

Le potenzialità dei dati GBD per la programmazione sanitaria

Il 19 dicembre 2018, presso il Rettorato della Sapienza Università di Roma, si è svolto il primo convegno internazionale dedicato al Global Burden of Disease Study (GBD). Intitolato **Global Burden of Disease: una risorsa cruciale per la programmazione sanitaria**, ha visto la partecipazione, in qualità di relatori, di alcuni collaboratori italiani del GBD organizzati nella GBD Italian Initiative, coordinata da Lorenzo Monasta dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste, e di alcuni rappresentanti dell'IHME, l'Institute of Health Metrics Evaluation dell'Università di Washington, che coordina il GBD Study a livello mondiale.

Si è trattato di un'occasione importante sia per la presentazione dei risultati del GBD Study, usciti sul *Lancet* a metà novembre (*Lancet* 2018; 392 (10159): 1638-2138), sia per il battesimo in pubblico dell'estensione italiana del GBD mondiale.

Vale la pena di ricordare l'importanza dei dati GBD. Si tratta di metriche in grado di consentire confronti nel tempo, tra gruppi d'età e tra popolazioni. Più precisamente, oltre a prevalenza, incidenza, mortalità, mortalità infantile, fertilità, aspettativa di vita e aspettativa di vita in buona salute, il GBD calcola i DALYs (*disability adjusted life years*), che misurano sia la mortalità prematura sia la disabilità, espressi rispettivamente in YLLs (*years lived lost*) e YLDs (*years lived with disability*), per più di 300 patologie, quasi 3000 sequele e 84 fattori di rischio in 188 Paesi dal 1990 ad oggi, con aggiornamenti regolari sulla base della disponibilità di nuovi dati e studi epidemiologici. Utilizzabili a livello globale, nazionale e locale, i dati GBD rappresentano un patrimonio indispensabile alla valutazione della domanda di salute basata sull'evidenza e, allo stesso tempo, una fonte unica e innovativa sul cosiddetto "peso della malattia", ovvero gli anni di vita in buona salute persi a causa di una data patologia e per morte prematura.

Entrando nel merito, per l'Italia questi dati permettono di verificare, ad esempio, il posizionamento delle principali cause determinanti DALYs, YLLs e YLDs al 1990 e al 2017, distinte per sesso e fasce di età, e la loro variazione espressa in tassi, tassi standardizzati per età e in migliaia.

Osservando la figura 1, relativa agli YLDs, salta all'occhio che, mentre restano invariate le posizioni delle prime quattro malattie determinanti disabilità e variano di poco le altre, il diabete di tipo 2, che nel 1990 occupava l'ottava posizione, nel 2017 è arrivato alla quinta. Circa le variazioni percentuali, il diabete di tipo 2 cresce del 39,3%, la più alta variazione registrata da tutte le malattie elencate nella figura 1. Seguono la psoriasi, con un incremento del 15,5% e un passaggio dalla 21esima alla 18esima posizione, e la depressione maggiore, che si riduce del 12,93%, passando dal quinto al sesto posto. Le altre patologie, comprese quelle stabili, registrano cambiamenti minori, come la lombalgia, in decremento del 6.19%.

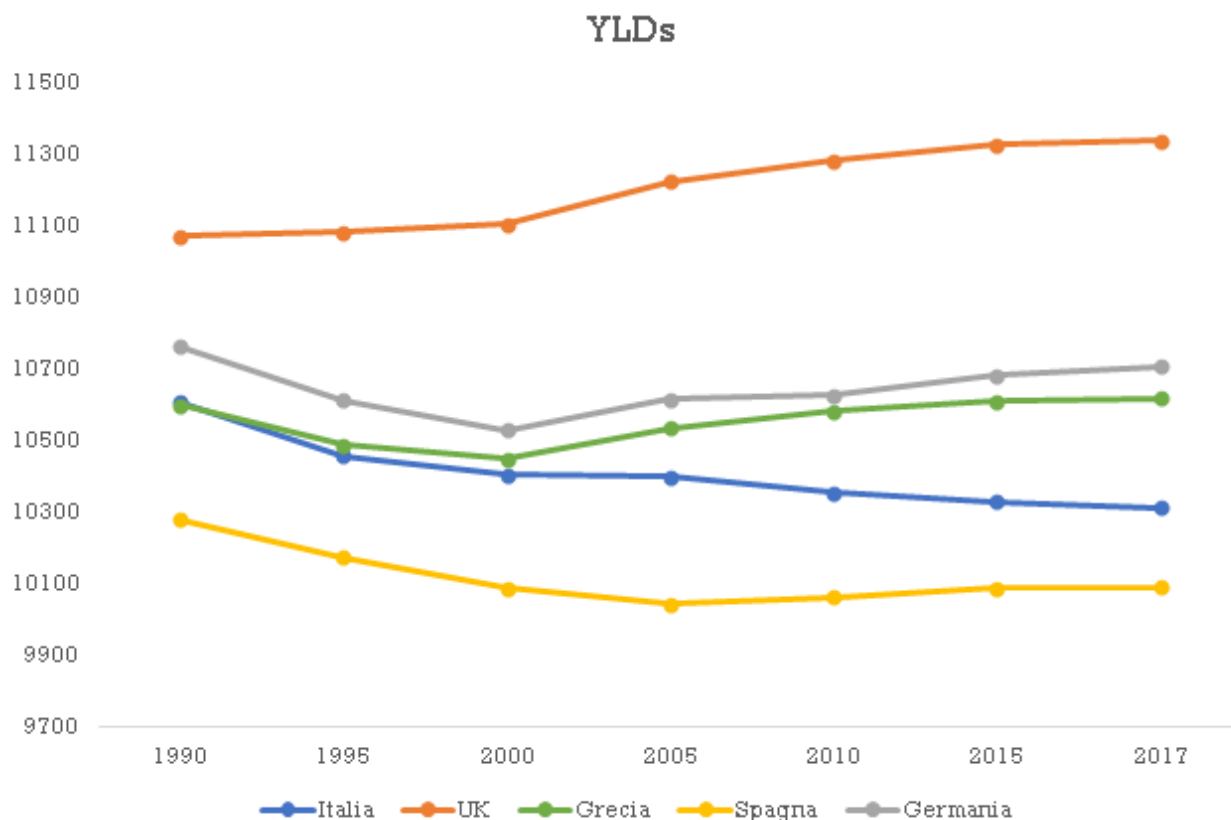


Figura 3. YLDs, Italia ed alcuni Paesi europei, 1990-2017.

Le analisi sopra illustrate costituiscono una rappresentazione parziale delle indagini possibili grazie ai dati del GBD. In questo senso, il convegno ha riprodotto un vero e proprio laboratorio di esperienze di ricerca basata sui dati del Global Burden of Disease. Nell'occasione si è quindi ben palesata la potenzialità di tale strumentazione per la programmazione sanitaria: si pensi, ad esempio, a proposito dell'Italia, a un suo possibile uso nei piani di prevenzione. Ne risulta altresì evidente l'utilità in considerazione delle attuali difficoltà nel reperire risorse pubbliche da destinare alla sanità.

Convinti di ciò, dal 2016 gli studiosi dell'Italian GBD Initiative, oltre a rafforzare lo scambio con l'IHME, hanno avviato un'importante azione di sensibilizzazione dei decisori politici nel nostro Paese, a più livelli, come del resto si è fatto altrove, ad esempio in Gran Bretagna, dove già si usano queste informazioni per la pianificazione sanitaria. A tal fine, l'Italian GBD Initiative, sempre in accordo con l'IHME, ha recentemente intrapreso un percorso di regionalizzazione delle stime. A partire dal 2020, infatti, il GBD elaborerà dati nazionali e regionali per 19 Regioni e 2 Province autonome.

Si tratta di un risultato di grande rilievo, che amplia la potenzialità della strumentazione in oggetto e che consente un confronto tra Regioni, oggi sempre più necessario alla luce della crescente diversità dei sistemi sanitari regionali e dei loro *outcome* di salute. In particolare, lo storico divario tra Nord e Sud si riproduce, con qualche sporadica eccezione, anche nei sistemi sanitari in termini di organizzazione ed efficacia. Nel Mezzogiorno, più che altrove, ai ben noti mali di un universalismo

dimostratosi disuguale si sommano infatti fattori economico-sociali quali deprivazione economica, servizi pubblici scadenti, danni ecologici, disoccupazione e criminalità diffuse, livelli d'istruzione e formazione inadeguati, che la letteratura riconosce - oramai da tempo - come concause di malattia.

C'è da segnalare infine il recente coinvolgimento dell'Istituto Superiore di Sanità nell'Italian GBD Initiative, un altro segnale positivo. Non vi è dubbio infatti che per gli operatori e i decisori politici che si occupano di sanità la risorsa GBD rappresenti un'occasione da non perdere. Adottarla sarebbe oggi sicuramente una scelta di responsabilità.

Cristiana Abbafati

Dipartimento di Studi Giuridici, Filosofici ed Economici, "Sapienza" Università di Roma