

parte due

PAROLA INTERVENIRE

D'ORDINE: RE SUBITO

CONTENUTO DEL CAPITOLO

1	Malattie croniche: cause e impatto sulla salute	34
2	Malattie croniche e povertà	61
3	L'impatto economico delle malattie croniche	74

Questa parte del rapporto dimostra non soltanto la portata pandemica delle malattie croniche, ma anche il loro legame con lo stato di povertà e l'impatto negativo sullo sviluppo economico dei diversi Paesi. Viene anche presentato un nuovo obiettivo globale: ridurre la mortalità per malattie croniche nei prossimi dieci anni.

messaggi chiave

- » **Rischio e mortalità per le malattie croniche sono in forte crescita, soprattutto nei Paesi a reddito medio-basso**
- » **È un problema in continuo aumento, sottovalutato come causa di povertà, ma in grado di ostacolare lo sviluppo economico di molti Paesi.**

faccia a faccia

CON LE MALATTIE CRONICHE



46

K. SRIDHAR REDDY
Ora di punta



68

MARIA SALONIKI
Barriere alle cure



80

SHAKEELA BEGUM
Scelta crudele

1 Malattie croniche: cause e impatto sulla salute

A livello mondiale, il profilo delle malattie cambia a una velocità sorprendente, soprattutto nei Paesi a reddito medio-basso. Non valgono più le conoscenze passate sulla natura e l'andamento delle malattie croniche, sui fattori di rischio che ne stanno alla base e sulle popolazioni più vulnerabili.

- » Per il 2005 erano previsti oltre 35 milioni di morti per malattie croniche, tra cui molti giovani e molte persone di mezza età
- » I decessi per malattie croniche sono il doppio di tutti quelli dovuti a qualsiasi tipo di malattia infettiva, come Hiv/Aids, tubercolosi, malaria, malattie materno-infantili e carenze nutrizionali
- » L'80% delle malattie croniche si verifica nei Paesi a reddito medio-basso e, nella metà dei casi, colpisce le donne
- » In mancanza di interventi correttivi, tra il 2005 e il 2015 le morti per malattie croniche sono destinate ad aumentare del 17%

Grazie ai progressi nel controllo delle malattie infettive, le grandi epidemie dei prossimi anni difficilmente ricorderanno quelle che hanno flagellato il mondo in passato. I rischi di una pandemia influenzale, ad esempio, richiederanno una vigilanza costante. Tuttavia, saranno le epidemie di cardiopatie, ictus, tumori e altre malattie croniche a richiedere il più alto tributo, in termini di morte e invalidità, nel futuro immediato.

È fondamentale riconoscere, comprendere e contrastare rapidamente la diffusione incombente delle malattie croniche.

CHE COSA SONO LE MALATTIE CRONICHE?

Questo rapporto si concentra sulle seguenti malattie croniche: malattie cardiovascolari, in particolare cardiopatie e ictus, tumori, disturbi respiratori cronici e diabete.

Ci sono molte altre condizioni e disturbi cronici con notevole impatto sul carico di malattia di singoli individui, famiglie, società e Paesi, tra cui disturbi mentali, malattie dell'apparato visivo e uditivo, disturbi del cavo orale, delle ossa e delle articolazioni e difetti genetici. In questa pubblicazione, alcuni aspetti saranno presentati sotto forma di storie personali, per mostrare la vasta gamma di malattie croniche che richiedono attenzione continua da parte di tutti i settori della società. I disturbi mentali e neurologici sono malattie croniche con caratteristiche assolutamente uniche, di recente oggetto di studio da parte dell'Organizzazione mondiale della sanità (7).

TERMINOLOGIA

Parte della confusione che circonda le malattie croniche è dovuta all'uso di nomi diversi in contesti diversi. A volte viene impiegato il termine "non trasmissibile" per differenziare il disturbo dalle malattie infettive o "trasmissibili". Eppure molte malattie croniche, come il cancro alla cervice e il tumore al fegato, hanno tra le loro cause una componente infettiva. Malattie "correlate allo stile di vita" è un termine a volte utilizzato per enfatizzare quanto è importante il comportamento per lo sviluppo delle malattie croniche, spesso estremamente influenzate dalle condizioni ambientali, non solo dalle scelte del singolo: gli "stili di vita" sono ovviamente un fattore altrettanto importante per le malattie trasmissibili.

In questo rapporto si preferisce utilizzare il termine "malattie croniche", perché comprende importanti caratteristiche comuni a queste malattie:

- » le malattie croniche, che originano in età giovanile, richiedono anche decenni per manifestarsi clinicamente;
- » dato il lungo decorso, ci sono molte opportunità di prevenzione;
- » richiedono un approccio al trattamento sistematico e a lungo termine;
- » i servizi sanitari devono integrare la risposta a queste malattie contrastando le malattie acute e infettive.

CARDIOPATIE

Le cardiopatie hanno varie forme. La coronaropatia, malattia delle arterie coronariche conosciuta anche come cardiopatia ischemica, è la prima causa di morte nel mondo. È il disturbo cardiaco principale considerato in questo rapporto e di seguito verrà indicata semplicemente come cardiopatia. È una malattia dei vasi sanguigni che irrorano il cuore, e solitamente è parte di un processo che colpisce più in generale la parete dei vasi (aterosclerosi). Le cardiopatie sono note da secoli, ma sono diventate comuni nei primi decenni del ventesimo secolo nei Paesi ad alto reddito. Ora l'epidemia è diffusa in tutto il mondo.

ICTUS

L'ictus comporta danni al cervello, provocati da una riduzione dell'apporto di sangue. L'ictus e la cardiopatia sono le principali malattie cardiovascolari. Ci sono diversi tipi di ictus e gli episodi acuti sono causati solitamente dagli stessi processi a lungo termine che provocano le cardiopatie. Soltanto una percentuale ridotta degli episodi acuti è causata dalla rottura di un vaso sanguigno. L'ictus è il principale disturbo cardiovascolare in molti Paesi dell'Asia orientale.

CANCRO

Il termine cancro comprende diverse malattie in cui cellule anomale proliferano e si diffondono senza controllo. Altri sinonimi sono tumore e neoplasia. Ci sono numerosi tipi di cancro, che possono interessare tutti gli organi del corpo. La principale causa evitabile di cancro è il consumo di tabacco, ma sono note anche altre cause, come per il cancro della cervice, della gola o della pelle.

MALATTIE RESPIRATORIE CRONICHE

Le malattie dei polmoni possono assumere forme diverse. Questo rapporto è incentrato sulle malattie polmonari ostruttive e sull'asma. Le malattie polmonari ostruttive croniche sono causate da limitazioni, non del tutto reversibili, del passaggio dell'aria attraverso le vie respiratorie. L'asma, invece, è dovuta all'ostruzione reversibile delle vie respiratorie.

DIABETE

Il diabete è caratterizzato da elevati livelli di glucosio (zucchero) nel sangue. Alla base c'è una mancanza di insulina, l'ormone che regola questi livelli, oppure l'incapacità dei tessuti di rispondere correttamente all'azione ormonale (resistenza all'insulina). Il diabete più comune è quello di tipo 2, che rappresenta circa il 90% di tutte le forme di diabete

ed è in larga misura il risultato del sovrappeso e dell'inattività fisica. Fino a poco tempo fa, il diabete di tipo 2 colpiva solo gli adulti, ma ormai si riscontra anche nei bambini obesi. La forma più comune di diabete infantile (tipo 1) è causata invece da una mancanza assoluta di insulina, e non dall'obesità. Se non viene somministrata l'insulina, il diabete di tipo 1 porta rapidamente alla morte.

MALATTIE CRONICHE: PROFILI

Questa sezione riassume l'impatto delle malattie croniche nel mondo in popolazioni diverse. Vengono presentate quelle che erano le previsioni per il 2005 (anno di pubblicazione della versione originale del rapporto), per maschi e femmine di tutte le età. I dati sono stime dell'Oms ottenute con metodi standard per ottimizzare il confronto tra Paesi diversi, e non sono per forza le statistiche ufficiali degli Stati membri. Altre informazioni sui metodi di proiezione dei decessi e del carico di malattia, sono nell'Appendice 1.

Le previsioni per il 2005 parlavano di 35 milioni di morti per malattie croniche, il doppio rispetto ai valori previsti per tutte le malattie infettive insieme. Di queste morti per malattie croniche, 16 milioni si sarebbero verificate nella fascia di età al di sotto dei 70 anni, l'80% nei Paesi a reddito medio-basso. Circa la metà dei decessi per malattie croniche avrebbe riguardato la popolazione femminile.

LA SITUAZIONE GLOBALE

DECESSI

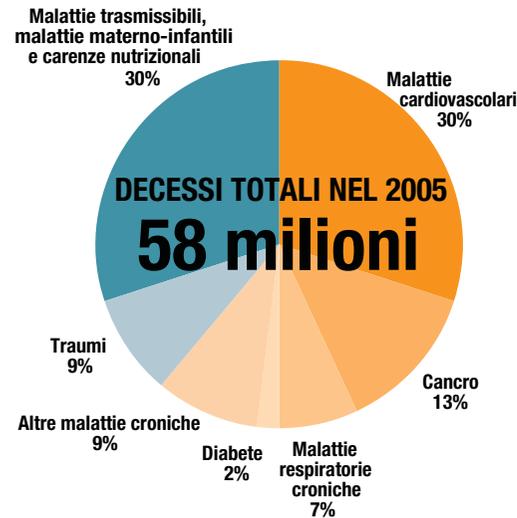
Nel 2005 erano previsti circa 58 milioni di morti, di cui 35 milioni (il 60%) causati da malattie croniche. Per inquadrare queste cifre nella giusta prospettiva, circa 17 milioni (il 30%) sono stati attribuiti a malattie infettive, tra cui Hiv/Aids, tubercolosi, malaria, malattie materno-infantili e carenze nutrizionali multiple. Si prevedeva inoltre che altre 5 milioni di persone, il 9% del totale, sarebbero morte per violenze e traumi.

Spesso si pensa che le morti per malattie croniche interessino solo le persone più anziane, ma questo non è vero. Ogni anno nel mondo 16 milioni di persone al di sotto dei 70 anni di età muoiono per malattie croniche. Inoltre, nei Paesi a reddito medio-basso questo accade in fasce d'età molto più basse rispetto a quelli con alto reddito.

La figura della pagina seguente riporta le cause principali di morte nel mondo, per tutte le età. Le malattie cardiovascolari, principalmente cardiopatie e ictus, sono la causa principale di morte nel 30% dei casi.

Il cancro e le malattie respiratorie croniche sono l'altra principale causa di morte per malattie croniche. Il contributo del diabete è sottostimato, perché i malati possono convivere per anni con questa malattia, ma la loro morte viene solitamente registrata come dovuta a cardiopatie o malattie renali.

Previsioni per il 2005 sulle cause di morte, nel mondo, in tutte le età



Nella pagina accanto sono riportati il numero e la frequenza dei decessi previsti per le malattie croniche nella popolazione maschile e femminile di 4 gruppi di età. Il numero di morti è comparabile negli uomini e nelle donne. I tassi di mortalità per tutte le malattie croniche cresce con l'età, ma quasi il 45% si verifica prematuramente, prima dei 70 anni.

Previsioni per il 2005 della mortalità per malattie croniche,* nel mondo, in base all'età e al sesso

Fascia d'età	Numero di decessi (milioni)			Tasso di mortalità per 100.000		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
0-29	0.8	0.8	1.6	48	47	48
30-59	4	3	7	372	251	311
60-69	4	3	7	2328	1533	1911
70 anni e oltre	9	11	20	6981	6102	6467
Totale per tutte le età	18	17	35	556	543	549

* I valori sono arrotondati, per cui la somma totale dei componenti potrebbe non essere il 100%.

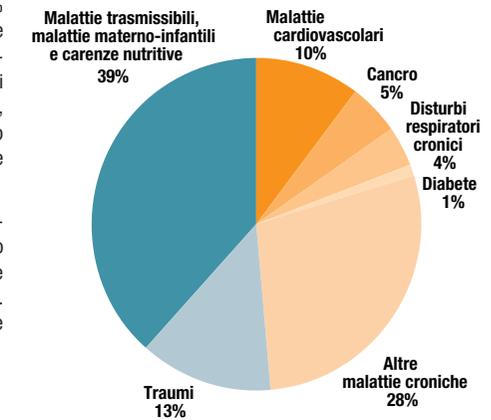
IL CARICO DI MALATTIA

Oltre ad avere un alto tasso di mortalità, le malattie croniche possono anche essere particolarmente invalidanti. L'impatto di una malattia sulla salute è espresso generalmente in anni di vita persi a causa della disabilità (Daly: Disability Adjusted Life Year). Daly è uguale alla somma degli anni di vita persi a causa di una morte prematura e di quelli vissuti in malattia piuttosto che in salute. Un Daly può essere considerato come un anno di vita sana perduto.

La figura di destra mostra il carico globale di malattia per tutte le età, misurato in Daly, specificando il contributo delle principali malattie croniche. Circa metà sarà causato dai disturbi cronici, il 13% dai traumi e il 39% da malattie trasmissibili, malattie materno-infantili e carenze nutrizionali multiple. Fra le malattie croniche, il contributo principale al carico globale di malattia è quello delle malattie cardiovascolari.

La tabella della pagina successiva riporta le stime del peso delle malattie croniche nei due sessi, in diverse fasce di età. Il numero di Daly causato dalle

2005: previsioni sulle cause del carico globale di malattia (Daly), nel mondo, a tutte le età



malattie croniche è più alto fra gli adulti dai 30 ai 59 anni e cresce con l'età. Complessivamente, il carico di malattia è lo stesso nei due sessi. Circa l'86% del carico delle malattie croniche riguarda persone al di sotto dei 70 anni.

Previsioni per il 2005 sul carico globale di malattia (Daly),*
nel mondo, in base all'età e al sesso

Fascia d'età	Daly (milioni)			Daly per 100.000		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
0-29	112	108	220	6 263	6 380	6 320
30-59	163	143	305	14 088	12 508	13 304
60-69	53	48	101	30 718	25 451	27 965
70 anni e oltre	44	55	99	34 570	30 953	32 457
Totale per tutte le età	372	354	725	11 470	11 053	11 263

* I valori sono arrotondati, per cui la somma totale dei componenti potrebbe non essere il 100%.

PROBLEMI ALLA VISTA

I disturbi della vista e la cecità sono esempi di condizioni croniche che non hanno un impatto diretto sulla mortalità. Nel 2002, oltre 161 milioni di persone hanno sviluppato problemi alla vista. Di questi, 124 milioni hanno avuto un abbassamento della capacità di visione, mentre 37 milioni sono diventati ciechi. Oltre l'80% dei casi di cecità ha riguardato persone dai 50 anni in su, soprattutto donne.

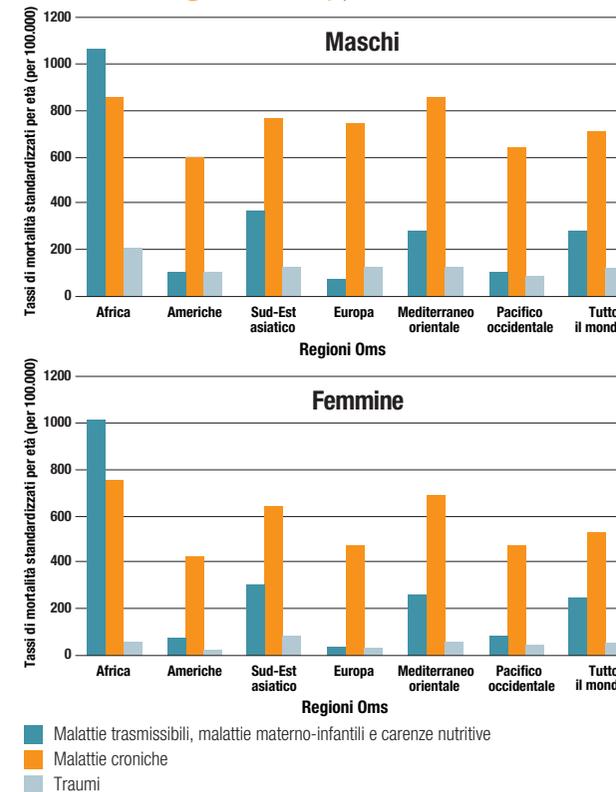
La prevalenza maggiore di cecità si ha in Africa, dove a farne le spese è il 9% delle persone dai 50 anni in su. Le zone del mondo dove invece la cecità ha l'incidenza più bassa sono quelle a reddito più elevato del continente americano, del Sud-Est asiatico e dell'Europa, dove colpisce soltanto lo 0,4%-0,6% delle persone al di sopra dei 50 anni.

LA SITUAZIONE NELLE REGIONI OMS

MORTI

Le malattie croniche sono la causa principale di morte in entrambi i sessi in tutte le regioni Oms, eccettuata l'Africa, come riportato di seguito.¹

Cause di morte previste per il 2005 nelle regioni Oms, per tutte le età

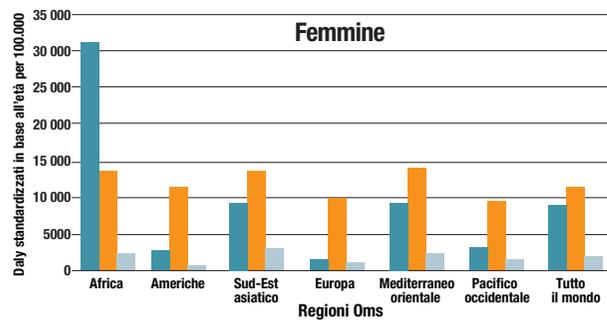
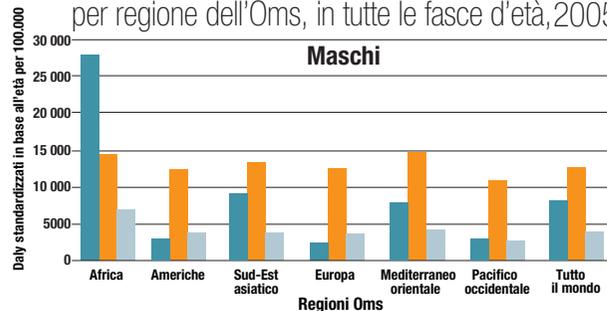


¹ Per l'elenco completo dei Paesi suddivisi per regioni dell'Oms vedi l'Appendice 2.

CARICO DI MALATTIA

Le malattie croniche sono la causa principale del carico di malattia in tutte le regioni tranne in Africa, dove è al primo posto il virus dell'Hiv/Aids (vedi la figura seguente).

Principali cause previste del carico globale di malattia (Daly), per regione dell'Oms, in tutte le fasce d'età, 2005



■ Malattie trasmissibili, malattie materno-infantili e carenze nutrizionali
 ■ Malattie croniche
 ■ Traumi

LA SUDDIVISIONE DEI PAESI IN BASE AL REDDITO

La Banca mondiale suddivide i Paesi in quattro gruppi in base al reddito nazionale lordo (Rnl) pro capite: reddito basso, reddito medio (suddiviso in reddito medio-basso e medio-alto) e alto reddito. L'Appendice 3 presenta l'elenco completo di questi Paesi.

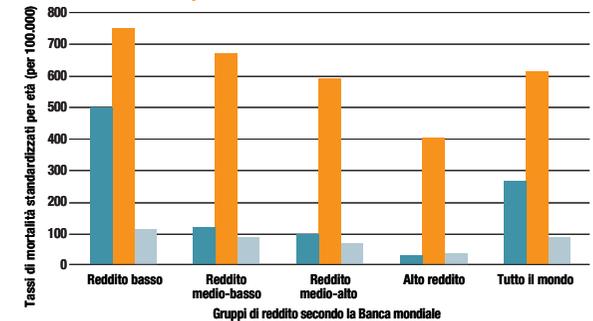
DECESSI

L'impatto delle malattie croniche è evidente: l'80% di tutti i decessi si verifica nei Paesi a reddito basso e medio, in cui vive la maggior parte della popolazione mondiale. Le percentuali sono molto più alte di quelle relative ai Paesi ad alto reddito. Rispetto ai Paesi ricchi, in quelli a reddito medio e basso le persone che muoiono di malattie croniche sono molto più giovani. La figura a destra mostra come i Paesi a reddito basso e medio presentino tassi di mortalità per malattie croniche standardizzati per età molto più alti rispetto ai Paesi ricchi.

CARICO DI MALATTIA

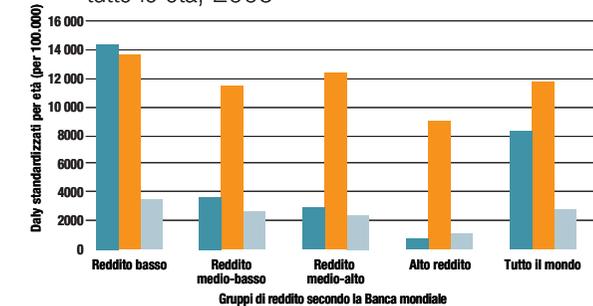
Le malattie croniche contribuiscono in maniera notevole al carico di malattia in tutti i gruppi di reddito. I tassi standardizzati per età sono inferiori nei Paesi ad alto reddito.

Principali cause di morte previste in base ai gruppi di reddito della Banca mondiale, tutte le età, 2005



■ Malattie trasmissibili, malattie materno-infantili e carenze nutrizionali
 ■ Malattie croniche
 ■ Traumi

Principali cause del carico di malattia (Daly) previste in base al reddito, tutte le età, 2005



■ Malattie trasmissibili, malattie materno-infantili e carenze nutrizionali
 ■ Malattie croniche
 ■ Traumi

PROFILI DEI PAESI

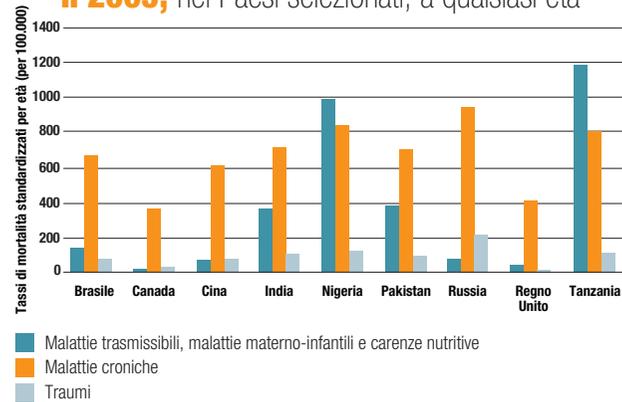
DECESSI

La figura seguente mostra le principali cause di morte previste per il 2005 nei nove Paesi selezionati. Il tasso di mortalità per malattie croniche è più alto rispetto a quello dovuto alla somma dei decessi

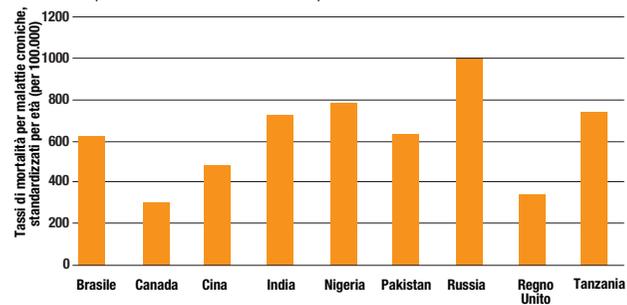
per malattie trasmissibili, malattie materno-infantili e carenze nutrizionali, in tutti i Paesi tranne la Tanzania e, in minor misura, la Nigeria.

Rispetto ai Paesi più ricchi, in quelli a basso e medio reddito la mortalità tra le persone di mezza età è decisamente più elevata (vedi figura seguente): un quadro ben diverso dal Canada e dal Regno Unito, dove ormai le malattie croniche colpiscono soprattutto gli anziani. In Russia le persone di mezza età muoiono circa quattro volte di più che in Canada.

Principali cause di morte previste per il 2005, nei Paesi selezionati, a qualsiasi età



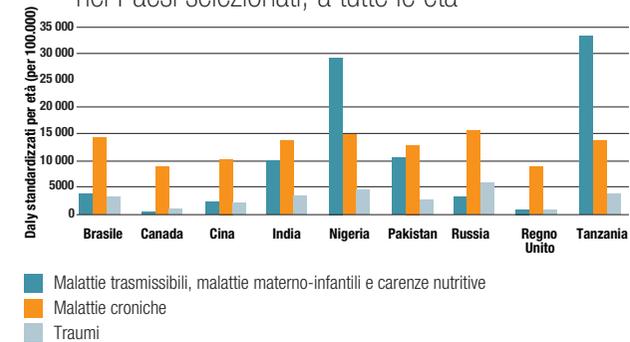
Tassi di mortalità per malattie croniche previsti per il 2005 in diversi Paesi, in persone di età compresa tra i 30 e i 69 anni



CARICO DI MALATTIA

Le malattie croniche sono la principale componente del carico di malattia in tutti i Paesi, a eccezione della Nigeria e della Tanzania.

Principali cause del carico globale di malattia (Daly) previste per il 2005, nei Paesi selezionati, a tutte le età



IN SINTESI

Le malattie croniche sono la causa principale dei decessi e del carico di malattia in tutto il mondo, in tutte le regioni dell'Oms (a eccezione dell'Africa) e in tutti i Paesi selezionati (con l'eccezione della Nigeria e della Tanzania). Sono anche la causa principale di morte in tutti i gruppi di reddito della Banca mondiale. Mortalità e carico di malattia sono simili nelle donne e negli uomini e aumentano con l'età. Nei Paesi selezionati, le persone muoiono maggiormente di malattie croniche nelle aree a reddito medio e a reddito basso piuttosto che in quelle più ricche. Entro i 70 anni si verifica circa il 45% dei decessi per malattie croniche e l'86% del carico delle malattie croniche.

faccia a faccia CON LE MALATTIE CRONICHE: IL CANCRO

ORA DI

PUNTA

K. SRIDHAR REDDY



K. SRIDHAR REDDY era al telefono con la moglie quando il fotografo è entrato nella sua stanza d'ospedale. «Mi dispiace, è l'ora di punta, sarò da voi tra un

minuto», si è scusato. La moglie di Sridhar gestisce il loro ristorante, mentre il marito, che ha 52 anni, si sottopone alla chemioterapia presso il Chennai Cancer Institute. «È la mia ancora di salvezza», dice

l'uomo parlando del suo cellulare.

Nome	K. Sridhar Reddy
Età	52 anni
Paese	India
Diagnosi	Cancro

L'anno scorso a Sridhar è stato asportato un primo tumore maligno dalla guancia destra e un secondo dalla gola all'inizio

di quest'anno. È la terza volta che viene ricoverato in ospedale. «Qui lavorano degli oncologi di fama. Sto pagando molto, ma so di essere in buone mani» dice, prima di un forte attacco di tosse.

In realtà il suo medico curante non sembra altrettanto ottimista. Il tumore si è diffuso ai polmoni e al fegato di Sridhar. «Troppo vino e troppo tabacco», aveva detto l'oncologo, che dava a Sridhar al massimo un anno di vita. Sridhar ha cominciato a masticare tabacco sin da giovane e beve vino ogni giorno da oltre vent'anni. «Troppo stress», era la sua giustificazione.

Al di là delle apparenze, Sridhar sapeva che il futuro non era roseo. Per pagarsi le cure ha chiesto denaro in prestito, nonostante avesse paura di non poterlo restituire.

Purtroppo, Sridhar è morto poco dopo l'intervista.

Circa 5 milioni di persone muoiono ogni anno per il consumo di tabacco.

LE CAUSE DELLE MALATTIE CRONICHE

Questa sezione illustra quelle che, sulla base delle evidenze scientifiche, sono considerate le cause delle epidemie di malattie croniche. Queste conoscenze derivano da una vasta gamma di studi di laboratorio, clinici ed epidemiologici condotti in tutto il mondo. I fattori di rischio per le malattie croniche sono noti. Un gruppo esiguo di questi, combinati fra loro, sono responsabili della maggior parte delle malattie croniche, indipendentemente dal sesso e dalla provenienza geografica.

LE CAUSE PIÙ COMUNI DELLE PRINCIPALI MALATTIE CRONICHE

FATTORI DI RISCHIO COMUNI MODIFICABILI

Le cause delle principali malattie croniche sono state individuate e sono ormai ben conosciute. I principali fattori di rischio modificabili sono:

- » dieta scorretta e ipercalorica;
- » mancanza di attività fisica;
- » consumo di tabacco.

Queste cause diventano evidenti considerando i fattori di rischio intermedi, tra cui l'ipertensione, l'eccesso di glucosio e di lipidi nel sangue, in particolare del colesterolo Ldl (Low Density Lipoprotein, il cosiddetto "colesterolo cattivo") e l'obesità (indice di massa corporea ≥ 30 kg/m²).

Insieme a caratteristiche immodificabili come età e predisposizione ereditaria, i principali fattori di rischio modificabili sono alla base della maggior parte dei nuovi casi di cardiopatie, ictus, malattie respiratorie croniche e alcuni gravi tipi di cancro. Il legame tra questi fattori di rischio e le principali malattie croniche è simile in tutto il mondo.

ALTRI FATTORI DI RISCHIO

Sono stati identificati molti altri fattori di rischio, che però sono alla base di una percentuale inferiore di malattie croniche.

L'alcolismo contribuisce notevolmente al carico globale di malattia. Secondo alcune stime, l'alcol sarebbe la causa del 3% dei decessi totali e del 4% del carico globale di malattia, di cui circa la metà deriva da incidenti intenzionali o imprevisti. La relazione tra il consumo di alcol e le malattie croniche è piuttosto complessa. Tra gli effetti sulla salute dell'abuso di alcol ci sono la cirrosi epatica (che distrugge le cellule del fegato), la pancreatite (infiammazione del pancreas) e tumori maligni del fegato, dell'apparato orale, della gola, della laringe e dell'esofago. D'altro canto, dati recenti ottenuti da studi epidemiologici e clinici suggeriscono che un consumo moderato di alcol può proteggere dallo sviluppo di malattie cardiovascolari. Questo effetto benefico diventa significativo soltanto fra le persone di mezza età e negli anziani, quando è maggiore il rischio cardiovascolare. Nei giovani, invece, prevalgono gli effetti negativi associati all'alcol, come la violenza e gli incidenti.

Tra gli altri fattori di rischio per lo sviluppo di malattie croniche ci sono alcuni agenti infettivi, responsabili dei tumori alla cervice e al fegato, e fattori ambientali come l'inquinamento dell'aria, che contribuisce all'insorgenza di asma e altri disturbi respiratori cronici. Anche i fattori psicosociali e genetici svolgono un ruolo importante.

BAMBINI A RISCHIO: UN TREND PREOCCUPANTE

È ormai universalmente provato che le condizioni prenatali e della prima infanzia hanno effetti importanti sullo stato di salute dell'età adulta. Per esempio, è stato dimostrato che chi nasce sottopeso è maggiormente esposto a ipertensione arteriosa, cardiopatie, ictus e diabete (2).

I bambini non possono scegliere dove vivere e cosa mangiare, né le condizioni di vita o l'esposizione al fumo passivo. Inoltre, non sono in grado di capire a fondo quali conseguenze potrà avere il loro comportamento. Eppure è proprio in questa fase delicata che prendono forma molti comportamenti a rischio. Molti ragazzi iniziano a fumare molto giovani e diventano dipendenti molto prima di raggiungere l'età adulta.

I fumatori di età compresa tra i 13 e 15 anni sono molti di più di quanto si potesse immaginare. Secondo due progetti internazionali, il Global Youth Tobacco Survey e il Global School-based Student Health Survey, il consumo di tabacco fra i maschi giovani è del 29% in India, del 21% in Brasile e del 14% in Cina. In molti casi si inizia a fumare addirittura prima dei 10 anni.

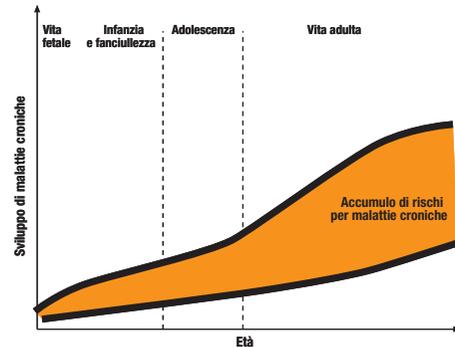
Cause delle malattie croniche



L'obesità infantile è associata a un aumento del rischio di morte prematura e di invalidità nell'età adulta. Purtroppo, circa 22 milioni di bambini sotto i 5 anni sono obesi. Il problema è diffuso in tutto il mondo, ma in particolar modo in Nordamerica, nel Regno Unito e nell'Europa sud-occidentale. A Malta e negli Stati Uniti oltre un quarto della popolazione di età compresa tra i 10 e i 16 anni è in sovrappeso. Nel Regno Unito, tra il 1995 e il 2003, la percentuale di soggetti tra i 2 e i 10 anni in sovrappeso è passata dal 23% al 28%.

È noto che l'obesità è un fattore di rischio per il diabete di tipo 2. Fino a poco tempo fa, questa malattia colpiva soprattutto gli adulti. I primi casi di diabete di tipo 2 fra i giovani sono stati riscontrati negli anni Settanta negli Stati Uniti. Quindici anni fa meno del 3% di tutti i nuovi casi di diabete fra i bambini e gli adolescenti era diabete di tipo 2, mentre ora arriva fino al 45%. Gli studi successivi condotti in Asia e in Europa hanno mostrato un andamento simile e, più di recente, si è registrato un aumento crescente dei casi di diabete di tipo 2 nei bambini e negli adolescenti in tutto il mondo (3).

Il cammino verso le malattie croniche



RISCHIO SU RISCHIO

L'età è un marcatore importante dell'accumulo di rischi modificabili per le malattie croniche: l'impatto dei fattori di rischio aumenta infatti con il passare degli anni. La lezione principale di molti Paesi ricchi è che si può ritardare la morte per malattie croniche anche di diversi decenni, evitando quindi che muoiano persone di mezza età. Interventi efficaci sulla popolazione di mezza età e più anziana porteranno a grossi vantaggi in poco tempo. Se invece si guarda più lontano, è nei primi anni di vita che si deve intervenire per ridurre in modo sostanziale le pandemie di malattie croniche.

LE CAUSE DELLE CAUSE

Alla base delle malattie croniche ci sono anche dei fattori impliciti, o "cause delle cause", che sono un riflesso delle principali forze che trainano le modifiche sociali, economiche e culturali, come globalizzazione, urbanizzazione, invecchiamento della popolazione e politiche ambientali in genere. Il ruolo della povertà sarà descritto nel prossimo capitolo.

Per globalizzazione si intende la maggior interconnessione dei Paesi e l'apertura delle frontiere a idee, persone, commercio e capitali finanziari. La globalizzazione può avere conseguenze complesse sui rischi di malattie croniche, sia dirette che indirette. In termini di salute, tra i vantaggi della globalizzazione ci sono l'introduzione di tecnologie moderne, come le telecomunicazioni e l'informatizzazione dei sistemi sanitari.

Tra i fattori che hanno un impatto negativo sulla salute c'è la tendenza alla "transizione nutrizionale": nei Paesi a reddito medio e basso si sta verificando il passaggio verso regimi alimentari ad alto contenuto energetico, ricchi di grassi, sale e zucchero. Il maggior consumo di cibi poco salutari è dovuto in parte all'aumento di fattori relativi alla domanda, come il reddito più elevato e il minor tempo a disposizione per preparare i pasti. Dal lato dell'offerta, tra i fattori determinanti ci sono l'aumento di produzione, promozione e vendita di cibi pronti e di alimenti ricchi di grassi, sale e zucchero, ma anche di tabacco e altri prodotti nocivi per la salute. Oggi una fetta significativa del marketing mondiale è rivolta ai bambini e promuove comportamenti poco sani.

Il luogo comune per cui le malattie croniche sono "figlie del benessere" è falso: i rischi di malattie croniche seguono di pari passo lo sviluppo economico dei Paesi, più velocemente di quanto si pensi. I livelli dell'indice di massa corporea e del colesterolo totale aumentano rapidamente con i primi miglioramenti economici e con l'incremento del reddito nazionale dei Paesi più poveri. Restano stabili dopo il raggiungimento di un certo livello di reddito, per poi calare (vedi il capitolo successivo) (4).

Nella seconda metà del ventesimo secolo, la percentuale di abitanti nelle aree urbane dell'Africa, dell'Asia e dell'America Latina è passata dal 16% al 50%. Con il crescere dell'urbanizzazione, le persone tendono a svolgere lavori più sedentari e vengono esposte a prodotti e tecnologie nuovi, così come alla pubblicità di prodotti poco sani. L'urbanizzazione selvaggia può ridurre i livelli di attività fisica, perché scoraggia le persone a muoversi a piedi o in bicicletta. Inoltre, a livello mondiale la popolazione sta invecchiando molto rapidamente.

Si calcola che il numero totale di persone al di sopra dei 70 anni passerà dai 269 milioni del 2000 a 1 miliardo nel 2050. Nello stesso

periodo, nei Paesi ad alto reddito la popolazione più anziana (per definizione gli ultrasessantenni) passerà da 93 a 217 milioni. In particolare, nei Paesi a reddito medio e basso l'aumento sarà da 174 a 813 milioni, pari a oltre il 466%.

Un altro fattore determinante per la salute della popolazione è costituito dalla politica. Le scelte dei governi centrali su temi come alimentazione, agricoltura, commercio, pubblicità sui media, trasporti, urbanizzazione e costruzioni possono offrire alle persone l'opportunità di stili di vita sani. Quando la politica non offre un sostegno è difficile sfruttare le conoscenze esistenti sulle cause e sulla prevenzione delle principali malattie croniche, soprattutto nelle zone più povere.

L'IMPATTO SULLA SALUTE DEI PRINCIPALI FATTORI DI RISCHIO

Il contributo dei fattori di rischio in termini di decessi e malattie viene calcolato in base alla mortalità "attribuibile" e al carico di malattia (Daly) causati dall'esposizione ai principali fattori di rischio oltre e al di là dell'esposizione al minor fattore di rischio possibile.

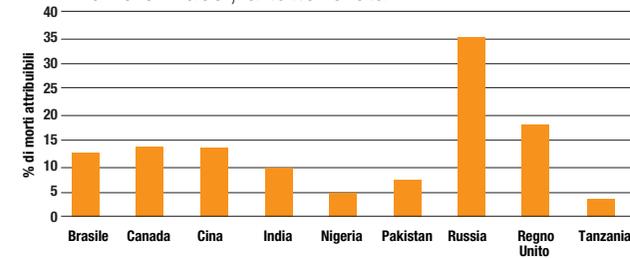
I fattori di rischio delle malattie croniche sono la causa principale di morte e di carico di malattia in tutti i Paesi, indipendentemente dal livello di sviluppo economico raggiunto. Il più importante è l'ipertensione arteriosa, seguita dal consumo di tabacco, dall'eccesso di colesterolo e dal ridotto consumo di frutta e verdura. I fattori di rischio maggiori sono responsabili complessivamente dell'80% dei decessi per cardiopatie e ictus (5).

Ogni anno almeno:

- » 4,9 milioni di persone muoiono per il consumo di tabacco;
- » 1,9 milioni di persone muoiono per la mancanza di attività fisica;
- » 2,7 milioni di persone muoiono per il ridotto consumo di frutta e verdura;
- » 2,6 milioni di persone muoiono per il sovrappeso o l'obesità;
- » 7,1 milioni di persone muoiono per l'ipertensione arteriosa;
- » 4,4 milioni di persone muoiono per l'eccesso di colesterolo (5).

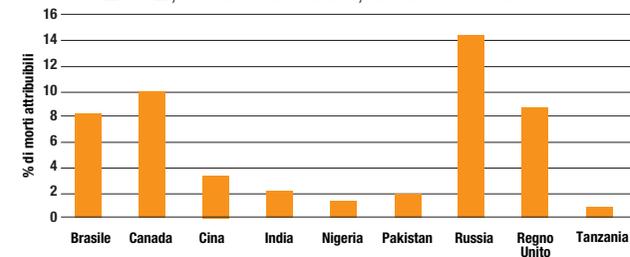
Ulteriori analisi basate sulle stime del 2002 mostrano che, tra i nove Paesi selezionati, la Russia è quella che presenta la percentuale più alta di decessi attribuibili all'ipertensione arteriosa (superiore a 115 mm Hg) in entrambi i sessi, per un totale di oltre 5 milioni di vite perdute. Un quadro simile emerge anche quando si prende in considerazione il contributo dei fattori di rischio al carico di malattia (Daly).

Percentuale di decessi attribuibili all'ipertensione arteriosa nel 2002, in diversi Paesi, a tutte le età



Il Paese dove si registra la più alta percentuale di decessi totali dovuti a un elevato indice di massa corporea (superiore a 21 kg/m²) è ancora la Russia: 14% dei decessi totali. Seguono Canada, Regno Unito e Brasile, in cui l'8%-10% dei decessi totali è attribuibile all'elevato indice di massa corporea. L'andamento non mostra variazioni significative in base al sesso, né in base al carico di malattia (Daly) attribuibile.

Percentuale di decessi attribuibili a un indice di massa corporea elevato, nel 2002, in diversi Paesi, a tutte le età



Come illustrato, le stime della mortalità e del carico di malattia relative ai principali fattori di rischio modificabili indicano che in tutti e nove i Paesi l'ipertensione e l'incremento dell'indice di massa corporea hanno un notevole impatto sulla salute pubblica, in particolare in Russia.

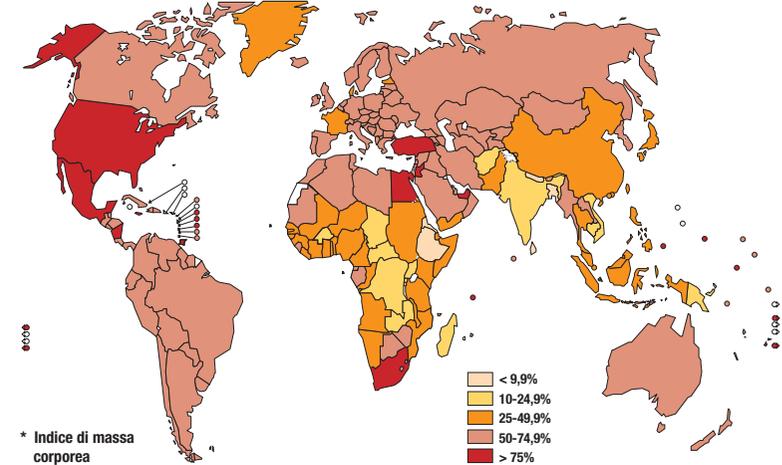
PREVISIONI DEI FATTORI DI RISCHIO: SOVRAPPESO E OBESITÀ

Questa sezione descrive l'andamento previsto di sovrappeso e obesità a livello globale tra il 2005 e il 2015, sia a livello regionale che nei Paesi selezionati. La fonte dei dati è il Global InfoBase dell'Oms (6) che raccoglie, registra e distribuisce dati sui principali fattori di rischio per le malattie croniche e utilizza i metodi sviluppati per il Comparative Risk Assessment Study (5, 7). Le proiezioni di altri fattori di rischio sono disponibili sul Global InfoBase dell'Oms.

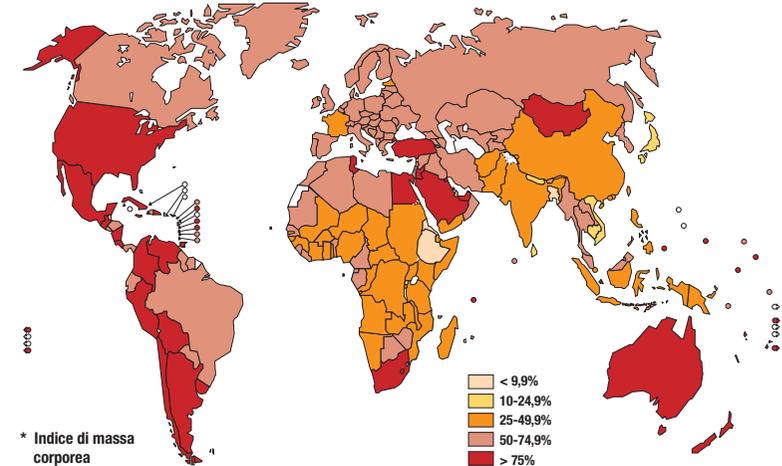
PROFILO GLOBALE

Le stime relative al 2005 parlano di oltre 1 miliardo di individui in sovrappeso in tutto il mondo, tra cui 805 milioni di donne, e di 300 milioni di obesi. A fianco sono riportate le mappe della prevalenza mondiale del sovrappeso nelle donne in età adulta, tra il 2005 e il 2015. Se questa tendenza non cambierà, i livelli medi dell'indice di massa corporea aumenteranno in quasi tutti i Paesi. Si calcola che entro il 2015 oltre 1,5 miliardi di persone saranno in sovrappeso.

Prevalenza del sovrappeso (Imc* ≥ 25 kg/m²)
fra le donne dai 30 anni in su, prevista per il 2005



Prevalenza del sovrappeso (Imc* ≥ 25 kg/m²)
fra le donne dai 30 anni in su, prevista per il 2015

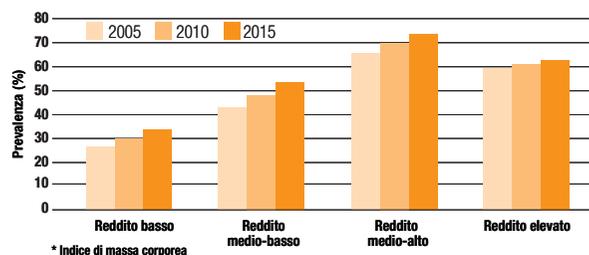


PROIEZIONI PER GRUPPI DI REDDITO NEI DIVERSI PAESI

INDICE DI MASSA CORPOREA

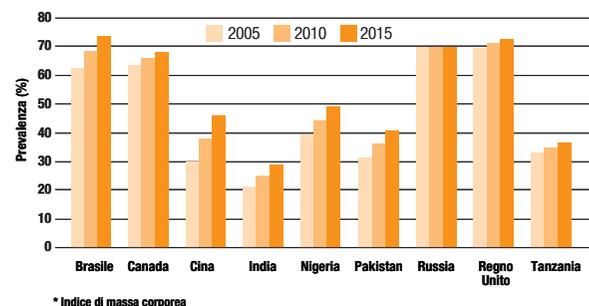
Prevalenza del sovrappeso prevista per il 2005-2015 (Imc* ≥ 25 kg/m²)

fra le donne dai 30 anni in su, in base al reddito



Prevalenza del sovrappeso prevista per il 2005-2015 (Imc* ≥ 25 kg/m²)

fra le donne sopra i 30 anni, nei Paesi selezionati



dal Regno Unito, dalla Russia e dal Canada. L'aumento più rapido, anche se a partire da livelli bassi, è atteso fra le donne cinesi.

Le previsioni parlano di un aumento costante dell'indice medio di massa corporea, sovrappeso e obesità in entrambi i sessi, indipendentemente dal reddito. L'aumento sarà particolarmente significativo fra le donne dei Paesi a reddito medio-alto. Questo gruppo ha già oltrepassato gli analoghi valori registrati per le donne dei Paesi ad alto reddito.

PROFILI DEI PAESI

Mentre in passato erano tipici più che altro dei Paesi ricchi, sovrappeso e obesità sono ormai diffusi anche nei Paesi a reddito medio-basso.

In tutti i Paesi selezionati si prevede un rapido aumento del sovrappeso, fatta eccezione per la Tanzania, anche se rimangono grosse differenze in base al sesso e alla provenienza geografica. Tra i Paesi selezionati, è il Brasile quello in cui si prevede la prevalenza più alta del sovrappeso fra le donne nel 2015, seguito

PROIEZIONI DI MORTALITÀ

Questa sezione illustra le proiezioni sulla mortalità globale per il 2015 nei nove Paesi selezionati, in base al reddito. Queste proiezioni si basano su stime del 2002 confrontabili a livello di singoli Paesi, e tengono conto dei cambiamenti previsti nei tassi di mortalità associati al continuo sviluppo economico, dell'andamento previsto per l'Hiv/Aids e dell'invecchiamento della popolazione. Per ulteriori informazioni, vedi l'Appendice 1.

In generale, si prevede che tra il 2005 e il 2015 aumenteranno le morti per malattie croniche, mentre si ridurranno quelle per malattie trasmissibili, malattie materno-infantili e carenze nutrizionali multiple. L'aumento previsto nel carico di malattie croniche a livello mondiale è associato principalmente all'invecchiamento della popolazione ed è favorito dall'esposizione di un numero sempre maggiore di persone ai fattori di rischio.

Nel 2015 il numero totale dei decessi sarà di 64 milioni:

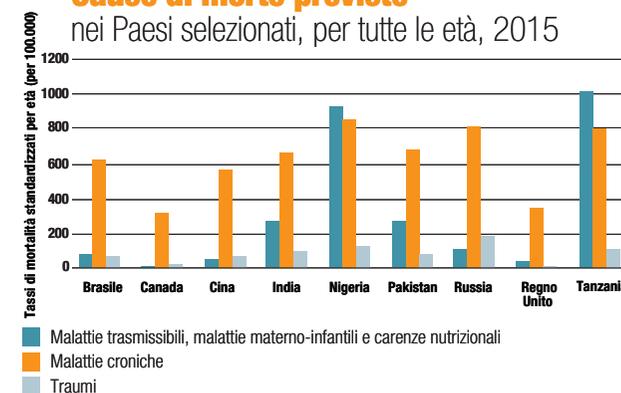
- » 17 milioni di persone moriranno per malattie trasmissibili, malattie materno-infantili e carenze nutrizionali multiple;
- » 41 milioni di persone moriranno per malattie croniche;
- » le malattie cardiovascolari resteranno la principale causa di morte, con 20 milioni di decessi previsti, in particolare per cardiopatie e ictus;
- » tra il 2005 e il 2015 le morti per malattie croniche aumenteranno del 17%, passando dai 35 ai 41 milioni.

PAESI SELEZIONATI

Nel complesso si prevede che nei nove Paesi selezionati diminuiranno i decessi per malattie trasmissibili, malattie materno-infantili e carenze nutrizionali. L'unica eccezione è rappresentata dall'Hiv/Aids, per cui si prevede un notevole incremento tra il 2005 e il 2015 in tutti i Paesi, tranne Canada e Regno Unito.

Le malattie croniche saranno la causa principale di morte nel 2015 in tutti i Paesi, eccettuata Nigeria e Tanzania.

Cause di morte previste nei Paesi selezionati, per tutte le età, 2015



LAVORARE PER IL FUTURO: RIDURRE LE MORTI E MIGLIORARE LE CONDIZIONI DI VITA

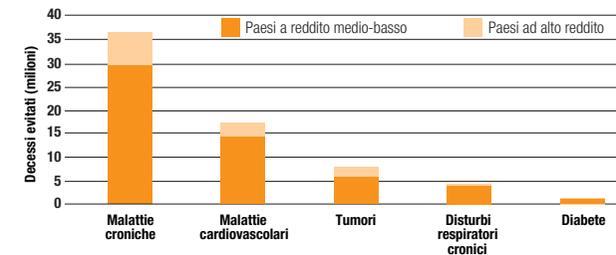
I recenti progressi nella salute pubblica hanno aiutato molte persone in tutto il mondo a vivere di più e in modo più sano. È ormai dimostrato che l'applicazione delle conoscenze attuali può migliorare notevolmente le aspettative e la qualità della vita delle persone di mezza età e degli anziani. Eppure, come rivela questo capitolo, circa 4 decessi su 5 dovuti a malattie croniche si verificano nei Paesi a reddito medio-basso. In questi Paesi, le morti premature sono molto più frequenti rispetto ai Paesi ad alto reddito.

Da questi risultati appare chiaro che è necessario considerare la prevenzione delle malattie croniche come obiettivo globale, riducendo il carico di malattia grazie a una programmazione a lungo termine. L'obiettivo proposto è ridurre ulteriormente del 2% le morti per malattie croniche entro il 2015. Il raggiungimento di questo obiettivo potrà essere valutato in base al numero di morti per malattie croniche evitate e agli anni di vita in salute guadagnati.

I risultati ottenuti da diversi Paesi, come la Polonia, che sono riusciti a ridurre del 6-10% all'anno le morti per malattie cardiovascolari nel corso degli anni '90 indicano che è possibile proporsi l'obiettivo globale (8). Grazie a programmi ad ampio raggio d'azione, negli ultimi trent'anni diversi Paesi, come Australia, Canada, Nuova Zelanda, Regno Unito e Stati Uniti, hanno raggiunto risultati analoghi (9-11).

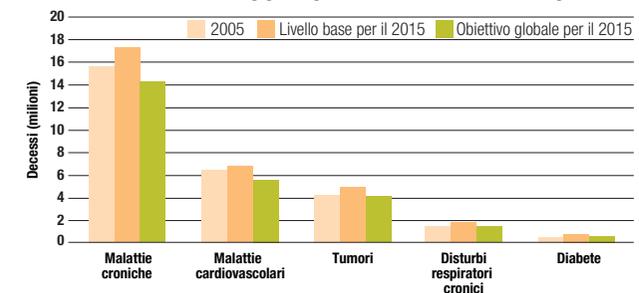
L'obiettivo globale punta a ridurre ulteriormente la mortalità già prevista per molte malattie croniche. Si potrebbero evitare 36 milioni di decessi entro il 2015, con un aumento di circa 500 milioni di anni di vita risparmiati nell'arco del decennio. Malattie cardiovascolari e tumori sono le patologie per cui si potrebbe evitare il maggior numero di morti. Come mostra la figura in alto nella pagina a fianco, la maggior parte dei decessi per malattie croniche specifiche avverrebbe nei Paesi a reddito medio-basso (12).

Proiezioni dei decessi totali che si eviterebbero tra il 2006 e il 2015, realizzando l'obiettivo globale, in base al reddito



Ogni vita salvata è già un successo, ma non è tutto qui: circa la metà di queste morti evitate riguarderebbe persone al di sotto dei 70 anni, di entrambi i sessi (vedi la figura successiva). Aumentare la durata della vita è di per sé il più alto degli obiettivi non solo per i singoli individui, ma anche per le loro famiglie e comunità. Si raggiungerebbe anche l'obiettivo globale di prevenzione e controllo delle malattie croniche, riducendone la mortalità. Si permetterebbe così un invecchiamento sereno a tutti.

Decessi per malattie croniche prima dei 70 anni, previsti tra il 2006 e il 2015, con o senza il raggiungimento dell'obiettivo globale



Per quanto ambiziosa e difficile, questa meta non è un'utopia. Le parti tre e quattro di questo rapporto mostrano come raggiungere questo obiettivo sulla base degli interventi che hanno dimostrato di essere efficaci e delle best practice applicate nei Paesi che hanno già ottenuto buoni risultati, come il Regno Unito e altri.

CONCLUSIONI

Confusione e preconcetti di lunga data sulla natura delle malattie croniche, sulla loro diffusione, sulla popolazione interessata e sui fattori di rischio sono di per sé barriere al progresso e alla prevenzione. Quello che era vero, o poteva essere vero, trenta, venti o anche solo dieci anni fa oggi non è più valido.

A livello mondiale, la salute sta generalmente migliorando. Meno persone muoiono per malattie infettive e, quindi, in molti casi vivono abbastanza a lungo da sviluppare malattie croniche. L'aumento dei fattori di rischio come l'alimentazione scorretta, l'inattività fisica e il consumo di tabacco porta a uno sviluppo più precoce di malattie croniche negli ambienti sempre più urbanizzati dei Paesi a reddito medio-basso. In molti di questi Paesi l'impatto di malattie simili è in continua crescita, ma i sistemi sanitari locali non sono abbastanza preparati per gestire la richiesta di cure e trattamenti. Ecco che si traduce in morti premature rispetto ai Paesi più ricchi.

In ogni Paese le persone lottano insieme alle loro famiglie contro le malattie croniche. I più vulnerabili sono i più poveri: oggetto del prossimo capitolo è proprio il legame tra malattie croniche e povertà.

2

Malattie croniche e povertà

- >> **Il carico delle malattie croniche grava soprattutto sui poveri**
- >> **I meno abbienti sono più vulnerabili per diverse ragioni, inclusa la maggior esposizione ai rischi e il ridotto accesso ai servizi sanitari**
- >> **Le malattie croniche possono portare individui e famiglie alla povertà e trascinarli in una spirale negativa di malattia e indigenza**
- >> **Investire nella prevenzione delle malattie croniche è strategico per molti Paesi a reddito medio-basso che lottano per ridurre la povertà**

Un circolo vizioso lega strettamente le malattie croniche e la povertà. Questo capitolo mostra come i più poveri siano ovunque le persone più a rischio di sviluppare malattie croniche e di morirne prematuramente, per diverse ragioni, tra cui una maggiore esposizione ai rischi e il ridotto accesso ai servizi sanitari.

La povertà e l'aggravarsi delle condizioni di indigenza sono dovute anche alle malattie croniche. Ancora una volta, sono le persone e le famiglie già povere a soffrire di più, perché le malattie croniche ne sconvolgono le prospettive economiche. La povertà può essere definita come *estrema* laddove i nuclei familiari non riescono a soddisfare le necessità minime per la sopravvivenza, *moderata* quando le necessità minime di sopravvivenza sono scarsamente soddisfatte e *relativa* se il reddito familiare è inferiore alla media nazionale. Qualsiasi tipo di povertà ha effetti negativi sulla salute. La povertà esiste dappertutto, ma quella estrema è presente soprattutto nei Paesi a basso reddito (13).

Grazie al benessere, le persone evitano molti dei rischi associati allo sviluppo di malattie croniche e accedono alle cure sanitarie. Anche nei Paesi ricchi, però, alcuni fattori psicosociali come la mancanza di sostegno a persone e famiglie e la percezione dell'assenza di controlli sono legati al rischio di malattie croniche (14). In alcuni Paesi c'è una forte correlazione tra l'aumento del reddito nazionale e l'obesità e gli alti livelli di colesterolo in tutta la popolazione. I dati rivelano un altro aspetto allarmante: questa tendenza si va affermando in una fase dello sviluppo socioeconomico più precoce rispetto a quanto si pensasse. Di pari passo con la crescita economica si presentano fattori di rischio che colpiscono prima la popolazione benestante, per poi concentrarsi rapidamente tra i più poveri.

DALLA POVERTÀ ALLE MALATTIE CRONICHE

La povertà e l'emarginazione sociale aumentano il rischio di sviluppare malattie croniche e relative complicanze, ma anche di morire. Le disuguaglianze in termini sanitari sono peggiorate negli ultimi vent'anni. In alcuni Paesi nelle prime fasi di sviluppo economico, le fasce benestanti sono più soggette a malattie croniche rispetto a quelle più povere. Non è chiaro se questo dipenda dal fatto che si ammalano di più oppure dal fatto che sopravvivono più a lungo grazie alla possibilità di usufruire dei servizi sanitari. In tutti i Paesi, i poveri hanno maggiori probabilità di morire una volta che abbiano sviluppato una malattia cronica. In quasi tutto il mondo, le disuguaglianze sanitarie si sono accentuate negli ultimi decenni (15, 16).

PERCHÉ I POVERI SONO PIÙ VULNERABILI

I poveri sono più suscettibili alle malattie croniche non solo per le carenze oggettive e per lo stress psicosociale, ma anche per i comportamenti maggiormente a rischio, per le condizioni di vita non salubri e per il limitato accesso a cure adeguate (vedi figura nella pagina successiva). Una volta che la malattia è manifesta, i più poveri soffrono maggior-

mente delle sue conseguenze. Questo è vero soprattutto per le donne, che spesso sono più vulnerabili agli effetti delle disuguaglianze sociali e della povertà e hanno meno accesso alle risorse.

NEI PAESI RICCHI IL DIVARIO SI ALLARGA

Negli ultimi anni il divario tra ricchi e poveri si è allargato in molte parti del mondo. In Danimarca, Inghilterra e Galles, Finlandia, Italia, Norvegia e Svezia le disuguaglianze in termini di mortalità sono aumentate tra gli anni Ottanta e Novanta. Questo fenomeno è stato attribuito a due cambiamenti importanti.

Il primo è il fatto che la mortalità per le malattie cardiovascolari si è ridotta tra le persone più abbienti di queste società, il che spiegherebbe almeno per metà il divario crescente e potrebbe essere il risultato dei cambiamenti più rapidi delle abitudini sanitarie in questi gruppi o di un accesso più facile alle cure.

Inoltre, le disparità sempre più marcate relative ad altre cause di morte, come cancro ai polmoni, malattie respiratorie, disturbi gastrointestinali e incidenti hanno aumentato progressivamente la mortalità tra i più poveri. La percentuale sempre più alta di cancro ai polmoni e di decessi per malattie respiratorie croniche sono la spia degli effetti ritardati del crescente consumo di tabacco tra le fasce meno abbienti della società (16).

ECCESSO DI COMPORAMENTI A RISCHIO

Per quanto riguarda le malattie croniche, la causa più immediata di disuguaglianza è la maggiore presenza di fattori di rischio tra i poveri, che insieme alle persone meno istruite sono più propensi al consumo di derivati del tabacco e di cibi altamente energetici e a elevato contenuto di grassi, alla sedentarietà, al sovrappeso e all'obesità (17).

Queste differenze di carattere socioeconomico nella prevalenza dei fattori di rischio sono particolarmente evidenti nei Paesi ricchi, ma stanno diventando significative anche nelle zone a reddito medio e basso (18, 19).

Le persone indigenti e meno istruite tendono maggiormente ad avere comportamenti a rischio per diversi motivi: percorsi scolastici più brevi e limitati, maggiore stress di natura psicosociale, scelta limitata dei modelli di consumo, accesso inadeguato alle cure e all'educazione sanitaria, oltre alla vulnerabilità e agli effetti negativi della globalizzazione.

La pubblicità martellante di prodotti dannosi come il tabacco mantiene alta la domanda da parte di chi ha minori possibilità di sostituire i comportamenti a rischio con abitudini più sane e, spesso, più costose.



IN PRIMO PIANO FATTORI DI RISCHIO IN TANZANIA

Per quanto riguarda i fattori di rischio, la Tanzania non presenta un quadro omogeneo. Le migliori condizioni sociali ed economiche sono associate al più elevato indice di massa corporea, ma anche a una pressione sistolica inferiore e al minor consumo di tabacco. Questi dati sembrano suggerire che, con lo sviluppo economico, diversi fattori di rischio colpiscono classi sociali ed economiche diverse e in percentuali differenti (19).

Nei Paesi a reddito medio-alto, i poveri tendono a essere più obesi dei ricchi, il che può sembrare un paradosso. Sono molti i fattori che contribuiscono a questo fenomeno. Una possibile spiegazione è che il costo per caloria di cibi "energetici" come i fritti o i piatti elaborati è tendenzialmente inferiore rispetto a quello della frutta e della verdura fresche (20).

LE COMUNITÀ SVANTAGGIATE

Spesso le scarse possibilità economiche riducono notevolmente l'accesso a quelli che sono requisiti essenziali di una vita sana: alimentazione corretta e non troppo costosa, alloggi e cure adeguate, una buona rete di sostegno sociale costituita da famiglia, amici e gruppi della comunità. Molti vivono in zone poco sicure, dove è difficile fare attività fisica all'aperto. Chi abita in una comunità svantaggiata, con uno sviluppo urbanistico disordinato, è meno invogliato a camminare e tende a ingrassare. Nelle comunità povere le persone soffrono maggiormente di malattie cardiovascolari rispetto alle comunità più ricche, anche tenendo in considerazione altri fattori di rischio conosciuti (21, 22).

SCARSO ACCESSO A CURE E SERVIZI ADEGUATI

L'accesso inadeguato a servizi sanitari di qualità, incluse le prestazioni diagnostiche e la prevenzione clinica, provoca notevoli disuguaglianze sociali ed economiche nel carico di malattie croniche. I poveri devono affrontare diversi ostacoli alle cure, tra cui limiti economici, lontananza o mancanza dei trasporti verso i centri ospedalieri e scarsa rispondenza del sistema sanitario (23, 24).

Gli aspetti finanziari possono escludere dall'accesso alle cure. Alcune persone non possono affrontare le spese sanitarie immediate e il loro reddito cala perché non riescono ad andare al lavoro. Anche il costo dei trasporti può essere di ostacolo, soprattutto per chi deve percorrere lunghe distanze per raggiungere i centri ospedalieri. I meno abbienti di solito hanno minori possibilità di procurarsi i farmaci prescritti (25).

Anche quando i servizi sanitari sono sovvenzionati dal governo o sono forniti gratuitamente nei Paesi a reddito medio-basso, sono i più ricchi a sfruttare maggiormente queste opportunità. I dati relativi al Sudafrica, per esempio, mostrano che tra gli ipertesi il 30% più ricco della popolazione usufruisce in misura quasi doppia dei trattamenti, rispetto al più povero 40% (26).

Nelle aree rurali, gli operatori sanitari e i centri ospedalieri risultano più dispersi e la qualità dei servizi sanitari può essere inferiore rispetto ai centri urbani.

I poveri e gli emarginati si trovano spesso davanti a sistemi sanitari poco recettivi. Le barriere comunicative possono ridurre in modo significativo l'accesso e l'utilizzo dei servizi sanitari da parte dei pazienti. I migranti, per esempio, si trovano spesso ad affrontare barriere linguistiche e culturali.

DIFFERENZE DI GENERE

Le disuguaglianze sociali, la povertà e lo scarso accesso alle risorse, cure sanitarie comprese, sono alla base di un grosso carico di malattie croniche tra le donne di tutto il mondo, soprattutto quelle più povere.

In genere, le donne colpite da malattie croniche tendono a vivere più a lungo, anche se spesso le loro condizioni di salute sono scarse. I costi delle cure e delle visite possono costituire una vera barriera per le donne che, in genere, guadagnano meno degli uomini e hanno un controllo ridotto sulle risorse familiari. A volte le donne non sono in grado di pagarsi le cure senza il permesso dei membri più anziani della famiglia, maschi o femmine che siano. Anche il carico di lavori domestici e l'assistenza a eventuali familiari ammalati possono farle desistere dal chiedere assistenza sanitaria per sé. Nelle zone in cui le donne hanno una mobilità limitata, raggiungere i centri ospedalieri può diventare addirittura impossibile (27).

IN PRIMO PIANO DONNE E CECITÀ

Nei Paesi a reddito medio e basso le principali cause di cecità, cataratta e tracoma, colpiscono soprattutto le donne. Inchieste condotte fra la popolazione in Africa, Asia e in molti Paesi ad alto reddito mostrano che in tutto il mondo il 65% delle persone colpite da cecità sono donne. Contemporaneamente, le donne non hanno un accesso paritario alla chirurgia oftalmica. I casi di cecità per cataratta potrebbero essere ridotti di circa il 13% se le donne ricevessero cure appropriate nella stessa percentuale degli uomini. È più probabile che le donne attendano di essere completamente cieche prima di sottoporsi a interventi chirurgici. La decisione di rimandare il trattamento è spesso legata al costo dell'intervento, all'impossibilità di recarsi in ospedale, al diverso valore percepito per l'operazione (la cataratta è spesso considerata una conseguenza dell'invecchiamento e le donne ricevono meno supporto all'interno della famiglia per le cure mediche) e alla mancanza di informazioni (28).

IN PRIMO PIANO LA DISPONIBILITÀ DI MEDICINALI IN RUSSIA

Nel 1994 in Russia il principale ostacolo al ricorso ai medicinali era la loro mancanza, sia in campagna che in città. Circa il 75% della popolazione che non aveva accesso ai medicinali indicava come motivo principale la mancata disponibilità, mentre solo il 20-25% affermava di non poterseli permettere. Da allora la situazione è molto cambiata: adesso sono disponibili quantità maggiori di medicinali, ma a prezzi molto alti. Nel 2000, il 65-70% delle persone che non aveva accesso ai medicinali indicava come motivo principale il costo, mentre solo il 20% la mancata disponibilità (29).

DALLE MALATTIE CRONICHE ALLA POVERTÀ

La sezione precedente ha illustrato perché i più poveri tendono maggiormente a sviluppare malattie croniche e a patirne le conseguenze. Questa nuova sezione dimostra ora la relazione tra malattie croniche e povertà, in particolare come i singoli individui e le loro famiglie siano trascinati in una spirale di peggioramento della malattia e di impoverimento.

IL CICLO DELLA POVERTÀ

Nei Paesi a reddito medio e basso, la povertà dipende spesso dalla malattia o dalla morte della persona che costituisce la fonte di reddito principale del nucleo familiare. Delle 125 storie raccolte nella pubblicazione della Banca mondiale *Voices of the poor crying out for change*, malattia, incidenti e morte sono l'elemento scatenante più comune dell'impoverimento familiare (32). Nel Bangladesh, per esempio, tutte le famiglie entrate a far parte dello status "sempre povero" hanno indicato come causa principale la morte o la grave infermità di un familiare.

Le malattie croniche rappresentano un enorme fardello economico, diretto e indiretto, per i poveri e spingono all'indigenza molte persone e le loro famiglie. Le conoscenze attuali sottovalutano le implicazioni delle malattie croniche per la povertà e il potenziale della prevenzione e della promozione sanitaria nell'alleviamento della povertà nei Paesi a reddito medio e basso (33).

IMPATTO DIRETTO SULL'ECONOMIA SPESE CATASTROFICHE

Tra i costi diretti delle malattie croniche ci sono le spese per i servizi sanitari e i farmaci, che man mano diventano un problema inaffrontabile per molti indigenti. Gli eventi correlati alle malattie croniche, come le cardiopatie o l'ictus, possono essere disastrosamente costosi per milioni di persone.

Chi si ammala deve spesso affrontare una scelta terribile: soffrire e forse morire senza cure mediche, oppure curarsi e gettare la famiglia nell'indigenza. Chi soffre per molto tempo di malattie croniche si trova nella situazione peggiore, perché i costi delle cure mediche si protraggono a lungo (34).

IN PRIMO PIANO IN GIAMAICA, OSTACOLI ALLE CURE SANITARIE

In Giamaica il 59% delle persone con malattie croniche ha avuto difficoltà finanziarie a causa del proprio stato di salute. Per questo motivo, molti non hanno seguito i trattamenti prescritti (30).

IN PRIMO PIANO SPESE MEDICHE IN INDIA

In India, i diabetici consumano una porzione significativa del proprio reddito annuo in spese mediche. I più poveri, quelli che faticano di più ad affrontare questi costi, spendono la maggior parte dei propri soldi per le cure, in media il 25% del reddito annuo, contro il 4% dei gruppi di reddito più elevato (31).

CONSUMO DI TABACCO

Per diversi motivi, l'uso di tabacco è più diffuso tra i poveri che tra i ceti sociali più elevati. In percentuale i poveri spendono di più per questi prodotti rispetto ai benestanti. Spendere denaro in tabacco non solo vanifica le opportunità educative che potrebbero aiutare a uscire dalla povertà, ma comporta anche maggiori costi sanitari.

IMPATTO ECONOMICO INDIRETTO

A lungo termine, le malattie croniche hanno un impatto indiretto sulle condizioni economiche delle persone e sulle opportunità di impiego. I costi indiretti comprendono:

- » riduzione del reddito dovuta alla minor produttività per malattia o al decesso;
- » minore produttività degli adulti della famiglia che devono prendersi cura dei malati;
- » riduzione delle entrate future per la vendita dei beni di famiglia, necessaria per sostenere costi immediati e spese impreviste;
- » minori opportunità per i più giovani, che lasciano la scuola per prendersi cura dei malati o contribuire al reddito familiare (35).

RIDUZIONE NEL REDDITO

Nella maggior parte dei Paesi ad alto reddito, i malati cronici e gli invalidi sono protetti dai servizi assistenziali, eppure subiscono comunque danni economici. Nei Paesi a reddito medio e basso, però, l'assistenza è poco sviluppata o addirittura inesistente.

Nei Paesi a reddito medio e basso, quando si ammala la principale fonte di reddito della famiglia, le entrate globali del nucleo familiare precipitano. Anche quando sono relativamente in buona salute, i malati cronici non sono del tutto in grado di compensare i periodi di guadagno perso a causa della malattia (36).

VENDITA DEI BENI FAMILIARI

Le malattie croniche incidono molto sull'economia familiare. Spesso le famiglie vendono i loro beni per compensare i mancati guadagni e i costi delle cure. A breve termine questo può aiutare le famiglie più indigenti ad affrontare spese mediche urgenti, ma alla lunga ha effetti negativi: la vendita di beni produttivi o di proprietà che fruttano soldi aumenta conducendo le famiglie alla povertà. Questi cambiamenti nel modello di investimento dei nuclei familiari si verificano più facilmente quando le malattie croniche richiedono trattamenti costosi e prolungati (36).

IN PRIMO PIANO CONSEGUENZE ECONOMICHE DELL'USO DEL TABACCO

In Bangladesh oltre 10,5 milioni di persone malnutrite potrebbero avere una dieta adeguata se il denaro speso per il tabacco fosse utilizzato per l'acquisto di cibo, salvando ogni giorno 350 bambini sotto i cinque anni. Le famiglie più povere spendono almeno dieci volte di più per il tabacco che per l'istruzione (37).

In Paesi come Bulgaria, Egitto, Indonesia, Myanmar e Nepal, gli studi sulle spese delle famiglie mostrano che quelle più povere riservano il 5-15% del loro denaro per l'acquisto di tabacco (37).

In India i fumatori sono le persone più soggette a contrarre debiti e a vendere i propri beni durante i ricoveri in ospedale. Lo stesso accade a chi subisce il fumo passivo in famiglia (38).

Nel Regno Unito la polizza mensile media per un'assicurazione sanitaria per una donna fumatrice di 35 anni è più elevata del 65% rispetto alle non fumatrici. I fumatori maschi versano premi assicurativi più alti del 70% rispetto ai non fumatori (37).

BARRIERE ALLE CURE

MARIA SALONIKI



MARIA SALONIKI RICORDA A FATICA quante volte è andata dal guaritore locale, quanti dottori di cliniche e dispensari ha consultato tra i due ricoveri in ospedale e quante parole ha speso per descrivere il dolore che sentiva. Ma ciò che ricorda chiaramente è che ogni volta è tornata a casa senza ricevere le cure adeguate.

Oggi questa madre di dieci figli, che si occupa di allevamento, lotta per la vita presso l'Ocean Road Cancer Institute di Dar es Salaam. Ci sono voluti tre anni prima che Maria riuscisse a trovare le parole per descrivere il suo problema, un cancro al seno, e ricevere le cure di cui aveva disperatamente bisogno.

«È iniziato tutto con un'ascella gonfia e con una brutta febbre», ricorda.

In realtà, tra i primi sintomi e la chemioterapia, a Maria sono stati prescritti più volte unguenti a base di erbe e due volte degli antibiotici. Si è anche sentita dire da diversi medici che non c'era più niente da fare. Questa donna di 60 anni si è recata fino a Nairobi, in Kenya, per farsi curare, ma è stato solo in seguito, a Dar es Salaam, che una biopsia ha rivelato di quale malattia soffriva. La storia di Maria è tristemente comune nella corsia dell'ospedale, carente di personale e attrezzature, che condivide con altri trenta malati di cancro. Suo marito, che ora lavora giorno e notte per pagarle le medicine e per provvedere ai loro figli, non è in grado di pagare contemporaneamente le cure e il viaggio per andare a trovarla. La famiglia ha un anno di tempo per rimborsare alla sua tribù un cospicuo prestito.

Nome	Maria Saloniki
Età	60 anni
Paese	Tanzania
Diagnosi	Cancro al seno

A causa dell'accesso inadeguato alle cure sanitarie, i tumori al seno spesso vengono diagnosticati solo quando è troppo tardi.

**IN PRIMO PIANO
L'IMPATTO
ECONOMICO IN
RUSSIA**

Le malattie croniche rappresentano una minaccia significativa per reddito e guadagni. In Russia, per esempio, i malati cronici vanno in pensione prima degli altri, soprattutto tra i ceti più bassi. Le malattie croniche minano anche il benessere economico delle famiglie e contribuiscono alla perdita fino al 6% del reddito medio pro capite. Investire nella salute degli adulti può portare a risultati economici tangibili, non solo per i singoli, ma anche per lo sviluppo economico dell'intero Paese (39).

DA UNA GENERAZIONE ALL'ALTRA

Quando i genitori muoiono o si ammalano di malattie croniche, anche i figli diventano più poveri. Spesso, per compensare la perdita di produttività di un adulto malato o disabile i figli non vengono più mandati a scuola e perdono l'opportunità di studiare e ottenere un titolo.

Se un adulto della famiglia sviluppa una malattia cronica ne risentono direttamente anche i figli. Secondo uno studio condotto in Bangladesh, per esempio, il rischio relativo di malnutrizione nei bambini che vivono in famiglie la cui principale fonte di reddito non può svolgere attività è di 2,5 volte superiore al normale (40).

**LE MALATTIE CRONICHE
E I "MILLENNIUM GOALS"**

Nel settembre del 2000, la più grande riunione di capi di Stato ha inaugurato il nuovo millennio adottando la Dichiarazione del millennio delle Nazioni Unite, sostenuta da 189 Paesi, che si è tradotta in una carta che determina gli obiettivi da raggiungere entro il 2015. La salute è un punto centrale degli Obiettivi del millennio (Millennium Development Goals). I tre obiettivi specificamente di carattere sanitario sono la riduzione della mortalità infantile, il miglioramento delle condizioni delle madri e la lotta all'Hiv/Aids, alla malaria e ad altre malattie.

I "Millennium Goals" hanno concentrato con successo l'attenzione sulla piaga dei bambini e delle madri più poveri, e su alcune epidemie di malattie infettive. Le malattie croniche, però, non sono state incluse fra gli obiettivi globali, nonostante siano la principale causa di morte in quasi tutti i Paesi. Possono comunque rientrare nell'ambito del sesto Obiettivo (lotta all'Hiv/Aids, alla malaria e ad altre malattie), come riconosce una recente pubblicazione dell'Oms sulla salute e sugli Obiettivi del millennio (41). La salute intesa in senso più ampio, inclusa la prevenzione delle malattie croniche, contribuisce a ridurre la povertà e a raggiungere così il primo Obiettivo (sradicare la povertà estrema e la fame).

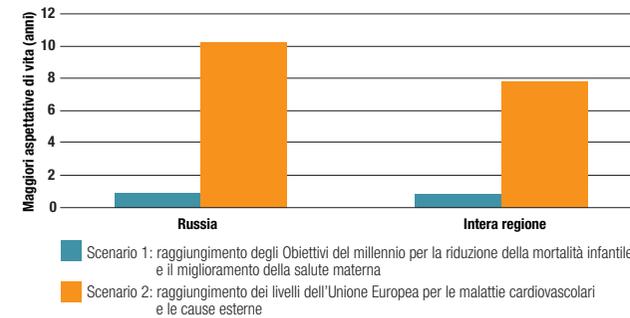
Un recente studio della Banca mondiale ha rilevato che gli Obiettivi del millennio generali hanno un'importanza limitata per l'Europa orientale e l'ex Unione Sovietica, ma hanno implicazioni importanti per molti altri Paesi che devono affrontare un notevole carico di malattie croniche.

Nei Paesi considerati, portare i livelli di mortalità fra gli adulti alla pari di quelli dell'Unione Europea aumenterebbe in media di 8 anni le aspetta-

tive di vita alla nascita. Un guadagno che in Russia potrebbe superare addirittura i 10 anni. Per contro, riducendo la mortalità materno-infantile non si avrebbero miglioramenti altrettanto significativi: raggiungendo i livelli specificati dagli Obiettivi del millennio, le aspettative di vita alla nascita nella regione aumenterebbero di solo 0,7-1,2 anni, oppure di 0,9-2,0 anni, eguagliando i livelli dell'Unione Europea.

In base al rapporto della Banca mondiale, è riducendo le malattie cardiovascolari che si darebbe il maggior contributo alla salute generale in questa regione. La figura sotto mostra la stima dell'impatto dei due diversi scenari: (1) riduzione dei tassi di mortalità materno-infantile in base ai "Millennium Goals" e (2) riduzione della mortalità per cardiopatie e cause esterne di decesso (incidenti, violenze e avvelenamenti) ai livelli dell'Unione Europea, mantenendo costanti i tassi di mortalità materno-infantile (42).

**Impatto dei due scenari
sulle aspettative di vita nell'Europa dell'Est
e nell'ex Unione Sovietica**



Non è più possibile ignorare la prevenzione e il controllo delle malattie croniche nell'ottica di ridurre la povertà e, più in generale, dello sviluppo economico. Investire nei programmi di prevenzione delle malattie croniche è essenziale per molti Paesi a reddito medio-basso che lottano per ridurre la povertà. Molti Paesi hanno adattato i "Millennium Goals" e gli indicatori includendo anche le malattie croniche: un adattamento necessario per raggiungere il sesto Obiettivo, la lotta all'Hiv/Aids, alla malaria e alle altre malattie, in parte presentati nella tabella della pagina seguente.

**Adattamento al sesto Obiettivo del millennio:
lotta all'Hiv/Aids, alla malaria e alle altre malattie****Repubblica Ceca**

È stato aggiunto un nuovo obiettivo: ridurre morbilità e mortalità delle malattie croniche

Mauritius

È stato aggiunto un nuovo obiettivo: ridurre morbilità e mortalità delle malattie croniche

Polonia

È stato aggiunto un nuovo obiettivo: ridurre del 25% la mortalità prematura tra gli adulti entro il 2010 (dovuta principalmente all'uso di tabacco e di alcol e all'alimentazione scorretta)

Slovacchia

È stato aggiunto un nuovo obiettivo: ridurre la diffusione delle diverse forme di cancro eguagliando i livelli dei Paesi dell'Ue e diminuire la diffusione delle malattie respiratorie

Thailandia

Sono stati aggiunti nuovi indicatori: diffusione delle cardiopatie e dei tassi di mortalità

**Importanza delle malattie croniche specificata nelle
relazioni sugli Obiettivi del millennio****Ungheria**

Il tabagismo, le malattie cardiovascolari e il cancro sono considerate fra i fattori che contribuiscono maggiormente alla mortalità prematura

Indonesia

Il tabagismo viene indicato tra i principali nemici della salute, e contribuisce a una gran parte del carico globale di malattia

Giordania

Malattie cardiovascolari e cancro sono stati inclusi tra le emergenze sanitarie

Lituania

Malattie cardiovascolari e cancro sono considerati tra le principali cause di morte

CONCLUSIONI

Questo capitolo ha mostrato come malattie croniche e povertà siano strettamente legate. Con lo sviluppo economico di un Paese, il rischio di malattie croniche cresce dapprima tra i ricchi, per poi concentrarsi sui poveri. In quasi tutti i Paesi, la povertà aumenta il rischio di sviluppare malattie croniche e complicazioni, ma anche di morire prematuramente. Le malattie croniche possono portare individui e famiglie alla povertà e trascinarli in una spirale negativa di malattia e indigenza. Non sono solo i singoli e le loro famiglie a subire le conseguenze delle malattie croniche, ma anche lo sviluppo economico di molti Paesi, come dimostra il prossimo capitolo.

3 L'impatto economico delle malattie croniche

Questo capitolo presenta le stime sull'impatto economico di alcune malattie croniche, in particolare cardiopatie, ictus e diabete, in base a tre approcci: la panoramica degli studi sui costi delle malattie, il calcolo dell'impatto della mortalità prematura associata a queste malattie sul reddito nazionale di alcuni Paesi e la valutazione dei "costi complessivi", o perdita di benessere, dovuti alle malattie croniche. Infine viene stimato il guadagno economico per i diversi Paesi in caso di raggiungimento dell'obiettivo globale.

- » **Le malattie croniche sono un grosso fardello economico per i singoli individui, le loro famiglie, i sistemi sanitari e la società**
- » **Senza interventi efficaci, questi oneri sono destinati ad aumentare**
- » **Gli investimenti per contenere il carico di malattie croniche porteranno grossi vantaggi economici**

IL COSTO DELLE MALATTIE CRONICHE

Le malattie croniche possono influire sulle economie nazionali in molti modi, diretti e indiretti. Per esempio, riducono la quantità e la produttività del lavoro: nelle comunità agricole, il calendario agricolo può subire delle modifiche, con ritardi in attività cruciali come la semina o il raccolto. Le spese mediche, inoltre, prosciugano risparmi e investimenti, inclusi quelli per l'educazione dei figli. Tutti questi fattori riducono il potenziale guadagno di singoli e famiglie e influiscono sull'economia nazionale. Gli effetti sui redditi o sulle entrate a livello di nucleo familiare, e sul reddito nazionale o sul prodotto interno lordo a livello di Paese, sono quindi una componente importante dell'impatto socioeconomico delle malattie croniche.

Il costo delle malattie croniche può essere valutato in tre modi: il metodo Coi (Cost-of-Illness), o costo per patologie; i modelli di crescita economica, che valutano l'impatto delle malattie croniche sui redditi nazionali tramite variabili quali la fornitura di manodopera e i risparmi; il metodo del pieno reddito, che calcola le perdite di benessere associate alle malattie in termini economici. Per la maggior parte degli studi pubblicati sui costi delle malattie croniche è stato utilizzato il metodo Coi, molto più raramente i modelli di crescita economica e di pieno reddito. Tutte le stime variano per grado di completezza e possono avere diverse interpretazioni. Le stime ottenute con l'approccio di crescita economica danno i valori più bassi, l'approccio del pieno reddito comporta i valori più elevati e il metodo Coi dà risultati intermedi. Nell'Appendice 4 vengono riepilogati i metodi utilizzati in questo capitolo (per una descrizione più dettagliata vedi www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/, dove viene riportato l'elenco completo dei riferimenti bibliografici).

STUDI SUL COSTO DELLE MALATTIE

Il costo diretto delle risorse sanitarie e dei beni e servizi di natura non medica associati alla cura delle malattie croniche è enorme. Le stime variano in base al Paese e all'anno e, per lo stesso anno, in base a fattori come il livello di accesso alle cure sanitarie e di fornitura, i sistemi finanziari nazionali e le variazioni metodologiche (43-49).

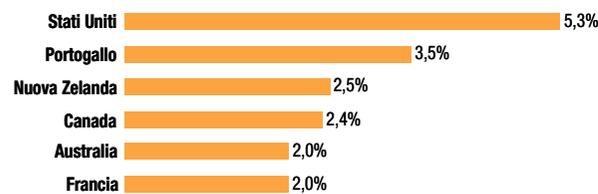
Negli Stati Uniti, le spese totali dovute alle cardiopatie sono passate dai 298,2 miliardi di dollari del 2000 ai 329,2 miliardi del 2001 e ai 351,8 miliardi del 2002 (46). Sempre negli Usa, i 2 milioni di casi di ictus stimati nel 1996 sono costati 8,3 miliardi di dollari e hanno comportato la perdita

di 5,2 milioni di giornate lavorative. Nel Regno Unito le cardiopatie sono costate al sistema sanitario fino a 1,7 milioni di sterline (circa 2,5 miliardi di euro, 3 miliardi di dollari) nel 1999; 2,4 miliardi di sterline (circa 3,5 miliardi di euro, 4,3 miliardi di dollari) per cure "informali" e 2,9 miliardi di sterline (circa 4,3 miliardi di euro, 5,2 miliardi di dollari) in termini di perdita di produttività (49). Gli ictus sono costati 15.303 sterline (22.383 euro, 27.306 dollari) nell'arco di cinque anni per ogni malato, con un aumento a 29.405 sterline (43.005 euro, circa 52.470 dollari). I prezzi si riferiscono al 2001/2002, incluse le cure "informali". Le sole cardiopatie sono costate il 6% del Servizio sanitario nazionale, secondo i costi del 1994-95 (48). In Australia le cardiopatie sono responsabili di circa il 2% delle spese sanitarie totali del Paese attribuibili direttamente alle cure (50-52).

I FATTORI DI RISCHIO SONO UN GROSSO CARICO ECONOMICO PER LA SOCIETÀ

A questi valori si sovrappongono in parte quelli relativi all'obesità, che secondo i calcoli ammontano a circa il 5% delle spese nazionali negli Stati Uniti e al 2-3,5% in altri Paesi (vedi la figura seguente). Alcuni studi hanno messo in luce l'incidenza economica dell'obesità anche da altri punti di vista, per esempio quello dei piani assicurativi sanitari, oppure l'impatto sui fattori di rischio futuri e sulle spese mediche associate.

Percentuale di spesa sanitaria nazionale attribuibile all'obesità nei Paesi selezionati



Fonte: Adattamento da Thomson D, Wolf AM, 2001 (53).

In base alle stime, i costi diretti dovuti all'inattività fisica sono intorno al 2,5% della spesa sanitaria complessiva in Canada e negli Stati Uniti (54). Nel 1999, la Banca mondiale ha calcolato che i costi sanitari associati all'uso di tabacco costituivano tra il 6% e il 15% di tutte le spese sanitarie annue (55, 56) e tra lo 0,1% e l'1,1% del Pil (Prodotto interno lordo) nei Paesi ad alto reddito (57).

Una percentuale importante di questi costi potrebbe essere evitata e i risparmi sarebbero significativi. I dati suggeriscono che anche una modesta riduzione nella diffusione di alcuni fattori di rischio di malattie croniche potrebbe portare a notevoli vantaggi in termini di salute e di risparmio. Uno studio norvegese, per esempio, ha calcolato che nell'arco di 25 anni si risparmierebbero 188 milioni di dollari grazie ai casi di cardiopatia e di ictus evitati riducendo di 2 mmHg la pressione sanguigna della popolazione con un minor consumo di sale (58). Secondo un'indagine canadese, riducendo del 10% la diffusione dell'inattività si ridurrebbero le spese sanitarie dirette di 150 milioni di dollari canadesi (circa 110 milioni di euro, 124 milioni di dollari) all'anno. È chiaro che le malattie croniche e i fattori di rischio rappresentano un fardello notevole per il sistema sanitario dei Paesi in cui i malati hanno un buon accesso alle cure.

CONSEGUENZE MACROECONOMICHE DELLE MALATTIE CRONICHE

Oltre a misurare i costi diretti, gli studi sul costo delle malattie valutano i costi indiretti legati alla riduzione di produttività. Banalizzando, spesso si ritiene che si tratti del tempo totale perduto per malattia o morte prematura (solitamente le giornate perse e riportate dal lavoratore, dato spesso sovrastimato) moltiplicato per il valore dello stipendio, a volte considerando anche la disoccupazione. La somma dei costi diretti e indiretti rappresenterebbe così la perdita di Pil. Questa valutazione è scorretta per diversi motivi. In questo rapporto viene utilizzato un modo più appropriato di valutare il costo delle malattie croniche in termini di Pil.

È stato infatti applicato il modello di crescita economica di Solow, sulla base delle proiezioni della mortalità per malattie croniche e di altri parametri economici (vedi l'Appendice 4). Il modello è stato calibrato per ogni Paese per il 2002, mentre la stima del Pil si riferisce al 2015. I valori delle variazioni di risultato in termini di forza lavoro sono stati ricavati dai precedenti modelli di crescita, considerando però come popolazione di riferimento quella dai 15 ai 64 anni, per ottenere le dimensioni esatte della forza lavoro. Per coerenza sono state considerate nelle stime anche le dimensioni della popolazione in età lavorativa.

Inoltre, l'impatto delle spese mediche dirette sulla crescita economica è stato calcolato partendo dal presupposto che una certa proporzione fosse ricavata dai risparmi, il che a sua volta riduce la crescita. Sono state effettuate proiezioni del reddito nazionale, includendo o meno le spese mediche associate a mortalità e malattia, la cui differenza rappresenta il valore mancato del reddito nazionale. I presupposti utilizzati in questo capitolo sono volutamente minimi.

Queste stime di base mostrano che i Paesi sono potenzialmente soggetti a riduzioni notevoli nel reddito nazionale a causa delle perdite di forza lavoro e risparmi associate alle morti per malattie croniche. Nel 2005 si è stimato che cardiopatie, ictus e diabete avrebbero comportato perdite in reddito nazionale pari a 18 miliardi di dollari in Cina, 11 miliardi in Russia, 9 miliardi in India e 3 miliardi in Brasile (indicate in dollari internazionali per tenere conto delle differenze nel potere d'acquisto tra i vari Paesi)¹. Analogamente, le perdite registrate nel Regno Unito, in Pakistan, Canada, Nigeria e Tanzania sono state rispettivamente di 1,6 miliardi, 0,5 miliardi, 0,4 miliardi e 0,1 miliardi di dollari internazionali.

Ogni anno muoiono sempre più persone e queste perdite si accumulano nel tempo. Negli stessi Paesi, le stime per il 2015 sono circa da 3 a 6 volte più alte rispetto al 2005. Le perdite cumulative e medie sono più elevate nei Paesi più grandi come l'India, la Russia e la Cina, dove si prevede che ammonteranno all'incredibile cifra di 558 miliardi di dollari internazionali.

Perdita in reddito nazionale per malattie cardiache, ictus e diabete, nei Paesi selezionati, 2005-2015
(miliardi di dollari internazionali riferiti al 1998)

	Brasile	Canada	Cina	India	Nigeria	Pakistan	Russia	Regno Unito	Tanzania
Mancato reddito previsto per il 2005	2,7	0,5	18,3	8,7	0,4	1,2	11,1	1,6	0,1
Mancato reddito previsto per il 2015	9,3	1,5	131,8	54,0	1,5	6,7	66,4	6,4	0,5
Perdita accumulata in valore riferito al 2005	49,2	8,5	557,7	236,6	7,6	30,7	303,2	32,8	2,5

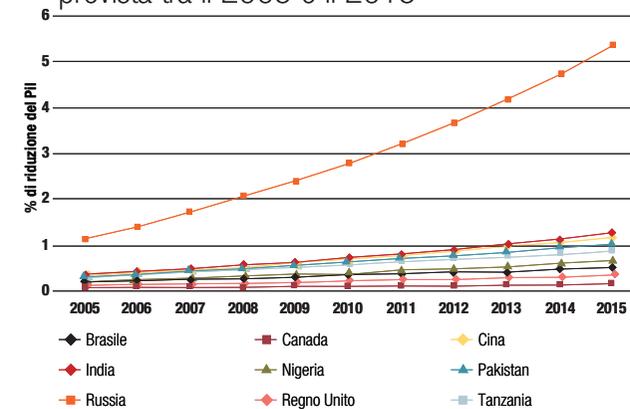
Queste perdite si possono tradurre in riduzioni percentuali confrontando il Pil reale con quello che si sarebbe ottenuto senza le malattie croniche (vedi la figura a fronte).

Le stime per il 2005 indicavano che le malattie croniche avrebbero provocato una riduzione del Pil inferiore allo 0,5% nella maggior parte dei Paesi e all'1% in Russia. Nel 2015 la riduzione percentuale prevista del

¹ Il dollaro internazionale è un'unità monetaria ipotetica utilizzata per convertire e confrontare il potere di acquisto tra più Paesi, ricorrendo a un riferimento comune: il dollaro statunitense. Il dollaro internazionale presenta sempre lo stesso potere d'acquisto del dollaro Usa negli Stati Uniti.

Pil sarà di oltre il 5% in Russia e di circa l'1% in tutti gli altri Paesi. Ovviamente la perdita maggiore, in dollari, si risconterà nelle aree più popolate, come India e Cina, ma in termini percentuali il valore maggiore interesserà la Russia, dove le cardiopatie sono molto più diffuse rispetto agli altri Paesi.

Riduzione annuale del Pil dovuta alle morti per cardiopatie, ictus e diabete, in percentuale, prevista tra il 2005 e il 2015



AFFIDABILITÀ DELLE PREVISIONI

La sensibilità di molte delle premesse di questo modello è stata valutata con analisi opportune. I risultati sono affidabili anche variando significativamente la maggior parte dei presupposti, incluso il costo delle cure.

Pur essendo un'analisi esplorativa, la valutazione dell'impatto delle malattie croniche sul Pil è stata condotta in accordo con la teoria economica. Non sono state considerate altre possibili variabili relative a malattia e produzione macroeconomica, come l'impatto sull'istruzione dei bambini, che in futuro potrebbe essere compreso nello studio dell'impatto delle diverse forme funzionali. L'analisi fornisce comunque sin da ora un'idea dell'impatto sul Pil più realistica rispetto ai metodi tradizionali.



Per i malati cronici più poveri, le spese continue destinate ai farmaci comportano spesso scelte difficili.

SHAKEELA BEGUM



SCELTA CRUDELE

SHAKEELA BEGUM, CHE OGGI HA 65 ANNI, vive nella paura da quando è stata colpita da un attacco cardiaco, dieci anni fa. Non si è ancora ripresa fisicamente e psicologicamente da un evento che ha reso la sua vita molto difficile. «Sto bene quando sono occupata, altrimenti non faccio altro che pensare che avrò un altro attacco cardiaco», dice preoccupata. «Non posso fare molto, perché mi stanco subito», aggiunge.

Nome	Shakeela Begum
Età	65 anni
Paese	Pakistan
Diagnosi	Cardiopatia

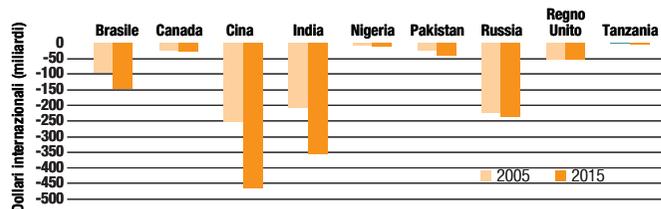
Come accade a molte donne della sua età, Shakeela conduce una vita piuttosto sedentaria nella sua casa di Karachi, dove vive con la sua famiglia. Passa la maggior parte del tempo a pulire e a curare i nipotini, uscendo raramente di casa, se non per fare la spesa o comprare le medicine. «Preferisco andare alla farmacia della zona, anche se costa di più, invece di andare all'ospedale a fare ore di fila per le medicine», spiega. Il rovescio della medaglia è che in questo modo Shakeela non può permettersi di acquistare farmaci in quantità sufficiente e non assume le dosi indicate. «So che dovrei prendere le medicine tutti i giorni, ma così posso risparmiare per i miei nipoti. Loro sono giovani e hanno un futuro», spiega.

IL COSTO GLOBALE DELLE MALATTIE CRONICHE A LIVELLO NAZIONALE

Nella sezione precedente è stato valutato l'impatto dei decessi per malattie croniche sul reddito nazionale dei Paesi selezionati, in base al noto legame tra risparmi, capitali disponibili e forza lavoro. In termini di Pil, la perdita prevista a causa delle malattie croniche non è altro che la perdita di reddito, senza considerare il valore che le persone attribuiscono alle perdite (o guadagni) in salute. Le persone però valutano il proprio stato di salute considerando anche la perdita di benessere associata alla scarsa salute o alla morte delle persone care.

Studi recenti hanno sviluppato un nuovo approccio, quello con il metodo del pieno reddito, che valuta in termini monetari il recupero e, per estensione, il deteriorarsi della salute. Queste stime sono considerate indicative dei cambiamenti nel benessere economico. Malattie e morte comportano perdite di benessere superiori al mancato reddito e si possono considerare costi pieni. Questa sezione stima il valore delle perdite di benessere associate alla morte per malattie croniche, in base a questo approccio.

Perdite di reddito dovute a cardiopatie, ictus e diabete nel 2005 a confronto con le stime per il 2015



In questo caso viene valutata solo la mortalità associata alle cardiopatie, all'ictus e al diabete. Alla luce dei dati recenti in letteratura, si ipotizza che il valore economico di una vita perduta sia 100 volte il reddito pro capite. Le stime del costo economico complessivo raggiungono alcuni miliardi di dollari per tutti i Paesi (vedi la figura in alto) e crescono ogni anno all'aumentare della mortalità. Le variazioni tra un Paese e l'altro dipendono dalle differenze nel numero totale di decessi per queste cause e dai livelli di reddito pro capite. In Brasile, Cina, India e Russia le perdite

superano i mille miliardi di dollari a causa dell'elevato numero di morti, mentre in Canada e nel Regno Unito si registrano perdite inferiori, perché il numero globale dei decessi per malattie cardiovascolari è più basso.

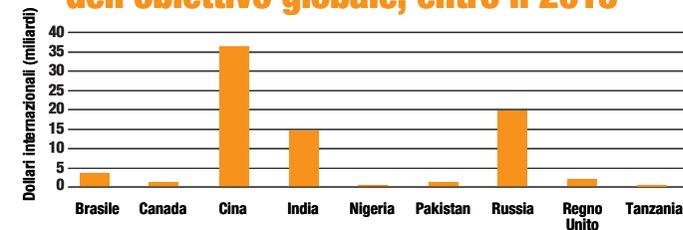
Per contro, queste cifre potrebbero essere considerate potenziali guadagni di benessere se in questi Paesi si riducessero le malattie croniche. Si tratta di guadagni chiaramente più elevati rispetto a quelli della sezione precedente, perché il concetto di benessere è più ampio del semplice beneficio economico misurato dal reddito. Queste cifre andrebbero interpretate con cautela, perché si tratta di un approccio ancora non del tutto accettato, ma che tuttavia pone un limite superiore alle stime sui costi.

IMPATTO ECONOMICO DEL RAGGIUNGIMENTO DEL "MILLENNIUM GOAL"

L'obiettivo globale descritto nella prima parte di questo rapporto propone un'ulteriore riduzione annua del 2% nel tasso di mortalità previsto per le malattie croniche tra il 2005 e il 2015. Questo significherebbe prevenire 36 milioni di morti premature nei prossimi 10 anni. Circa 17 milioni dei decessi evitati sarebbero tra le persone al di sotto dei 70 anni di età.

Per valutare il guadagno economico potenziale di questo scenario, è stato utilizzato il modello di crescita. Le perdite in termini di reddito nazionale così ottenute sono state comparate con quelle che si avrebbero nella situazione attuale presentata in precedenza.

Guadagni in forza lavoro in vista dell'obiettivo globale, entro il 2015



Le morti evitate si tradurrebbero in un grosso vantaggio in termini di forza lavoro. Questo porterebbe a un aumento delle entrate con un guadagno totale di oltre 36 miliardi di dollari in Cina, di 15 miliardi di dollari in India e di 2 miliardi di dollari in Russia nei prossimi 10 anni (vedi la figura sopra).

CONCLUSIONI

Pur variando tra loro, le stime ricavate con i diversi metodi indicano tutte che le malattie croniche costituiscono un grave peso economico per i Paesi e che, se si resta a guardare, questo carico è destinato a crescere. I dati dimostrano che bisogna intervenire tempestivamente per evitare impatti negativi sullo sviluppo economico nazionale. Il costo del raggiungimento dell'obiettivo globale non è stato valutato in questa sede, ma la terza parte dimostra che politiche e interventi semplici e correttamente applicati, mirati alla prevenzione e al controllo delle malattie croniche, sono economicamente convenienti e accessibili.

BIBLIOGRAFIA

1. *The world health report 2001 – Mental health: new understanding, new hope*. Geneva, World Health Organization, 2001.
2. Barker DJ. The developmental origins of chronic adult disease. *Acta Paediatrica Supplement*, 2004, 93:26–33.
3. Pinhas-Hamiel O, Zeitler P. The global spread of type 2 diabetes mellitus in children and adolescents. *Journal of Pediatrics*, 2005, 146:693–700.
4. Ezzati M, Vander Hoorn S, Lawes CM, Leach R, James WP, Lopez AD et al. Rethinking the “diseases of affluence” paradigm: global patterns of nutritional risks in relation to economic development. *PLoS Medicine*, 2005, 2(5):e133.
5. Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL, eds. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. Geneva, World Health Organization, 2004.
6. World Health Organization. *WHO Global InfoBase online* (http://www.who.int/nccd_surveillance/infobase/web/InfoBaseCommon/, accessed 19 July 2005).
7. *The World Health Report 2002 – Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, World Health Organization, 2002.
8. Zatonski WA, Willert WC. *Dramatic decline in coronary heart disease mortality in Poland. Second look* (unpublished manuscript).
9. Capewell S, Beaglehole R, Sessen M, McMurray J. Explanation for the decline in coronary heart disease mortality rates in Auckland, New Zealand, between 1982 and 1993. *Circulation*, 2000, 102:1511–1516.
10. Unal B, Critchley JA, Capewell S. Explaining the decline in coronary heart disease mortality in England and Wales between 1981 and 2000. *Circulation*, 2004, 109:1101–1107.
11. Critchley JA, Capewell S, Unal B. Life-years gained from coronary heart disease mortality reduction in Scotland: prevention or treatment? *Journal of Clinical Epidemiology*, 2003, 56:583–90.
12. Strong K, Mathers C, Leeder S, Beaglehole R. Preventing chronic diseases: how many lives can we save? *Lancet* (in press), 2005.
13. Sachs JD. *The end of poverty*. New York, NY, Penguin Press, 2005.
14. Marmot M. *Status syndrome*. London, Bloomsbury, 2004.
15. Gwatkin DR, Bhuiya A, Victora CG. Making health systems more equitable. *Lancet*, 2004, 364:1273–1280.
16. Machenbach JP, Bos V, Andersen O, Cardano M, Costa G, Harding S et al. Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. *International Journal of Epidemiology*, 2003, 32:830–837.
17. Bartley M, Fitzpatrick R, Firth D, Marmot M. Social distribution of cardiovascular disease risk factors: change among men in England 1984–1993. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2000, 54:806–814.
18. Yu Z, Nissinen A, Vartiainen E, Song G, Guo Z, Zheng G et al. Associations between socioeconomic status and cardiovascular risk factors in an urban population in China. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78:1296–1305.
19. Bovet P, Ross AG, Gervasoni JP, Mkamba M, Mtasiwa DM, Lengeler C et al. Distribution of blood pressure, body mass index and smoking habits in the urban population of Dar es Salaam, Tanzania, and associations with socioeconomic status. *International Journal of Epidemiology*, 2002, 31:240–247.
20. Drewnowski A. Obesity and the food environment: dietary energy density and diet costs. *American Journal of Preventive Medicine*, 2004, 27(3 Suppl.):154–162.
21. Stronks K, Van de Mheen HD, Mackenbach JP. A higher prevalence of health problems in low income groups: does it reflect relative deprivation? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1998, 52:548–557.
22. Sundquist K, Malmstrom M, Johansson SE. Neighbourhood deprivation and incidence of coronary heart disease: a multilevel study of 2.6 million women and men in Sweden. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2004, 58:71–77.
23. Goddard M, Smith P. *Equity of access to health care*. York, University of York, 1998.
24. Lorant V, Boland B, Humblet P, Deliege D. Equity in prevention and health care. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002, 56:510–516.
25. Heisler M, Langa KM, Eby EL, Fendrick AM, Kabeto MU, Piette JD. The health effects of restricting prescription medication use because of cost. *Medical Care*, 2004, 42:626–634.
26. Alberts M, Olwagen R, Molaba CJ, Choma S. *Socio-economic status and the diagnosis, treatment and control of hypertension in the Dikgale Field Site, South Africa*. INDEPTH Network Working Paper Series No. 2, 2005 (<http://www.indepth-network.org/publications/zindpubs/wpsseries/wpsseries.htm>, accessed 15 July 2005).
27. *Women of South-East Asia: a health profile*. New Delhi, World Health Organization Regional Office for South-East Asia, 2000 (http://w3.whosea.org/EN/Section13/Section390/Section1376_5513.htm, accessed 12 July 2005).
28. Lewallen S, Courtright P. Gender and use of cataract surgical services in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 2002, 80:300–303.
29. Zahoori N, Blanchette D, Popkin B. *Monitoring health conditions in the Russian Federation. The Russia Longitudinal Monitoring Survey 1992–2002*. Report submitted to the US Agency for International Development. Chapel Hill, NC, Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill, 2003.
30. Henry-Lee A, Yearwood A. *Protecting the poor and the medically indigent under health insurance: a case study in Jamaica*. Bethesda, MD, Partnership for Health Reform Project and Abi Associates, 1999.
31. Shobhana R, Rama RP, Lavanya A, Williams R, Vijay V, Ramachandran A. Expenditure on health care incurred by diabetic subjects in a developing country – a study from southern India. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 2000, 48:37–42.

32. Narayan D, Chambers R, Shah M, Petes P. *Voices of the poor crying out for change*. New York, NY, Oxford University Press for the World Bank, 2000.
33. Hulme D, Shepherd A. Conceptualizing chronic poverty. *World Development*, 2003, 31:403–423.
34. Liu Y, Keqin R, Hsiao W. Medical expenditure and rural impoverishment in China. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 2003, 21:216–222.
35. Kraut A, Walld R, Tate R, Mustard C. Impact of diabetes on employment and income in Manitoba, Canada. *Diabetes Care*, 2001, 24:64–68.
36. Kochar A. Ill-health, savings and portfolio choices in developing countries. *Journal of Developing Economics*, 2004, 73:257–285.
37. *Tobacco and poverty: a vicious circle*. Geneva, World Health Organization, 2004 (WHO/NMH/TFI/04.01).
38. Bonu S, Rani M, Peters DH, Jha P, Nguyen SN. Does use of tobacco or alcohol contribute to impoverishment from hospitalization costs in India? *Health Policy and Planning*, 2005, 20:41–49.
39. Suhrcke M, Rocco L, Urban D, McKee M, Mazzucco S, Steinherr A. *Economic consequences of non-communicable disease and injuries in Russian Federation* [draft]. Venice, World Health Organization European Office for Investment for Health and Development, 2005.
40. Roy NC, Kane T, Barkat-e-Khuda. Socioeconomic and health implications of adults deaths in families of rural Bangladesh. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 2001, 19:291–300.
41. *Health and the Millennium Development Goals*. Geneva, World Health Organization, 2005.
42. Rechel B, Shapo L, McKee M. *Millennium Development Goals for health in Europe and Central Asia: relevance and policy implications*. Washington, DC, World Bank, 2004.
43. Cohen JW, Krauss NA. Spending and service use among people with the fifteen most costly medical conditions, 1997. *Health Affairs*, 2003, 22:129–138.
44. Druss BG, Marcus SC, Olsson M, Tanielian T, Elinson L, Pincus HA. Comparing the national economic burden of five chronic conditions. *Health Affairs*, 2001, 20:233–241.
45. Druss BG, Marcus SC, Olsson M, Pincus HA. The most expensive medical conditions in America. *Health Affairs*, 2002, 21:105–111.
46. *Heart disease and stroke statistics – 2001 update*. Dallas, TX, American Heart Association, 2001.
47. Russell MW, Huse DM, Drowns S, Hamel EC, Hartz SC. Direct medical costs of coronary artery disease in the United States. *American Journal of Cardiology*, 1998, 81:1110–1115.
48. Currie CJ, Morgan CL, Peters JR. Patterns and costs of hospital care for coronary heart disease related and not related to diabetes. *Heart*, 1997, 78:544–549.
49. Liu JL, Maniadakis N, Gray A, Rayner M. The economic burden of coronary heart disease in the UK. *Heart*, 2002, 88:597–603.
50. *Preliminary estimates: Disease Costs and Impact Study (DCIS)*. Canberra, Australian Institute of Health and Welfare/Centre for Health Program Evaluation, 1995.
51. Waters A-M, Armstrong T, Senes-Ferrari S. *Medical care of cardiovascular disease in Australia*. Canberra, Australian Institute of Health and Welfare, 1998.
52. Dewey HM, Thrift AG, Mihalopoulos C, Carter R, Macdonnell RA, McNeil JJ et al. Cost of stroke in Australia from a societal perspective: results from the North East Melbourne Stroke Incidence Study (NEMESIS). *Stroke*, 2001, 32:2409–2416.
53. Thompson D, Wolf AM. The medical-care cost burden of obesity. *Obesity Reviews*, 2001, 2:189–197.
54. Katzmarzyk PT, Janssen I. The economic costs associated with physical inactivity and obesity in Canada: an update. *Canadian Journal of Applied Physiology*, 2004, 29:90–115.
55. *Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control*. Washington, DC, World Bank, 1999.
56. Lightwood JM, Collins D, Lapsley H, Novotny T. Estimating the costs of tobacco use. In: Jha P, Chaloupka F, eds. *Tobacco control in developing countries*. Oxford, Oxford University Press, 2000.
57. Hodgson TA. Cigarette smoking and lifetime medical expenditures. *The Milbank Quarterly*, 1992, 70:81–125.
58. Selmer RM, Kristiansen IS, Haglerod A, Graff-Iversen S, Larsen HK, Meyer HE et al. Cost and health consequences of reducing the population intake of salt. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2000, 54:697–702.