



Silvia Guarducci, Chiara Lorini

Le malattie croniche e gli incidenti sono tra le principali cause di morte e disabilità in India, e il loro peso aumenterà nei prossimi 25 anni, con ripercussioni negative anche sullo sviluppo economico.

In un articolo di una recente serie di *Lancet* sul Sistema Sanitario Indiano[1], gli autori tentano di rispondere a due domande:

- qual è il carico di patologie, attuale e futuro, dovuto ai fattori di rischio associati a malattie croniche e incidenti?
- Quali sono gli interventi di prevenzione e trattamento costo/efficaci?

Degli oltre 10 milioni di morti stimati in India nel 2004, 5,3 sono attribuibili a malattie croniche e 1,1 a infortuni. I dati riportati dalle statistiche ufficiali sono stime poiché in India, così come in Cina, il registro delle cause di morte archivia soltanto una quota di decessi, ovvero quelli che hanno luogo in ambito urbano (circa un quarto del totale dei decessi)[2].

La mortalità per cause accidentali è più elevata dei Paesi ad alto reddito e riguarda principalmente giovani (15-45 anni) maschi appartenenti a livelli socio-economici più bassi[3,4]. I suicidi sono invece più elevati tra le donne, tra le quali rappresentano la quarta causa di morte fra 15 e 49 anni e la decima in tutte le età; nel 16% di questi viene utilizzato il fuoco[2,5].

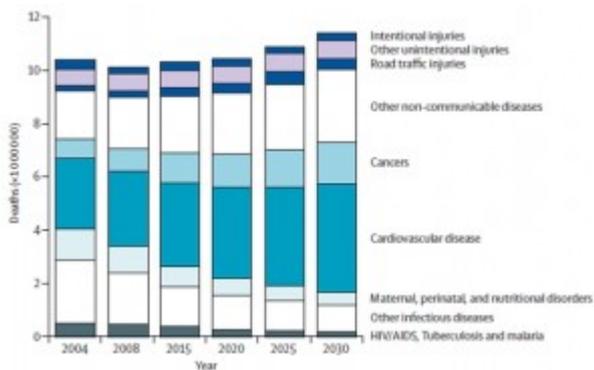
Le previsioni indicano che in India entro il 2030 aumenterà il numero totale di morti come conseguenza della transizione demografica (aumenterà la speranza di vita alla nascita) e della diffusione delle malattie croniche, in particolare tumori (da 730.000 a 1,5 milioni) e malattie cardiovascolari (da 2,7 a 4 milioni, più dei tre quarti di tutte le morti nel 2030). Sono previste in aumento anche le morti per cause accidentali e violente (+30%), la maggior parte dei quali attribuibili a incidenti stradali e suicidi. Nello stesso periodo diminuirà invece il numero di decessi dovuto a malattie trasmissibili, materne, perinatali e a

malnutrizione (**Figura 1**).

Nonostante il previsto miglioramento delle condizioni socio-economiche generali del Paese, che si traduce in un miglior accesso alle cure e in una diminuzione dell'esposizione ai principali fattori di rischio, aumenteranno anche gli anni di vita persi prima dei 60 anni a causa di patologie coronariche (da 7.1 a quasi 18 milioni), superando nel 2030 quanto previsto per Cina, Russia e USA. Il rapido incremento del grado di motorizzazione, conseguenza dello sviluppo del Paese, non supportato da adeguate politiche sulla sicurezza stradale, spiega invece l'aumento della mortalità per incidente stradale[3,6].

Più del 20% della popolazione presenta almeno una malattia cronica e più del 10% almeno due; particolarmente elevata la prevalenza di tali patologie tra i più poveri e in chi ha meno di 45 anni.

Figura 1. Morti per causa: dato attuale e proiezioni.



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Fonte: Patel V, Chatterji S, Chishlom D, Ebrahim S, Gopalakrishna G, Mathers C, Mohan V, Prabhakaran D, Ravindran RD, Reddy KS. Chronic diseases and injuries in India. *Lancet* 2011; 377(9763): 413-28.

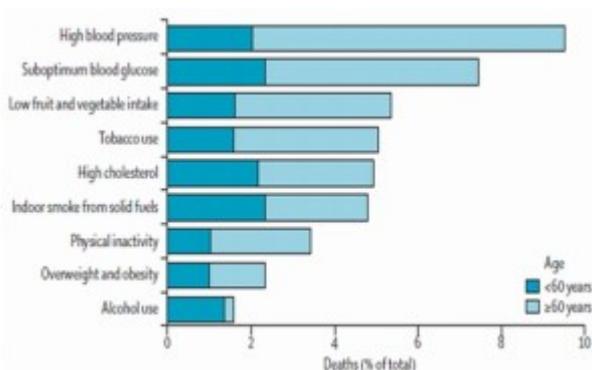
Fattori di rischio

Anche in India i comportamenti che aumentano il rischio di sviluppare malattie croniche e infortuni sono più diffusi tra i soggetti appartenenti a classi socio economiche più svantaggiate[7]. Inoltre, il rapido sviluppo economico ha portato ad una diffusione sempre maggiore di fattori di rischio come la sedentarietà, il consumo di cibi ricchi di calorie, la scarsa attività fisica, e di tutti quei comportamenti correlati agli incidenti

stradali come la guida ad alta velocità, dopo l'assunzione di alcool o senza l'uso di dispositivi di sicurezza.

Oltre il 20% della popolazione fuma regolarmente e hanno questa abitudini più frequentemente coloro che abitano in ambito rurale (frequenza doppia rispetto alla città) e che appartengono a classi sociali più svantaggiate (frequenza tripla rispetto alle più ricche). Si riscontra inoltre un progressivo significativo incremento del tabagismo fra i più giovani. Circa il 2,5% degli uomini riferisce di essere un forte bevitore (consumo di 5 o più bevande alcoliche per almeno 2 giorni nell'ultima settimana), più del 12% della popolazione non svolge un'attività fisica regolare e la quota di sedentari aumenta con l'età. Il 7,3% della popolazione è in sovrappeso e l'1,2% obeso, con percentuali più elevate fra i più poveri, i residenti nelle città e le persone più anziane. Più dell'80% della popolazione usa combustibili solidi per cucinare e l'inquinamento indoor interessa circa il 90% delle casalinghe che vivono nelle aree rurali e il 25% di quelle che vivono in città (**Figura 2**). I fattori di rischio connessi ai determinanti distali legati al contesto socio-economico giocano anche in questo Paese un ruolo importante. A titolo di esempio si richiama l'attenzione sull'incidentalità e sulla mortalità stradale, che si presentano con significative differenze geografiche, e sulla mortalità per suicidi, particolarmente elevata tra fra i contadini, a causa di problemi economici conseguenti alla non regolata concorrenza del mercato alimentare nel quale è sempre più presente cibo importato a basso costo e alle nuove tecniche meccanizzate di agricoltura, e tre le donne, intrappolate in violenti matrimoni combinati.

Figura 2. Stima dei decessi attribuibili a nove fattori di rischio di malattie croniche.



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Fonte: Patel V, Chatterji S, Chishlom D, Ebrahim S, Gopalakrishna G, Mathers C, Mohan V, Prabhakaran D, Ravindran RD, Reddy KS. Chronic diseases and injuries in India. *Lancet* 2011; 377(9763): 413-28.

Costo-efficacia degli interventi di prevenzione

Patel et al.1 hanno valutato il rapporto costo-efficacia di interventi terapeutici e di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, di popolazione e rivolti a singoli, per cinque categorie di patologie e incidenti: patologie cardiovascolari e respiratorie, disordini da deficit del sensorio, disturbi mentali, tumori e incidenti stradali (**Tabella 1**)[8].

Tabella 1. [Interventi terapeutici e preventivi per livello di costo-efficacia.](#) [PDF: 97 Kb]

Ad esempio, per le patologie cardiovascolari e respiratorie, gli interventi con miglior rapporto costo-efficacia sono risultati quelli rivolti alla riduzione del consumo di tabacco, di alcool, del sale da cucina, di promozione di comportamenti alimentari più salutari, alla diffusione del trattamento dell'ipertensione e dell'ipercolesterolemia in soggetti ad alto rischio di malattie cardiovascolari. Per i disturbi degli organi sensoriali si sono rivelati vantaggiosi gli interventi di chirurgia della cataratta e lo screening e la fornitura di occhiali ai bambini con problemi refrattari; per i tumori della mammella l'implementazione di un programma completo, da un appropriato trattamento in tutti gli stadi di malattia allo screening mammografico.

Per il particolare beneficio economico che ne deriverebbe, la realizzazione degli interventi di miglior rapporto costo-efficacia dovrebbe diventare una priorità sebbene, soprattutto laddove sia indispensabile un'azione capillare sul territorio, sia indispensabile in primo luogo rafforzare il sistema sanitario. Altri interventi, come lo screening e il trattamenti dell'ipertensione, l'uso combinato di farmaci per la prevenzione delle patologie cardiovascolari, il trattamento della depressione e la vaccinazione anti-influenzale, potrebbero essere implementati più velocemente nelle aree urbane, dove le cure primarie sono più diffuse e sviluppate.

Le risposte e le sfide future

L'India ha fatto sostanziali progressi nello sviluppo di politiche nazionali, supportate da adeguati finanziamenti, per affrontare in modo completo il problema della diffusione delle malattie croniche e degli infortuni, anche se molti dei programmi nazionali sono stati strutturati intorno a risposte tecnologiche e centrati su specifici target, piuttosto che essere multiapproccio. Anche per tale motivo, oltreché per la limitatezza di risorse impiegate, il loro successo è risultato variabile.

L'India è stato uno dei primi nei Paesi in via di sviluppo ad avviare, nel 1982, un programma nazionale per la salute mentale, che comunque era sotto-finanziato e copriva solo pochi

distretti, con risorse sotto-utilizzate e non prevedeva un indicatore di copertura effettiva. Sebbene la più recente versione di questo programma abbia visto incrementare la disponibilità di fondi dedicati, è stata comunque rimandata la diffusione dello stesso nei distretti precedentemente esclusi. Dalla seconda metà degli anni '70 del secolo scorso sono stati avviati programmi per la prevenzione ed il trattamento dei tumori, dei disturbi della vista e dell'udito, delle malattie cardiovascolari e del diabete. Quest'ultimo, il più recente (2008), ha visto terminare di recente la fase pilota e sarà implementato in tutto il Paese[9].

L'India non ha un programma, una politica globale o un piano di azione di prevenzione degli incidenti e nonostante gli annunci di politiche per la sicurezza, finora è stato fatto poco. Alcuni stati hanno formulato politiche per la sicurezza stradale ma l'implementazione degli stessi è stata quasi assente. Gli sforzi maggiori che sono stati fatti sono stati finalizzati a promuovere comportamenti corretti in strada attraverso approcci isolati, sporadici e non sistematici, come la diffusione a macchia di leopardo di cartellonistica informativa, dimostratisi decisamente non efficace.

Esistono purtroppo numerose barriere allo sviluppo di politiche adeguate, per prima la mancanza di valutazione, a livello macro-economico, della transizione epidemiologica e dei fattori che la favoriscono, come l'introduzione sul mercato di nuovi veicoli poco costosi e la riduzione dei dazi sull'importazione di cibi ipercalorici processati. In secondo luogo, il ruolo della società civile non è stato riconosciuto, nonostante la mobilitazione pubblica si sia dimostrata indispensabile nell'indirizzare le recenti politiche di controllo del tabacco (divieto di fumo nei luoghi pubblici e ratifica da parte del governo dell'Indian Tobacco Control Act nel 2003) e dell'alcool. Inoltre, la maggior parte dei programmi sono verticali e non riconoscono l'esigenza di azioni intersettoriali e approcci multidisciplinare per ottenere le integrazioni necessarie per rafforzare il sistema per affrontare le patologie croniche e gli incidenti.

Anche per ciò che attiene il trattamento dei soggetti con patologie i limiti sono tutt'ora importanti: l'eterogeneità resta l'aspetto più rappresentativo della gestione dei pazienti con patologie croniche o che hanno subito un infortunio, tant'è che mentre alcuni ricevono le migliori cure possibili presso ospedali di alto livello, altri - la maggioranza - non hanno accesso nemmeno alle cure di base e le loro patologie non vengono riconosciute né adeguatamente trattate. A titolo di esempio possiamo dire che solo il 47.2% dei pazienti con diabete e il 91% con angina riceve trattamenti e che solo una piccolissima quota di pedoni coinvolti in incidente stradale riceve il primo soccorso in loco mentre la maggioranza degli stessi viene trasportata in ospedale con mezzi privati o taxi[5]. Le conseguenze economiche

della bassa qualità delle cure sono enormi, sia per i costi di ospedalizzazione e ri-ospedalizzazione, che per i costi indiretti ad essi associati (i.e. comparsa di depressione), e la cura di patologie croniche può costare fino al 70% dello stipendio medio mensile delle persone che guadagnano meno. I *Trauma center* nel settore pubblico sono inadeguati o inaccessibili, ne consegue che gli incidenti nelle persone più povere spesso esitano in morte o disabilità.

In risposta al ridotto finanziamento centrale degli ospedali e alle scarse opportunità per gli stati di guadagnare investendo nei servizi sanitari, gli ospedali sono diventati una opportunità di investimento per aziende e imprese multinazionali, e si sta diffondendo sempre di più il mercato delle assicurazioni, trend che se da un lato porta nuovi fondi nel settore, dall'altro necessita di regolamentazione e di controllo affinché le strategie di prevenzione primaria non vengano cancellate a favore di modelli di cure secondari e terziarie.

La copertura universale rimane un presupposto fondamentale per il controllo delle patologie croniche e può essere raggiunta solo attraverso l'integrazione del settore privato nel sistema sanitario pubblico, mentre la qualità e l'accessibilità dei servizi pubblici devono essere migliorate, insieme al contesto sociale e politico. Ad esempio, nella fretta di costruire strade per i ricchi che si possono permettere le auto, i bisogni di coloro che vanno a piedi in mito o in bici sono stati ignorati, mettendo milioni di persone a rischio di incidenti.

Gli ostacoli più difficili da superare stanno nel fatto che il federalismo indiano rende problematico sviluppare politiche uniformi a livello nazionale, inoltre gli sforzi dei Governi sono ormai tutti focalizzati allo sviluppo economico, aspirazione positiva, ma che ha portato a trascurare le conseguenze sulla salute.

L'epidemia indiana di patologie croniche e incidenti ha ormai superato la fase precoce; la transizione demografica ed epidemiologica in corso porterà importanti conseguenze, a livello di individui, famiglie e per l'intera nazione. Il momento di agire è adesso. Le malattie croniche devono essere una priorità nella politica e nella coscienza nazionale indiana, anche con il raggiungimento della copertura universale.

Silvia Guarducci e Chiara Lorini, Dipartimento di Sanità pubblica, Università di Firenze.

Bibliografia

1. Patel V, Chatterji S, Chishlom D, Ebrahim S, Gopalakrishna G, Mathers C, Mohan V, Prabhakaran D, Ravindran RD, Reddy KS. Chronic diseases and injuries in India.

Lancet 2011; 377(9763): 413-28.

2. Mathers CD, Boerma T, Ma Fat D. Global and regional causes of death. *British Medical Bulletin* 2009; 92: 7-32.
3. Gururaj G. Road traffic deaths, injuries and disabilities in India: current scenario. *Natl Med J India* 2008;21(1):14-20.
4. Gandhi S, Ranganathan LK, Solanki M, Mathew GC, Singh I, Bither S. Pattern of maxillofacial fractures at a tertiary hospital in northern India: a 4-year retrospective study of 718 patients. *Dent Traumatol*. 2011; in Press.
5. Kavita R, Girish N, Gururaj G. Burden, Characteristics, and Outcome of Injury among Females: Observations from Bengaluru, India. *Womens Health Issues* 2011;21(4):320-6.
6. Garg N, Hyder AA. Road traffic injuries in India: a review of the literature. *Scand J Public Health* 2006;34(1):100-9.
7. Ustun TB, Chatterji S, Mechbal A, Murray CJL, WHS Collaborating Groups. *The world health surveys in health systems performance assessment: debates, methods and empiricism*. Geneva: World Health Organization, 2003.
8. Tan Torres Edejer T, Balthussen R, Adam T. *Making choice in health: WHO guide to cost-effectiveness analysis*. Geneva: World Health Organization; 2003.
9. Siegel K, Narayan KM, Kinra S. Finding A Policy Solution To India's Diabet Epidemic. *Health Affairs* 2008; 27(4): 1077-1090.