

Uova, speranza di vita e politiche sanitarie

Carlo Corchia

Alessandra Lisi International Centre on Birth Defects and Prematurity, Roma



Dalla metà di maggio una simpatica vecchietta italiana è la persona vivente più longeva di cui si ha notizia. Gli organi d'informazione hanno riferito che il suo segreto consiste nel fare ogni giorno colazione con tre uova (altri hanno riportato due uova e un po' di carne). Come dire: mangiate quotidianamente tre uova e avrete un'alta probabilità di campare moltissimo. Naturalmente il messaggio poteva essere esattamente l'opposto e cioè: la signora è arrivata a vivere tanto a lungo *nonostante* abbia mangiato tre uova al giorno. Se andassimo ad indagare le abitudini di vita di tutti gli ultracentenari, scopriremmo che esse sono molto diverse da un individuo all'altro e che alcune rappresentano noti fattori di rischio di patologia e mortalità; di conseguenza saremmo inevitabilmente spinti a porci qualche domanda in più sui motivi che regolano le possibilità di sopravvivenza delle persone, sui rapporti di causa-effetto e sul vero significato del termine "fattore di rischio".

Questa notizia è venuta dopo la pubblicazione, il 26 aprile, del Rapporto Osservasalute 2015. Il rapporto ha avuto, come accade ogni anno dal 2003, vasta eco sui media, soprattutto perché nel 2015, per la prima volta da quando viene calcolata, l'aspettativa di vita della popolazione italiana è diminuita, rispetto al 2014, di 0,2 anni per i maschi (valore attuale 80,1 anni) e di 0,3 anni per le femmine (valore attuale 84,7 anni). Poiché contestualmente il rapporto registra: a) una diminuzione della spesa per la prevenzione, che fa sì che l'Italia si situi agli ultimi posti in Europa; b) una riduzione della copertura vaccinale nei bambini e negli ultrasessantacinquenni (per questi ultimi con riferimento all'antinfluenzale); e c) una contrazione della spesa sanitaria pubblica da 112,5 miliardi di € nel 2010 a 110,5 miliardi nel 2014, il messaggio che ne è scaturito, in qualche modo avvalorato dalle dichiarazioni dei curatori del rapporto, è di una possibile relazione tra questi elementi di criticità del nostro servizio sanitario e la flessione dell'aspettativa di vita. Inevitabilmente queste associazioni sono state scambiate per relazioni di causa-effetto, con la conseguenza che i commenti si sono subito spostati sul piano politico abbandonando quello della scienza. È anche possibile che una carenza di prevenzione abbia contribuito alla diminuzione della speranza di vita, ma non sappiamo, sulla base dei dati presentati, se è certo o quanto è probabile che sia così.

La speranza di vita alla nascita si calcola dividendo il numero totale di anni-persona vissuti da una coorte di nati per il numero di nati. Gli anni-persona vissuti si calcolano, a loro volta, applicando i tassi di mortalità specifici per età ai soggetti sopravvissuti all'inizio di ciascun intervallo di tempo che definisce la classe d'età, fino a quando tutti sono morti. Poiché seguire una coorte di nati fino alla morte dell'ultimo individuo avrebbe solo un interesse di ricerca storica, dal momento che ci vorrebbe oltre un secolo di osservazione, i tassi specifici normalmente utilizzati sono quelli osservati anno per anno. Naturalmente si tratta di un'approssima-

zione e di una convenzione, poiché la probabilità di morire, ad esempio tra 40 e 49 anni, di persone nate quarant'anni fa non è verosimilmente la stessa di quelle nate 10 anni fa.

Fino a pochi decenni orsono il maggior contributo all'aumento della speranza di vita è stato dato dalla diminuzione della mortalità infantile; più recentemente l'incremento è da mettere in relazione con l'aumento della sopravvivenza in età sempre più avanzate. Gli individui molto vecchi, però, contribuiscono poco al numero complessivo di anni-persona guadagnati, dato che la loro numerosità è sempre più bassa man mano che si va avanti con gli anni. Se assumiamo costante l'età massima raggiungibile, la speranza di vita alla nascita, in quanto determinata dai tassi di mortalità specifici per età, è indipendente dalla struttura della popolazione e, dal momento che si tratta di una misura sintetica, da sola è poco informativa senza l'analisi contemporanea di molti altri indicatori, tra cui in primo luogo i tassi di mortalità specifici per età e causa. Poiché una perdita cospicua di anni di vita può determinarsi, anche in seguito a variazioni minime dei tassi di mortalità specifici, nelle età intermedie e nella categoria dei "giovani vecchi", allora è ad esse che bisognerebbe guardare con maggiore attenzione.

Per fare un'ipotesi tra le tante (verificabile e falsificabile), chi può a priori escludere che stiano giungendo gradualmente al termine della vita ex neonati e bambini affetti da gravi patologie la cui sopravvivenza è stata prolungata dalle cure sempre più sofisticate da noi messe in atto negli ultimi, diciamo, quarant'anni, ma non tanto da consentire di raggiungere le età molto avanzate dei non affetti? Negli anni trascorsi l'aumento di sopravvivenza nelle prime decadi della vita di questi gruppi di persone ha certamente contribuito all'aumento della speranza di vita alla nascita, ma ora potremmo trovarci nella fase iniziale di un'inversione di tendenza.

Il 15 aprile l'ISTAT ha pubblicato un'analisi della speranza di vita per livello d'istruzione relativa al 2012 (<http://www.istat.it/archivio/184896>), che evidenzia l'esistenza di profonde disegualtanze sociali e una sorta di relazione dose-risposta con l'aumento del titolo di studio, maggiore per i maschi che per le femmine. La speranza di vita alla nascita è risultata di 77,2 anni per i maschi senza titolo di studio o con licenza elementare, di 79,4 anni per quelli con licenza media, di 80,9 anni per quelli con licenza media superiore e di 82,4 anni per i laureati. Nelle femmine i valori corrispondenti nelle stesse categorie d'istruzione sono: 83,2, 84,6, 85,3 e 85,9 anni. Molte altre variabili sociali possono essere collegate alla speranza di vita. Limitarsi a considerare le possibili associazioni con variabili riguardanti il sistema sanitario può essere infruttuoso quando si tratta di individuare i provvedimenti e le politiche più appropriati per migliorare le condizioni di salute della popolazione.

✉ corchiacarlo@virgilio.it