



## Mortalità riconducibile ai servizi sanitari

Grande interesse riscuote, per le valutazioni di un Servizio Sanitario Nazionale, l'indicatore "Mortalità riconducibile ai servizi sanitari" (*amenable mortality*), ossia quei decessi prematuri che non dovrebbero verificarsi in presenza di cure efficaci e tempestive e per i quali esistono interventi diagnostico-terapeutici di provata efficacia. Questo indicatore permette di segnalare le situazioni più a rischio, di studiare possibili interventi correttivi e di verificarne, nel tempo, il successo. L'analisi della sua dinamica è assai importante, in considerazione del fatto che le politiche volte a migliorare l'efficacia dei servizi attraverso nuove tecnologie diagnostico-terapeutiche e nuovi modelli organizzativi producono effetti rilevabili nel medio-lungo termine.

La rilevanza di indicatori di questo tipo è ormai consolidata anche in ambito internazionale. L'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico ha introdotto la mortalità riconducibile ai servizi sanitari nel *core* di misure per la valutazione della *performance* dei servizi sanitari dei Paesi aderenti; inoltre, studi provenienti da diversi Paesi hanno analizzato questo indicatore per valutare l'efficacia e l'equità dei servizi sanitari a livello nazionale e sub-nazionale.

L'utilizzo dell'indicatore *amenable mortality* non è esente da limitazioni, la principale delle quali riguarda la necessità di aggiornare costantemente le liste di cause di morte riconducibili ai servizi. Si tratta di un fenomeno con una bassa frequenza e come tale sperimenta forti oscillazioni nel tempo; questo problema si accentua quando l'indicatore viene calcolato a livello sub-nazionale. Per questo motivo, quando si pongono a confronto i Servizi Sanitari Regionali (SSR), si consiglia di computare l'indicatore a cadenza almeno biennale, in modo da ottenere stime più robuste.

Nel presente Capitolo viene analizzato il tasso di mortalità evitabile riconducibile ai servizi sanitari per gli ultimi 2 anni disponibili (2016-2017), esaminandone la variabilità territoriale in un'ottica di valutazione dell'efficacia dei singoli SSR e di equità a livello nazionale. L'analisi è, inoltre, corredata dello studio della dinamica temporale dell'indicatore a livello nazionale e regionale confrontando i bienni 2016-2017 e 2014-2015. Le analisi mettono in evidenza una ulteriore e sostanziale diminuzione del fenomeno, nonostante perdurino significative differenze tra il Meridione e il Centro-Nord.





## Mortalità evitabile riconducibile ai servizi sanitari

**Significato.** La mortalità riconducibile ai servizi sanitari (*mortality amenable to health care services*), o *amenable mortality*, comprende i “decessi considerati prematuri, che non dovrebbero verificarsi in presenza di cure appropriate e tempestive” (1). In altri termini, la mortalità riconducibile ai servizi sanitari comprende le “morti attribuibili a condizioni per le quali esi-

stono interventi diagnostico-terapeutici efficaci” (2). Grazie agli studi di Nolte e McKee (1) e Tobias e Yeh (2), il concetto di *amenable mortality* è stato riportato all’attenzione della comunità scientifica come potenziale strumento per valutare la qualità e l’efficacia dei servizi sanitari e per monitorarne i cambiamenti nel tempo.

### Tasso di mortalità evitabile riconducibile ai servizi sanitari

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100.000$$

Decessi per età e cause specifiche\*  
Popolazione media residente

\*Selezionate dalla lista di Nolte e McKee (1).

**Validità e limiti.** La lista di cause di morte riconducibili ai servizi sanitari necessita di frequenti aggiornamenti poiché, grazie ai progressi in campo medico e tecnologico, alcune patologie possono divenire curabili o prevenibili. Per questa ragione, non è appropriato fare confronti per lunghi periodi di tempo. Inoltre, l’*amenable mortality* è un fenomeno con una bassa frequenza e come tale sperimenta forti oscillazioni nel tempo; questo problema si accentua quando l’indicatore viene calcolato a livello regionale (3). Per questo motivo si consiglia di computare l’indicatore a cadenza almeno biennale, in modo da ottenere stime più robuste soprattutto ai fini della valutazione comparativa tra servizi sanitari sub-nazionali.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Non essendo presenti riferimenti normativi o di letteratura, nel commento dei risultati viene utilizzato come riferimento il valore nazionale. Al fine di fornire una misura della variabilità del fenomeno, si ipotizza che questo sia la realizzazione di un processo aleatorio infinito. In particolare, si ipotizza che la sua distribuzione sia asintoticamente normale (4, 5). Sotto tale ipotesi si possono stimare gli Intervalli di Confidenza al 95% per i tassi regionali.

### Descrizione dei risultati

Rispetto al biennio 2014-2015, negli anni 2016-2017 il tasso standardizzato di *amenable mortality* è passato da 69,83 a 65,53 per 100.000, pari a una diminuzione del 6,16%. Oltre il 70% dei decessi registrati negli

ultimi 2 anni sono dovuti a tumori maligni del colon e del retto (19,09%), malattie cerebrovascolari (18,23%), malattie ischemiche del cuore (17,06%) e tumori maligni della mammella (16,66%).

Le regioni con il più forte decremento sono la Valle d’Aosta (-19,95%) e la Lombardia (-12,21%), mentre la regione con il decremento più lieve è la PA di Trento (-0,97%). Unica eccezione è la Basilicata, in cui il tasso è salito da 70,22 a 71,88 per 100.000 (+2,36%). La diminuzione del tasso di *amenable mortality* è stata confermata nelle sotto-analisi condotte separatamente sulla popolazione maschile e femminile (dati non presenti nel grafico).

Nel Grafico 1 sono riportati i tassi regionali standardizzati nel biennio 2016-2017. La mortalità è significativamente inferiore al valore nazionale (65,53 per 100.000) in 10 regioni: Valle d’Aosta, Lombardia, PA di Bolzano, PA di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria e Marche. Valori significativamente superiori si registrano in 7 regioni (Piemonte, Lazio, Campania, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna), mentre nelle rimanenti 4 (Liguria, Abruzzo, Molise e Puglia) i tassi di *amenable mortality* non sono significativamente diversi dal dato nazionale. I valori più bassi e più alti tra le regioni si registrano, rispettivamente, nella PA di Trento (50,32 per 100.000) e in Campania (87,39 per 100.000). Questo *pattern* geografico ricalca quello rilevato nel biennio 2015-2016 (vedi Rapporto Osservasalute Edizione 2018).

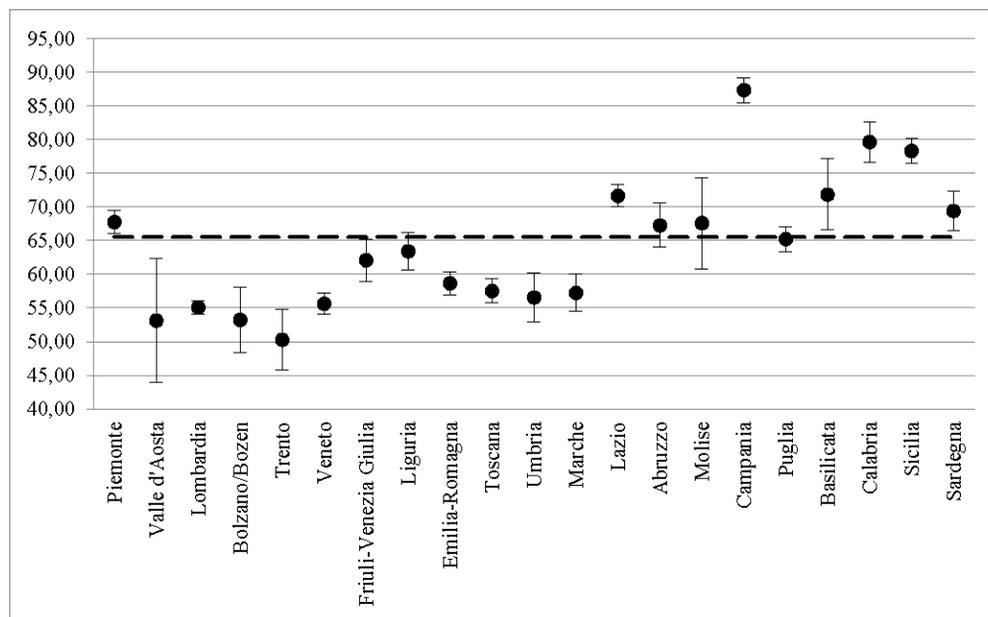




## MORTALITÀ RICONDUCEBILE AI SERVIZI SANITARI

447

**Grafico 1** - Tasso (standardizzato per 100.000) e Intervalli di Confidenza (valori al 95%) di amenable mortality per regione - Anni 2016-2017



Fonte dei dati: Istat. Dati regionali di mortalità. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2020.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Da uno studio pubblicato sulla rivista *Health Services Research* emerge che negli anni 2000-2013 l'Italia aveva uno dei tassi di *amenable mortality* più bassi tra i Paesi ad alto reddito afferenti all'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico, preceduta solo da Francia, Spagna, Norvegia, Svezia e Lussemburgo (6).

A livello nazionale, tra i bienni 2014-2015 e 2016-2017 la mortalità evitabile riconducibile ai servizi sanitari è diminuita del 6,16%, con un *range* di variazioni percentuali calcolate a livello regionale compreso tra -19,95% e +2,36%. Nonostante questo dato positivo, i risultati relativi all'ultimo biennio disponibile confermano ancora una volta che le regioni del Centro-Nord hanno una *performance* dei servizi sanitari generalmente migliore rispetto alle regioni del Meridione. Tale evidenza, unita al fatto che l'*amenable mortality* contribuisce fortemente alle differenze di mortalità prematura per tutte le cause tra Nord e Sud (7), suggerisce che molti sforzi devono essere ancora fatti per migliorare l'assistenza e l'equità nell'accesso ai servizi e per ridurre le disuguaglianze di salute nelle regioni.

### Riferimenti bibliografici

- (1) Nolte E, McKee M. Measuring the health of nations: updating an earlier analysis. *Health Aff (Milwood)* 2008; 27: 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: 70-78.
- (3) 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: 310.
- (4) Chiang CL. Standard error of the age-adjusted death rate. U.S. Department of Health, Education and Welfare: Vital Statistics Special Reports 1961; 47: 271-285.
- (5) Dobson AJ, Kuulasmaa K, Eberle E, Scherer J. Confidence intervals for weighted sums of Poisson parameters. *Stat Med* 1991; 10: 457-462.
- (6) Gianino MM, Lenzi J, Muça A, Fantini MP, Siliquini R, Ricciardi W, Damiani G. Declining Amenable Mortality: Time Trend (2000-2013) and Geographic Area Analysis. *Health Serv Res*, in press.
- (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* 2014; 38: 100-107.

