

SALUTE

la laurea allunga la vita



perché una laurea ti allunga la vita

Salute | *Oggi i fattori socioeconomici, in Europa e negli Usa, rappresentano il terzo fattore di rischio di mortalità, dopo fumo e vita sedentaria*

ROBERTA VILLA

■ Che sia meglio essere ricchi che poveri lo direbbe anche Nino Frassica. Non occorre la scienza per affermarlo. Anche se per giustizia dovrebbe fare scandalo, potrebbe quindi non fare notizia che ancora oggi un bambino che nasce in Malawi abbia un'aspettativa di vita di 47 anni, mentre un piccolo giapponese possa prevedere di arri-

In Italia, a parità di età, un diplomato ha un rischio di morte maggiore del 16% rispetto a un laureato

vare a spegnere 83 candeline. Un ingiusto gap di 39 anni, senza fondamento biologico, che potrebbe essere rapidamente colmato con interventi adeguati: in Nepal, per esempio, fra il 1980 e il 2012, grazie a politiche mirate, l'aspettativa di vita alla nascita è cresciuta di circa 20 anni.

Meno noto però è il fatto che le disuguaglianze socioeconomiche sono rilevanti, e fanno la differenza in termini di salute, anche all'interno di uno stesso Paese, perfino tra quelli più benestanti ed egualitari. Al gradiente che collega i fattori socioeconomici alla salute contribuiscono infatti molti fatto-

ri, che non dipendono solo dal reddito o dalla disponibilità di beni e servizi essenziali. In Svezia, per esempio – per molti versi un modello in questo senso – non solo i laureati vivono più a lungo di chi ha lasciato presto la scuola, ma lo scarto di sopravvivenza si registra anche ai livelli più alti, tra chi ha concluso l'università e chi ha conseguito un master. In Italia, a parità di età, chi si ferma alla maturità ha un rischio di morire maggiore del 16% rispetto a un laureato, chi ha solo la licenza media del 46%, chi quella elementare del 78%.

Gli sbalzi si osservano anche all'interno della stessa città: chi vive ai piedi della ricca collina torinese ha un'aspettativa di vita superiore agli 82 anni, di quasi quattro anni superiore rispetto al quartiere operaio delle Vallette (77,8). L'effetto non si misura solo in anni di vita: si stima che in Italia come nel resto di Europa, se si cancellassero d'un tratto tutte le disuguaglianze socioeconomiche, la riduzione del 25% delle morti tra gli uomini e di oltre il 10% tra le donne, avrebbe un impatto sul Pil di circa il 10%.

«Dati preliminari che stanno emergendo dal progetto europeo Lifepath (www.lifepathproject.eu) suggeriscono che i determinanti socioeconomici, indipendenti dai fattori di rischio tradizionali, rappresentino oggi il terzo fattore di rischio di mortalità dopo il fumo e la sedentarietà in Europa e Stati Uniti» anticipa a *pagina 99* Paolo Vineis, a capo dell'Epidemiologia ambientale all'Imperial College di Londra, coordinatore del progetto.

Nel suo libro *Status Syndrome*, già una dozzina di anni fa, l'epidemiologo inglese Michael Marmot spiegava come si potessero mantenere queste differenze anche nei Paesi ricchi, pur in assenza di una deprivazione materiale significativa o di vera e propria povertà: c'entrano gli stili di vita, certo, in particolare la prevalenza di fumo, il consumo di alcol o il tipo di alimentazione, ma interviene anche qualcos'altro. «Il reddito non è l'unico né il fattore principale. Il più importante determinante socioeconomico della salute è il lavoro: averlo, ed esserne soddisfatti. Segue l'istruzione e solo al terzo posto la disponibilità economica», afferma Giuseppe Costa, coordinatore del gruppo di lavoro Equità nella salute e sanità della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni.

Non conta quindi solo una migliore alfabetizzazione, quella *health literacy* che l'Institute of Medicine definisce come «il grado in cui le persone hanno capacità di ottenere, gestire e comprendere l'informazione sanitaria di base e i servizi necessari per prendere decisioni appropriate riguardo alla salute».

Conta anche l'accesso ai sistemi sanitari, il che spiega perché gli Stati Uniti, che hanno una spesa sanitaria superiore a quella degli altri Paesi, abbiano indicatori di salute peggiori di molti altri meno ricchi, come Cuba. Secondo Marmot poi è fondamentale, perfino sul benessere fisico e sulla sopravvivenza, non solo sulla salute mentale, anche la percezione della

propria condizione nella gerarchia sociale e la sensazione di coinvolgimento e controllo sulle proprie azioni e sulla propria vita. Come è possibile? «La ricerca degli ultimi anni ha messo in luce un'associazione tra il sovraccarico ambientale (che in gergo chiamiamo "allostatic overload") e alcuni indicatori biologici che possono agire da mediatori tra l'ambiente e l'organismo, favorendo lo sviluppo di molte importanti e diverse malattie, da quelle cardiovascolari al cancro», spiega Paolo Vineis. «In particolare è stato dimostrato che le difficoltà riscontrate ai livelli più bassi della scala sociale possono stimolare maggiori livelli di infiammazione e modificazioni di tipo epigenetico nella regolazione dei geni».

La ricerca di questi anni è stata sicuramente incoraggiata dal lavoro di Marmot, che tra i suoi tanti incarichi guida anche la Commissione sui de-

terminanti sociali della salute dell'Organizzazione mondiale della sanità. Il suo nome è diventato così famoso che molti chiamano i rapporti sulle disuguaglianze socioeconomiche e gli elementi che li determinano rispettivamente "Marmot review" e "fattori di Marmot". «Ho incontrato un consigliere della città di Manchester che mi ha detto: "Lei è Marmot! Non pensavo che Marmot fosse una persona. Noi parliamo di implementare Marmot"» racconta lo stesso protagonista di questo aneddoto nel suo ultimo libro, *La salute diseguale*, in uscita in questi giorni anche in Italia per il **Pensiero scientifico** editore.

«In questo nuovo libro Marmot inverte il tema delle disuguaglianze in un'ottica più vasta, che non riguarda

Per benessere fisico e salute

mentale conta la percezione della propria condizione nella gerarchia sociale

solo la salute, ma anche gli aspetti politici, sociali e ambientali», spiega Costa, autore di un importante rapporto sulle disuguaglianze di salute in Italia che, come nel resto dei Paesi dell'Europa occidentale, sembrano andare via via riducendosi, al contrario di ciò che sta accadendo nei Paesi dell'Est europeo. «Non mancano da noi le differenze socioeconomiche e culturali, che anzi in Italia sono più marcate che altrove», conclude l'esperto. «Hanno però un minore impatto sulla salute, probabilmente anche grazie al nostro Sistema sanitario nazionale, che, almeno per ora, garantisce a chiunque l'accesso alle cure essenziali».

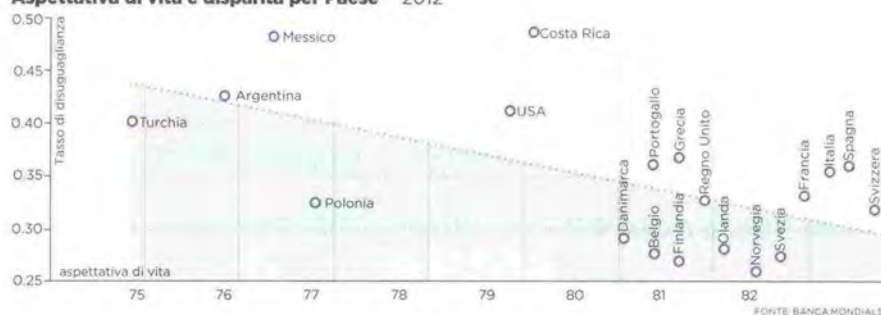


Il quartiere Division di San Francisco, attorno alla 13esima strada, è il più popolato dai senzatetto

DAVID LEVENE / EYEVINE / CONTRASTO

► CONFRONTI

Aspettativa di vita e disparità per Paese 2012



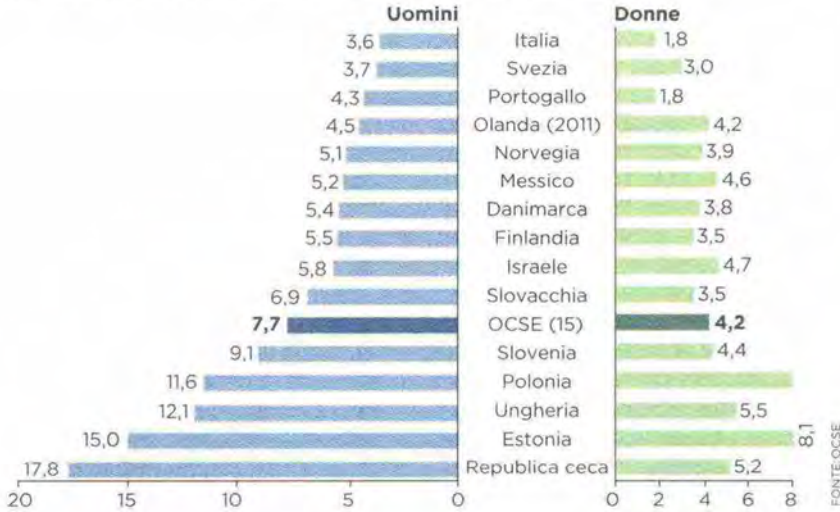
Dietro ai numeri

Si muore di più dove il fattore di Gini è più alto, cioè dove è più marcata la distanza di reddito tra ricchi e poveri (grafico a sinistra). Eppure in Costa Rica e Messico ci sono disuguaglianze simili, ma l'aspettativa di vita è molto diversa. Sono quindi in gioco altri fattori, che non incidono ovunque allo stesso modo: se la differenza tra l'aspettativa di vita a 30 anni di un laureato e di chi non ha frequentato una scuola superiore cambia da Paese a Paese (grafico in basso), significa che l'impatto sulla salute non è inevitabile.

► DISPARITÀ

Chi è più istruito vive più a lungo (2012)

Gap nell'aspettativa di vita all'età di 30 anni per sesso e livello d'istruzione



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

Codice abbonamento: 004794