmark. A Register-Based Study on Social Composition and Mortality Trends for the Danish Population*, «BMC Public Health», vol. 12, n. 1, p. 994.
- Caselli G. e Lipsi R.M., 2018, *Survival Inequalities and Redistribution in the Italian Pension System*, «Vienna Yearbook of Population Research», n. 16, pp. 83-110.
- Currie J. e Schwandt H., 2016, *Mortality Inequality: the Good News from a County-Level Approach*, «Journal of Economic Perspectives», vol. 30, n. 2, pp. 29-52.
- d'Errico A., Costa G. e Zengarini N., 2017, *Dimmi che lavoro fai... e ti dirò quanto vivrai*, in Costa G., Stroschia M., Zengarini N. e Demaria M. (a cura di), *40 anni di salute a Torino, spunti per leggere i bisogni e i risultati delle politiche*, Infezenze, Milano.
- Eibich P., 2015, *Understanding the Effect of Retirement on Health: Mechanisms and Heterogeneity*, «Journal of Health Economics», n. 43, pp. 1-12.
- Eurostat, 2019, *Population Structure and Ageing. Statistics Explained*, disponibile all'indirizzo internet: <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/pdfscache/1271.pdf>.
- Inmp, Iss, AgeNaS e Aifa, 2017, *L'Italia per l'equità nella salute*, Inmp, Roma, disponibile all'indirizzo internet: <https://www.inmp.it/ita/Pubblicazioni/Libri/L-Italia-per-l-equita-nella-salute-Scarica-il-documento-tecnico>.
- Istat, 2019, *Diseguaglianze nella speranza di vita per livello di istruzione. Tavole Mortalità per livello istruzione V 2015 03 17*, disponibile all'indirizzo internet: <https://www.istat.it/it/archivio/184896>.
- Leombruni R., d'Errico A., Stroschia M., Zengarini N. e Costa G., 2015, *Non tutti uguali al pensionamento: variazione nell'aspettativa di vita e implicazioni per le politiche previdenziali*, «Politiche Sociali/Social Policies», vol. 2, n. 3.
- Leombruni R., Mosca M. e Fontana D., 2014, *Misurazione e condizione dei lavoratori occupati in lavori usuranti*, «la Rivista delle Politiche Sociali/Italian Journal of Social Policy», vol. 2, n. 3, pp. 291-305.
- Mackenbach J.P., Kulhánová I., Artnik B., Bopp M., Borrell C., Clemens T., Costa G., Dibben C., Kalediene R., Lundberg O., Martikainen P., Menvielle G., Östergren O., Prochorskas R., Rodriguez-Sanz M., Strand B.H.,

- Looman C.W.N. e de Gelder R., 2016, *Changes in Mortality Inequalities over Two Decades: Register Based Study of European Countries*, «British Medical Journal», 353: i1732.
- Mackenbach J.P., Kulhánová I., Menvielle G., Bopp M., Borrell C., Costa G., Deboosere P., Esnaola S., Kalediene R., Kovacs K., Leinsalu M., Martikainen P., Regidor E., Rodriguez-Sanz M., Strand B.H., Hoffmann R., Eikemo T.A., Östergren O. e Lundberg O., 2015, *Trends in Inequalities in Premature Mortality: A Study of 3.2 Million Deaths in 13 European Countries*, «Journal of Epidemiology and Community Health», n. 69, pp. 207-217.
- 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, n. 4, pp. 500-530.
- Meara E.R., Richards S. e Cutler D.M., 2008, *The Gap Gets Bigger: Changes in Mortality and Life Expectancy, by Education, 1981-2000*, «Health Affairs», vol. 27, n. 2, pp. 350-360.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2015, *The Growing Gap in Life Expectancy by Income: Implications for Federal Programs and Policy Responses*, The National Academies Press, Washington, DC, Doi: <https://doi.org/10.17226/19015>.
- Oecd, 2017, *Preventing Ageing Unequally*, Oecd Publishing, Parigi, Doi: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264279087-en>.
- Oecd, 2018, *Oecd Pensions Outlook 2018*, Oecd Pensions Outlook, Oecd Publishing, Parigi, Doi: [https://doi.org/10.1787/pens\\_outlook-2018-en](https://doi.org/10.1787/pens_outlook-2018-en).
- Olshansky S.J., Antonucci T., Berkman L., Binstock R.H., Boersch-Supan A., Cacioppo J.T., Carnes B.C., Carstensen L.L., Fried L.P., Goldman D.P., Jackson J., Kohli M., Rother J., Zheng Y., 2012, *Differences in Life Expectancy Due to Race and Educational Differences Are Widening, and Many May not Catch Up*, «Health Affairs», vol. 31, n. 8, pp. 1803-1813.
- Petrelli A., Di Napoli A., Sebastiani G., Rossi A., Rossi P.G., Demuru E., Costa G., Zangarini N., Alicandro G., Marchetti S., Marmot M. e Frova L. (a cura di Petrelli A. e Frova L.), 2019, *Italian Atlas of Mortality Inequalities by Education Level*, «Epidemiologia e prevenzione», vol. 43, n. 1, suppl. 1, pp. 1-120.
- Ragioneria generale dello Stato, 2014, *Le tendenze di medio-lungo periodo del Sistema pensionistico e socio-sanitario*, Aggiornamento 2014, Report n. 15, Roma.
- Schizzerotto A., 1993, *Problemi concettuali e metodologici nell'analisi delle classi sociali*, in Palumbo M. (a cura di), *Classi, disuguaglianze e povertà. Problemi di analisi*, Franco Angeli, Milano.
- Whitehouse E. e Zaidi A., 2008, *Socio-Economic Differences in Mortality: Implications for Pensions Policy*, Oecd Social, «Employment and Migration Working Papers», n. 71, Oecd Publishing, Parigi.

