



Mortalità riconducibile ai servizi sanitari

Grande interesse riscuote, per le valutazioni di un SSN, l'indicatore "Mortalità riconducibile ai servizi sanitari" (*amenable mortality*), ovvero 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 molto 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'OCSE ha, infatti, introdotto la mortalità riconducibile ai servizi sanitari nel *core* di misure per la valutazione della *performance* dei servizi sanitari dei Paesi aderenti.

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. Inoltre, data l'esiguità del fenomeno, la stima del trend temporale risulta difficoltosa e influenzata da fluttuazioni casuali del dato; questo problema si accentua quando l'indicatore viene calcolato a livello sub-nazionale. Per questo motivo, quando si pongono a confronto i SSR, si consiglia di computare l'indicatore a cadenza almeno biennale, in modo da ottenere stime più robuste.

Nel presente Capitolo sarà analizzato il tasso di mortalità evitabile riconducibile ai servizi sanitari per gli ultimi 2 anni disponibili (2018-2019), 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 2018-2019 e 2016-2017. Le analisi mettono in evidenza una ulteriore diminuzione del fenomeno, nonostante perdurino significative differenze tra il Sud ed Isole ed 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 portato all’attenzione della comunità scientifica come potenziale strumento per valutare la qualità e l’efficacia dei servizi sanitari oltre a 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

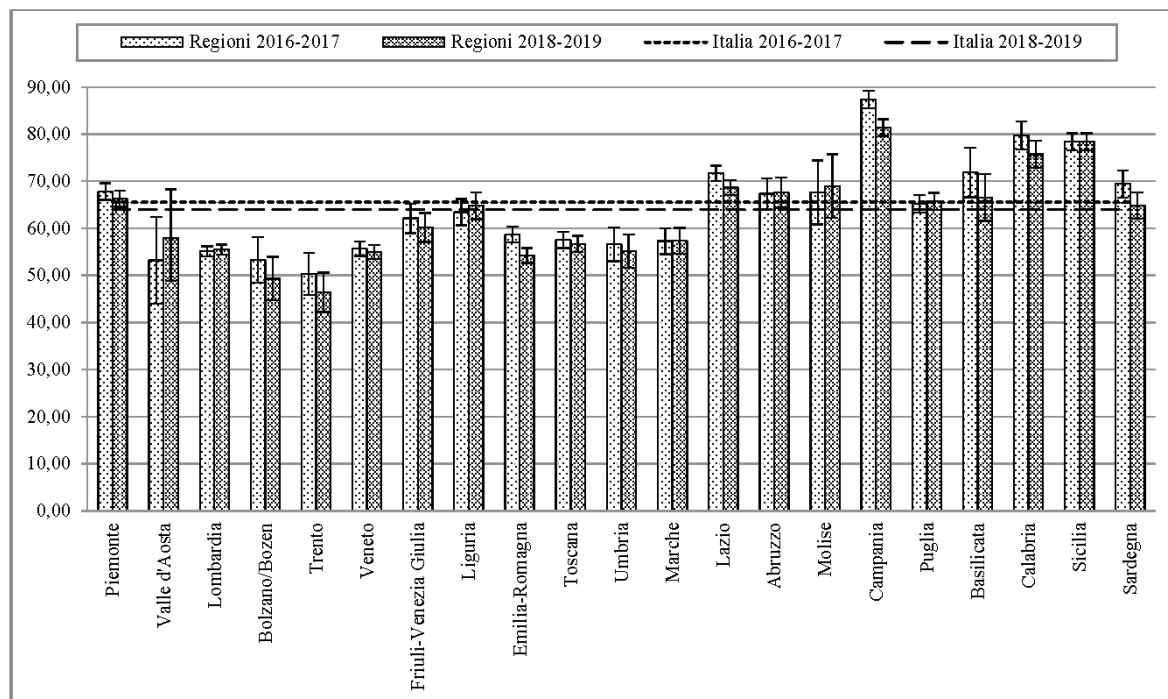
Rispetto al biennio 2016-2017, negli anni 2018-2019 il tasso standardizzato di *amenable mortality* è passato da 65,53 a 63,98 per 100.000, pari a una diminuzione del 2,37% (Grafico 1). Il 70% dei decessi registrati negli ultimi 2 anni disponibili è dovuto a tumori maligni del colon-retto (19,13%), malattie cerebrovascolari (17,96%), tumori maligni della mammella (16,88%) e malattie ischemiche del cuore (16,03%).

Il tasso standardizzato di *amenable mortality* è diminuito in 13 regioni (Grafico 1): quelle con il più forte

decremento sono la PA di Trento (-7,75%), l’Emilia-Romagna (-7,53%), la Basilicata (-7,40%) e la PA di Bolzano (-7,38%), mentre quella con il decremento più lieve è il Veneto (-1,24%). In Sicilia il tasso standardizzato di *amenable mortality* non ha subito modifiche rispetto al biennio precedente, mentre nelle restanti 7 regioni è stato registrato un incremento. Le regioni interessate sono: Marche (+0,17%), Abruzzo (+0,42%), Lombardia (+0,64%), Puglia (+0,70%), Molise (+1,95%), Liguria (+2,11%) e Valle d’Aosta (+8,89%). Come si può evincere dal raffronto delle stime puntuali e intervallari di ogni regione, le variazioni statisticamente significative tra il 2016-2017 e il 2018-2019 hanno riguardato, tutte con segno negativo, l’Emilia-Romagna, il Lazio, la Campania, la Basilicata, la Calabria e la Sardegna. 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).

Come illustrato nel Grafico 1, la mortalità del biennio 2018-2019 è significativamente inferiore al valore nazionale (63,98 per 100.000) in 9 regioni: Lombardia, PA di Bolzano, PA di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria e Marche. Valori significativamente superiori si registrano in 6 regioni (Piemonte, Lazio, Abruzzo, Campania, Calabria e Sicilia), mentre nelle rimanenti 6 regioni (Valle d’Aosta, Liguria, Molise, Puglia, Basilicata e Sardegna) 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 (46,42 per 100.000) e in Campania (81,41 per 100.000). Questo *pattern* geografico ricalca quello rilevato nel biennio 2016-2017.

Grafico 1 - Tasso (standardizzato per 100.000) e Intervalli di Confidenza (valori al 95%) di amenable mortality per regione - Anni 2016-2017 e 2018-2019



Fonte dei dati: Istat. Dati regionali di mortalità. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2022.

Raccomandazioni di Osservasalute

A livello nazionale, tra i bienni 2016-2017 e 2018-2019 la mortalità evitabile riconducibile ai servizi sanitari è calata del 2,37%, con un *range* di variazioni percentuali calcolate a livello regionale compreso tra -7,75% e +8,89%. 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 Meridione (6), 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 in tutte le 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) 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.