



Il Sole-24 Ore

sezione: IN PRIMO PIANO data: 2007-02-11 - pag: 4

autore:

L'indagine Share su 11 Paesi

Nesso «salvavita» tra reddito e salute

di Orazio Carabini

Capire come vivono gli ultracinquantenni: salute, famiglia, relazioni sociali, situazione economica e, in linea con gli sviluppi più recenti dell'analisi economica, felicità. In un'Europa che presenta situazioni così diverse al suo interno per cultura, tradizioni e anche approccio politico ai problemi. Un'Europa che sta invecchiando velocemente, con una quota di popolazione anziana ampiamente superiore a quella che si registra negli altri continenti.

È questo l'obiettivo di Share (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe), un progetto di ricerca che ha già coinvolto 22mila persone di oltre 50 anni in 11 Paesi. Secondo le più recenti proiezioni dell'Unione europea la popolazione degli ultra65enni, che oggi è pari al 17% del totale, supererà il 29% nel 2050. Ma non tutti i Paesi mostrano tendenze analoghe. In Francia e in Svezia, grazie a un tasso di fertilità ancora alto, le giovani generazioni hanno un peso maggiore che in Italia o in Germania dove sono ormai ridotte alla metà dei baby boomers.

L'Italia ha la percentuale più alta di anziani mentre la Spagna è quella in cui la percentuale cresce più rapidamente. Al contrario alla Danimarca occorreranno 15 anni per raggiungere il livello di oggi dell'Italia.

Anche le differenze nell'aspettativa di vita sono forti.

Una neonata svizzera "dovrebbe" campare quattro anni più di una danese che a sua volta ha quattro anni di vantaggio su una svedese. Perché? È una questione genetica, di stile di vita o di disponibilità di assistenza sanitaria? La risposta è importante anche sotto il profilo economico. Una parte crescente della spesa pubblica, la cosiddetta spesa sociale, dipende anche dalle tendenze demografiche: **pensioni**, sanità, assistenza ai lungodegenti. Anche, ma non solo. Perché ci sono altri fattori che "spiegano" la dinamica della spesa sociale. La partecipazione al mercato del lavoro, per esempio. Che equivale a dire l'età media a cui i cittadini smettono di lavorare. Un fattore decisivo perché chi lavora paga gran parte delle tasse e dei contributi che vanno a finanziare la spesa sociale. Tra i Paesi dell'indagine Share solo Svezia, Danimarca, Gran Bretagna e Svizzera superano gli obiettivi di occupazione fissati ai vertici di Lisbona e di Stoccolma; Belgio, Francia, Austria e Italia sono ampiamente al di sotto. I motivi non sono così evidenti come potrebbe sembrare. L'età di **pensionamento** consentita dal sistema dovrebbe essere la spiegazione più immediata, eppure non basta. Molto incidono anche la partecipazione degli anziani al mercato del lavoro, le modalità di **pensionamento** e la generosità del sistema **previdenziale**. Basta pensare che mentre in Gran

Bretagna la spesa per **pensioni** è pari al 5% del Pil in Austria essa raggiunge il 15 per cento.

Visto da un'altra prospettiva il sistema **previdenziale** serve peraltro anche a garantire standard di vita adeguati alle persone anziane. E in effetti nella gran parte dei Paesi europei la quota di anziani che vivono al di sotto della soglia di povertà è bassa, significativamente più bassa che negli Stati Uniti. Con qualche eccezione anche in Paesi che pure spendono molto per le **pensioni** come Belgio e Grecia, oltre che nella Gran Bretagna. L'intreccio tra salute dei cittadini e spesa sanitaria non è meno complesso da interpretare. È vero che ci sono significative differenze nella spesa pro capite, pubblica e privata, tra i vari paesi: si passa dai 1.200 euro l'anno in Grecia e Spagna ai quasi 3 mila della Danimarca fino ai 4 mila della Svizzera. Eppure non emerge alcuna correlazione tra il livello di spesa e quello che potrebbe essere considerato un grossolano output del servizio sanitario: l'aspettativa di vita alla nascita. Ci sono Paesi in cui si spende relativamente poco per la sanità ma l'aspettativa di vita è alta, come l'Italia e la Spagna. Altri Paesi, tra cui Olanda, Germania e Danimarca, spendono molto ma fanno registrare un'aspettativa di vita bassa. L'invecchiamento produce effetti un po' su tutti i campi di attività delle persone. Il **pensionamento** cambia il quadro economico e il modo di passare il tempo. Alla salute e alle cure si dedica un sempre maggiore impegno. Il ruolo nella famiglia cambia. L'indagine SHARE sta cercando di interpretare le relazioni tra questi fenomeni con un approccio interdisciplinare. Per esempio, c'è una correlazione tra benessere economico e salute fisica: le persone agiate vivono più a lungo. Non è chiaro tuttavia quale sia la direzione causa effetto: le persone ricche possono spendere di più per la salute oppure quelle povere sono state danneggiate nella loro possibilità di fare carriera da una salute malferma? Un altro esempio riguarda le relazioni sociali e familiari. Un ambiente sociale "sano" aiuta gli anziani a restare in buona forma fisica e mentale. Invece eventi traumatici, come un ictus, possono provocare un brusco deterioramento delle condizioni di vita come il ricovero in una casa di cura. E allora è necessario capire come cambia il supporto fornito dall'istituzione famiglia in un mondo che invecchia e in cui il numero di figli si riduce costantemente: quanto crescerà la domanda di assistenza pubblica? C'è tuttavia un altro nesso incerto: quello che lega il reddito all'ambiente sociale. Una rete di assistenza familiare che funziona bene è anche garanzia di benessere economico in quanto fornisce il denaro e il sostegno di cui un anziano meno autosufficiente ha bisogno. Al tempo stesso, però, dal suo reddito e dalla sua ricchezza dipende l'ambiente in cui l'anziano vive. Certo è che la povertà spesso sopraggiunge insieme all'esclusione sociale, rendendo due volte più penoso l'invecchiamento. I programmi di spesa sociale (tutela del reddito, **pensioni** d'invalidità e vecchiaia, casa) in questi casi possono mitigare gli effetti.