

Le disuguaglianze di salute tra le regioni italiane secondo il Global Burden of Disease 2021: la Toscana tra le realtà con il minor impatto

A cura di: Fabio Voller - coordinatore Osservatorio di epidemiologia ARS Toscana

È stato recentemente pubblicato su *The Lancet Public Health* lo studio dal titolo **State of health and inequalities among Italian regions from 2000 to 2021: a systematic analysis based on the Global Burden of Disease Study 2021**.

L'obiettivo dello studio è stato quello di analizzare, seguendo il protocollo del Global Burden of Disease Study (GBD) e nell'ambito del GBD Collaborator Network, i trend temporali e le differenze geografiche nel carico di malattia a livello subnazionale dal 2000 al 2019, con particolare attenzione al periodo 2019-2021, al fine di fornire un'analisi specifica per gli anni della pandemia da COVID-19.

Si ricorda che ARS Toscana è parte integrante dell'**Italian Global Burden of Disease Initiative** (Italian GBD Initiative), una rete italiana di ricercatori che contribuiscono attivamente al progetto GBD. Attualmente, l'iniziativa riunisce oltre 175 collaboratori afferenti a più di 25 istituti di ricerca.

I parametri e le aree geografiche oggetto dello studio

Ai fini dell'analisi, sono stati utilizzati cinque parametri fondamentali per valutare il peso delle malattie: l'aspettativa di vita alla nascita, l'aspettativa di vita in buona salute (Health-Adjusted Life Expectancy – HALE), gli anni vissuti con disabilità (Years Lived with Disability – YLD), gli anni di vita persi (Years of Life Lost – YLL) e gli anni di vita corretti per disabilità (Disability-Adjusted Life Years – DALY). Le stime per l'Italia sono state riportate per cinque macroaree geografiche (Nord-Ovest, Nord-Est, Centro, Sud e Isole), per le 19 regioni e per le due province autonome.

In particolare, la macroregione Nord-Ovest comprendeva Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria e Lombardia; il Nord-Est includeva le Province Autonome di Bolzano e Trento, Veneto, Friuli-Venezia Giulia ed Emilia-Romagna; il Centro comprendeva Toscana, Marche, Umbria e Lazio; il Sud includeva Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata e Calabria; infine, la macroregione delle Isole era composta da Sicilia e Sardegna.

Aspettativa di vita e aspettativa di vita in buona salute

Per quanto riguarda l'**aspettativa di vita** e l'**aspettativa di vita in buona salute**, in Italia il primo indicatore è passato da 79,6 anni nel 2000 a 83,4 anni nel 2019, per poi diminuire a 82,2 anni nel 2020 a causa della pandemia, risalendo lievemente a 82,7 anni nel 2021, senza tuttavia raggiungere i livelli pre-pandemici. In tutto l'arco temporale analizzato, le donne hanno mantenuto un'aspettativa di vita superiore a quella degli uomini. I maggiori guadagni sono stati attribuiti alla riduzione delle neoplasie (+1,0 anno nell'aspettativa di vita) e della cardiopatia ischemica, mentre il COVID-19 ha causato una perdita prossima a un anno. Il Nord-Est ha registrato l'incremento più significativo (+4,4 anni), seguito dal Nord-Ovest (+4,3 anni). In Toscana, nel 2000, l'aspettativa di vita per le donne era di 83,0 anni (intervallo: 82,7–83,3), salendo a 85,3 anni (84,9–85,8) nel 2021. Per gli uomini, l'aspettativa di vita è passata da 77,3 anni (77,0–77,7) nel 2000 a 81,1 anni (80,7–81,6) nel 2021, in linea con la media nazionale.

L'aspettativa di vita in buona salute (HALE) è aumentata complessivamente da 68,5 anni (intervallo di incertezza al 95%: 65,2–71,3) nel 2000 a 70,9 anni (67,4–73,8) nel 2021. Specificamente, per le donne HALE era di 71,4 anni (67,5–74,8) e per gli uomini di 70,2 anni (67,3–72,7). Si sono osservate marcate differenze geografiche, con le regioni settentrionali che presentavano valori più elevati rispetto a quelle meridionali e insulari. Nel 2020, l'effetto del COVID-19 ha causato un calo di HALE a 70,7 anni (67,3–73,6), con una perdita di un anno rispetto al 2019. La macroregione Nord-Ovest ha registrato la riduzione più marcata (1,7 anni). Nel 2021, si sono osservati segnali di recupero nelle macroregioni del Nord-Ovest, Nord-Est e Centro, mentre nel Sud HALE ha continuato a diminuire. In Toscana, il miglioramento dell'aspettativa di vita tra il 2000 e il 2021 è stato attribuibile principalmente alla riduzione di neoplasie, cardiopatia ischemica e ictus.

Anni vissuti con disabilità

Per quanto riguarda gli **anni vissuti con disabilità** (YLD), i tassi hanno mostrato un incremento costante dal 2000 al 2021, accentuato dopo la pandemia. Le principali cause sono condizioni non fatali come lombalgia, cadute e disturbi cefalgici. Si è rilevato un aumento della prevalenza dei disturbi mentali, in particolare ansia e depressione, specie nel periodo post-COVID-19. Le donne presentano tassi di YLD più elevati, principalmente per il maggior carico di disturbi mentali. Le disparità regionali risultano evidenti, con i tassi più alti riscontrati in Liguria e nel Nord-Est, aree caratterizzate da una popolazione più anziana. Anche fattori comportamentali e metabolici, quali fumo, indice di massa corporea elevato e ipertensione, contribuiscono a tali differenze. In Toscana, le dieci principali cause di YLD nel 2019 (per tutte le età) erano: lombalgia, disturbi depressivi, cefalea, disturbi d'ansia, cadute, altre patologie muscoloscheletriche, patologie ginecologiche, perdita uditiva legata all'età, dolore cervicale e diabete mellito.

Anni di vita persi

Per quanto concerne gli **anni di vita persi** (YLL), indicatori del carico fatale della malattia, si è osservato un calo generale, dovuto principalmente alla riduzione della mortalità per cardiopatia ischemica e, negli uomini, per tumore al polmone. Tuttavia, si è registrato un aumento rilevante dei decessi legati alla malattia di Alzheimer e ad altre forme di demenza. La Liguria ha presentato i tassi più elevati di YLL per tutte le età per ictus, tumore polmonare e Alzheimer, mentre il Molise ha mostrato i valori più alti per cardiopatia ischemica. Entrambe le regioni presentano in media la popolazione più anziana d'Italia. Al contrario, le macroregioni del Sud e delle Isole – in particolare Campania, Sicilia e Calabria – hanno evidenziato tassi di YLL standardizzati per età più elevati. La Campania ha registrato i valori più alti per cardiopatia ischemica, tumore ai polmoni e Alzheimer, ed è, insieme alla Sicilia, tra le regioni con i tassi più alti per ictus. Nonostante l'età media della popolazione in Campania e Sicilia sia tra le più basse d'Italia, l'elevata incidenza di YLL standardizzati per età suggerisce un'influenza significativa della qualità dell'assistenza sanitaria, la quale risente di risorse finanziarie inferiori a causa delle politiche di austerità adottate in seguito alla crisi economica del 2008, con conseguenti misure di contenimento della spesa e riorganizzazione dei servizi sanitari nel SSN.

In Toscana, le dieci principali cause di YLL nel 2019 (tutte le età) sono state: cardiopatia ischemica, ictus, tumore del polmone, Alzheimer e altre demenze, tumore del colon-retto, BPCO, tumore della mammella, tumore del pancreas, cardiopatia ipertensiva.

Anni di vita corretti per disabilità

Per quanto riguarda gli anni di vita corretti per disabilità (DALY), si osserva una riduzione dei tassi nelle regioni settentrionali, mentre nel Sud e nelle Isole i tassi sono rimasti stabili o hanno mostrato un lieve incremento. È inoltre evidente una tendenza all'appiattimento del trend dal 2010 in avanti. La riduzione del carico fatale è risultata più marcata rispetto a quello non fatale. La pandemia da COVID-19 ha determinato un incremento complessivo dei tassi DALY nel 2021.

Conclusioni: contrastare le disuguaglianze con una strategia di sanità pubblica adeguata

Gli autori concludono sottolineando la necessità, per l'Italia, di adottare una strategia di sanità pubblica articolata, volta a contrastare le disuguaglianze regionali nella salute e a migliorare i risultati sanitari complessivi. È fondamentale dare priorità a interventi di prevenzione, migliorare l'accesso ai servizi sanitari, promuovere un

invecchiamento in salute e affrontare i determinanti economici e sociali della salute. Le politiche di sanità pubblica dovrebbero essere flessibili e capaci di rispondere efficacemente all'evoluzione del contesto sanitario, specialmente nell'era post-pandemica, al fine di garantire miglioramenti sostenibili per tutte le regioni e le fasce demografiche.