

Marco Del Riccio, Virginia Casigliani e Lorenzo Blandi

La Corea del Sud, al pari di altri paesi asiatici, ha resistito alla pandemia. Testing e contact-tracing di massa la ricetta del successo.

**L'Italia e la Corea del Sud hanno due sistemi sanitari molto diversi tra loro, il che li porta a rispondere a situazioni di emergenza come la pandemia da SARS-CoV-2 in maniera altrettanto diversa.** In un articolo internazionale pubblicato da un gruppo di ricercatori americani, le differenze nella gestione della primissima fase della pandemia sono state messe ben a fuoco, con l'intento di fornire ulteriori strumenti nell'ideazione di strategie di sanità pubblica efficaci nella lotta alla pandemia[1].

### **Le differenze strutturali nella sanità dei due Paesi**

**In Italia il Servizio Sanitario prevede una copertura universale ed è sostenuto economicamente da tasse regionali e statali: la maggior parte delle cure è garantita gratuitamente al momento di necessità.** Lo Stato si occupa del 78,2% della spesa totale a livello sanitario ed è responsabile della costruzione e della distribuzione dei servizi sanitari. Lo Stato ha inoltre il compito di determinare i "Livelli Essenziali di Assistenza" (LEA) che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale e di vigilare sulla loro effettiva erogazione. Sono suddivisi in tre categorie principali: "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", "Assistenza distrettuale", "Assistenza ospedaliera". Le Regioni, invece, programmano e gestiscono in piena autonomia la sanità nell'ambito territoriale di loro competenza, avvalendosi delle aziende sanitarie locali (ASL) e delle aziende ospedaliere. Le ASL sono enti autonomi guidati da un direttore generale, un direttore sanitario e un direttore amministrativo, direttamente responsabili del buon funzionamento dei servizi[2]. Come risultato dei diversi livelli di ricchezza tra le diverse Regioni e dei diversi sistemi di governance, di sovente si osservano disuguaglianze nei servizi delle diverse Regioni.

**In maniera simile in Corea del Sud il governo garantisce una copertura sanitaria universale (con un sistema diverso, che prevede un'assicurazione di Stato, vedi [il sistema sanitario sudcoreano](#));** tuttavia, il sistema sudcoreano si affida in maniera importante a finanziamenti privati e i pazienti devono sostenere importanti costi definiti "out-of-pocket", ossia spese direttamente sostenute dai pazienti al momento della prestazione medica. Esiste però un tetto massimo nei pagamenti *out of pocket* e sono previsti sconti per i pazienti a basso reddito. L'unica compagnia assicurativa in Corea del Sud è il Servizio Nazionale di Assicurazione Sanitaria (NHIS); tutti i servizi, inclusa la

gestione in strutture di cura lungo termine, sono pagati dal NHIS dopo la verifica delle richieste di rimborso. I cittadini della Corea del Sud pagano quindi un contributo alla struttura che garantisce la cura così come una contribuzione al NHIS e in cambio ricevono le cure dal proprio erogatore di scelta e vengono coperti dalla polizza assicurativa del NHIS, il che riduce i loro costi “*out of pocket*”.

**I sistemi sanitari italiano e sudcoreano sono entrambi sistemi avanzati che garantiscono una copertura universale ai propri cittadini, in generale a costi accessibili.** Entrambi i sistemi garantiscono cure complessive con una particolare attenzione alla salute pubblica e alla medicina preventiva. La differenza tra i due Paesi relativamente al successo nel contenimento della diffusione del COVID-19 quindi è probabilmente attribuibile a differenze nella **fiducia nel sistema**, nell’utilizzo **di tecnologie innovative**, così come alle **differenze demografiche** tra la popolazione italiana e quella sudcoreana.

Nella Tabella 1 le differenze nella mortalità da Covid-19 tra Italia e Corea del Sud (Fonti: [Worldometers.info: coronavirus](https://www.worldometers.info/coronavirus/); [Qap.ecdc.europa.eu](https://qap.ecdc.europa.eu/)).

	Italia	Corea del Sud
N. Popolazione	60,4 milioni	51,3 milioni
Numero cumulativo dei morti al 12 gennaio 2021	79.819	1.358
Numero cumulativo dei morti per milione di abitanti	1.321	22
Numero morti nel periodo dal 21.12.20 al 03.01.21	6.533	285
Numero morti nel periodo dal 21.12.20 al 03.01.21 per 10,8 100mila abitanti		0,55

### **La fiducia nel sistema e la medicina difensiva**

Un’indagine sull’atteggiamento nei confronti del *contact tracing* in 19 Paesi ad agosto e riportata su *Nature*[3] ha rilevato che i tre quarti degli intervistati, quando positivi, avrebbero fornito le informazioni complete sui contatti avvenuti nei giorni precedenti. **Ma i numeri possono variare molto: in Vietnam, solo il 4% dei partecipanti ha dichiarato**

**che non avrebbe fornito queste informazioni. Negli Stati Uniti e in Germania la proporzione saliva al 21%, in Francia al 25%.**

**“La fiducia del pubblico in tutti i tipi di istituzioni sta diminuendo”**, afferma il sociologo Robert Groves, ex direttore dell’US Census Bureau, il quale osserva che questo è particolarmente vero nelle grandi aree urbane dove anche la coesione sociale è diminuita. Il basso numero di persone che forniscono dettagli sui contatti o che rispondono alle chiamate dei rilevatori di contatti, sebbene deludente, tuttavia non sorprende, afferma Mary Bassett, ricercatrice di sanità pubblica presso la Harvard University di Cambridge, nel Massachusetts. Alcune comunità che sono state più colpite da COVID-19 hanno una sfiducia di vecchia data nei confronti delle autorità sanitarie pubbliche, afferma[3].

In alcuni casi, è evidente come i Paesi occidentali non siano pronti a imporre l’isolamento dei casi (come avviene a Singapore), la quarantena separata per i contatti (come in Vietnam) o l’adozione di misure di tracciamento digitali per identificare le persone (come in Corea del Sud).

**La fiducia nelle istituzioni sanitarie è direttamente correlata con la fiducia nei medici.** In Italia, negli ultimi anni, si è largamente diffuso il fenomeno della “medicina difensiva”, legato principalmente all’aumento delle controversie legali di ordine medico, soprattutto per quanto riguarda i casi di negligenza. Questo suggerisce una progressiva riduzione della fiducia nella relazione paziente-medico a livello nazionale. Ciò ha portato al diffondersi di un numero sempre maggiore di moduli di consenso per proteggere i medici dalle controversie legali, senza tuttavia un ripensamento della relazione con il paziente che possa portare a decisioni condivise sul processo di cura. I medici italiani hanno cercato di risolvere questa problematica attraverso una maggiore responsabilizzazione della propria categoria e tentando di migliorare sempre di più l’appropriatezza dei servizi offerti. Nel contesto di una pandemia la fiducia che il soggetto ripone nelle istituzioni e in particolare nei professionisti diventa quindi cruciale, anche per ridurre le preoccupazioni delle persone verso violazioni della privacy o usi non sanitari dei dati.

### **La diversa demografia**

**La distribuzione demografica dei medici italiani mostra una grande percentuale di medici al di sopra dei 55 anni e che sceglie di specializzarsi piuttosto che seguire la strada del medico di famiglia, dato in linea con l’andamento europeo.** Inoltre, la popolazione anziana al di sopra dei 65 anni comprende il 23% della popolazione italiana, categoria più a rischio di avere patologie preesistenti che possono favorire lo sviluppo di altre patologie o loro complicanze, come anche questa pandemia sta dimostrando. **Al**

**contrario, la popolazione anziana in Corea del Sud rappresenta il 15% della popolazione nazionale.**

Ci sono quindi maggiori bisogni di salute in Italia a causa di una presenza importante di persone vulnerabili e, al tempo stesso, gli stessi medici, proprio per fattori anagrafici, sono più a rischio di contrarre il SARS-CoV-2 e presentare sintomi acuti.

### **Misure preventive di salute pubblica: proattività e reattività**

**A seguito del primo caso riportato di COVID-19 in Corea del Sud, il governo sudcoreano è tempestivamente intervenuto nel creare protocolli per identificare i nuovi casi e prevenire la diffusione, portando a una riduzione del tasso di incidenza di infezione.** Dal primo caso riportato in Corea del Sud (il 22 gennaio 2020) il numero di casi conosciuti è arrivato a 8413 alla data del 18 marzo 2020. In risposta a questo rapido aumento, la Corea del Sud ha subito cancellato eventi sociali, aumentato restrizioni sui trasporti pubblici e sospeso l'attività scolastica. **In aggiunta alle misure di distanziamento fisico, ha inoltre prontamente creato modalità innovative per testare i casi sospetti di COVID-19:** in particolare sono stati creati (prima che arrivassero in Italia) dei centri di *drive-through* per effettuare i tamponi per COVID-19 ai soggetti direttamente nella loro macchina, in modo da testare rapidamente e inviare una risposta via email/sms nelle 24h successive.

**L'Italia, invece, ha utilizzato un approccio più reattivo (e meno preventivo) in risposta alla diffusione di COVID-19, con ritardi nella strategia di testing massivo:** a febbraio-marzo si è verificata spesso carenza di reagenti per le analisi sui tamponi effettuati, mentre i *drive-through* per velocizzare l'esecuzione dei test sono comparsi solo ad aprile. Questo ha probabilmente, nella prima fase della pandemia, impedito di individuare un importante numero di positivi e di contatti. Inoltre, a causa di un ulteriore aumento dei casi registrati, il governo italiano ha dovuto porre l'intero paese in uno stato di *lockdown* nella speranza di contenere l'impatto del COVID-19 e limitare la diffusione del SARS-CoV-2, e questa decisione, nonostante abbia portato indubbiamente a un miglioramento della situazione pandemica, ha incontrato non poche resistenze da parte dei cittadini italiani.

**Probabilmente la maggiore efficacia della Corea del Sud nel rispondere alla pandemia da COVID-19 si deve anche all'esperienza con epidemie precedenti,** come la sindrome respiratoria mediorientale (MERS) del 2012-15 (vedi [MERS: nuova minaccia alla salute globale](#)), ben più grave della precedente SARS (2002-03). La Corea del Sud ha contrastato la diffusione della MERS perfezionando durante e in seguito a questa epidemia l'idea dei *drive-through*, che rendono il processo di testing più veloce, mantengono al sicuro

i medici, riducono di 10 minuti i tempi di pulizia e del 50% la lunghezza del processo di testing in generale.

**Inoltre, la Corea del Sud è considerata uno dei paesi più istruiti nel mondo;**

l'Organizzazione per la Cooperazione Economica e lo Sviluppo afferma che in Corea del Sud, il 70% della popolazione tra 24 e 35 anni ha completato il percorso universitario. Un altro vantaggio sta nel fatto che La Corea del Sud vanta la linea internet più veloce del mondo, con una velocità di banda quattro volte maggiore di quella degli Stati Uniti, e delle ottime infrastrutture per la connettività, che ha indubbiamente aiutato nella fase di tracciamento, di testing, di diffusione delle informazioni e di processazione e consegna dei risultati dei test.

**A causa delle esperienze passate la Corea del Sud era ben preparata per l'epidemia da COVID-19, il che ha permesso di avere un più alto tasso di test effettuati.** La differenza nei comportamenti e nelle politiche adottate spiega le grandi differenze tra Italia e Corea del Sud nei risultati ottenuti nella gestione della prima fase pandemica. La comunità di operatori della sanità pubblica ha il dovere di imparare tanto dai successi quanto dagli insuccessi in modo tale che i sistemi di sorveglianza e di risposta alle epidemie possano essere attivi (e proattivi) fin da subito nel rispondere alle prossime minacce.

Marco Del Riccio - Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva di Firenze

Virginia Casigliani - Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva di Pisa

Lorenzo Blandi - Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva di Pavia

## **Bibliografia**

1. Palaniappan A, Dave U, Gosine B. Comparing South Korea and Italy's healthcare systems and initiatives to combat COVID-19. Rev Panam Salud Publica 2020;44:e. doi: 10.26633/RPSP.2020.53. PMID: 32454806; PMCID: PMC7241577.
2. Ministero della Salute: [I Livelli essenziali di assistenza](#) (LEA)
3. Lewis D. Why many countries failed at COVID contact-tracing - but some got it right. Nature 2020;588(7838):384-387. doi: 10.1038/d41586-020-03518-4. PMID: 33318682.