

Pensioni, ecco i numeri veri (e sorprendenti) sull'aspettativa di vita

L'intervento di Guido Quici, vicepresidente nazionale vicario Cimo, sindacato dei medici del Servizio sanitario nazionale, aderente a Cida

Giovedì prossimo è previsto un incontro governo-sindacati sui temi del lavoro e della previdenza. Per quest'ultima, in particolare, si parlerà anche dell'adeguamento automatico dell'età pensionabile alle aspettative di vita. Un argomento di grande attualità che ha suscitato non poche polemiche politiche; il sindacato ha anche chiesto, unitariamente, una modifica del meccanismo, considerato punitivo per i lavoratori prossimi alla pensione. Sulla base delle prime stime dell'Istat, infatti, l'età minima per la pensione di vecchiaia dovrebbe aumentare dai 66 anni e 7 mesi, in vigore per tutte le categorie di lavoratori dal 2018, a 67 anni a partire dal 2019. Poi, ricordano i sindacati, la legge Fornero prevede che il requisito venga adeguato alla speranza di vita ogni due anni, e quindi si passerebbe a 67 anni e 3 mesi dal 2021. Per i successivi aggiornamenti, a partire dal 2023, si prevede un incremento di due mesi ogni volta. Di qui la richiesta di bloccare il meccanismo.

Tuttavia l'incontro di giovedì potrebbe risultare interlocutorio, visto che sulla questione dell'adeguamento automatico fra aspettativa di vita e requisiti pensionistici, il governo ha già detto di voler attendere l'autunno, quando l'Istat renderà noti ufficialmente i valori demografici in base ai quali calcolare l'aspettativa di vita.

A questo punto crediamo sia opportuno fare un po' di chiarezza sul concetto di "aspettativa di vita" ed esaminarlo da un punto di vista medico e sociale. La prima riflessione da fare è che la 'speranza' di vita – che la legge Fornero del 2011 vedeva nella sola prospettiva di crescita – in realtà nel 2015, non è affatto aumentata, ma è diminuita, per la prima volta dal dopoguerra. Le cifre, fornite dal Rapporto OsservaSalute, dicono che nel 2015, in Italia, la speranza di vita alla nascita è scesa di 0,2 anni per gli uomini e 0,4 anni per le donne rispetto al 2014, attestandosi, rispettivamente, a 80,1 anni e a 84,6 anni. Molti sono stati gli interrogativi suscitati da questo fenomeno, dovuto in gran parte ad un elevato numero di decessi: si è parlato di invecchiamento della popolazione, di virus influenzale particolarmente aggressivo, ecc. Comunque nel 2016, dicono le stime Istat, il trend è di nuovo tornato in positivo.

Ecco una tabella riassuntiva del fenomeno dalla quale emerge anche il dato dei picchi regionalizzati:

	Maschi	Femmine
2014	80,3	85,0
2015	80,1	84,7
Max	81,3	84,7 Trentino
Min	78,5	83,3 Campania
2016	80,6	85,1

La seconda riflessione da fare, analizzando e scorporando i dati sulle aspettative di vita, è la constatazione che è aumentato il divario "salute" tra nord e sud dell'Italia, con notevoli squilibri per quanto riguarda le risorse disponibili; per esempio la spesa sanitaria pro capite, che si attesta mediamente a 1.838 euro, è molto più elevata a Bolzano (2.255 euro) e decisamente inferiore nel Mezzogiorno, in particolare in Calabria (1.725 euro). Questi divari si riflettono sulle condizioni di salute e sull'aspettativa di vita dei cittadini italiani di nord, centro e sud Italia, con un vantaggio degli abitanti delle prime due zone del Paese.

Rispetto alle condizioni di salute, le diseguaglianze territoriali sono evidenti. Altri dati comparativi sono ancora più eloquenti: come si è visto nel 2015, in Italia, ogni cittadino poteva sperare di vivere, mediamente, 82,3 anni (uomini 80,1; donne 84,6). Ma se per la Provincia Autonoma di Trento la sopravvivenza sale a 83,5 anni (uomini 81,2; donne 85,8), un cittadino che risiede in Campania (dati 2015) ha un'aspettativa di vita che si colloca a 80,5 anni (uomini 78,3; donne 82,8). Se vogliamo applicare le statistiche in modo orizzontale, potremo anche affermare che il sud Italia ha la stessa aspettativa di vita di Romania e Bulgaria, mentre il nord Italia si può allineare ai Paesi scandinavi o al Giappone. Un trend che si conferma anche guardando un altro indicatore, quello della mortalità evitabile, che in base ai dati dell'Osservatorio diminuisce al nord, resta stabile al centro, ma aumenta decisamente al Sud, con punte del più 20 per cento in Campania dal 2001. Anche la mortalità in senso stretto è più alta al Sud e non perché ci sia una maggiore incidenza di malattie rispetto al resto del Paese.

La terza riflessione, che ne deriva, riguarda inevitabilmente le diverse condizioni degli apparati sanitari in Italia: "Il trend in diminuzione delle risorse pubbliche a disposizione per la sanità – si legge nell'OsservatorioSalute – e le esigue risorse destinate alla prevenzione e le persistenti iniquità". La spesa sanitaria pubblica è passata dai 112,5 miliardi di euro del 2010 ai 110,5 mld del 2014 e la contrazione ha coinciso con una lenta ma costante riduzione dei deficit regionali, raggiunta in gran parte con il blocco o la riduzione del personale sanitario e il contenimento dei consumi. Nel 2014 la dotazione di posti letto negli ospedali era di 3,04 per 1.000 abitanti per gli episodi acuti e di 0,58 per 1.000 per la degenza post-acuti, lungodegenza e riabilitazione, tutti valori inferiori agli standard normativi. La spesa per il personale, in rapporto alla popolazione, è diminuita del 4,4% tra il 2010 e il 2013. Molto scarso l'investimento in prevenzione (che comprende, oltre alle attività di prevenzione rivolte alla persona come vaccinazioni e screening, la tutela della collettività e dei singoli dai rischi negli ambienti di vita e di lavoro, la sanità pubblica veterinaria e la tutela igienico-sanitaria degli alimenti): è solo il 4,2% della spesa sanitaria totale, ovvero 4,9 miliardi di euro. Nel 2014, la spesa sanitaria pubblica pro capite è stata di 1.817 euro, in linea con il valore dell'anno precedente (che pone il nostro Paese tra quelli che spendono meno). Il Canada spende oltre il 100% in più per ogni cittadino rispetto all'Italia, la Germania il 68% in più. Tra le regioni, la spesa pro capite più alta si registra in Molise (2.226 euro) e la più bassa in Campania (1.689 euro). Ecco, quando si parla di 'aspettativa di vita', occorrerebbe inserire il concetto in un ragionamento più ampio e trarne le dovute conclusioni, ovvero che un'austerità fatta di tagli indiscriminati quando riguarda il welfare in generale e la sanità in particolare finisce con il ripercuotersi, in negativo, sulla salute dei cittadini.

Ultimo elemento di riflessione: non solo la sanità (e la salute) è sperequata territorialmente, ma è anche una funzione del reddito. Crea Sanità offre alcuni spunti interessanti in merito. Ad esempio, l'analisi della popolazione over 75 con patologie croniche. Nell'ultimo decennio la popolazione è aumentata del 25% mentre la quota dei soggetti in cattiva salute è incrementata del 45,7%. Il dato è confermato anche dal fatto che la percentuale degli italiani con problemi di salute over 75 è tuttora inferiore alla media europea ma, sempre nell'ultimo decennio, si è assistito ad un allarmante processo di convergenza verso gli altri Paesi Eu. Se, poi, analizziamo sempre gli over 75 con problemi di salute ma per quintile di reddito emerge che il 5° quintile (il più ricco) ha condizioni di salute significativamente migliori degli

altri quintili; il 1° e 2° quintile (i più poveri) hanno performance migliori del 3° e 4° quintile. In altre parole la spending ha colpito maggiormente il ceto medio la cui disaffezione verso il Servizio Sanitario Nazionale ha portato alla crescita di "opting out", in pratica l'uscita dalla sanità pubblica.

Guido Quici

26 Luglio