



# Alzheimer e salute mentale in Cina



## Elettra Pellegrino, Tommaso Tanini

*Il più grande studio epidemiologico psichiatrico effettuato in Cina ha rilevato che il 92% degli individui con disturbi mentali non aveva mai cercato alcun tipo di aiuto professionale per il proprio disturbo. Parte del problema è la carenza di servizi specializzati, soprattutto nelle zone rurali. Tuttavia, un altro fattore ancora più importante dell'insufficienza dei servizi è la mancanza di volontà dei membri della comunità di chiedere aiuto per problemi psicologici, e la riluttanza di molti operatori sanitari di fornire tale tipologia di assistenza.*

Le malattie croniche sono diventate la principale causa di morbosità e mortalità nei Paesi a basso e medio reddito, e si prevede che nel prossimo decennio Cina, India, Brasile e Sud Africa soffriranno di un crescente carico economico e sociale legato a tali patologie, connesso all'aumento della longevità e alla crescente esposizione a fattori di rischio<sup>[1,2]</sup>.

**Il World Alzheimer Report 2010 ha stimato che le ripercussioni sociali ed economiche correlate all'invecchiamento della popolazione mondiale saranno legate soprattutto alle patologie neurodegenerative quali le demenze<sup>[3]</sup>.** In Cina, le ripercussioni legate alle demenze potrebbero aggravarsi a causa della vigente politica del "figlio unico" (una delle politiche di controllo delle nascite attuata dal governo cinese nell'ambito della pianificazione familiare volta al contrasto del fortissimo incremento demografico del Paese) e a causa dei grandi flussi migratori interni, portando ad un ristretto numero di giovani adulti disponibili all'assistenza delle milioni di persone affette da demenza, in particolare nelle regioni rurali. I dati di sorveglianza di popolazione sono cruciali per lo sviluppo di politiche e programmi efficaci per la prevenzione e gestione delle demenze, ma tali dati risultano ad oggi inadeguati e incompleti per questi Paesi.

I dati epidemiologici riguardanti le stime della demenza in Cina si basano soprattutto su una revisione sistematica, effettuata da Kit Yee Chan e colleghi, di 89 studi scientifici riguardanti la prevalenza (75 studi), l'incidenza (13 studi) e la mortalità (9 studi) della demenza, nelle sue varie forme cliniche, condotti tra il 1990 e il 2010<sup>[4]</sup>. Chan e colleghi hanno attinto alla grande quantità di lavori pubblicati in lingua cinese, utilizzando le banche dati accademiche cinesi (China National Knowledge Infrastructure e Wanfang), oltre a PubMed.

**Il numero di studi sulla demenza effettuato dai ricercatori cinesi è impressionante; la quantità di ricerca fatta è il risultato di una crescente consapevolezza dell'importanza dell'invecchiamento della popolazione tra scienziati e politici cinesi.** Chan e colleghi sono riusciti a superare uno dei principali problemi nella ricerca e studio delle demenze e cioè il difficile accesso ai lavori pubblicati in lingua cinese. Nello studio delle demenze bisogna considerare che le stime di prevalenza sono sicuramente in difetto rispetto al numero di soggetti realmente affetti. Tali stime sono, per loro natura, provvisorie e soggette a rivalutazione.

Infine, il governo cinese affronta il difficile compito di far fronte alle future esigenze di assistenza a lungo termine, precedentemente soddisfatte dalle famiglie, prevedendo politiche sociali volte ad integrare o sostituire la cura dei soggetti affetti da demenza da parte della famiglia con servizi sociali comunitari, organizzati da cittadini sia urbani che delle zone rurali, basandosi sul volontariato e fornitori for profit. Non esiste un programma universale di assistenza sanitaria per i soggetti anziani, e gli incrementati costi out-of-pocket lasciano il posto ai crescenti programmi di assicurazione sanitaria<sup>[5]</sup>.

Sintetizzando i dati principali raccolti da Chan e colleghi emerge che:

- **la prevalenza di demenza è aumentata significativamente tra il 1990 e il 2010:** nel 1990, la prevalenza della malattia di Alzheimer era dello 0,1% nei soggetti di età compresa tra 55-59 anni, fino a valori del 28,8% nella fascia d'età 95-99 anni, mentre la prevalenza di tutte le forme di demenza variava dallo 0,5% nella fascia 55-59 anni fino al 42,1% negli oltre 95enni. Nel 2010, la prevalenza della malattia di Alzheimer era 0,2% nella fascia di età 55-59 anni e 48,2% nella fascia di età 95-99 anni, mentre la prevalenza di tutte le forme di demenza era 0,7% nella fascia 55-59 anni e 60,5% negli ultra 95enni.

- **Nel 2010 erano 9.19 milioni i pazienti affetti da demenza (dei quali 5,69 milioni con malattia di Alzheimer):** nel 1990 il numero di persone con una qualche forma di demenza si attestava a 3.680.000, nel 2000 erano 5.620.000, e nel 2010 invece 9,19 milioni, con un maggior numero di casi nella fascia di età 70-84 anni in tutti e tre i periodi; considerando invece la sola malattia di Alzheimer, il numero era nel 1990 di 1,93 milioni, nel 2000 di 3,71 milioni e nel 2010 di 5.69 milioni, anche se la proporzione di malattia di Alzheimer rispetto alle altre forme di demenza non è cambiata sostanzialmente.

Secondo l'analisi di Kit Yee Chan e colleghi la proporzione di demenza attribuibile invece a demenza vascolare e ad altre varianti cliniche (come ad esempio la demenza fronto-temporale e la demenza a corpi di Lewy) si attesta intorno al 24%.

- **La prevalenza di demenza, aggiustata per età, è risultata essere più elevata nel genere femminile,** mentre non sono apparse differenze statisticamente significative nelle stime di prevalenza della popolazione urbana rispetto a quella delle popolazioni rurali. Le donne hanno un'aspettativa di vita molto più elevata degli uomini e costituiscono fino al 75% della popolazione ultra85enne.
- **L'incidenza di demenza nel complesso** è stimata in 8,87 casi per 1000 negli ultra60enni, quella della malattia di Alzheimer è 6,25 casi per 1000, quella inerente le forme di demenza vascolare è 2,42 casi per 1000 e per quanto riguarda le altre forme cliniche (demenza fronto-temporale e demenza a corpi di Lewy) è 0,46 casi per 1000.
- Per quanto riguarda **la mortalità**, invece, il tasso di mortalità standardizzato della demenza in Cina, secondo la revisione di Kit Yee Chan e colleghi è 1,94, simile al tasso di 2,77 stimato da Prince e colleghi[4,6].

**Dobbiamo considerare che la migrazione di giovani adulti da zone rurali verso zone urbane porterà nei prossimi decenni ad un gran numero di persone anziane (soprattutto donne) sole e vulnerabili nelle aree rurali.**

Appare chiara la necessità di quantificare il carico di malattia legato alle demenze e di sviluppo e implementazione di programmi politici volti al sostegno assistenziale, in termini socio-sanitari, dei soggetti affetti da tale patologia. Dal report di Gonghuan Yang and colleghi sui risultati del Global Burden of Diseases Injuries and Risk Factors Study 2010 (GBD 2010) emerge che i disturbi mentali e comportamentali rappresentato il 9,5% di tutti gli anni di vita persi per disabilità (DALY) e il 23,6% di tutti gli anni vissuti con disabilità (YLD). Sette delle prime 20 cause di YLD sono disturbi mentali: disturbo depressivo maggiore, disturbo da uso di alcol, schizofrenia, disturbi d'ansia, disturbo bipolare, distimia, e disturbi da uso di droga[7,8].

**Negli ultimi 20 anni la consapevolezza dell'importanza dei disturbi mentali in Cina è aumentata.** In passato la ricerca scientifica e l'attenzione dei mass-media in Cina, come anche in altri Paesi a medio-basso reddito, si è spesso focalizzata su malattie ad elevato tasso di letalità, quali le patologie cardiovascolari e neoplastiche, con una generale mancanza di consapevolezza nei riguardi dei disturbi mentali e neurologici, inclusa la demenza; questa bassa attenzione ha portato a conseguenze quali:

- il minor ricorso all'assistenza medica, rispetto ai Paesi ad alto reddito, per problemi legati a questo tipo di affezioni;
- poca formazione per la diagnosi e la gestione della demenza a tutti i livelli assistenziali;
- sopravvalutazione dell'affidabilità dell'assistenza al malato di demenza da parte della rete familiare (con lo sviluppo economico degli ultimi anni infatti, la struttura familiare cinese sta diventando maggiormente simile a quella dei Paesi occidentali, con meno tempo destinato all'assistenza degli anziani malati del nucleo familiare).

**Considerando il continuo aumento della prevalenza di demenza in Cina, dovrebbero essere stanziare risorse adeguate da erogare a livello nazionale, locale, familiare ed individuale, per affrontare in maniera appropriata la gestione della demenza in termini preventivi, diagnostici e terapeutici.** Inoltre, dovrebbero essere implementate campagne di sensibilizzazione ed educazione sanitaria volte a contrastare idee sbagliate e luoghi comuni nei confronti delle patologie neurodegenerative quali:

- la demenza non è una patologia comune nella popolazione cinese;
- la demenza è da considerarsi come un fisiologico processo legato all'invecchiamento;
- è preferibile "non sapere" e non accrescere le conoscenze legate a questa patologia, in quanto nulla può essere fatto per aiutare chi ne è affetto.

**Il più grande studio epidemiologico psichiatrico effettuato in Cina ha rilevato che il 92% degli individui con disturbi mentali non aveva mai cercato alcun tipo di aiuto professionale per il proprio disturbo.** Parte del problema è la carenza di servizi specializzati, soprattutto nelle zone rurali, e la limitata formazione dei medici di medicina generale nella cura della salute mentale. Tuttavia, un altro fattore ancora

più importante dell'insufficienza dei servizi è la mancanza di volontà dei membri della comunità di chiedere aiuto per problemi psicologici, e la riluttanza di molti operatori sanitari di fornire tale tipologia di assistenza. Il settore della sanità pubblica e molti professionisti della salute mentale in Cina credono che l'educazione della comunità sia la chiave per diminuire lo stigma, ma è improbabile che solo l'educazione cambi tali atteggiamenti di lunga[9]. Il fallimento dei programmi di educazione di comunità sugli effetti nocivi del fumo per ridurre i tassi di fumo significativamente (più del 50% dei medici di sesso maschile in Cina ancora fumano) dimostrano che l'educazione, anche se essenziale, non è sufficiente a cambiare il comportamento. L'implementazione della ricerca sui problemi psicologici è importante quanto lo sviluppo di migliori trattamenti o l'espansione della disponibilità di servizi.

Nel tempo fortunatamente le malattie mentali sono state via via percepite come una componente importante della salute pubblica globale. **La prima legge sulla salute mentale nazionale della Cina del 26 ottobre 2012 è un chiaro esempio di una risposta politica nazionale per la presa in carico di questo tipo di patologie.** Uno degli obiettivi principali della legge è di ampliare l'accesso ai servizi di salute mentale, spostando il centro dei servizi dagli ospedali psichiatrici specializzati agli ospedali generali dei centri urbani e alle cliniche, sia nelle comunità urbane che in quelle rurali[10].

**Molte sono le difficoltà che si incontrano:** insufficienti operatori sanitari nelle aree rurali, addestramento limitato di personale medico, resistenza di specialistiche non sono disposti a spostare i servizi dagli ospedali ai setting comunitari, le preferenze dei pazienti per il trattamento ambulatoriale nei dipartimenti ospedalieri, insufficienti farmaci necessari presso le cliniche locali, scarso coordinamento tra servizi ospedalieri e ambulatoriali, e una popolazione ad alto tasso migratorio. Gli amministratori della sanità cinese sono profondamente consapevoli di questi problemi e continuano a testare meccanismi alternativi per affrontare tali problematiche.

La Cina è comunque in linea con la globale crescente consapevolezza delle ripercussioni sulla salute pubblica, sociale e sui risvolti economici legati ai disturbi mentali. Il 27 maggio 2013, la 66a Assemblea Mondiale della Sanità OMS ha adottato il **Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2020**, riconoscendo il crescente carico di malattia attribuibile per malattie mentali, ha messo in evidenza l'inadeguatezza della risposta dei sistemi sanitari nazionali, incoraggiando gli Stati membri a partecipare a specifiche attività per migliorare la situazione[11]. **La nuova legge sulla salute mentale in Cina affronta già quattro dei sei trasversali principi contenuti nel presente piano d'azione globale: copertura sanitaria universale, i diritti umani, la pratica basata sulle evidenze e un approccio multisettoriale.** La Cina dovrà affrontare molte sfide durante l'attuazione della legge, continuando la valutazione, e la successiva revisione della nuova legge sulla salute mentale. I vari approcci testati durante l'attuazione della nuova legge potranno essere utilizzati in altre nazioni che sono, come la Cina, impegnate a ridurre l'impatto crescente delle malattie mentali.

**Elettra Pellegrino e Tommaso Tanini**, Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina preventiva. Università di Firenze

#### Bibliografia

1. Yang G, Kong L, Zhao W, et al. Emergence of chronic non-communicable diseases in China. *Lancet* 2008; 372: 1697–705.
2. WHO. Dementia: a public health priority. Geneva: World Health Organization, 2012.
3. WHO. Global status report on non-communicable diseases 2010: description of the global burden of NCDs, their risk factors and determinants. Geneva: World Health Organization, 2011
4. Chan KY, Wang W, Wu JJ, et al. Epidemiology of Alzheimer's disease and other forms of dementia in China, 1990–2010: a systematic review and analysis. *Lancet* 2013; 381: 2016–23.
5. Prince MJ. Dementia in China: east-west collaboration bears fruit. *Lancet* 2013;381(9882):1967-8.
6. Prince M, Acosta D, Ferri CP, et al. Dementia incidence and mortality in middle-income countries, and associations with indicators of cognitive reserve: a 10/66 Dementia Research Group population-based cohort study. *Lancet* 2012; 380: 50–58.
7. Phillips MR. Can China's new mental health law substantially reduce the burden of illness attributable to mental disorders? *Lancet* 2013;381(9882):1964-6.
8. Yang G, Wang Y, Zeng YX, et al. Rapid health transition in China, 1990–2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013; 381: 1987–2015.
9. Phillips MR, Zhang JX, Shi QC, et al. Prevalence, associated disability and treatment of mental disorders in four provinces in China, 2001–2005: an epidemiological survey. *Lancet* 2009; 373: 2041–53.
10. Chen HH, Phillips MR, Cheng H, et al. Mental health law of the People's Republic of China (English translation with annotations). *Shanghai Arch Psychiatry* 2013; 24: 305–21.
11. WHO. [Draft comprehensive mental health action plan 2013–2020](#). May 16, 2013.

