

Mortalità riconducibile ai servizi sanitari

Grande interesse riscuote, per le valutazioni di un Servizio Sanitario Nazionale, l'indicatore mortalità riconducibile ai servizi sanitari, 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 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 nel *core* di misure per la valutazione della *performance* dei servizi sanitari dei Paesi aderenti e recenti studi statunitensi, italiani, spagnoli, ungheresi e israeliani hanno analizzato questo indicatore per valutare l'efficacia e l'equità dei servizi sanitari a livello nazionale e subnazionale.

Nel presente Capitolo viene analizzato il tasso di mortalità evitabile riconducibile ai servizi sanitari per gli ultimi 2 anni disponibili (2010-2011), esaminandone la variabilità territoriale in un'ottica di valutazione dell'equità rispetto all'efficacia dei singoli servizi sanitari regionali. Viene, inoltre, indagata la dinamica temporale dell'indicatore, a livello nazionale, dal 2006 al 2011.

Il Capitolo si conclude con uno studio che prende in esame una serie di cause di morte più ampia di quella utilizzata per tracciare i decessi riconducibili ai servizi sanitari. Con l'intento di dettagliare maggiormente le aree migliorative di intervento e di allargare la valutazione del fenomeno della mortalità evitabile, è stata analizzata a livello regionale l'occorrenza dei decessi riconducibili a: 1. promozione della salute di competenza non sanitaria; 2. promozione della salute di competenza sanitaria; 3. prevenzione collettiva; 4. diagnosi e terapia precoci; 5. assistenza sanitaria di base; 6. assistenza ospedaliera per acuti. La specificazione della mortalità evitabile nell'ambito degli interventi preventivi e della tempestività ed efficacia dei servizi sanitari permette l'individuazione di *pattern* regionali e situazioni peculiari che possono fornire un utile strumento di orientamento alle decisioni di programmazione.

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, comprende le “morti attribuibili a condizioni per le quali esistono interventi diagnostico-terapeutici efficaci” (2). Grazie ai recenti 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. Un recente studio italiano ne ha confermato la validità convergente rispetto ad altri indicatori di salute e attività dei servizi sanitari regionali (3).

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.

Validità e limiti. La lista di cause di morte riconducibili ai servizi sanitari deve essere costantemente aggiornata 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, data l’esiguità del fenomeno, la stima del trend temporale risulta difficile e disturbata da fluttuazioni casuali del dato; questo problema si accentua quando l’indicatore viene calcolato a livello regionale (4). 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 subnazionali.

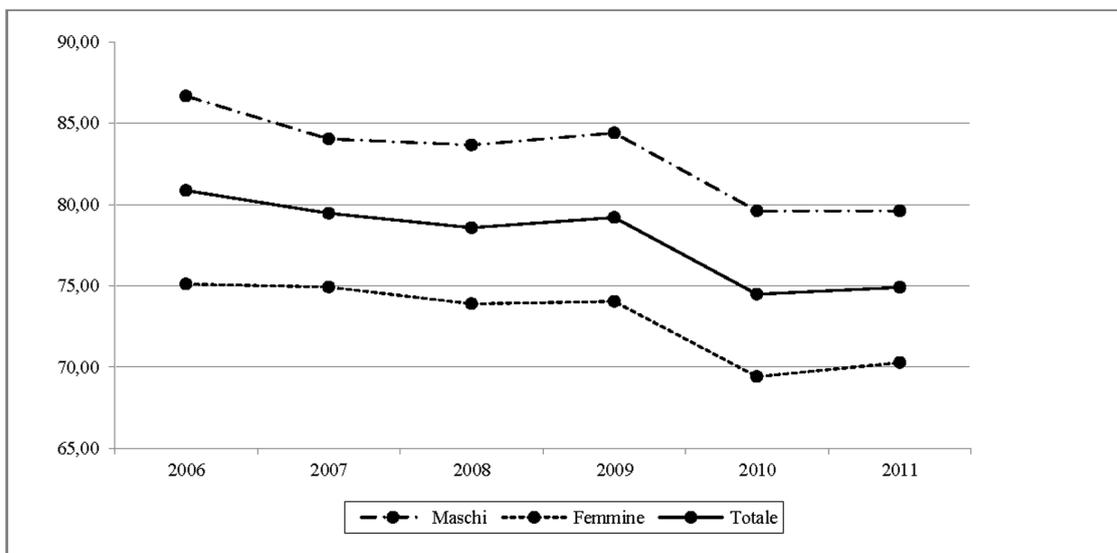
Valore di riferimento/Benchmark. Non sono presenti riferimenti normativi o di letteratura. Per il commento dei risultati viene utilizzato come riferimento il valore nazionale.

Descrizione dei risultati

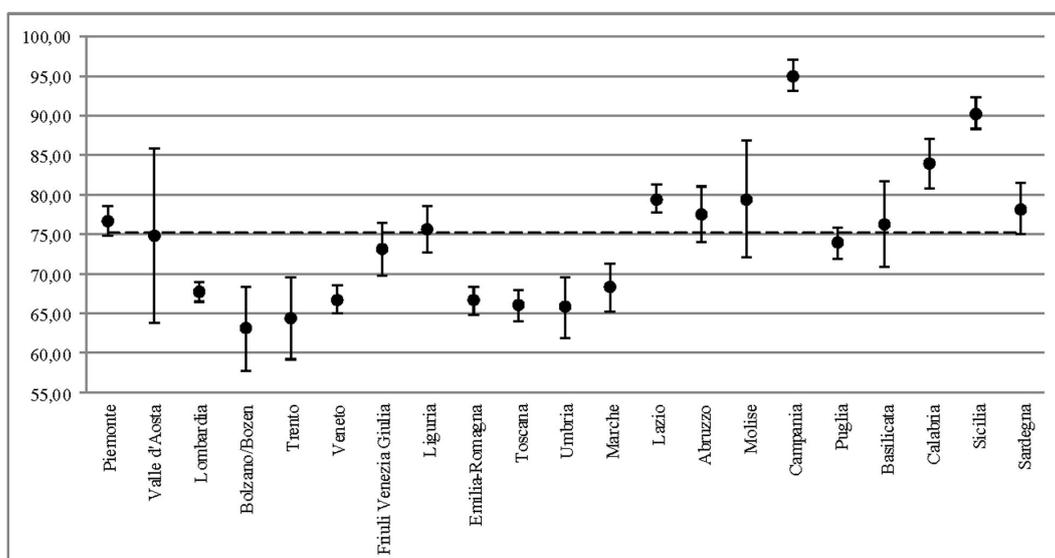
Il Grafico 1 mostra l’andamento della mortalità riconducibile ai servizi sanitari dal 2006 al 2011 a livello nazionale. Nei 6 anni di osservazione si è assistito a

una riduzione del tasso, passato dall’80,87 (per 100.000) del 2006 al 74,92 (per 100.000) del 2011. Tale diminuzione, tuttavia, non è stata costante nel corso degli anni: nel 2009 si è registrato un lieve aumento rispetto all’anno precedente, seguito poi da una netta diminuzione; tra il 2010 e il 2011 non si sono registrati cambiamenti degni di rilievo. L’andamento decrescente della mortalità riconducibile ai servizi sanitari è confermato anche in seguito a standardizzazione per età.

Nel Grafico 2 sono riportati i tassi regionali standardizzati per età nel biennio 2010-2011. La mortalità riconducibile ai servizi sanitari è inferiore al valore nazionale (pari a 75,14 per 100.000) in 8 regioni: Lombardia, PA di Bolzano, PA di Trento, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria e Marche. Valori significativamente superiori al dato nazionale si registrano invece nel Lazio, Campania, Calabria e Sicilia. I valori più bassi e più alti si registrano nella PA di Bolzano (63,01 per 100.000) e in Campania (95,06 per 100.000), rispettivamente. Questo *pattern* geografico è confermato sia per la popolazione maschile che per quella femminile.

Grafico 1 - Tasso (per 100.000) di amenable mortality per genere - Anni 2006-2011

Fonte dei dati: Istat. Dati regionali di mortalità. Demografia in cifre per la popolazione. Anni 2006-2011.

Grafico 2 - Tasso (standardizzato per 100.000) di amenable mortality per regione - Anni 2010, 2011

Fonte dei dati: Istat. Dati regionali di mortalità. Demografia in cifre per la popolazione. Anni 2010-2011.

Raccomandazioni di Osservasalute

A livello nazionale, dal 2006 al 2011 si è assistito ad una sostanziale diminuzione del tasso di mortalità evitabile riconducibile ai servizi sanitari (-7,36%), sia tra la popolazione maschile (-8,15%) che tra la popolazione femminile (-6,43%). Nonostante questo dato ampiamente positivo, i risultati relativi al biennio 2010-2011 confermano che le regioni centro-settentrionali hanno una *performance* dei servizi sanitari tendenzialmente migliore rispetto alle regioni meridionali. Tale evidenza, unita al fatto che la *amenable mortality* contribuisce fortemente alle differenze di mortalità prematura per tutte le cause tra Nord e Sud

ed Isole (5), suggerisce che molti sforzi devono essere 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) 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: 28-37.

(4) 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.

(5) 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.

Mortalità evitabile ed Epidemiologia politica

Prof. Nicola Nante, Dott. Gabriele Messina, Dott. Giuseppe Spataro, Sig.ra Veronica Biagiotti, Dott.ssa Cecilia Quercioli, Dott. Roberto Giannini, Dott. Mauro Maccari, Prof. Corrado Bedogni, Prof. Fulvio Moirano

Contesto

Nel 1976 Rutstein incluse la mortalità evitabile (*avoidable mortality*) tra gli “eventi sentinella”, indicatori di cattiva qualità dell’assistenza sanitaria. Numerosi Autori, da allora, hanno sviluppato il concetto, individuando una mortalità evitabile con tempestiva ed efficace assistenza sanitaria (*amenable mortality*) ed una con misure preventive (*preventable mortality*). In quest’ultimo ambito alcune morti sono più o meno direttamente riconducibili al sistema sanitario ed altre ad una più generale *policy*. Nel 1999, fu pubblicato un primo Rapporto di valutazione delle diverse Aziende Sanitarie Locali (ASL) e regioni italiane (“Prometeo”), specificando la mortalità evitabile per genere e grandi aree di intervento: prevenzione primaria, diagnosi e terapia precoci, igiene e assistenza sanitaria. L’indagine fu aggiornata nel 2007 (Atlante ERA) e più recentemente con il portale MEV(i) (www.mortalitaevitabile.it). Questi dati, assieme a quelli prodotti dal Programma Nazionale Esiti dell’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali ed a quelli prodotti dal Rapporto Osservasalute, costituiscono un obiettivo riferimento per la valutazione degli *outcome* delle strutture sanitarie italiane. Il nostro lavoro vuole contribuire a perfezionare tale piattaforma, dettagliando maggiormente le aree di intervento ed allargando la valutazione all’ambito extrasanitario.

Materiali e metodi

Dalla letteratura sono state individuate 579 cause di morte evitabili. Mediante *focus group* (Direzioni di ASL, Medici di Medicina Generale, di Distretto e di Dipartimento di Prevenzione) dette cause sono state attribuite ai seguenti ambiti:

- prevenzione e promozione della salute di competenza non sanitaria: incidenti stradali, condizioni di trascuratezza e abbandono, aggressioni etc.;
- promozione della salute di competenza sanitaria (educazione sanitaria): neoplasie fumo-correlate, malattie sessualmente trasmesse, malattie da abuso di alcol etc.;
- prevenzione collettiva: tossinfezioni alimentari, pneumoconiosi ed alcune altre malattie professionali, encefaliti infettive etc.;
- diagnosi e terapia precoci: neoplasie dello stomaco, retto, cute, mammella, cervice uterina etc.;
- assistenza sanitaria di base: diabete mellito, ipertensione, influenza, Broncopneumopatia Cronico Ostruttiva etc.;
- assistenza ospedaliera per acuti: polmonite, ulcera gastrica, ernie etc.

All’assistenza sanitaria *in toto* sono state ascritte tutte le cause di morte suddette, escludendo quelle di competenza non sanitaria, ed altre cause di morte interessanti trasversalmente, e meno specificamente, più ambiti sanitari: infarto miocardico acuto, ictus, varici esofagee etc..

Sono stati utilizzati dati dell’Istituto Nazionale di Statistica relativi al quinquennio 2006-2010, stratificati per regione e fascia di età e standardizzati con metodo diretto (Censimento della popolazione 2011).

Risultati

Nel Grafico 1 si nota che, in quasi tutti gli ambiti considerati, il Trentino-Alto Adige mostra le migliori *performance*. La Liguria e la Campania presentano le migliori situazioni per prevenzione-promozione della salute sanitaria, ma non per le loro *performance* sanitarie.

In base ai suddetti dati sono stati costruiti diagrammi “radar” per una più immediata interpretazione dei diversi *pattern* regionali.

In detti diagrammi il valore 0 corrisponde alla migliore *performance* complessiva e 100 alla peggiore.

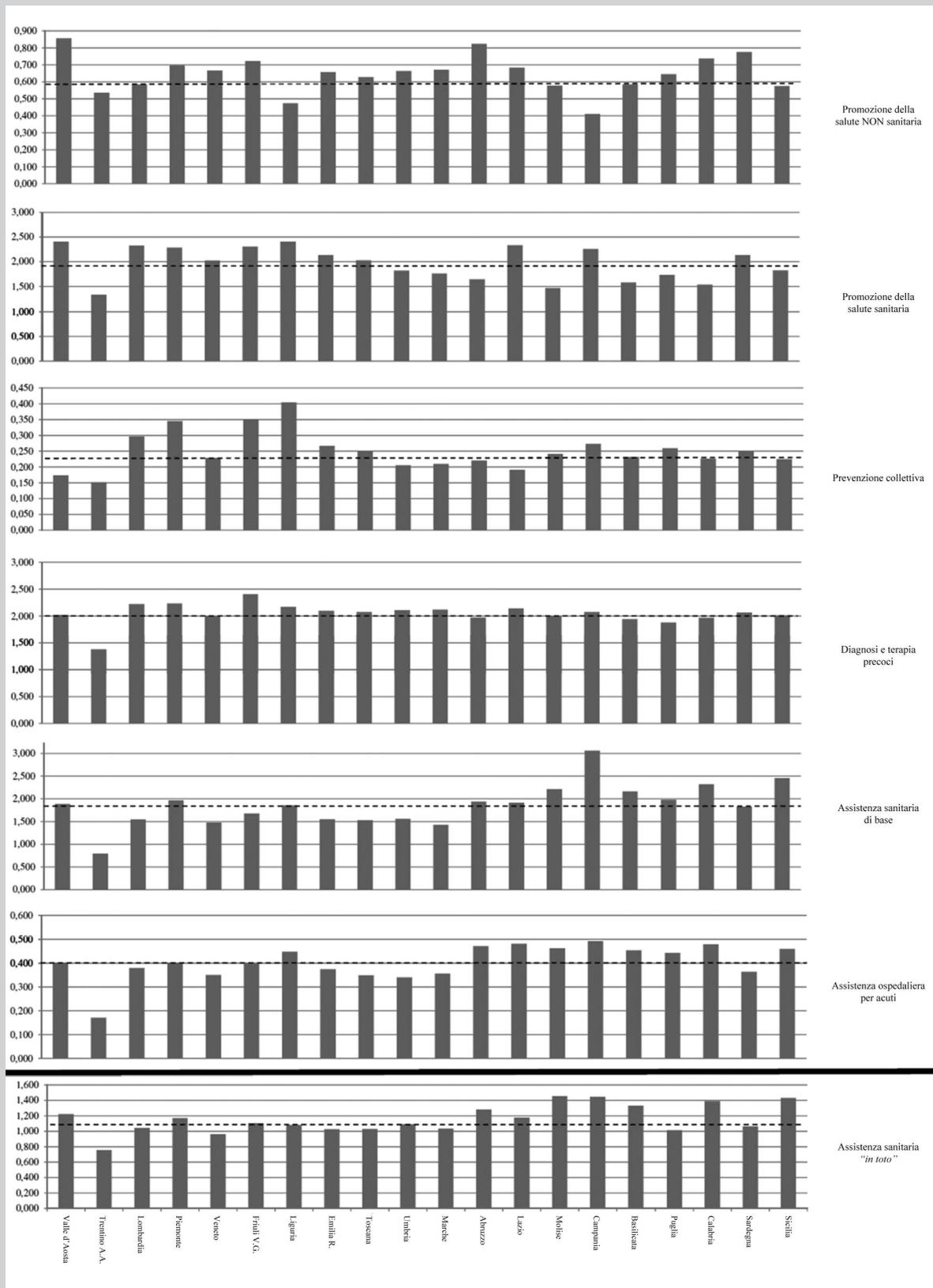
Il Grafico 2 evidenzia come alcune regioni (Centro, Nord-Est e Sardegna) mostrino un *pattern* che potremmo definire “in medio stat virtus”.

Il Grafico 3 mostra come alcune regioni (Sud e Sicilia) si caratterizzino soprattutto per non buone *performance ospedaliere*.

Nel Grafico 4 si delineano situazioni di debolezza nel settore preventivo sanitario, con migliori *performance* in diversi ambiti della Lombardia rispetto a Piemonte e Friuli Venezia Giulia.

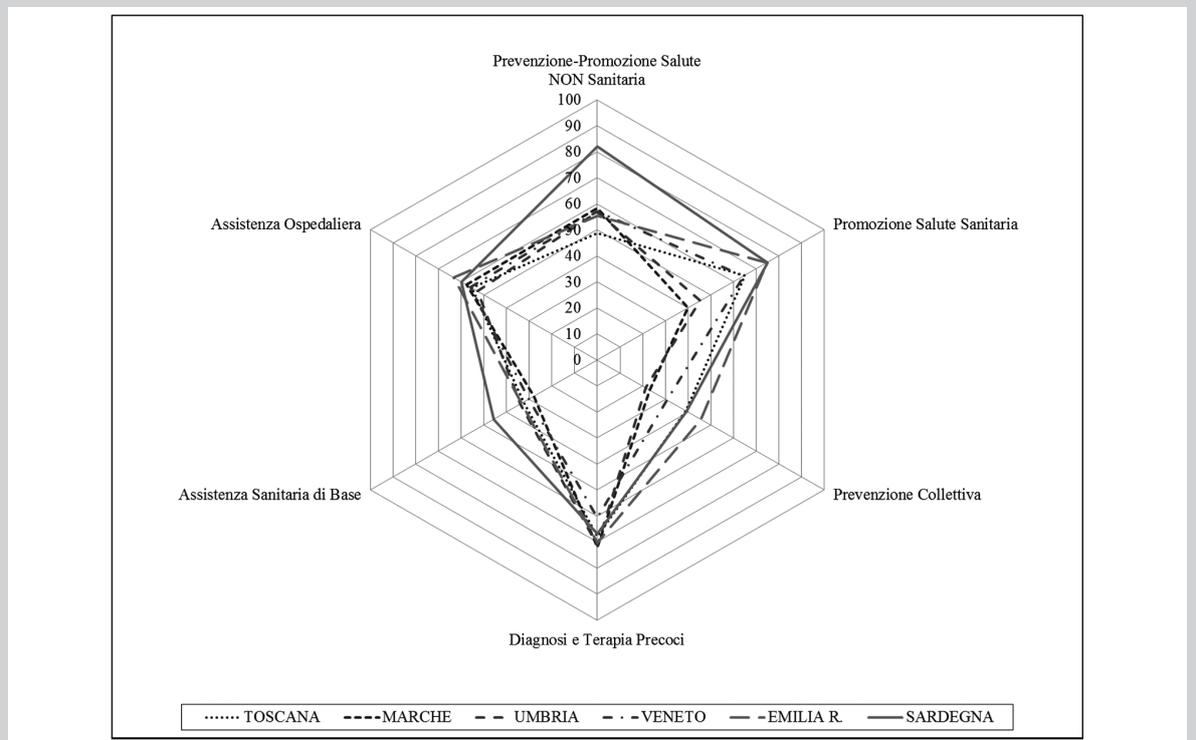
Nel Grafico 5 sono riportate le *performance* regionali meno assimilabili ai precedenti *pattern* (Trentino-Alto Adige, Valle d’Aosta, Liguria, Lazio e Campania).

Grafico 1 - Tasso medio (standardizzato per 1.000) di mortalità evitabile per ambito di competenza e regione - Anni 2006-2010



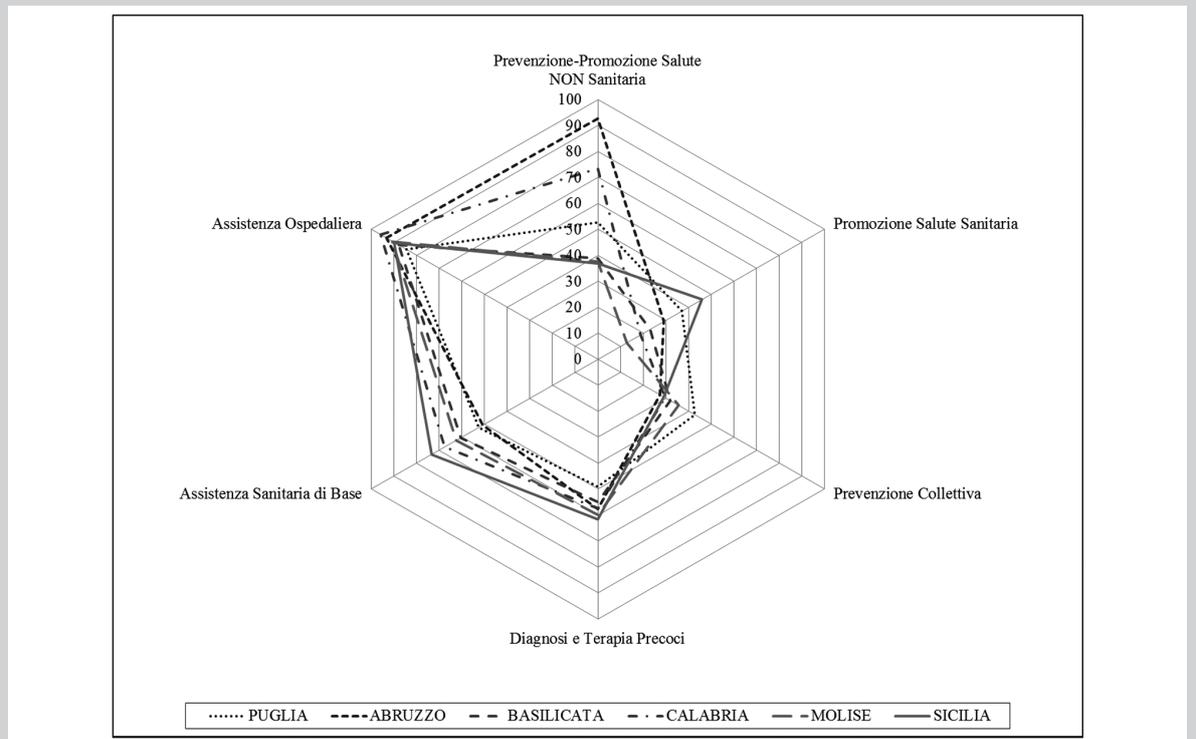
Fonte dei dati: Istat. Anni vari.

Grafico 2 - Pattern di mortalità evitabile per ambito di competenza in Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Sardegna - Anni 2006-2010



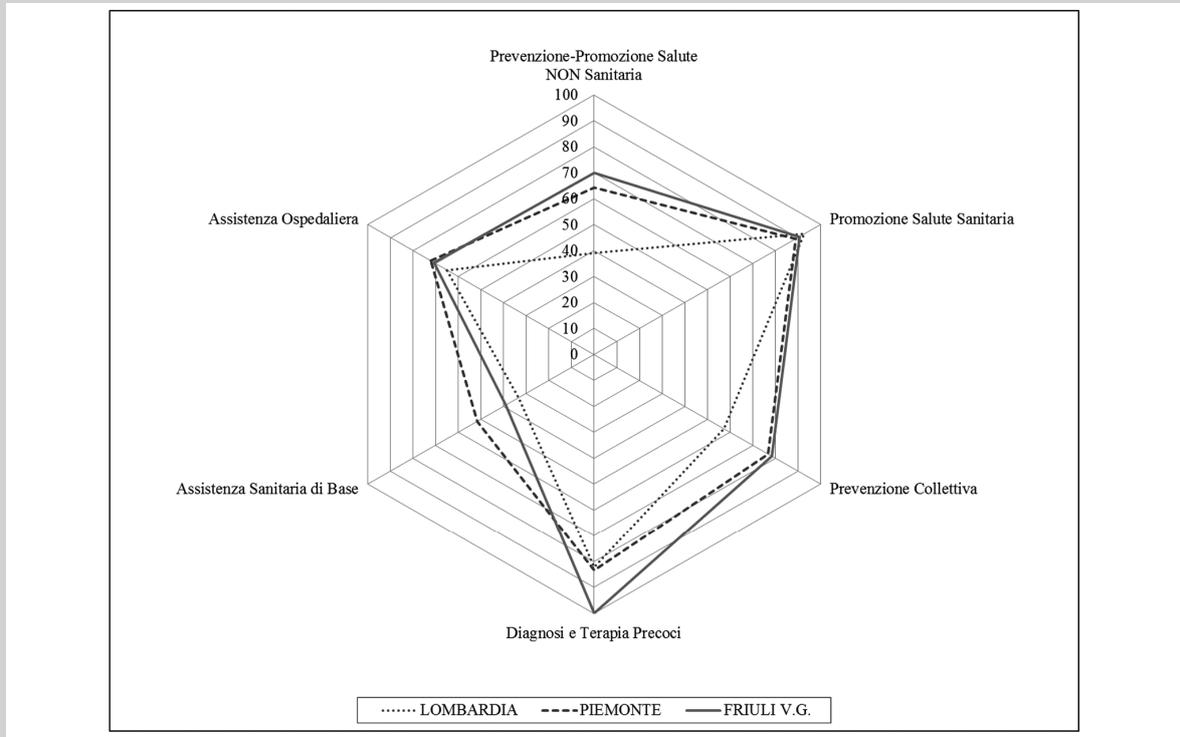
Fonte dei dati: Istat. Anni vari.

Grafico 3 - Pattern di mortalità evitabile per ambito di competenza in Abruzzo, Molise, Puglia, Basilicata, Calabria e Sicilia - Anni 2006-2010



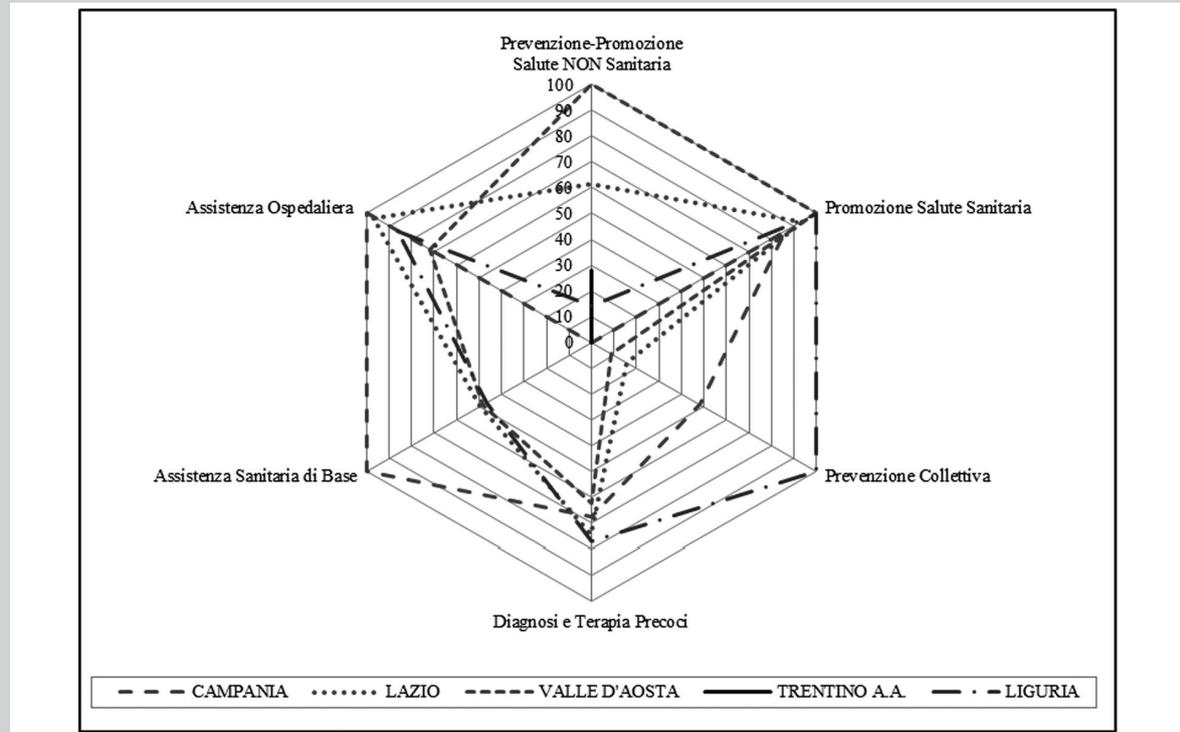
Fonte dei dati: Istat. Anni vari.

Grafico 4 - Pattern di mortalità evitabile per ambito di competenza in Piemonte, Lombardia e Friuli Venezia Giulia - Anni 2006-2010



Fonte dei dati: Istat. Anni vari.

Grafico 5 - Pattern di mortalità evitabile per ambito di competenza in Valle d'Aosta, Trentino Alto Adige, Liguria, Lazio e Campania - Anni 2006-2010



Fonte dei dati: Istat. Anni vari.

Conclusioni

La specificazione per ambiti di competenza delle “morti evitabili” (peraltro perfezionabile) porta ad una più precisa responsabilizzazione sull’*outcome* dei vari settori.

La suddivisione delle attività di prevenzione-promozione della salute in ambiti di competenza sanitaria non ha consentito di cogliere peculiarità finora poco esplorate (ad esempio in Campania).

Sono stati individuati *pattern* che sembrano avere presupposti di natura geografica rispetto ai quali l’individuazione di situazioni limite può, più immediatamente, orientare decisioni di programmazione.

Riteniamo che la mortalità evitabile, resa più specifica per ambiti di attività, come da noi proposto, rientri a pieno titolo nella “cassetta degli attrezzi” della nascente disciplina dell’Epidemiologia Politica alla quale il Rapporto Osservasalute può e, a nostro avviso, deve apportare il suo determinante contributo.

Riferimenti bibliografici

- (1) Nolte E, McKee M. Does health care save lives? The Nuffield Trust 2004; 16.
- (2) Fantini MP, Lenzi J, Franchino G, Damiani G. Mortalità evitabile. Rapporto Osservasalute 2013; 359-360.
- (3) © Nebo Ricerche PA MEV(i) - Mortalità Evitabile (con intelligenza) 2014.