

Copertura sanitaria: un bel voto per l'Italia

L'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) offre una risorsa per comprendere l'eterogeneità delle sfide sanitarie che la popolazione mondiale deve affrontare



89/100

L'ANALISI condotta dal *Global Burden of Disease Study (GBD) 2019*¹ sulla copertura sanitaria (*Universal Health Coverage, UHT*) dal 2009 al 2019 offre una potente risorsa per comprendere l'eterogeneità delle sfide sanitarie che deve affrontare la popolazione mondiale in questo ventunesimo secolo, soprattutto nella attuale situazione di crisi sanitaria rappresentata da COVID-19, un implacabile *stress test* anche per i Paesi più avanzati.

UNA METODOLOGIA DI VALUTAZIONE INNOVATIVA

Questo lavoro integra il concetto della cosiddetta *effective coverage* (copertura efficace), che tiene conto del bisogno, dell'utilizzazione e, soprattutto, della

qualità dell'intervento sanitario, con il potenziale guadagno di salute che può essere ottenuto. Sono stati individuati 23 indicatori di copertura sanitaria a cui è stato assegnato un punteggio in base ai dati forniti dai singoli Paesi. Per ogni indicatore è stato quantificato il potenziale guadagno di salute, calcolato in anni di vita in buona salute persi (DALY, vedi box). La combinazione tra gli indicatori e le rispettive stime di salute guadagnata ha, infine, fornito l'*Effective Coverage Index* per singolo Paese, espresso su una scala da 1 a 100.

A livello mondiale, la *performance* sull'indice di copertura sanitaria è migliorata da 45,8 nel 1990 a 60,3 nel 2019. Il dettaglio delle situazioni nazionali mostra un'ampia variabilità, dai livelli altissimi (95 o più) del Giappone e dell'Islanda a meno di 25 della Somalia e della Repubblica Centrafricana.

Pietro Ferrara, medico epidemiologo del Centro di studio e di ricerca sulla sanità pubblica dell'Università degli Studi di Milano Bicocca (CESP), membro del GBD Italia, commenta così il dato: "Il ritorno in termini di salute per ogni unità (dollaro o euro) di spesa sanitaria è maggiore nelle regioni del mondo a più basso indice di sviluppo, dove c'è una primaria necessità di interventi sanitari per il controllo delle malattie trasmissibili. Diverso è il discorso per le regioni ad alto reddito, dove cambiano le caratteristiche della spesa sanitaria. L'Organizzazione

I dati sulla salute globale per guidare il cambiamento e migliorare la qualità della vita

Guidato dall'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), presso l'Università di Washington, Seattle, il **GBD** è il progetto epidemiologico osservazionale più completo oggi disponibile. I dati sono prodotti da una rete di 5.647 collaboratori in 152 nazioni e territori e che lavorano in più di 1.100 università, centri di ricerca e agenzie governative.

Attivo dal 1990, il GBD raccoglie e analizza i dati su 286 cause di morte, 369 malattie e lesioni e 87 fattori di rischio in 204 Paesi e territori e fornisce uno strumento importante per promuovere la responsabilità e migliorare la vita in tutto il mondo.

Nell'ambito del GBD è stato messo a punto un importante indicatore dello stato di salute, il DALY (*Disability adjusted life year*, anni di vita in buona salute persi), una misura della gravità globale di una malattia, espressa come il numero di anni persi a causa della malattia, per disabilità o per morte prematura. La rivista *Lancet* è il riferimento costante per la pubblicazione dei report del GBD.



per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE) sottolinea, infatti, che c'è maggiore dispersione di spesa nei Paesi con una popolazione più anziana (e quindi con patologie croniche non trasmissibili)². Diventa necessario allineare la sanità alla salute e non viceversa; significa fornire assistenza di qualità sulla base dell'effettiva domanda di salute della popolazione.

UNA GARANZIA DA 40 ANNI

Il punteggio italiano è stato di 89 su 100. "Un giudizio in linea con tutti i Paesi europei e quelli extra-europei a più alto indice di sviluppo. Nel dettaglio, raggiungiamo la sufficienza su quasi tutti gli indicatori, ma pesano i valori più bassi su contraccezione femminile, trattamento di ictus e malattia renale cronica. I valori più alti premiano vaccinazioni e gestione dell'oncologia" spiega Ferrara: "il nostro Servizio Sanitario Nazionale è una delle più grandi conquiste sociali italiane. Ha garantito e garantisce da quattro decenni livelli di assistenza e modalità di erogazione che altri Paesi ci hanno invidiato. Però non è tutto perfetto. Se andassimo a misurare il finanziamento in funzione dei DALY non saremmo più così alti in classifica. Gli effetti sono quelli di cui si accorgono utenti e pazienti: liste di attesa lunghe, disparità e frammentazione dei servizi sanitari e della qualità dell'assistenza tra Regioni (e spesso all'interno della stessa Regione), carenze strutturali di personale, mancanza di gestione integrata delle patologie croniche, pochi investimenti in innovazione e sviluppo. E l'effetto della pandemia da SARS-CoV-2 rischia di essere devastante, se non corriamo ai ripari già da ora".

Ettore Beghi, capo laboratorio malattie neurologiche all'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS di Milano, anch'egli collaboratore del GBD italiano, denuncia il fatto che "in Italia la ricerca è agli ultimi posti tra le priorità del Paese. Devono essere erogati più investimenti per i ricercatori italiani per far sì che le nuove generazioni non abbandonino la nazione. COVID-19 può essere un'opportunità per l'incremento di fondi da assegnare alla scienza".

GLI EFFETTI DELLA PANDEMIA DA COVID-19

Secondo il rapporto *Goalkeepers* della fondazione Gates,³ la pandemia sta portando indietro di molti anni la salute globale: la copertura sanitaria starebbe

regredendo alla situazione che avevamo negli anni Novanta. Da subito ci si è resi conto dell'impatto che l'epidemia ha avuto sull'assistenza sanitaria, in termini di ritardo assistenziale o mancata assistenza, soprattutto per le patologie croniche e le multimorbilità. Effetti che si sono tradotti, nei casi peggiori, nell'eccesso di mortalità.

Pagano lo scotto maggiore le fasce di popolazione sopra i 65 anni, dove si ritrovano condizioni cliniche complesse e che assorbono normalmente i due terzi delle risorse. Se prima alcuni cambi di paradigma erano necessari, adesso l'implementazione di modelli diversi di gestione sanitaria è indispensabile e irrimandabile. Bisogna passare dal trattare la malattia a curare il paziente, il quale si trova a convivere con più patologie e non una singola condizione clinica. "La sfida del prossimo futuro del sistema sanitario viene dalla possibilità di ristrutturare la rete di cura, con *setting* intermedi e domiciliari che prendano in carico il paziente nel tempo, riducendo il carico assistenziale ospedaliero. La cosiddetta *transitional care*, che ha mostrato di produrre benefici al paziente e risparmi per il servizio sanitario stesso. Ma per fare tutto questo c'è bisogno di risorse, investimenti e pianificazione. E di volontà politica", conclude Ferrara. ■

Bibliografia

¹ GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. [Lancet 2020; 396: 1250-84.](#)

² OECD [Economic Policy Papers 2013; 6.](#)

³ [2020 Goalkeepers Report](#)