



Adriano Cattaneo

pubblicato su:
SSANIA

A livello globale il gap tra paesi ad alto e medio-alto livello di sviluppo in termini di aspettativa di vita aumenta. Figuriamoci cosa sta succedendo al gap con i paesi a medio-basso e basso livello di sviluppo, e soprattutto con i paesi dell'Africa sub-Sahariana. La diminuita mortalità per cancro (ma la stessa logica può essere applicata alle CVD) e l'aumentata aspettativa di vita dipendono infatti dalla combinazione di due fattori: diminuita incidenza della malattia e ridotta letalità.

*Sai ched'è la statistica? È na' cosa
che serve pe fà un conto in generale
de la gente che nasce, che sta male,
che more, che va in carcere e che spósa.*

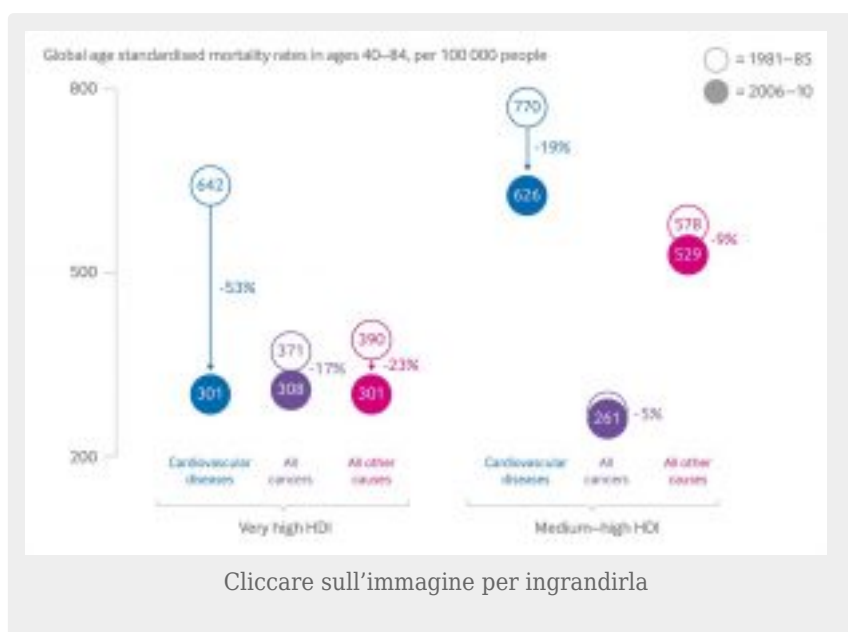
Ho scelto il titolo parafrasando "La fattoria degli animali" di George Orwell. Ma avrei potuto anche riferirmi al pollo di Trilussa, cui appartiene la prima strofa del sonetto d'apertura. È lo stesso approccio che usa Marie Louise Tørring quando scrive: "Oggi possiamo sedere comodamente a casa e scoprire un mondo in movimento, con statistiche animate che ci mostrano la longevità aumentare in tutto il mondo".[\[1\]](#) Il

riferimento è a una serie di lezioni che usano statistiche in movimento, molto popolari sul web,[2] guardando e ascoltando le quali può sfuggire il fatto che la longevità non aumenta per tutti allo stesso modo.

L'editoriale della Tørring accompagna un articolo che si occupa della relazione tra aspettativa di vita e mortalità per cancro a livello globale, usando come termine di paragone la mortalità per malattie cardiovascolari (CVD).[3] Gli autori partono dalla constatazione che il cancro sta sorpassando le CVD come prima causa di morte a livello globale. Erano 8,2 i milioni di decessi per cancro nel 2012, e potrebbero arrivare a 14,6 milioni nel 2035, mentre le morti per CVD stanno diminuendo. **Per capire meglio la relazione tra aspettativa di vita e mortalità per cancro, gli autori analizzano i dati di 52 paesi**, classificati in base all'Indice di Sviluppo Umano (HDI) dell'UNDP in due gruppi: 30 paesi ad alto HDI (quasi tutta l'Unione Europea, Svizzera, Nord America, Giappone, Corea del Sud, Singapore, Australia, Nuova Zelanda, Cile, Kuwait, Israele) e 22 a medio-alto HDI (quasi tutta l'America Latina, Mauritius, Azerbaijan, Georgia, Romania, Bulgaria, Moldavia, Russia, Ucraina, Bielorussia, Kazakistan e Kirgizstan). La scelta è caduta su questi 52 paesi perché hanno, nei database dell'OMS e dell'ONU, dati di buona qualità per le variabili in questione e per i periodi di cinque anni presi in considerazione, il 1981-85 e il 2006-10.

Tra i due periodi presi in esame, l'aspettativa di vita tra 40 e 84 anni è aumentata di 3,7 anni per i maschi e di 2,5 anni per le femmine nei paesi ad alto HDI; i corrispondenti valori per i paesi a medio-alto HDI sono 1,1 e 1,4 anni. La riduzione dei decessi per CVD ha dato il maggiore contributo alla riduzione: 60% nel primo gruppo, 50% nel secondo. Anche la mortalità per cancro è diminuita, ma molto di più nei paesi ad alto HDI (meno 20% e meno 15%, rispettivamente, per maschi e femmine, con un guadagno di 0,8 e 0,5 anni nell'aspettativa di vita) che in quelli a medio-alto HDI (meno 4% e meno 5%, con un guadagno di 0,2 anni per entrambi i sessi). La **Figura 1** spiega questi risultati, mostrando la diminuzione dei tassi standardizzati di mortalità tra 40 e 84 anni tra i periodi 1981-85 e 2006-10 per CVD, cancro e per tutte le cause di morte, in maschi e femmine assieme, nei paesi ad alto e medio-alto HDI.

Figura 1. Tassi standardizzati di mortalità in età 40-84 anni, per 100.000 abitanti



Tutti più longevi, quindi. Ma il gap in termini di aspettativa di vita aumenta. E si tratta del gap tra paesi ad alto e medio-alto HDI. Figuriamoci cosa sta succedendo al gap con i paesi a medio-basso e basso HDI, e soprattutto con i paesi dell'Africa sub-Sahariana. La diminuita mortalità per cancro (ma la stessa logica può essere applicata alle CVD) e l'aumentata aspettativa di vita dipendono infatti dalla combinazione di due fattori: diminuita incidenza della malattia e ridotta letalità.

La diminuita incidenza è legata alla diminuzione dei fattori di rischio. Si pensi alla diminuzione di mortalità per cancro del polmone, il maggiore contributo alla diminuzione della mortalità per cancro nei maschi (un po' meno nelle femmine) nei paesi ad alto HDI. Diminuzione dovuta soprattutto alla ridotta incidenza, grazie alle legislazioni nazionali contro il fumo e all'aumento delle tasse sulle sigarette. Queste misure sono ormai quasi universali nei paesi ad alto HDI, mentre stentano a decollare in molti paesi a medio-alto, medio-basso e basso HDI, nonostante quasi tutti i paesi abbiano ratificato la Framework Convention sul tabacco dell'OMS.[4] Stentano a decollare per varie ragioni, ma probabilmente anche per le pressioni di Big Tobacco, come mostra un recente articolo del Guardian.[5] Sulla base di documenti riservati venuti in suo possesso, la giornalista accusa una delle maggiori multinazionali del tabacco, la BAT, di aver minacciato i governi di Kenya, Uganda, Namibia, Togo, Gabon, Ethiopia, Burkina Faso e Repubblica Democratica del Congo di ricorrere ai tribunali speciali sui trattati di libero commercio nel caso introducessero misure mirate a ridurre il consumo di sigarette, dai divieti di pubblicità alle

sovrattasse.

La ridotta letalità è legata all'accesso a servizi di qualità per la diagnosi, possibilmente precoce, e il trattamento del cancro. Nei paesi ad alto HDI, e in misura minore in quelli a medio-alto HDI, è diminuita la mortalità per quei tumori che si possono identificare in fase iniziale e curare, mammella, cervice uterina e colon-retto in primo luogo. Ma in quanti paesi a medio-basso e basso HDI sono presenti, diffusi ed accessibili servizi di qualità per queste malattie? Senza contare che i cambiamenti della dieta e della fertilità, oltre ai diminuiti tassi di allattamento al seno, sono tutti fattori che tendono addirittura a farne aumentare l'incidenza.

Che fare per ridurre il gap? Gli autori dell'articolo e l'autrice dell'editoriale scrivono che bisognerebbe mettere più risorse a disposizione dei paesi a medio-basso e basso HDI per la prevenzione e la cura del cancro. **Buona l'idea, ma di improbabile realizzazione**, se crediamo alle pessimistiche previsioni di un recente articolo del Lancet,[6] ripreso anche su questo blog.[7] **Meglio per questi paesi puntare sul controllo dei determinanti sociali e ambientali del cancro.** Puntare per esempio sui disincentivi al fumo (niente pubblicità, sovrattasse, proibizione del fumo in ambienti chiusi, plain packaging).[8] Interventi simili anche per il controllo dell'alcol, associato all'insorgenza di altri tumori. Interventi per aumentare durata ed esclusività dell'allattamento, per ridurre l'incidenza del carcinoma mammario.[9] Altri interventi per migliorare la dieta contribuirebbero a ridurre incidenza e mortalità per altri carcinomi, in primis quelli dello stomaco e del colon-retto. Insomma, una strada diversa da quella che obbligherebbe a investire grosse somme di denaro, che non c'è, per aumentare l'offerta di servizi sanitari.

Adriano Cattaneo, epidemiologo, Trieste

Bibliografia

Tørring ML. Cancer and the limits of longevity: global inequality in longevity gains reflects inequities in cancer control. *BMJ* 2017;357:j2920 doi: 10.1136/bmj.j2920

[Hans Rosling's TED talks](#)

Cao B, Bray F, Beltrán-Sánchez H, Ginsburg O, Soneji S, Soerjomataram I. Benchmarking life expectancy and cancer mortality: global comparison with cardiovascular disease 1981-2010. *BMJ* 2017;357:j2765 doi: 10.1136/bmj.j2765

[WHO Framework Convention on Tobacco Control](#) [PDF: 543 Kb]

Boseley S. [Threats, bullying, lawsuits: tobacco industry's dirty war for the African market.](#)

The Guardian, 12.06.2017

Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network. Future and potential spending on health 2015–40: development assistance for health, and government, prepaid private, and out-of-pocket health spending in 184 countries. Lancet 2017; 389: 2005–30

Cattaneo A. [Come si finanzia la salute globale.](#) Saluteinternazionale.info, 31.05.2017

Cattaneo A. [Fumo di Londra.](#) Saluteinternazionale.info, 23.06.2013

Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50 302 women with breast cancer and 96 973 women without the disease. Lancet 2002;360:187-95

Facebook

Twitter

LinkedIn