



Marta Balli ed Elettra Pellegrino

In India il sistema delle caste funziona anche nella sanità, con abissali diseguaglianze socio-economiche e geografiche. E' in atto una massiccia emigrazione di personale sanitario.

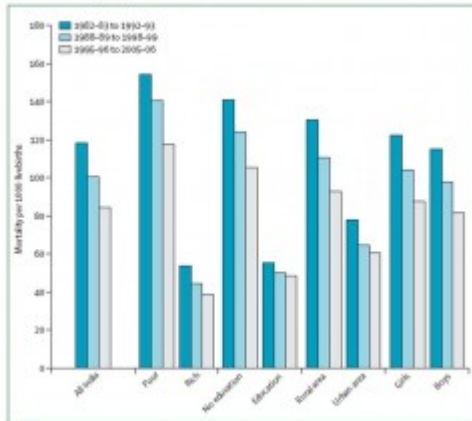
---

L'India - con il 17% della popolazione mondiale - ha il 20% del carico mondiale di malattie (DALYs), il 20% della mortalità materna e il 25% della mortalità dei bambini al di sotto dei 5 anni. Come riportato nel post introduttivo ([L'India. La nazione dei paradossi](#)), i principali indicatori di salute dell'India sono di gran lunga peggiori rispetto ad altri paesi asiatici con livelli simili di sviluppo. E all'interno del paese - segnato da profonde diseguaglianze socio-economiche e dalla divisione in caste - si registrano altrettanto profonde diseguaglianze nella salute.

**Il tasso di mortalità dei bambini di età inferiore ai 5 anni** nati da madri prive di titolo di studio è più del doppio rispetto a quello dei bambini di pari età nati da madri con almeno 5 anni di istruzione (**106** per 1000 nati vivi vs **49** per 1000 nati vivi - **Figura 1**). L'India registra anche profonde diseguaglianze geografiche che riflettono differenti livelli di sviluppo economico: così in Kerala la speranza di vita alla nascita è di 74 anni, mentre in Madhya Pradesh è di 56 anni (una differenza di ben 18 anni); nella **Figura 2** sono riportati i differenti livelli di mortalità dei bambini di età inferiore ai 5 anni nelle diverse aree del paese.

**Figura 1. India. Diseguaglianze nella mortalità dei bambini di età inferiore ai 5 anni**

Figura 1. India. Diseguaglianze nella mortalità dei bambini di età inferiore ai 5 anni.



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

## Figura 2. India. Associazione tra mortalità dei bambini di età inferiore ai 5 anni e PIL dei diversi stati

Figura 2. India. Associazione tra mortalità dei bambini di età inferiore ai 5 anni e PIL dei diversi stati.

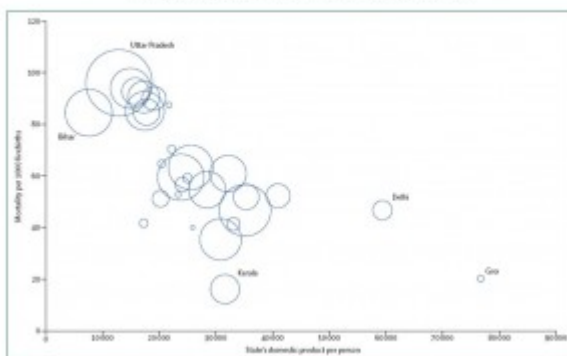


Figure 2: Association between mortality in children younger than 5 years and state's domestic product per person (at factor cost at constant prices)

Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Anche **nell'accesso e nell'utilizzazione dei servizi sanitari** si registrano macroscopiche disuguaglianze. Se, nel 2005-2006, la **copertura vaccinale** nazionale era del 44%, il dato relativo alla casta più discriminata era del 31,3% rispetto al 53,8% nei gruppi più favoriti. Grandi differenze nella copertura vaccinale anche tra aree urbane (58%) e aree rurali (39%).

Solo il 38,7 delle donne indiane **partorisce in una struttura sanitaria**, ma le donne più ricche hanno una probabilità 6 volte maggiore delle donne più povere di partorire in una

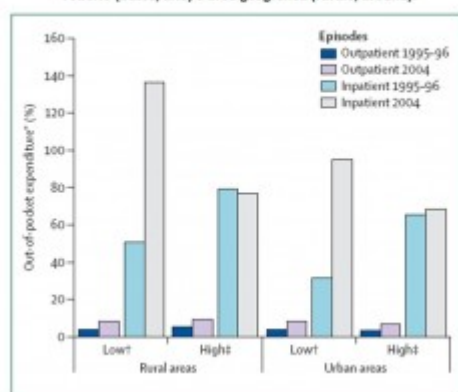
struttura qualificata.

**Solo il 10% della popolazione indiana è coperta da una qualche forma di assicurazione sanitaria** (pubblica o privata). Di conseguenza la forma più diffusa di finanziamento dell'assistenza sanitaria è quella del pagamento diretto delle prestazioni (*out-of-pocket*). Molte persone povere non si rivolgono ai servizi sanitari perché sanno già di non poterne sostenere i costi.

Le spese pagate di tasca propria per la salute, sono cresciute negli ultimi anni, sia nelle aree urbane che in quelle rurali e i soldi spesi per la salute sono aumentati in proporzione di più per le famiglie povere (**Figura 3**). Spesso queste famiglie devono ricorrere a prestiti per pagare le spese mediche. Oltre a queste spese ci sono quelle legate al doversi spostare per essere curati, al vivere fuori di casa e al non poter andare più a lavoro per motivi di salute personali o per accudire un familiare malato.

**Figura 3. India. Spesa out-of-pocket per singolo episodio di malattia (outpatient = visite ambulatoriali; inpatient=ricoveri) come % del reddito familiare, per fascia di reddito (bassa/alta) e area geografica (rurale/urbana)**

Figura 3. India. Spesa out-of-pocket per singolo episodio di malattia (outpatient = visite ambulatoriali; inpatient=ricoveri) come % del reddito familiare, per fascia di reddito (bassa/alta) e area geografica (rurale/urbana).



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

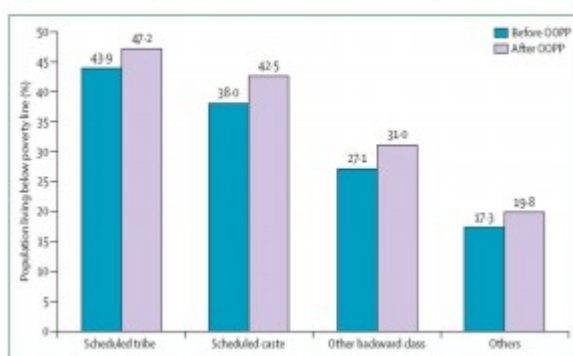
Nel 2004-2005 per circa il 14% delle famiglie rurali e il 12% delle famiglie urbane le spese mediche hanno rappresentato più del 10% di tutti i consumi familiari e circa 39 milioni di indiani (30,6 milioni nelle aree rurali e 8,4 milioni nelle aree urbane) sono finiti in povertà a causa delle spese sostenute per la salute, soprattutto nelle aree rurali e negli stati più poveri dove molte persone vivono al limite della povertà. Questo dato non tiene conto di coloro che

già si trovano al di sotto della soglia di povertà e che sono costretti, in caso di malattia, a rinunciare a curarsi.

La **Figura 4** mostra l'effetto dei pagamenti out-of-pocket nell'economia delle famiglie. A cause di queste spese aumenta la percentuale delle famiglie che si vengono a trovare al di sotto della soglia della povertà: un fenomeno che colpisce soprattutto i gruppi più poveri e discriminati.

#### **Figura 4. India. Effetti dei pagamenti out-of-pocket (OOPP) sulla percentuale di persone che vivono al sotto della soglia di povertà**

Figura 4. India. Effetti dei pagamenti out-of-pocket (OOPP) sulla percentuale di persone che vivono al sotto della soglia di povertà.



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

La situazione del sistema sanitario indiano è aggravata da una crescente **crisi nel settore delle risorse umane**. Crisi quantitativa, qualitativa e di equità nella distribuzione delle risorse disponibili.

Secondo l'OMS lo standard quantitativo di personale sanitario dovrebbe essere di 25.4 operatori sanitari (medici, infermieri e ostetriche) per 10.000 abitanti; **il dato indiano è di 11,9 operatori sanitari per 10.000 abitanti**, con profonde differenze tra stati (Chandigarh: 23,2; Meghalaya: 2,5) e tra aree urbane e rurali. Da segnalare un dato abbastanza singolare: i 2/3 degli operatori sanitari sono uomini e le donne rappresentano solo il 17% del personale medico.

**Il 70% degli operatori sanitari lavora nelle strutture private** (dove lavorano anche

molti dipendenti pubblici). Le strutture pubbliche sono sotto-dotate di personale: il 18% dei centri di cure primarie sono privi di medici; nei centri sanitari comunitari il 52% dei posti di specialista e il 18% dei posti di infermiere sono vacanti. La qualità delle prestazioni erogate è inficiata anche dall'alta percentuale (>40%) di assenteismo tra i dipendenti del sistema sanitario pubblico, dall'orario di apertura limitato, dall'insufficiente disponibilità di farmaci, dalla scarsa qualità degli ambienti di lavoro e degli istituti di formazione. Ma la qualità delle strutture private non è migliore, soprattutto nelle zone rurali, dove la popolazione non ha possibilità di ricevere cure appropriate nemmeno quando si rivolge al privato. Chi è povero dunque riceve servizi di scarsa qualità in ogni caso.

### **La crisi delle risorse umane in sanità ha il volto del massiccio fenomeno**

**dell'emigrazione.** Tra il 1989 e il 2000 il 54% dei laureati ha lasciato il paese. I medici indiani costituiscono il più grande numero di medici stranieri operanti negli Stati Uniti (4,9%) e Regno Unito (10,9%) - in USA e UK lavorano complessivamente circa 100.000 medici indiani -, il secondo più grande in Australia (4,0%) e il terzo in Canada (2,1%). Dal 1998 al 2005 il numero di nuove registrazioni di infermieri indiani in UK è passato da 30 a 3.551. Negli USA il numero di nuove registrazioni di infermieri indiani è passato da 417 nel 2000 a 5.281 nel 2007.

**Recentemente il governo indiano ha cercato di correre ai ripari**, nel tentativo di aumentare la disponibilità di personale nelle aree più sguarnite, le aree rurali. Le donne di età 25-45 anni, con almeno 8 anni di istruzione formale, vengono reclutate e addestrate a servire ognuna una popolazione di circa 1.000 persone, con funzioni di **operatore sanitario di comunità** (*community health worker*).

**Marta Balli ed Elettra Pellegrino**, Dipartimento di Sanità Pubblica. Università di Firenze.

### **Bibliografia**

- Mahan Rao, Krishna D Rao, A K Shiva Kumar, Mirai Charrerjee, Thiagarajan Sundararaman. Human resources for health in India, *The Lancet* 2011; 377(9765): 587 - 598.
- Y Balarajan, S Selvaraj, S V Subramanian. Health care and equity in India, *The Lancet* 2011; 377(9765): 505 - 515