

Tratto da SaluteInternazionale.info

La mortalità riconducibile ai servizi sanitari e disuguaglianze di salute in Italia

2014-09-22 09:09:13 Redazione SI



Maria Pia Fantini e Jacopo Lenzi

L'OCSE ha introdotto la mortalità riconducibile ai servizi sanitari tra le misure più importanti per la valutazione della performance dei sistemi sanitari. In Italia i decessi riconducibili ai servizi sanitari contribuiscono fortemente alle disuguaglianze tra Nord, Centro e Sud nei livelli di mortalità per tutte le cause della popolazione con età inferiore a 75 anni.

La mortalità riconducibile ai servizi sanitari (*mortality amenable to healthcare services*) comprende 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[1,2]. Questa definizione rappresenta un'evoluzione del concetto di "mortalità evitabile", sviluppato negli Stati Uniti a partire dagli anni Settanta[2] e riferito a cause di morte rispondenti sia ad azioni di promozione della salute e di prevenzione primaria (riduzione dell'incidenza di malattia), sia a cause suscettibili di trattamenti efficaci (riduzione della letalità). La mortalità evitabile, così come tradizionalmente intesa, riflette influenze e responsabilità che vanno al di là dell'azione dei servizi sanitari, coinvolgendo attori multipli.

Grazie ai recenti studi dei ricercatori inglesi Ellen Nolte e Martin McKee[1,3-5] e dei ricercatori neozelandesi Martin Tobias e Li-Chia Yeh[2], **il concetto di mortalità *amenable* è stato riportato all'attenzione della comunità**

scientifica come potenziale strumento per valutare e monitorare l'efficacia e la qualità dei servizi sanitari. Le cause di morte comprese negli algoritmi dei **due gruppi di ricerca** sono convenzionalmente suddivise in dieci categorie diagnostiche[6]: (i) malattie infettive, (ii) neoplasie, (iii) malattie endocrine, nutrizionali e del metabolismo, (iv) malattie del sistema nervoso, (v) malattie del sistema circolatorio, (vi) malattie del sistema uro-genitale, (vii) malattie dell'apparato respiratorio, (viii) malattie dell'apparato digerente, (ix) mortalità perinatale, e (x) cause esterne dovute ad incidenti durante le cure mediche e gli interventi chirurgici. In entrambe le liste, l'età massima entro cui un decesso è considerato prematuro è pari a 75 anni, corrispondente alla speranza di vita media alla nascita nei paesi sviluppati[6]. Il quadro concettuale sottostante è l'inclusione di patologie per le quali sono disponibili interventi diagnostici precoci e interventi terapeutici che, se applicati in modo appropriato e tempestivo, possono ridurre il rischio di decesso.

Le principali differenze tra le due liste, in termini di patologie ed età considerate, possono essere così riassunte:

- **Malattie infettive:** Nolte e McKee includono la mortalità per influenza e, fino all'età di 14 anni, le infezioni intestinali, la difterite, il tetano, la poliomielite, la pertosse e il morbillo. Tobias e Yeh includono anche le infezioni invasive batteriche.
- **Neoplasie:** i tumori del testicolo sono compresi esclusivamente da Nolte e McKee, mentre le neoplasie benigne e i tumori della vescica e della tiroide sono compresi solo da Tobias e Yeh. Nolte e McKee includono i tumori della cervice e dell'utero fino a 45 anni, Tobias e Yeh fino a 75 anni.
- **Malattie endocrine, nutrizionali e del metabolismo:** Nolte e McKee prendono in considerazione i decessi per diabete mellito di tipo 1 e 2 fino all'età di 50 anni, mentre Tobias e Yeh includono il 50% dei decessi per diabete di tipo 2 fino a 75 anni d'età.
- **Malattie del sistema circolatorio:** Tobias e Yeh computano, tra i decessi riconducibili ai servizi, solo il 50% di quelli dovuti alle malattie cerebrovascolari. Nolte e McKee, invece, considerano tutti i decessi per malattie cerebrovascolari fino a 75 anni. Entrambe le liste considerano solo il 50% delle morti dovute alle malattie ischemiche.
- **Malattie del sistema respiratorio:** Nolte e McKee includono tutte le malattie respiratorie da 1 a 14 anni a eccezione di influenza e polmonite, mentre la lista di Tobias e Yeh include esclusivamente i decessi per broncopneumopatia cronica ostruttiva (almeno 45 anni d'età) e asma (fino a 45 anni).

In entrambe le liste, le cause di morte con peso maggiore sono ascrivibili alle malattie circolatorie e alle neoplasie. Le malattie endocrine e dell'apparato respiratorio, che nella lista di Nolte e McKee determinano meno dell'1% del totale dei decessi riconducibili ai servizi, rappresentano invece circa il 6% dell'intera mortalità *amenable* nella lista di Tobias e Yeh[7].

L'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE) 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[8], italiani[9, 10], spagnoli[11], ungheresi[12] e israeliani[13] hanno analizzato questo indicatore per valutare l'efficacia dei servizi sanitari a livello nazionale e subnazionale.

Nolte e McKee hanno evidenziato un netto declino dei tassi di mortalità *amenable* in sedici paesi OCSE nel decennio compreso tra il 1997 e il 2007, anche se con livelli di variazione diversi da paese a paese; **l'Italia mostra una riduzione da 88,7 per 100.000 nel 1997-98, a 59,9 per 100.000 nel 2006-07 (uomini: da 101,2 a 64,8 per 100.000; donne: da 77,1 a 55,3 per 100.000)[5].** A fronte di questo dato incoraggiante, i risultati di un recente studio italiano (anni 2006-08, lista di Nolte e McKee) rivelano una *performance* dei servizi sanitari migliore tra le regioni del Nord e del Centro rispetto alle regioni del Sud[9].

Alla luce di quest'ampia variabilità territoriale, uno studio successivo[7] ha indagato il contributo della mortalità *amenable* alle disuguaglianze di salute tra Nord, Centro e Sud Italia nel quadriennio 2006-09, rapportando le differenze tra i tassi standardizzati di mortalità *amenable* fra le tre macro-aree alle differenze tra i tassi standardizzati di mortalità complessiva sotto i 75 anni tra le stesse macro-aree[2]. **Sono emerse significative differenze tra il Sud (tasso standardizzato di mortalità complessiva: 264,9 per 100.000) e il Nord e il Centro Italia (239,4 e 234,7 per 100.000, rispettivamente).**

Utilizzando la lista di Nolte e McKee, la mortalità *amenable* contribuisce per il 40,7% alle differenze tra i livelli di mortalità del Sud e del Nord, e per il 33,7% alle differenze tra il Sud e il Centro Italia. Usando invece la lista di Tobias e Yeh, la mortalità *amenable* determina ben il 54,0% delle differenze tra Sud e Nord Italia, e il 42,6% delle differenze tra Sud e Centro Italia.

In linea con una ricerca neozelandese che ha indagato il contributo della mortalità *amenable* al differenziale di salute fra popolazioni di diverso livello socio-economico[2], anche nello studio italiano che stiamo commentando il contributo della mortalità riconducibile ai servizi nel determinare le disuguaglianze tra macro-aree è maggiore per il genere femminile rispetto al genere maschile, indipendentemente dalla lista utilizzata.

Come sottolineato da Tobias e Yeh[2], lo studio della mortalità *amenable* e del suo contributo nello spiegare i differenziali di salute (fra aree geografiche, gruppi etnici e livelli socio-economici) apre interessanti scenari. Alcuni autori hanno dimostrato che il peso complessivo degli interventi preventivi di popolazione e delle cure mediche non incide per più del 20% nel miglioramento della sopravvivenza[14], suggerendo che l'efficacia degli interventi erogati dai servizi sanitari, da sola, non spiega il differenziale complessivo di salute. Va però ricordato, a questo proposito, che un equo e tempestivo accesso ai servizi diagnostici e terapeutici, oltre a tutti i noti determinanti distali di tipo socioeconomico e ambientale (reddito, occupazione, istruzione ed

emarginazione sociale)[15] e legati agli stili di vita, può aumentare considerevolmente la salute della popolazione[16].

In conclusione, i decessi riconducibili ai servizi sanitari contribuiscono fortemente alle disuguaglianze tra Nord, Centro e Sud Italia nei livelli di mortalità per tutte le cause della popolazione con età inferiore a 75 anni.

Il miglioramento della qualità dell'assistenza e dell'equità di accesso per ridurre tali disuguaglianze deve sì considerare la salute con un approccio globale multisistemico, ma non può prescindere da azioni sui servizi sanitari, che concorrono in misura rilevante alla riduzione della mortalità.

Maria Pia Fantini, Jacopo Lenzi. Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie, Alma Mater Studiorum – Università di Bologna.

Bibliografia

1. Nolte E, McKee CM. 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. Nolte E, McKee CM. Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care. *BMJ* 2003;327:1129.
4. Nolte E, McKee CM. *Does Health Care Save Lives? Avoidable Mortality Revisited*. London, Nuffield Trust, 2004.
5. Nolte E, McKee CM. Variations in amenable mortality—Trends in 16 high-income nations. *Health Policy* 2011;103:47-52.
6. Gay JG, Paris V, Devaux M, de Looper M. Mortality amenable to health care in 31 OECD countries: estimates and methodological issues. OECD Publishing: OECD Working Papers. 2011;55.
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.
8. Schoenbaum SC, Schoen C, Nicholson JL, Cantor JC. Mortality amenable to health care in the United States: the roles of demographics and health systems performance. *J Public Health Policy* 2011;32:407-429.
9. 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.
10. 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.
11. Barrasa Villar JI, Castán Ruiz S, Estupiñán Romero FR, Valderrama Rodríguez M, Moliner Lahoz FJ. Mortalidad reducible como indicador de efectividad de los servicios sanitarios en España antes y después de las transferencias. *Rec Calid Asist* 2013;28:84-95.

12. Nagy C, Juhász A, Beale L, Páldy A. Mortality amenable to health care and its relation to socio-economic status in Hungary, 2004-08. *Eur J Public Health* 2012;22:620-624.
13. Goldberger N, Haklai Z. Mortality rates in Israel from causes amenable to health care, regional and international comparison. *Isr J Health Policy Res* 2012;1:41.
14. Tarlov AR. Social determinants of health. The sociobiological translation. In: Blane D, Brunner E, Wilkinson R (eds), *Health and social organization*. Londra, Routledge, 1996.
15. Dallolio L, Di Gregori V, Lenzi J, Franchino G, Calugi S, Domenighetti G, Fantini MP. Socio-economic factors associated with infant mortality in Italy: an ecological study. *Int J Equity Health* 2012;11:45.
16. Spadea T, Venturini L. I percorsi di cura. *Epidemiol Prev* 2004;28(Suppl 3):103-109.

