

Mortalità evitabile

La mortalità riconducibile ai servizi sanitari (*amenable mortality related to health care services*) comprende quei “decessi considerati prematuri, che non dovrebbero verificarsi in presenza di cure appropriate e tempestive” (1). In altri termini, comprende quelle “morti attribuibili a condizioni per le quali esistono interventi diagnostico-terapeutici efficaci, che potrebbero ridurre morti premature” (2).

Questa definizione rappresenta un'evoluzione del concetto di mortalità evitabile, sviluppato negli Stati Uniti negli anni Settanta (3), che faceva riferimento a cause di morte rispondenti sia ad azioni di promozione della salute e di prevenzione primaria, sia a patologie suscettibili di trattamenti efficaci. La mortalità evitabile riflette, quindi, l'azione di determinanti che vanno oltre le competenze dei servizi sanitari, così come convenzionalmente definiti.

Grazie agli studi di Nolte e McKee (NMK) e di Tobias e Yeh (TY) (4, 2), il concetto di *Mortality Amenable* (MA) è stato riportato all'attenzione della comunità scientifica come potenziale strumento per valutare la qualità e l'efficacia dei sistemi sanitari e per monitorarne i cambiamenti nel tempo. Recentemente, l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OECD) e l'*English Department of Health* hanno adottato questo indicatore per valutare le *performance* dei sistemi sanitari dei vari Paesi (5).

Le due liste di cause di morte ideate da NMK e da TY sono frutto di un lavoro durato dal 2004 al 2009; nel corso di questi anni, le liste sono state aggiornate sulla base dell'evoluzione delle tecnologie diagnostiche e terapeutiche che hanno modificato, e spesso migliorato, la capacità dei servizi sanitari di ridurre le morti premature. Entrambe le liste comprendono i decessi da 0 a 75 anni per nove gruppi di patologie: 1. malattie infettive; 2. neoplasie; 3. malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche; 4. malattie del sistema nervoso; 5. malattie del sistema circolatorio; 6. malattie del sistema uro-genitale; 7. malattie del sistema respiratorio; 8. malattie dell'apparato digerente; 9. mortalità perinatale. Le principali differenze tra le due liste riguardano le malattie endocrine (NMK prendono in considerazione i decessi per diabete mellito di tipo 1 e 2 fino a 50 anni di età, mentre TY includono il 50% dei decessi per diabete di tipo 2 fino a 75 anni) e le malattie del sistema respiratorio (NMK includono tutte le malattie respiratorie da 1 a 14 anni, ad eccezione di influenza e polmonite, mentre la lista di TY include i decessi per broncopneumopatia cronica ostruttiva nei soggetti di età >45 anni e per asma fino a 45 anni).

Secondo uno studio pubblicato dall'OECD (5), nel 2006 l'Italia presentava un tasso di MA pari a 65 per 100.000 abitanti applicando la lista di NMK e pari a 71 per 100.000 con la lista di TY. Indipendentemente dalla lista utilizzata, l'Italia mostrava il terzo tasso più basso nella classifica dei Paesi OECD. Con riferimento alla variazione temporale della MA, in Italia si è assistito a una riduzione del tasso da 88,7 per 100.000 nel 1997-1998 a 59,9 per 100.000 nel 2006-2007.

In un recente studio italiano (6) i tassi di MA sono stati analizzati, a livello nazionale e regionale, utilizzando la lista proposta da NMK (triennio 2006-2008). Si è evidenziato un tasso nazionale pari a 62,6 per 100.000 abitanti (uomini: 66,0 per 100.000; donne: 59,1 per 100.000), con una variazione dei tassi regionali dal 54,1 per 100.000 della PA di Bolzano al 76,3 per 100.000 della Campania. I risultati di questo studio indicano una *performance* generalmente migliore al Nord rispetto al Sud ed Isole. Dai risultati di un altro studio italiano (7), attualmente in corso di stampa, si evince come l'uso di una lista o dell'altra (NMK o TY) non influenzi in maniera sostanziale il *pattern* geografico dei tassi di MA e la valutazione comparativa delle *performance* dei servizi sanitari regionali.

Dalla stessa ricerca emerge che le cause di morte riconducibili ai servizi contribuiscono fortemente alle disuguaglianze di mortalità prematura per tutte le cause tra Nord e Sud ed Isole (7). Usando la lista di NMK, si evince che più del 40% della differenza in salute tra Nord e Meridione (intesa come differenza dei tassi di mortalità per tutte le cause) è imputabile alla MA, percentuale che sale addirittura al 54% utilizzando la lista di TY. Inoltre, il contributo della MA alle disuguaglianze tra Nord e Sud ed Isole è più marcato tra le donne rispetto agli uomini, in linea con quanto descritto in uno studio neozelandese che ha indagato il contributo della MA al differenziale di salute fra popolazioni di diverso livello socio-economico (2).

L'utilizzo dell'indicatore MA non è esente da limitazioni, la principale delle quali riguarda la necessità di aggiornare costantemente le liste di cause di morte riconducibili ai servizi. Inoltre, data l'esiguità del fenomeno, la stima del trend temporale risulta difficoltosa e disturbata da fluttuazioni casuali del dato; questo problema si accentua quando l'indicatore viene calcolato a livello regionale (8). Per questo motivo, si consiglia di computare l'indicatore a cadenza per lo meno biennale, in modo da ottenere stime più robuste.

Pertanto, il tasso di MA non è stato aggiornato in questo volume e si rimanda al Rapporto Osservasalute

2012 per la consultazione degli ultimi dati.

Fatte salve queste limitazioni, l'indicatore MA è, comunque, utile per valutare la *performance* dei sistemi sanitari e uno studio italiano ne ha confermato la validità convergente rispetto ad altri indicatori di salute e di attività dei servizi sanitari regionali (6).

Riferimenti bibliografici

- (1) Nolte E, McKee CM. Measuring the health of nations: updating an earlier analysis. *Health Aff (Millwood)*. 2008; 27 (1): 58-71.
- (2) Tobias M, Yeh LC. How much does health care contribute to health gain and to health inequality? Trends in amenable mortality in New Zealand 1981–2004. *Aust N Z J Public Health*. 2009; 33 (1): 70-78.
- (3) Rutstein DD, Berenberg W, Chalmers TC, Child CG 3rd, Fishman AP, Perrin EB. Measuring the quality of medical care: a clinical method. *N Engl J Med*. 1976; 294 (11): 582-588.
- (4) Nolte E, McKee CM. Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care. *BMJ*. 2003; 327 (7424): 1.129.
- (5) Gay JG, Paris V, Deveaux M, de Looper M. Mortality amenable to health care in 31 OECD countries: estimates and methodological issues. OECD Publishing: OECD Working Papers. 2011; 55.
- (6) Fantini MP, Lenzi J, Franchino G, Raineri C, Burgio A, Frova L, Domenighetti G, Ricciardi W, Damiani G. Amenable mortality as a performance indicator of Italian health-care services. *BMC Health Serv Res*. 2012; 12 (1): 310.
- (7) Fantini MP, Lenzi J, Franchino G, Raineri C, Domenighetti G, Ricciardi W, Damiani G. La mortalità riconducibile ai servizi sanitari e le disuguaglianze di salute nelle regioni italiane. *Epidemiol Prev*; in press.
- (8) Lenzi J, Rucci P, Franchino G, Domenighetti G, Damiani G, Fantini MP. Regional and gender variation in mortality amenable to health care services in Italy. *Journal of Hospital Administration*. 2013; 2 (3): 28-37.