

MEV (i)

Mortalità Evitabile (con intelligenza)

Prefazione

L'idea di legare la *mortalità evitabile* all'*intelligenza* nasce dalla riflessione che la salvaguardia dello stato di salute possa essere affrontata in un'ottica di "problem solving", sia a livello del singolo che nel più ampio contesto della sanità pubblica, sfruttando quindi *anche* la capacità logica di ciascun attore del sistema.

Il fenomeno dei *decessi contrastabili con interventi di sanità pubblica* viene ripreso dal Gruppo di lavoro MEV(i) come naturale prosecuzione degli Atlanti *Prometeo* ed *ERA*, i due principali studi realizzati in Italia in materia, arricchito ed evoluto alla luce di due interventi metodologici di rilevante impatto per i fruitori della ricerca sia in termini di portato conoscitivo che di strumento operativo:

- *l'aggiornamento al 2010 (ultimo anno disponibile) degli indicatori territoriali, elaborati per genere e grandi aree di diagnosi e interventi, consentendo così un "salto" di ben otto anni rispetto all'ultima analoga analisi*
- *la revisione della classificazione italiana delle cause di morte evitabili, modificando la preesistente alla luce della più recente letteratura scientifica oltre che del passaggio alla codifica ICD10, adottata in Italia a partire dai decessi 2008.*

I risultati ottenuti consentono di apprezzare un generale miglioramento su tutto il territorio nazionale ma anche di evidenziare una differente "velocità di miglioramento" che nel tempo sembra rallentata in vaste aree centro-meridionali, tanto da lasciare emergere un netto andamento nord-sud assente nei precedenti rapporti.

Gli indicatori confermano quindi l'eterogeneità territoriale e suggeriscono pertanto di approfondire ai diversi livelli della programmazione sanitaria (centrale e periferici) natura e dimensioni della mortalità evitabile.

MEV(i) rappresenta, in questo senso, uno strumento a supporto di cittadini, operatori, decisori per meglio orientarsi nella direzione della *tutela della salute* prima ancora che nella cura della malattia, scelta economicamente, ma soprattutto individualmente e socialmente, più vantaggiosa. E più *intelligente*, appunto.

Il Gruppo di Lavoro MEV(i)

www.mortalitaevitabile.it

Gruppo di lavoro

Natalia Buzzi
Direttore Scientifico
Nebo Ricerche PA,
Presidente Mensa Italia

Giuseppe Cananzi
Dirigente Ufficio XVI RGS-IGOP
Ministero dell'Economia e delle Finanze

Iolanda Mozzetta
Ricercatore senior
Nebo Ricerche PA

Massimo Maurici
Ricercatore di Igiene
Università Tor Vergata

Elio Tondo
Responsabile IT
Nebo Ricerche PA,
Delegato IBD Mensa Italia

Gestione dati e Servizi web
Nebo Ricerche PA
Via Candia 101 - 00192 Roma
06 3975 1674 • www.nebo.it

Progetto Grafico
Ornella Fassio
Graphic Designer DesignOF - designof.it

Il presente rapporto e la base dati degli indicatori elaborati sono disponibili su www.mortalitaevitabile.it.

Dei prodotti del Progetto MEV(i) si autorizza la diffusione e la riproduzione a fini non commerciali a condizione che ne sia citata la fonte.

Per informazioni e approfondimenti:

mevi@nebo.it

Strumenti quantitativi per indicazioni politiche “intelligenti”

Nel 1854 il medico *John Snow* provò un esercizio di lettura cabalistica costellando la mappa di Londra di un puntino in corrispondenza di ogni morto di colera: non possedeva conoscenze specifiche ma arrivò a sconfiggere quella terribile malattia perché osservò la mappa con grande attenzione e si accorse che i puntini si addensavano nei luoghi dove veniva distribuita l'acqua potabile, cioè le fontane. Con Snow nasce una nuova scienza, una scienza umile che fa più domande che risposte, che assomiglia al bambino che crescendo si chiede continuamente *perché*, e si chiama *epidemiologia*.

I *tagli lineari* disposti da finanziarie *lacrime e sangue* da una parte e l'affannosa ricerca di *standard* cui assistiamo da vent'anni (e vent'anni a qualcuno sembrano pochi), sembra si siano allontanati da questo sentiero. Il taglio lineare colpisce indiscriminatamente, è sinonimo dell'urgenza che chiede lo stesso sacrificio a coloro che sono in difficoltà e a coloro che sono in condizioni floride. D'altro canto trovare uno standard richiede un lungo lavoro di mediazione fra istanze diverse e questo rapporto ci ricorda con garbo che la ricerca di uno standard ha due difetti che ne incrinano forse irrimediabilmente la capacità di muovere le scelte politico-sanitarie di cui abbiamo disperatamente bisogno.

Il *primo difetto* della ricerca di standard è il fattore tempo. Solo un bambino può illudersi che le soluzioni siano atemporali, che il giocattolo rotto si ripari subito miracolosamente. Ci vuole tempo per arrivare ad una definizione di assetto giusto, o equilibrato, sia che si faccia riferimento al numero di posti letto per abitante dei primi anni ottanta, sia che ci si impegni sui livelli minimi essenziali dell'assistenza degli anni novanta oppure sui costi standard in sanità ormai da qualche anno in discus-

sione. Ci vuole talmente tanto che quando uno standard è faticosamente raggiunto, in tempi di radicali cambiamenti quali quelli che stiamo attraversando, è già con ottime probabilità un soprammobile obsoleto e superato dagli eventi.

Il *secondo difetto* è che l'orientamento allo standard è come un film in due tempi. Durante il primo tempo gli “esperti” e i “politici” studiano e declinano lo standard, mentre il sistema sanitario continua per definizione a viaggiare sulle vecchie regole. Quando il secondo tempo arriva (di solito tardi, vedi osservazione precedente) comincia finalmente la vera partita, quella dove, dato un vincolo auspicabilmente chiaro ma imposto su basi normative (cioè autoritative), si trovano mille modi e interpretazioni per svicolare, per depotenziare, per far fallire obiettivi e strumenti.

Cosa consiglia invece questa ricerca apparentemente banale e lenta? Viene proposto un nuovo tipo di sceneggiatura: la scelta scientemente programmata è quella di sollecitare autorevolmente da subito la reazione di tutti gli attori (la parola stessa “sollecitare”, si badi, fa da contrappunto all'imperativo formale e tutto sommato freddo della legge):

- i cittadini/clienti, attraverso i media, possono (o meno), fare la parte più importante della catena di Sant'Antonio che porta ai *miglioramenti collettivi*, cioè condividerla diffusamente, sentirla come giusta ed equilibrata e sostenerla moralmente;
- i decisori delle politiche sanitarie di tutti i livelli, dal medico di fronte al proprio paziente, al direttore dei servizi sanitari della singola azienda sanitaria, dall'assessore alla sanità regionale al Ministro della salute, possono (o meno) reagire ciascuno secondo proprio ruolo e propria scienza e coscienza alla luce delle *evidenze diffuse e rigorose sottoposte alla pubblica opinione*.

Il Progetto MEV(i), realizzato da Nebo Ricerche PA, è stato presentato nell'ambito del Convegno “Prevenzione e salute: una questione di intelligenza?” promosso da Mensa Italia.

Mensa Italia [<http://www.mensa.it>]



L'intelligenza come talento al servizio dell'eccellenza e dell'innovazione: così possono essere diversamente richiamati gli obiettivi del Mensa, Associazione nata nel 1946 a Londra, che conta oggi oltre 120.000 Soci in più di 100 Nazioni. Finalizzata a scoprire e incoraggiare l'intelligenza umana a beneficio dell'umanità, la ricerca su natura, caratteristiche e usi dell'intelligenza e i contatti sociali fra i Mensani, l'Associazione inizia ad annoverare già dalla fine degli anni '60 alcuni Soci italiani, finché il 29 giugno 1983 viene fondato il Mensa Italia per accogliere, così come all'estero, donne e uomini con elevato quoziente intellettivo (QI) del nostro Paese.

Dai 16 Costituenti, il Mensa Italia ha raggiunto e superato i 1.300 Soci. Appartenere al 2% della popolazione con il più alto QI è il solo requisito per accedere al Mensa Italia (oltre ad avere almeno 16 anni), senza alcun altro genere di limitazione, e ciò induce e garantisce quella policromia che caratterizza positivamente l'Associazione fino a rendere impossibile la definizione di un “mensano-tipo”.

Nebo Ricerche PA [<http://www.nebo.it>]



Trasformare milioni di numeri in prodotti di conoscenza scientificamente fondati ed agevolmente fruibili è la missione aziendale di Nebo Ricerche PA, nata nel 1990, specializzata nella realizzazione di rapporti di ricerca, cruscotti di monitoraggio e modelli di navigazione quantitativa su web.

La sempre maggiore consapevolezza della necessità di dotarsi di procedure operative direzionali lascia emergere, soprattutto in un contesto di pesante e prolungata crisi, l'opportunità di sfruttare al meglio flussi informativi per la trasformazione di elementi grezzi in indicatori di sintesi da adottare ai diversi livelli di responsabilità e comunicazione. Coniugando la vocazione scientifica della migliore tradizione accademica nei settori della ricerca sanitaria ed economica con l'attitudine alla produttività tipicamente privata, Nebo si occupa di ideare e realizzare modelli di indicatori, anche ricorrendo alla costruzione di chiavi di lettura ad hoc e di classificazioni originali orientate a massimizzare e ottimizzare l'uso dei dati in molteplici contesti di differente complessità.

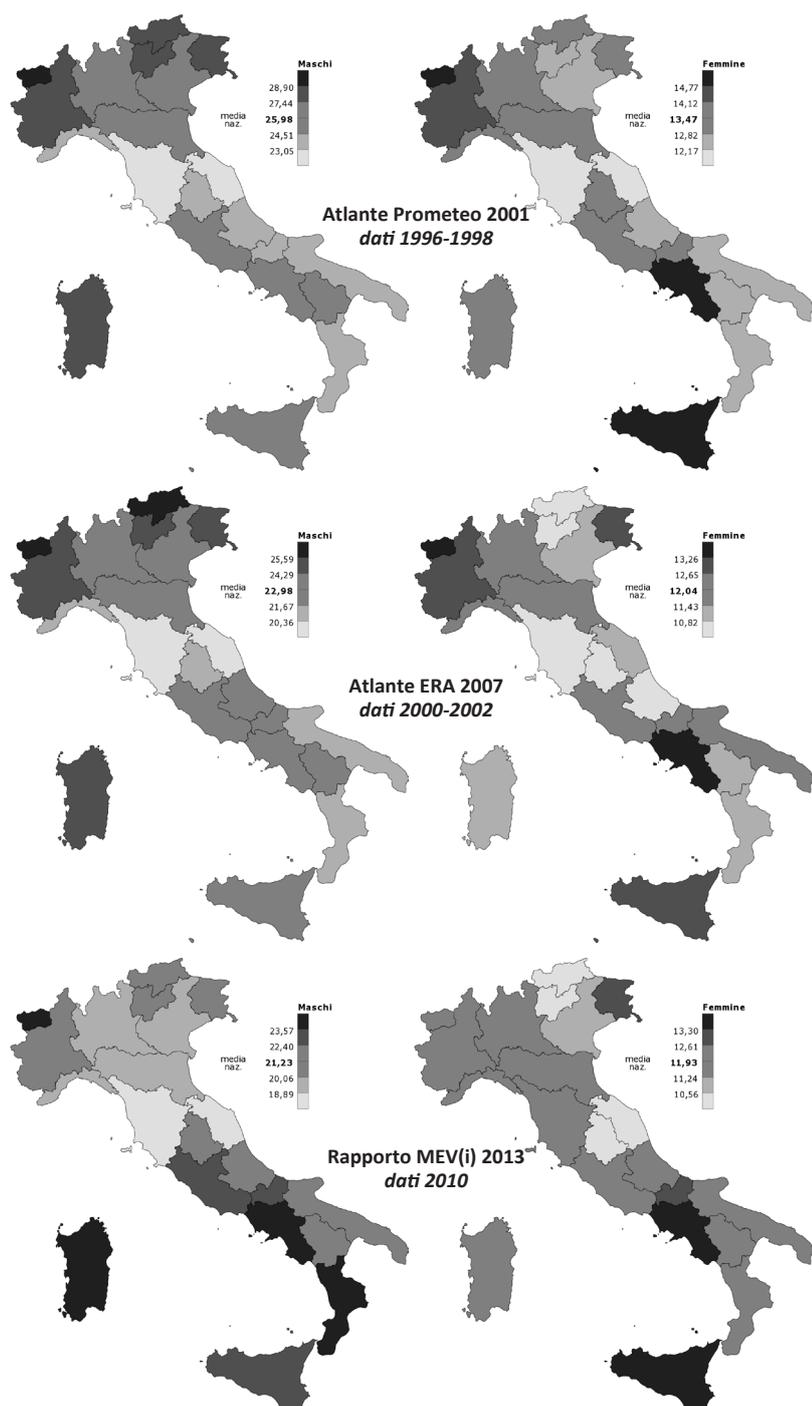


Iniziare subito la partita e mettere tutti i giocatori in campo vuol suggerire, in altre parole, di agire per tempo tentando di evitare tanto le frettolose scelte dettate dai ritmi serrati imposti dalla crisi (i tagli lineari) quanto i tempi biblici necessari a saggi e legislatori per partorire le rispettive creature, quasi sempre troppo tardi per le concrete necessità del sistema.

Come si inizia questa partita, cruciale in tempi di affanno e di crisi? Esistono cartine da disegnare in modo cabalistico e da analizzare con attenzione per capire se, nell'apparente disordine, è possibile trarre nessi utili per la collettività? Quasi quindici anni di rapporti sulla mortalità evitabile inducono ad alcune riflessioni confortanti su questo tipo di approccio.

Tavola 1

Giorni perduti per cause di morte evitabili
Trienni 1996-98 e 2000-02 e anno 2010



Fonte: elaborazione Nebo Ricerche PA su dati Prometeo, ERA, MEV(i)

Le prime due coppie di figure della *tavola 1* sono elaborate rispettivamente sui dati dall'*Atlante Prometeo* (edizione 2001, dati 1996-98) e su quelli dall'*Atlante ERA* (edizione 2007, dati 2000-02). Rendono una polarizzazione della mortalità evitabile, ampiamente denunciata nei rispettivi rapporti, che vedeva chiaramente in difficoltà in particolare le aree più industrializzate del nord del Paese.

La terza coppia di figure, quelle attuali e riferite all'anno 2010, segnala un vigoroso cambiamento nella polarizzazione geografica, con ampie schiarite al nord e preoccupanti annuvolamenti nel meridione del Paese in particolare per il genere maschile, tradizionalmente più colpito da eventi mortali in età in cui non si dovrebbe morire e per cause che è possibile contrastare con efficacia.

Chi si occupa di mortalità e di demografia è abituato a cambiamenti lenti, innescati da processi collettivi che in tempi di globalizzazione mondiale tendono a riportare ad omogeneità piuttosto che a differenziare.

Ebbene in questi primi anni del nuovo millennio, anni appunto di omogeneizzazione globale, la manciata di puntini disegnata dalla terza coppia di cartogrammi restituisce un Paese mutato, e mutato proprio con riguardo ad un aspetto che la letteratura scientifica segnala come efficacemente contrastabile dall'attore pubblico: la mortalità evitabile si evolve nel tempo come se l'inchiostro fosse stato sottoposto ad una sorta di forza di gravità che l'ha trascinato verso il basso.

Da questa semplice ma chiara osservazione derivano diversi interrogativi indubbiamente affascinanti:

un confronto relativo fra un'area e l'altra del Paese non rende ragione della direzione del cambiamento generale ma solo dei rapporti relativi; come si qualifica l'andamento generale? la nostra nazione sta migliorando o peggiorando?

è un caso che le aree in maggiore sofferenza abbiano reagito con maggior vigore?

e che ruolo ha avuto, negli anni, un progetto di ricerca condiviso sulla mortalità evitabile, che ha lucidamente scelto il

metodo di sollecitare autorevolmente all'azione su questo specifico target sanitario attraverso evidenze semplici e verificabili?

e infine, ammesso temendo e tremando che ai primi due interrogativi sia dia attento orecchio alla luce degli esiti positivi raggiunti, è possibile imparare da quella metodologia autorevole e condivisa, e sperimentare "da subito" ricette diverse dai frettolosi tagli lineari in essere, nell'attesa sempre meno sicura che arrivi il Godot dell'ennesima riforma sanitaria scolpita dalle norme?

La prima generale osservazione, quella che dà il tono a tutto il Rapporto, è che *la mortalità evitabile sta migliorando* e che, su basi rigorosamente omogenee dal punto di vista scientifico, il numero dei morti classificati come evitabili nello studio scende di oltre il 20% nel decennio analizzato.

In questo alveo generale di miglioramento continuo, però, alcune aree migliorano più velocemente di altre, fino a colmare, anzi a sopravanzare un gap sfavorevole che le caratterizzava nella seconda metà degli anni novanta. Una antica massima tribale africana recita saggiamente che la verità ha tre facce e lo stesso Platone rappresentava la conoscenza come una caverna in cui si possono osservare solo le ombre riflesse del mondo reale¹. Le ombre degli ultimi due cartogrammi della *tavola 1* che osserviamo rappresentano, su base regionale, oltre 100 mila decessi evitabili registrati nel 2010.

Epidemiologicamente parlando, se così si può dire, deve esservi un preciso fattore eziologico, o una combinazione di fattori, che ha fatto da timoniere al cambiamento rispetto alle evidenze di dieci e di quindici anni prima. È possibile cioè affermare con sufficiente ragionevolezza scientifica che il cambiamento di posizionamento relativo non è frutto della cieca sorte, non è random come si usa dire nel mondo anglosassone².

La ricerca *Prometeo* fu definita dal *Ministro della salute* del tempo uno degli studi più rilevanti degli ultimi anni³ ed ebbe vasta eco sulla stampa nazionale sia generalista che di settore⁴. Conseguenza del dibattito pubblico diffusamente avviato fu che la mortalità evitabile venne esplicitamente presa in considerazione in alcune relazioni sanitarie e nella programmazione sanitaria di livello regionale e di livello locale, in particolare e come è ovvio, delle aree più svantaggiate del Paese, identificate in quelle del nord⁵.

Quello che maggiormente rileva, tuttavia, non è la presa d'atto, che pur sembra ragionevole, che aree del Paese vistosamente segnalate come critiche in un contesto di analisi pubblico e largamente condiviso abbiano, negli anni, posto in essere adeguate contromisure, laddove altre aree possono aver per così dire vissuto sugli allori.

Quello che maggiormente rileva è che la programmazione futura, anche se riferita ad un aspetto cruciale per la vita della collettività come la cura degli stati di salute, abbia avuto a disposizione, nel tempo, di un quadro di analisi semplice che segnalava con chiarezza differenziali vistosi rispetto ad un dato sensibile, la morte in età in cui non si dovrebbe morire e per cause per cui è possibile fare qualche cosa. Gli economisti hanno da tempo distillato indicatori robusti e semplici, come il tasso di

disoccupazione, o il debito pubblico in relazione al Pil o, negli ultimi anni il cosiddetto spread, cioè il differenziale di interesse, si badi bene relativo, pagato sui titoli di debito da un Paese rispetto all'altro. Gli analisti "ipotizzano" come soglia di non ritorno uno spread vicino a 600, ma un Paese non ha bisogno dello standard assoluto per misurarsi la febbre. Una vivace differenza relativa è sicuramente un segnale. Si può decidere di reagire in un modo o nell'altro o anche decidere di non dare retta a quella informazione, ma la cosa che appare importante è che il segnale ci sia e sia comunicato con chiarezza a tutte le parti in causa, libere di reagire come credono.

Cosa imparare da queste evidenze positive per alcuni e ancor più positive per altri?

La *prima evidenza* su cui riflettere è che "si può fare", come affermava convintamente il nipote del dottor Frankenstein in un omonimo film. Una realtà partecipata, sorretta da una base di conoscenza rigorosa e diffusa, può, e pare molto ragionevole sostenere che non sia un effetto casuale, cambiare il segno di condizioni di relativo e forte svantaggio iniziale.

La *seconda evidenza* è che la scelta metodologica osservata appare di per sé una scelta intelligente, perché gli investimenti relativi per questo genere di politica sanitaria non sono particolarmente costosi, perché si tratta di migliorare gli stati di salute delle popolazioni non anziane (la mortalità evitabile arriva convenzionalmente alla soglia dei 75 anni di età) con interventi di prevenzione degli incidenti stradali e sul lavoro, sugli stili di vita (alimentazione, tabagismo, condizioni di rischio da infarto), eccetera. Si tratta di investimenti possibili e con evidenti ritorni per contrastare la mortalità evitabile: l'obiettivo convenzionale (e diffusamente condiviso) è di condurci in migliore salute e sempre più numerosi alla soglia convenzionale dei 75 anni, riducendo i costi diretti del servizio sanitario e liberando quindi risorse per le età in cui la richiesta assistenziale è più alta, cioè le età anziane.

La notazione intelligente di questa fiaba con connotati evidentemente molto positivi, in cui tutti migliorano ma alcuni sono capaci, con riferimento alla causa di morte compilata dal medico diligente, di migliorare "di più", è però lo *strumento della cassetta degli attrezzi politici* proposto. Questo attrezzo è offerto all'attenzione di chi fa politica sanitaria e potrebbe essere messo a confronto, questo è il suggerimento, con l'attrezzo dei tagli lineari dettati dall'urgenza (ad esempio i piani di rientro cui sono di necessità sottoposte alcune regioni) e con l'attrezzo della definizione di standard, terzi e tetragoni, con cui finalmente - ma "dopo" - costringere il reale a confrontarsi in modo stringente.

Esistono standard terzi e tetragoni? Non è meglio, più fattivo e meno costoso, cioè più "intelligente", cercare comportamenti relativi facilmente identificabili che, da subito, sollecitino autorevolmente (anziché imporre normativamente) l'attenzione e l'azione di tutti, dal Ministro e dal Parlamento sino al singolo operatore sanitario?

Due possibili esemplificazioni per chiarire questo concetto.

Ciclicamente il decisore politico è sollecitato ad intervenire sulle liste di attesa per prestazioni sanitarie, anche nel confronto pubblico-privato.

Se avesse qualche fondamento quello che questo rapporto ci propone, da subito, per contrastare questo fenomeno, si potrebbe forse:

- dar vita ad un gruppo di lavoro che in pochi mesi individui pochi per non dire pochissimi eventi sentinella da monitorare in modo da avere, anche con cadenza semestrale, una statistica ufficiale dei giorni di attesa di ciascun punto di erogazione;

- disegnare con rigore, verificabilità e semplicità, come faceva Snow sulla cartina di Londra e come fa, con intervalli lunghi più di cinque anni, il gruppo di lavoro sulla mortalità evitabile, le mappe regionali, per Usl e per singola struttura dei tempi di attesa;

- offrire da subito all'attenzione del cittadino, dei media, del decisore sanitario (dall'Operatore direttamente coinvolto nell'attività di assistenza, al Direttore sanitario e su sino al Ministro della salute ed al Parlamento) queste mappe e le domande che esse fanno nascere in chi le osserva.

Si badi bene che si tratta di porre all'attenzione condivisa di tutti domande, non risposte perché, vale la pena ribadirlo, il "bambino" cresce perché si chiede in continuazione perché e si diventa vecchi solo quando questa sete di spiegazioni di estingue.

Il secondo esempio è un esempio sensibile, perché è in atto, da tempo, un piano normativo finalizzato alla definizione dei costi standard in sanità e parrebbe che questa esperienza possa anche essere mutuata in un intervento volto a definire costi standard delle pubbliche amministrazioni.

Note

¹ In chiave più moderna abbiamo da tempo preso atto che la scienza non può essere neutrale e, definitivamente, che l'oggetto osservato non è indipendente dall'osservatore, che l'intervistato non può non risentire, in qualche modo, del modo in cui gli vengono proposti i quesiti all'uscita del seggio elettorale.

² Il livello regionale è in genere sufficientemente ampio per rispondere alla legge dei grandi numeri e la figura 3 mostra delle evidenze riferite all'anno 2010 sostanzialmente confermate dalle evidenze delle due annualità precedenti, cioè il 2009 e il 2008. Va rilevato che le diverse edizioni degli studi su questo argomento hanno visto continui e rilevanti miglioramenti metodologici fra una e l'altra edizione. Ogni edizione, tuttavia, compresa la presente, ha avuto modo di presentare il periodo precedente anche al netto delle innovazioni introdotte, creando quindi un trait d'union molto ragionevole che supporta le conclusioni qui sopra riportate anche dal punto di vista dell'analisi scientifica.

³ Relazione sullo stato di salute del Paese, introduzione del Ministro, anno 1999, pag. 8.

⁴ Alla sua prima uscita l'indagine meritò articoli di quattro-cinque colonne nella prima pagina della principale stampa quotidiana nazionale (ed anche locale).

⁵ È sufficiente digitare il lemma "mortalità evitabile" seguito da un identificatore geografico (es. Regione xx oppure Asl yy per una verifica del livello di attenzione posto a questa problematica al rispettivo livello di governo della salute.

E se, come senza troppe pretese suggerisce questa ricerca "intelligente" si cambiasse cavallo e si puntasse il gettone sui costi relativi in sanità ed eventualmente sui costi relativi delle pubbliche amministrazioni? Ha un senso questa proposta?

Se avessimo non il costo "standard" di una siringa, costo che fra l'altro semplicemente non esiste e non potrà mai esistere in una economia di mercato di un paese avanzato, ma più banalmente il costo effettivo, desunto da un atto di acquisto formale e ufficiale, del costo di una siringa? E se si notasse che la siringa in alcune realtà costa 1, in altre 0,5 e in altre 5? È lecito che un sistema che vuole crescere ponga questo genere di domande?

Si badi bene non risposte, perché può darsi che, in alcuni casi sia ragionevole un sovrapprezzo. Ma proprio le domande sono anch'esse un fattore di ricchezza collettiva: in tutti i casi in cui un "costo 5" fosse determinato da inefficienza, o peggio da corruzione, il potere della "mappa" di isolare e segnalare all'attenzione (anche eventualmente dei controllori e degli ispettori ministeriali) forse darebbe luogo a comportamenti di rientro delle aree relativamente più svantaggiate, cioè più inefficientemente costose.

Un sistema sanitario, quale quello italiano, fra i migliori al mondo, non può fare a meno di fare i conti con la crisi, con la scarsità di risorse attuali e con i costi aggiuntivi che nei prossimi anni dovremo affrontare per l'invecchiamento della popolazione (e l'aumento, anche solo dal punto di vista numerico, del numero di pensionati sul numero di occupati attivi nel mercato del lavoro a sostenere la baracca).

Vale la pena di riflettere su questi argomenti? Intelligentemente questo rapporto fa questa domanda.

A noi tutti, ciascuno per il suo ruolo, il compito di rispondere, secondo libera scienza e coscienza, a questo interrogativo.



John Snow
"Map 1", 1854

In
"On the Mode of
Communication
of Cholera"
by John Snow, M.D.
London:
John Churchill,
New Burlington St.,
England, 1855

Fonte: UCLA
Department
of Epidemiology

<http://ph.ucla.edu/epi/snow.html>



La classifica 2013 della mortalità evitabile

La revisione della classificazione delle cause di morte evitabile

La lettura comparata con i precedenti studi è stata condotta ricorrendo alla codifica adottata nel 2007, così da rendere confrontabili le evidenze della presente ricerca MEV(i), elaborate utilizzando l'ultimo triennio disponibile (2008-2010), il Rapporto ERA 2007, basato su dati 2000-02 ed il Rapporto Prometeo 2001, basato su evidenze 1996-98 (cfr sezioni successive).

A distanza di cinque anni dall'Atlante ERA, tuttavia, è stato ritenuto importante, in aggiunta all'osservazione dei cambiamenti intervenuti *coeteris paribus*, cioè utilizzando i medesimi criteri di analisi, anche aggiornare ed affinare la revisione della classificazione delle cause di morte evitabile alla luce della letteratura scientifica e della nuova classificazione delle cause di morte nel frattempo intervenuta (ICD 10).

Prima di affrontare il dettaglio della revisione, è utile soffermarsi sul più ampio contesto della mortalità generale per genere ed età. La *tavola 2* espone per classi di età e genere la composizione percentuale del complesso dei decessi e l'andamento delle morti avvenute nel corso del 2010, quest'ultimo con evidenza degli eventi attribuiti a cause di morte evitabile.

Le principali evidenze riscontrabili dalla tavola possono essere ricondotte ai seguenti punti:

- la mortalità femminile è nettamente traslata verso età più avanzate rispetto a quella dei maschi;
- nel caso dei maschi la barra più alta è quella relativa all'età al decesso compresa fra 80 e 84 anni, nelle femmine invece è quella riferita alla classe 90 anni e più, lievemente più alta della precedente (85-89 anni);
- l'incidenza dei decessi avvenuti nei primi 65 anni di vita nel caso dei maschi è quasi doppia rispetto a quella delle femmine (16,9% vs 9,0%);
- i decessi oltre gli 85 anni di vita incidono tra i maschi poco più della metà rispetto al dato delle femmine (28,3% vs 49,9%).

Inoltre, la sezione delle barre dei due istogrammi colorata con una tonalità di colore differente permette di cogliere a colpo d'occhio l'incidenza della mortalità evitabile. Anche senza il conforto dei numeri risulta del tutto evidente come la mortalità generale femminile sia entro i 75 anni di gran lunga più contenuta di quella maschile, con una conseguente minore numerosità, in termini assoluti, anche dei cosiddetti *decessi evitabili*.

Alla definizione di tale specifico sottoinsieme della mortalità generale si è giunti, come accennato, mediante una revisione critica della preesistente classificazione ERA, assunta come modello di riferimento.

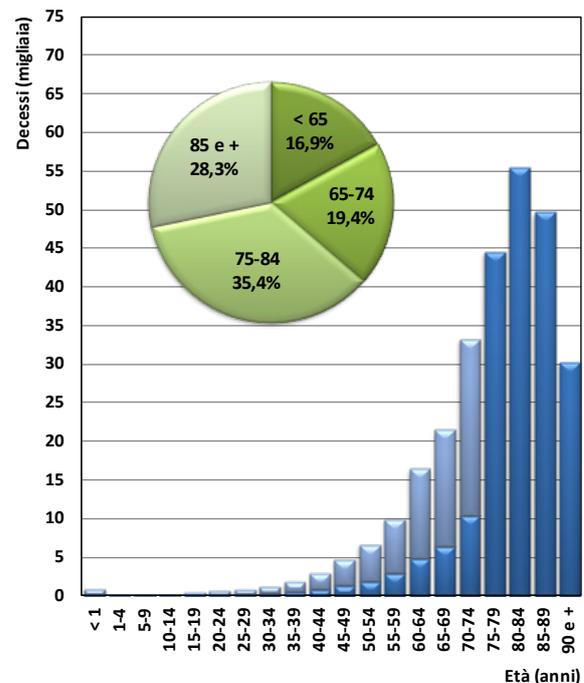
Il Gruppo di lavoro MEV(i), anche ricorrendo a recenti contributi della letteratura scientifica nazionale e internazionale, ha provveduto infatti a redigere una nuova classificazione delle cause di morte evitabile.

Tavola 2

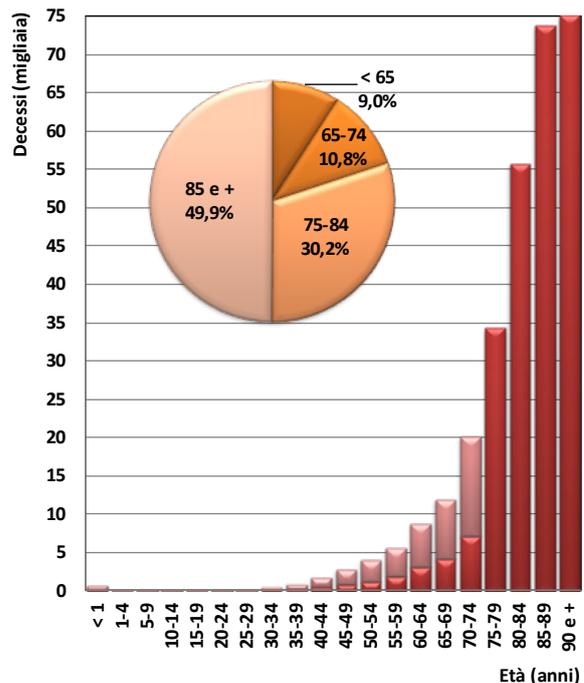
Decessi nell'anno 2010, per genere e classi di età - composizione percentuale (grafico a torta) - valori assoluti (grafico a barre)

con evidenza delle morti per cause evitabili (sezioni in chiaro) secondo la classificazione MEV(i) 2013

Maschi



Femmine



Fonte: elaborazione Nebo Ricerche PA su dati Istat

La revisione della classificazione delle cause di morte contrastabili con interventi di sanità pubblica ha permesso di individuare per l'anno 2010 (ultimo dato disponibile al momento della stesura del presente Rapporto) una casistica di circa 18mila decessi oltre quelli rintracciabili con l'adozione della precedente codifica ERA (cfr sezione "Materiali e metodi" e Atlante ERA 2007).

Gli aggiornamenti che hanno generato una determinante ricaduta in termini quantitativi nell'individuare la casistica dei decessi evitabili (circa l'80%) sono da ricondursi principalmente:

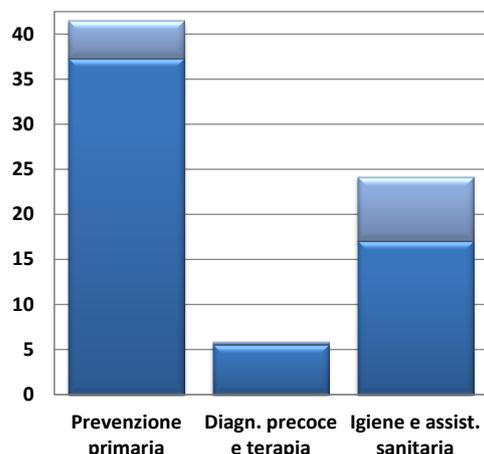
- alla eliminazione del limite di età previsto in precedenza per il diabete a 49 anni, spostandolo quindi ai 74 anni (adottati generalmente come riferimento standard per l'analisi) per i casi di diabete non insulino-dipendente;
- alla inclusione di alcune importanti cause di morte quali i tumori maligni dello stomaco, aneurisma e dissezione dell'aorta, ernie inguinali e addominali, epatiti.

La *tavola 3* disegna, per genere, la distribuzione dei decessi evitabili per tipologia di intervento (cfr anche riquadro a pag. 13). Rimandando alla sezione *Materiali e metodi* per gli opportuni approfondimenti, si segnalano di seguito alcune riflessioni.

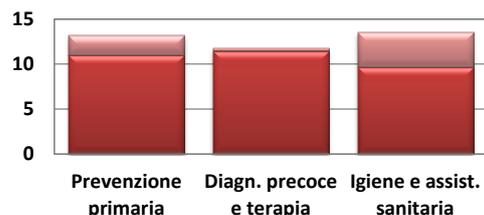
Tavola 3

Mortalità evitabile con interventi di prevenzione primaria, diagnosi precoce e terapia, igiene e assistenza sanitaria con evidenza (tonalità più chiara) della nuova casistica individuata da MEV(i) 2013 () - Valori assoluti in migliaia - Anno 2010*

Maschi



Femmine



(*) Cfr Sezione "Materiali e metodi" e riquadro a pag. 13

Fonte: Elaborazione Nebo Ricerche PA su dati Istat

Mortalità per genere

Su un totale di 282.866 casi di morte registrati nel 2010, i decessi evitabili sono 71.515 e rappresentano il 25,3% dell'intera mortalità maschile e limitatamente alla classe 0-74 anni (102.768 morti nel complesso) incidono per il 69,6%. La mortalità femminile conta, nel 2010, 298.441 casi, dato superiore a quello dei maschi per circa 15.600 unità. Tuttavia, il numero di decessi classificati come evitabili si ferma a 38.509, vale a dire il 12,9% del totale e il 65,0% delle decedute nei primi 75 anni di vita (59.276 casi).

Mortalità per tipo di intervento

La revisione della classificazione lascia inalterata, come lecito attendersi per quanto sopra detto, la composizione per genere e per tipologia di intervento (cfr anche riquadro a pag. 13):

– tra i maschi la mortalità evitabile con prevenzione primaria supera, per il 2010, i 41 mila casi, quasi il doppio di quelli riconducibili a cause di morte contrastabili con igiene e assistenza sanitaria (24 mila), mentre resta pressoché invariato il gruppo di decessi comprimibili con diagnosi precoce e terapia (circa 5.800 casi);

– per le femmine i tre gruppi risultano omogenei come numerosità, tra gli 11 e i 14 mila casi.

Mortalità per causa

È interessante notare come l'apporto più rilevante in questo senso sia dato, in termini assoluti e relativi, dalle nuove cause di morte afferenti al gruppo igiene e assistenza sanitaria. Sostanzialmente inalterato risulta il gruppo relativo alla mortalità evitabile con diagnosi precoci e terapie, mentre si disegna invece evidente il contributo delle nuove cause codificate nel gruppo della prevenzione primaria. Dei circa 6 mila nuovi casi assegnati a tale area due terzi sono dovuti a tumori maligni dello stomaco ed altri mille casi circa ad epatite, in precedenza non classificati come evitabili.

Speranza di vita e giorni di vita perduti

Questo rapporto conferma la scelta metodologica degli studi precedenti di misurare la mortalità evitabile in termini di giorni perduti, a loro volta quantificati come differenza tra l'età all'evento della morte ed una soglia di riferimento per l'età alla morte (così da risultare proporzionalmente più incisive le morti avvenute nelle età più giovani): l'età alla morte a partire dalla quale misurare i giorni perduti per mortalità evitabile è individuata, distintamente per genere, nella speranza di vita alla nascita depurata dai casi evitabili (cfr *Materiali e metodi*).

La speranza di vita alla nascita così calcolata è risultata pari a 84,1 anni per i maschi e 87,2 anni per le femmine; elaborate per le singole classi di età quinquennali, tali soglie sono state utilizzate per misurare la quota parte di vita *non vissuta* oltre l'età al decesso.

I due valori risultano superiori rispettivamente di 2,5 e 1,7 anni all'analogo indicatore adottato per ERA 2007; le due edizioni tuttavia non sono direttamente confrontabili per la diversa classificazione delle cause evitabili adottate e, sia pure con effetti quasi trascurabili, per differenti modalità di calcolo.

La classifica maschile

Sono due regioni del Centro Italia, Marche e Toscana, immediatamente seguite da Veneto e Liguria, a guidare la classifica dei giorni di vita perduti pro-capite nel 2010 per i maschi (*tavola 4, lato sinistro*), con valori di oltre 2 giorni inferiori al dato medio nazionale (21,23).

Al di sotto dei 20 giorni si trovano anche Emilia Romagna e Lombardia. La Puglia, posizionata tra il Trentino Alto Adige e il Piemonte, è l'unica regione meridionale con un valore al di sotto della media italiana; oltre quest'ultima soglia si collocano Umbria, Friuli Venezia Giulia e Basilicata, che si fermano a meno di 22 giorni.

Le ultime otto posizioni sono occupate dalle restanti regioni del Sud, a partire da Abruzzo e Molise, poco oltre i 22 giorni di vita perduti, Sicilia e Calabria, al di sopra dei 23, e - infine - Sardegna e Campania, che chiudono la classifica con oltre 24,5 giorni. A queste si aggiungono Lazio, a quasi 23 giorni, e Valle d'Aosta, a poco più di 24.

Da sottolineare la distanza non trascurabile tra le prime e le ultime posizioni, pari a oltre 6 giorni che, in altre parole, indica che i giorni di vita perduti pro-capite per mortalità evitabile nei maschi in Campania sono del 33% superiori che nelle Marche.

La lettura congiunta dei due grafici della *tavola 4* consente di notare come l'indicatore relativo al genere maschile sia, in media nazionale, superiore di quasi l'80% a quello elaborato per le femmine. È da rilevare, tuttavia, come tale valore rappresenti una media fra realtà in qualche misura diverse: è di almeno 2:1 il rapporto tra i giorni di vita perduti nei maschi rispetto a quello per le femmine in Umbria, Sardegna, Calabria, Valle d'Aosta e Trentino Alto Adige; in Toscana, Liguria, Campania tale rapporto si attenua scendendo a meno di 1,7:1.

La classifica femminile

Il dato femminile riguardo la mortalità evitabile è quasi dimezzato rispetto a quello maschile. La classifica femminile presenta alcune assonanze rispetto a quella stilata per i maschi ma non mancano importanti differenziazioni (*tavola 4, lato destro*).

Le Marche presentano il dato regionale più basso anche per le femmine, e sono l'unica regione, peraltro, al di sotto dei 10 giorni di vita perduti per abitante.

Le prime regioni del Sud che si incontrano in classifica sono, anche in questo caso, Puglia e Basilicata.

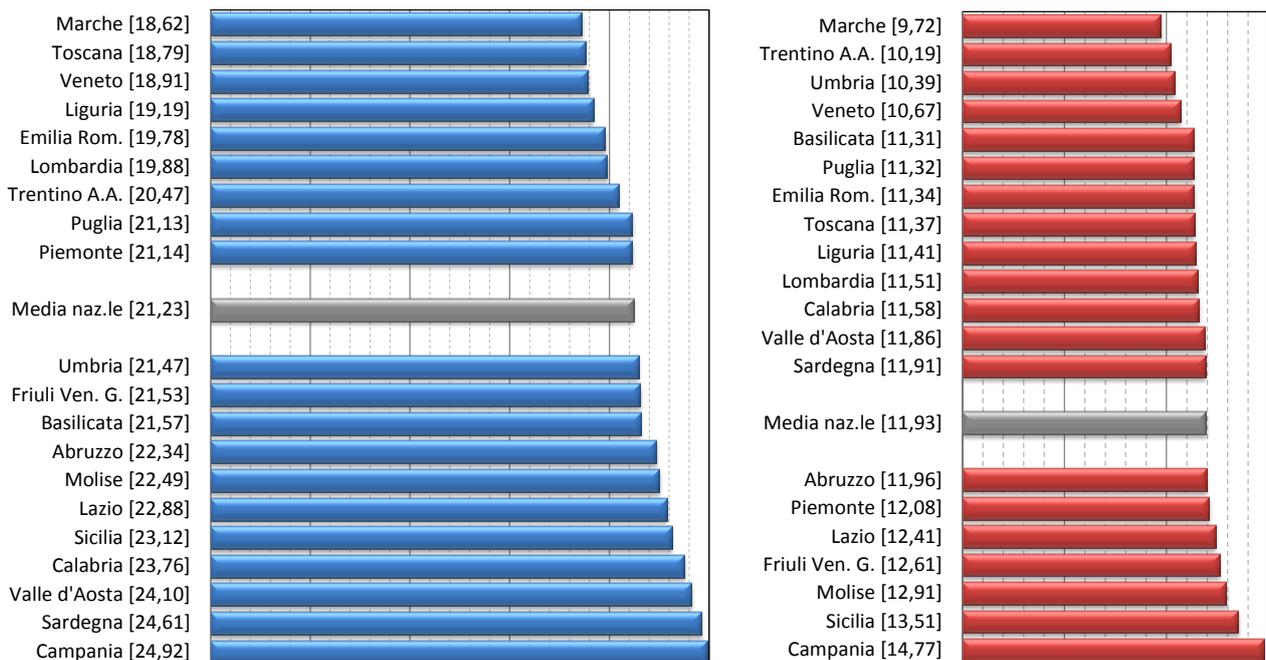
Calabria e Valle d'Aosta, ben oltre la media nazionale nel caso dei maschi, sono invece per il genere femminile collocate al di sotto di questa soglia di riferimento.

La Campania si conferma all'ultimo posto, con un valore sensibilmente superiore alle restanti regioni.

La distanza tra il primo e l'ultimo valore in termini assoluti risulta leggermente più contenuta rispetto all'analogo dato maschile ma in termini relativi ancora più ampia: i 5 giorni di differenza segnalano che i giorni perduti pro-capite per mortalità evitabile femminile in Campania sono del 50% superiori a quelli calcolati per le Marche.

Tavola 4

Classifica MEV(i) 2013 - Giorni di vita perduti pro-capite per mortalità evitabile per regione e genere (sx maschi, dx femmine)



Fonte: elaborazione Nebo Ricerche PA su dati Istat 2010

La mortalità evitabile regionale: stessa direzione, differenti velocità

L'analisi temporale del fenomeno della mortalità evitabile passa per l'elaborazione di un indicatore confrontabile con i dati emersi dai due principali studi italiani in materia già ricordati, Prometeo ed ERA, basato su una comune classificazione delle cause di morte evitabile, quella pubblicata dall'Atlante ERA 2007.

La *tavola 5* mette a confronto sia a livello nazionale che per ciascuna Regione l'esito di tale raffronto, consentendo una immediata percezione dell'evoluzione dal triennio 1996-98 (Prometeo, edizione 2001) a quello 2000-02 (ERA, edizione 2007) e, infine, all'ultimo disponibile, 2008-10, quest'ultimo per esigenze di omogeneità valutato al netto della revisione della classificazione richiamata nella precedente sezione.

In media nazionale, tra i primi due trienni considerati la variazione media è pari a - 3,0% l'anno per i maschi e - 2,8% per le femmine; nel periodo successivo tale decremento è meno consistente (- 2,5% e - 1,7% rispettivamente). Tuttavia, osservando gli analoghi indicatori regionali è evidente come nel secondo periodo analizzato le regioni centro-settentrionali abbiano ridotto il numero di giorni persi in misura sensibilmente maggiore di quelle meridionali; a titolo di esempio si può notare che:

- in Valle d'Aosta i valori dei primi due trienni sono pressoché allineati; di contro, risulta essere la Regione con la maggiore variazione media dal 2000-02 al 2008-10;
- in Calabria, soprattutto nel caso dei maschi, e in Sardegna, in particolare per le femmine, nell'ultimo periodo analizzato la positiva evoluzione registrata appare comunque rallentata rispetto al precedente lasso temporale.

Tavola 5

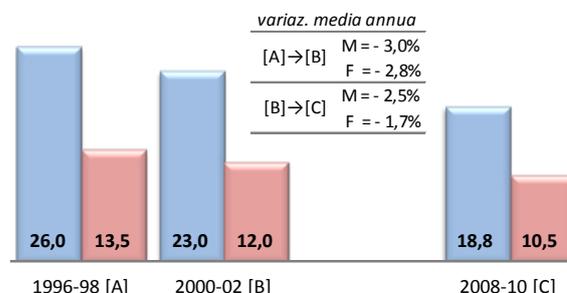
(segue alle pagine successive)

Giorni persi per cause di morte evitabili secondo la classificazione ERA 2007

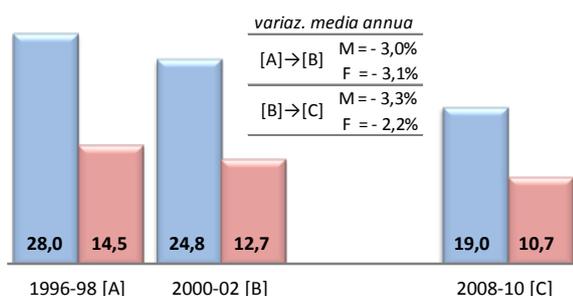
Trienni 1996-98 [A], 2000-02 [B], 2008-10 [C]
Valori assoluti e variazioni medie annue per regione e genere (in azzurro i maschi, in rosa le femmine)

Fonte: elaborazione Nebo Ricerche PA su dati [A] Prometeo 2001, [B] ERA 2007, [C] MEV(i) 2013

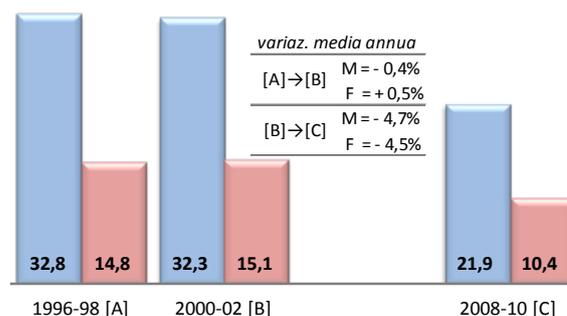
Media nazionale



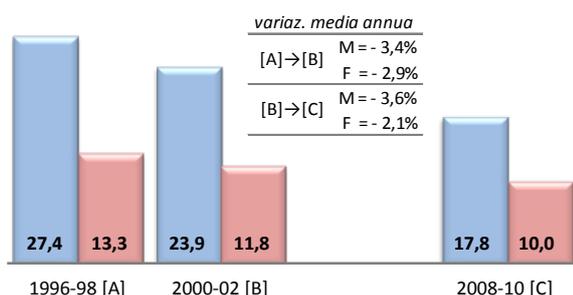
Piemonte



Valle d'Aosta



Lombardia



Trentino Alto Adige

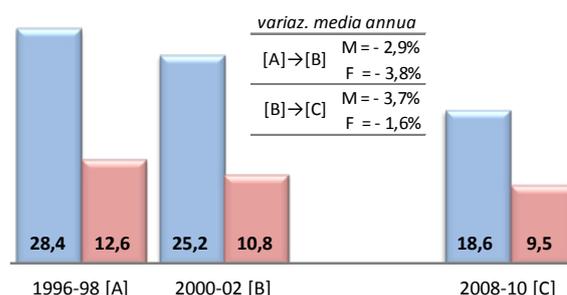


Tavola 5 (segue dalla pagina precedente)

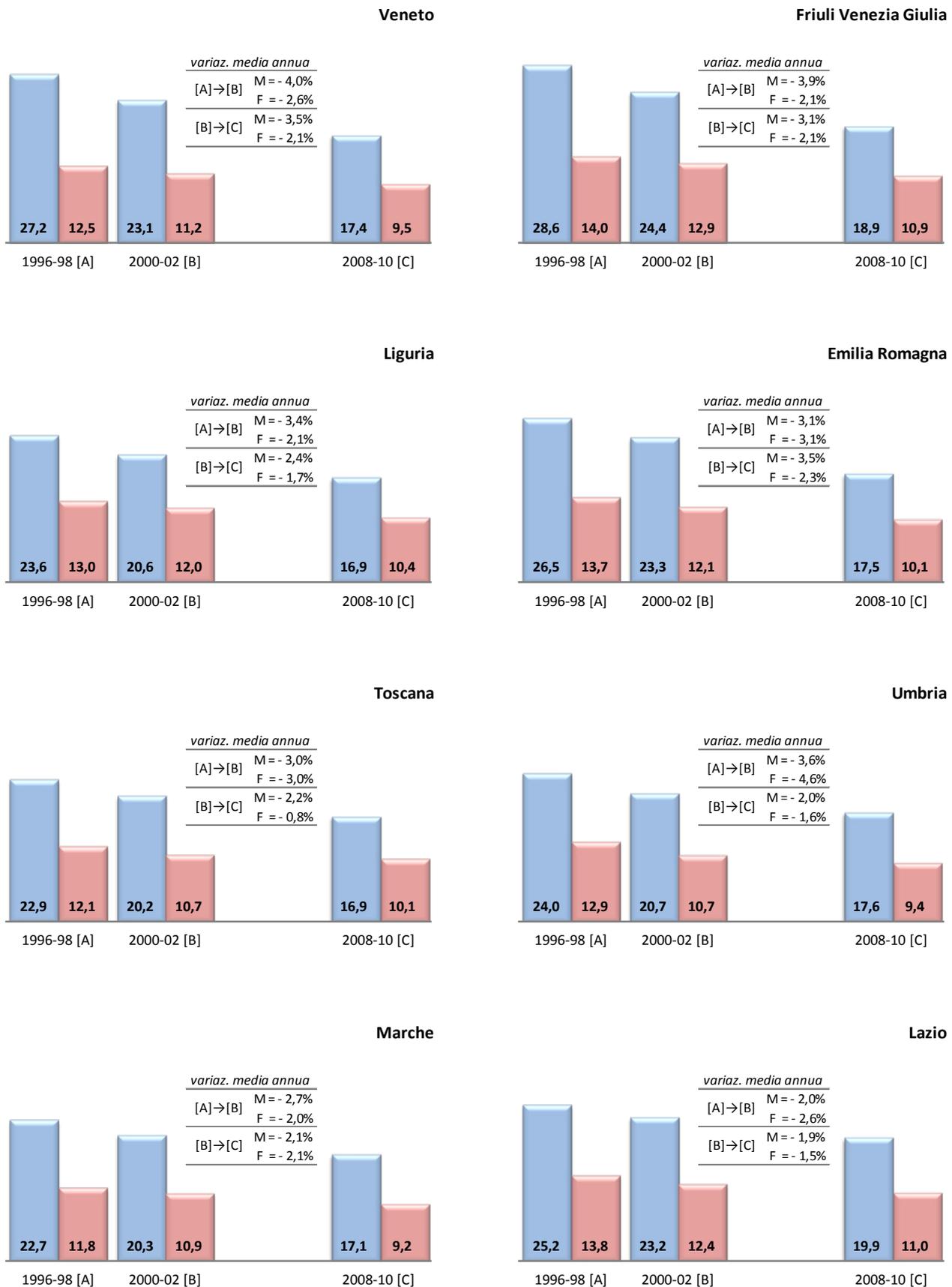
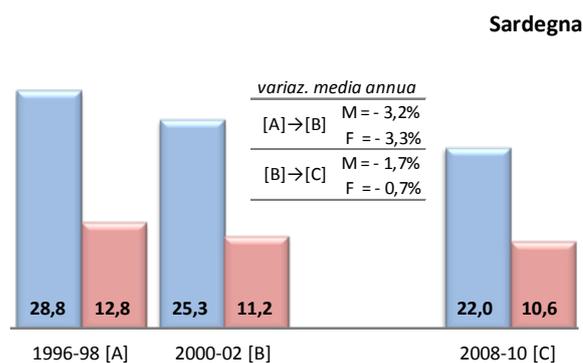
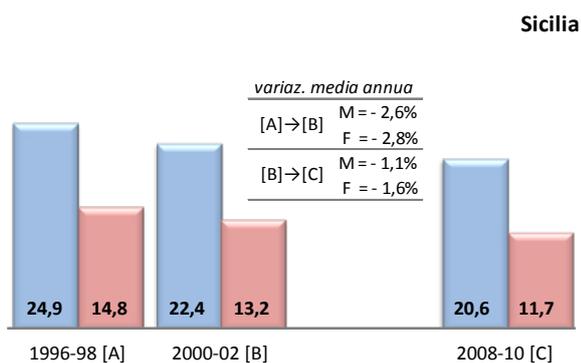
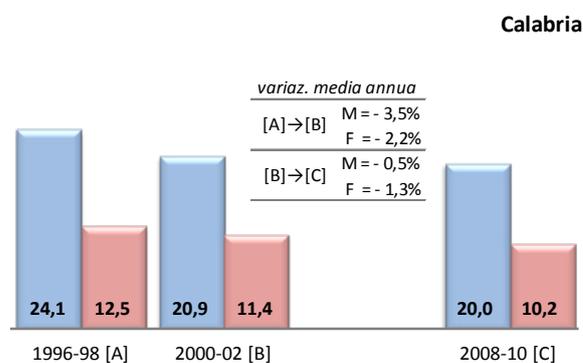
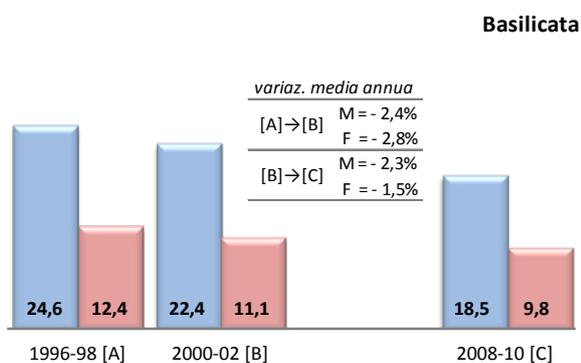
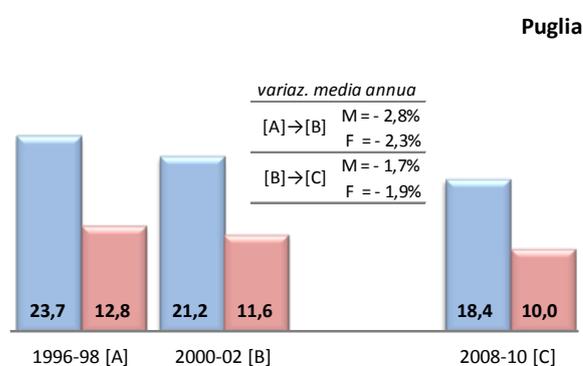
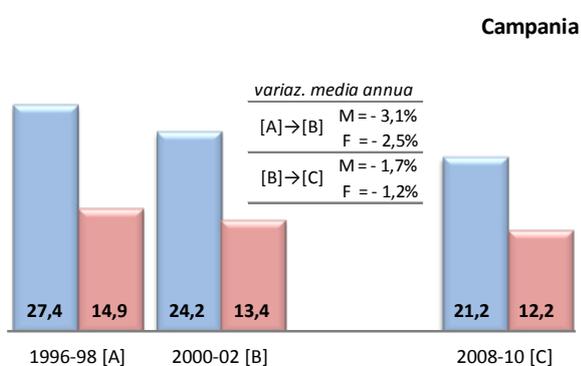
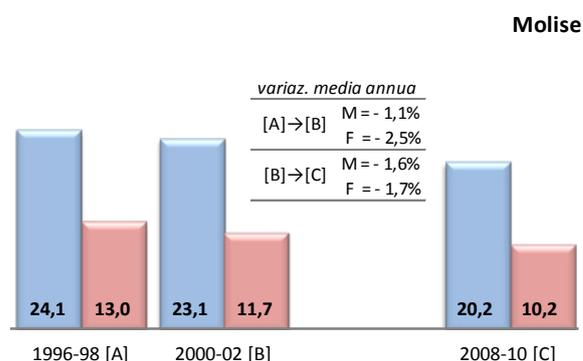
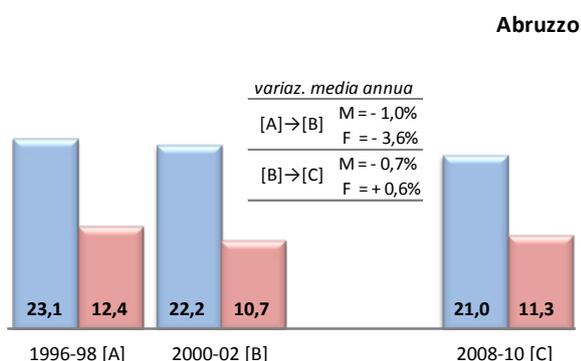


Tavola 5 (segue dalla pagina precedente)



Mortalità evitabile e interventi di sanità pubblica

Dal 2000-02 al 2008-2010

Nel triennio 2000-2002 a fronte di una sostanziale parità del numero di decessi maschili e femminili (in totale circa 830 mila i primi e 833 mila i secondi) l'incidenza della mortalità evitabile era stimata nel 26,2% per i maschi e nel 13,3% delle femmine.

A tali percentuali tuttavia concorrono in differente misura le tre classi cui tradizionalmente si riconducono tali eventi, e cioè quelli dovuti a cause contrastabili con *prevenzione primaria*, oppure con *diagnosi precoce e terapia* o, in ultimo, tramite interventi di *igiene e assistenza sanitaria* (cfr anche il riquadro alla pagina seguente).

Adottando la classificazione ERA 2007 (*) è possibile mettere in luce come la mortalità evitabile sia andata diminuendo: i dati del triennio 2008-2010, infatti, mostrano che rispetto al totale dei decessi (circa 849mila maschili e quasi 896mila femminili) l'incidenza della mortalità evitabile è passata al 21,7% per i maschi e all'11,0% per le femmine.

Osservando l'andamento per i tre ambiti di intervento sopra ricordati, tuttavia, è evidente come il dato complessivo rappresenti una sintesi di tre percorsi assai diversi tra loro, come rappresentato nella tavola 6.

Per entrambi i generi è sensibile la contrazione della casistica dei decessi dovuti a cause evitabili e a parità di metodologia, infatti (e nonostante il sia pur contenuto aumento del numero di morti):

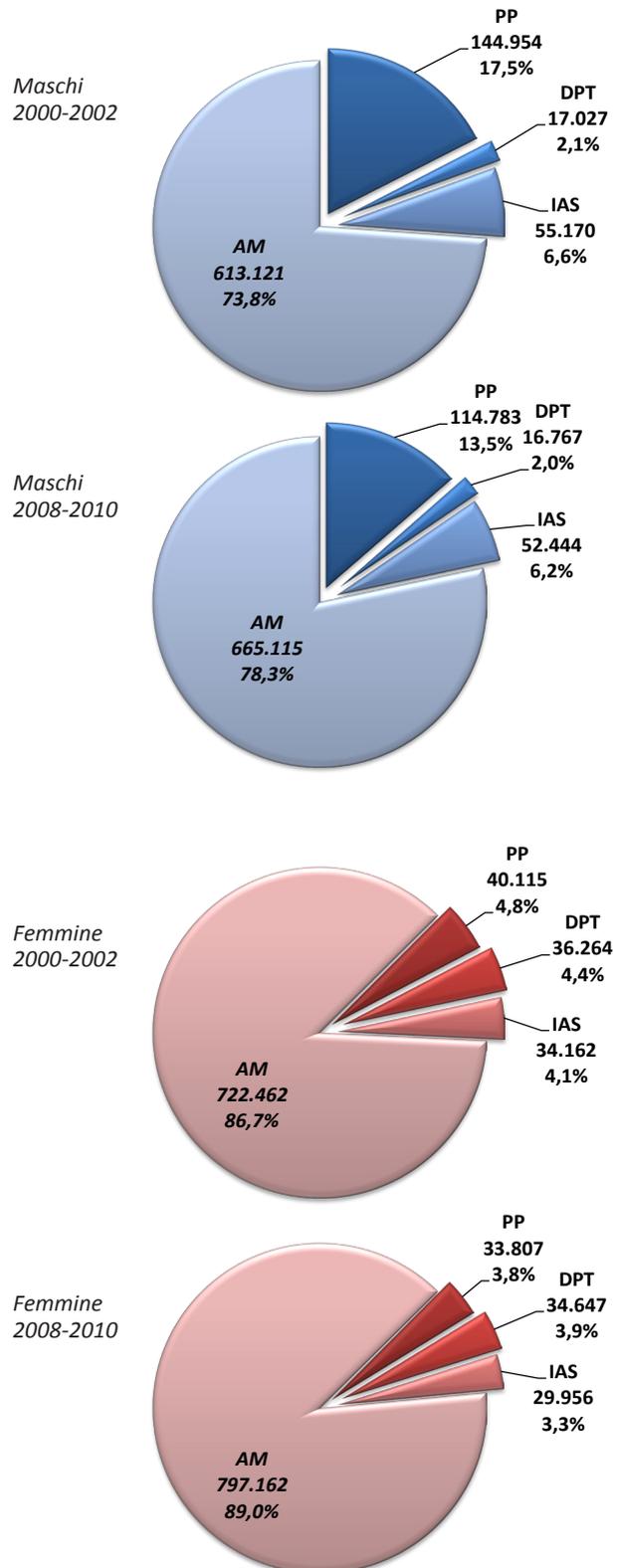
- l'incidenza della mortalità per cause contrastabili con prevenzione primaria è diminuita, nel caso dei maschi, di 4 punti percentuali, passando dal 17,5% al 13,5%; tale diminuzione ha una particolare valenza riguardando la quota di decessi evitabili più ampia in questa chiave di lettura;
- ancora per i maschi, resta sostanzialmente invariata l'incidenza delle morti evitabili con diagnosi precoce e terapia, che si attesta intorno al 2% del totale, e si nota un non trascurabile calo degli eventi legati alla terza area (igiene e assistenza sanitaria), di circa mezzo punto percentuale;
- tenuto conto della minore incidenza sul totale dei decessi, sono analogamente di rilievo le diminuzioni nella mortalità femminile per tutti e tre i gruppi, rispettivamente di un punto percentuale per i decessi evitabili con prevenzione primaria, di mezzo punto per l'area diagnosi precoce e terapia e di quasi un punto per le cause contrastabili con interventi di igiene e assistenza sanitaria.

La lettura di questi dati suggerisce con forza come siano i comportamenti individuali, quelli cioè più legati agli stili di vita alimentari (ad esempio, obesità e alcol) e alla prevenzione degli incidenti (stradali, sul lavoro, del sabato sera), ad aver inciso in modo più forte sugli evidenti miglioramenti ottenuti.

(*) Cfr "Materiali e Metodi" in ERA Atlante 2007

Tavola 6

Mortalità evitabile con interventi di prevenzione primaria (PP), diagnosi precoce e terapia (DPT), igiene e assistenza sanitaria (IAS) ed altra mortalità (AM) (*) secondo la classificazione ERA 2007. Trienni 2000-02 e 2008-10
Composizione percentuale per genere



(*) Cfr Sezione "Materiali e metodi" e riquadro a pag. 13
Fonte: Elaborazione Nebo Ricerche PA su dati Istat e ERA

Giorni perduti per regione e tipologia di intervento secondo la classificazione MEV(i)

Un primo approfondimento a valle della classifica regionale rispetto ai giorni perduti pro-capite per mortalità evitabile è la disaggregazione dell'indicatore per tipologia di intervento (cfr riquadro).

Osservando i cartogrammi della tavola 7 (*) si coglie, come prima evidenza, una differenza nell'andamento

regionale dei rispettivi fenomeni sia per i maschi che per le femmine. Tenendo conto che la gradazione di grigio è via via più scura all'aumentare dell'indicatore, e quindi più intensa in corrispondenza di criticità, si nota come vi siano alternanze secondo l'una o l'altra variabile (di genere e territoriale). A titolo di esempio, si veda la Val d'Aosta, con valori medio-alti ed elevati nella prima coppia di mappe, e valori invece tra i più contenuti nella seconda e intermedia nella terza.

Andamenti territoriali con polarizzazione nord-sud, spesso ravvisabili in sanità, sembrano trasparire solo in alcuni dei cartogrammi.

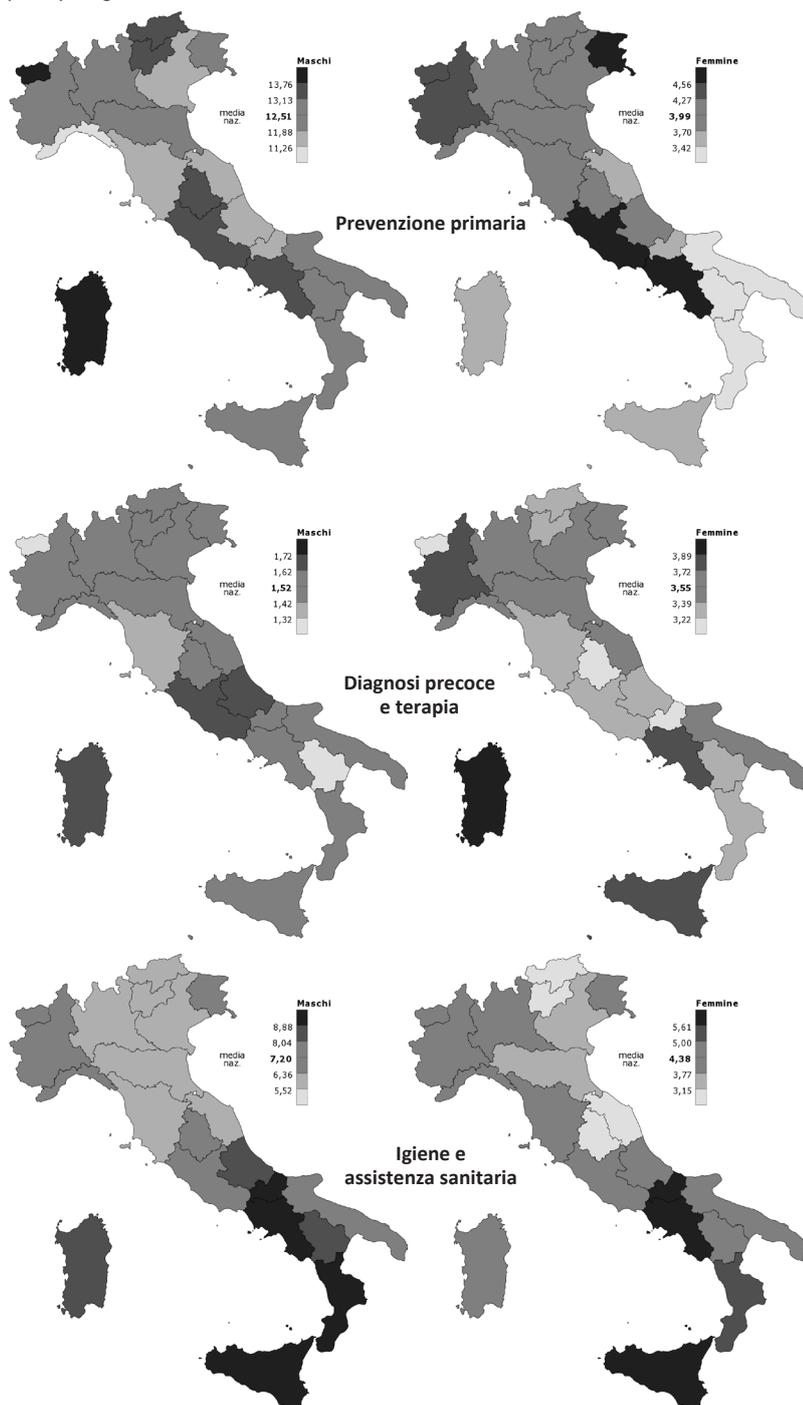
Nel caso delle cause di morte contrastabile con interventi di prevenzione primaria (prima coppia di cartogrammi), la mappa relativa ai maschi non lascia percepire una chiara "direzione"; per le femmine, invece, si può notare come tutte le regioni con i valori più bassi siano meridionali, con la marcata eccezione della Campania e quella meno rilevante dell'Abruzzo.

Anche riguardo al secondo gruppo non si rintracciano particolari polarizzazioni, presumibilmente quale riflesso di una maggiore omogeneità territoriale anche legata alla minore consistenza numerica di questo segmento di mortalità.

È invece indubbiamente interessante notare come le regioni con valori medio-alti ed elevati per cause di morte contrastabili con interventi di igiene e assistenza sanitaria siano, nel caso dei maschi, concentrate nel centro-sud, ma siano assenti regioni con valori sensibilmente al di sotto della media regionale (la prima gradazione di grigio). Di nuovo, nella mappa del genere femminile non si coglie una connotazione geografica altrettanto decisa.

Tavola 7 (*)

Giorni perduti pro-capite per cause di morte evitabili - Anno 2010 per tipologia di intervento



Mortalità evitabile: classificazione per tipologia di intervento

- **Prevenzione primaria**
Iniziative orientate agli stili di vita del singolo, quali lotta a tabagismo e alcolismo, educazione alla corretta alimentazione, sicurezza stradale, in casa e sul lavoro, e così via.
- **Diagnosi precoce e terapia**
Ricorso a strumenti efficaci per identificare e trattare tempestivamente alcune malattie quali, ad esempio, il tumore della mammella della donna.
- **Igiene e assistenza sanitaria**
Attività di varia natura, quali vaccinazioni, corretta gestione dei pazienti cronici, adeguato ricorso alle strutture sanitarie, eccetera.

Fonte: elaborazione Nebo Ricerche PA su dati Istat

(*) Per la guida alla lettura dei cartogrammi si veda la relativa "Nota" nel riquadro alla pagina che segue.

Giorni perduti per regione e principali gruppi ICD10 secondo la classificazione MEV(i)

Una seconda chiave di lettura oltre la tipologia di intervento finalizzato a contrastare la mortalità evitabile è quella secondo i tradizionali *capitoli* della Classificazione internazionale delle malattie e cause di morte (ICD).

Il Progetto MEV(i), come ricordato, ha provveduto a classificare le cause di morte evitabile secondo la ICD10.

Secondo tale versione è stato possibile raccordare le cause di morte a grandi gruppi del tutto analoghi a quelli adottati per le precedenti classificazioni delle cause evitabili.

La tavola 8 fornisce, in particolare, la distribuzione per regione dei giorni perduti pro-capite per cause di morte evitabili afferenti ai primi tre gruppi in ordine di grandezza, vale a dire *Tumori*, *Sistema circolatorio*, *Traumatismi e avvelenamenti*, che complessivamente assorbono circa tre quarti del totale dell'indicatore di sintesi proposto.

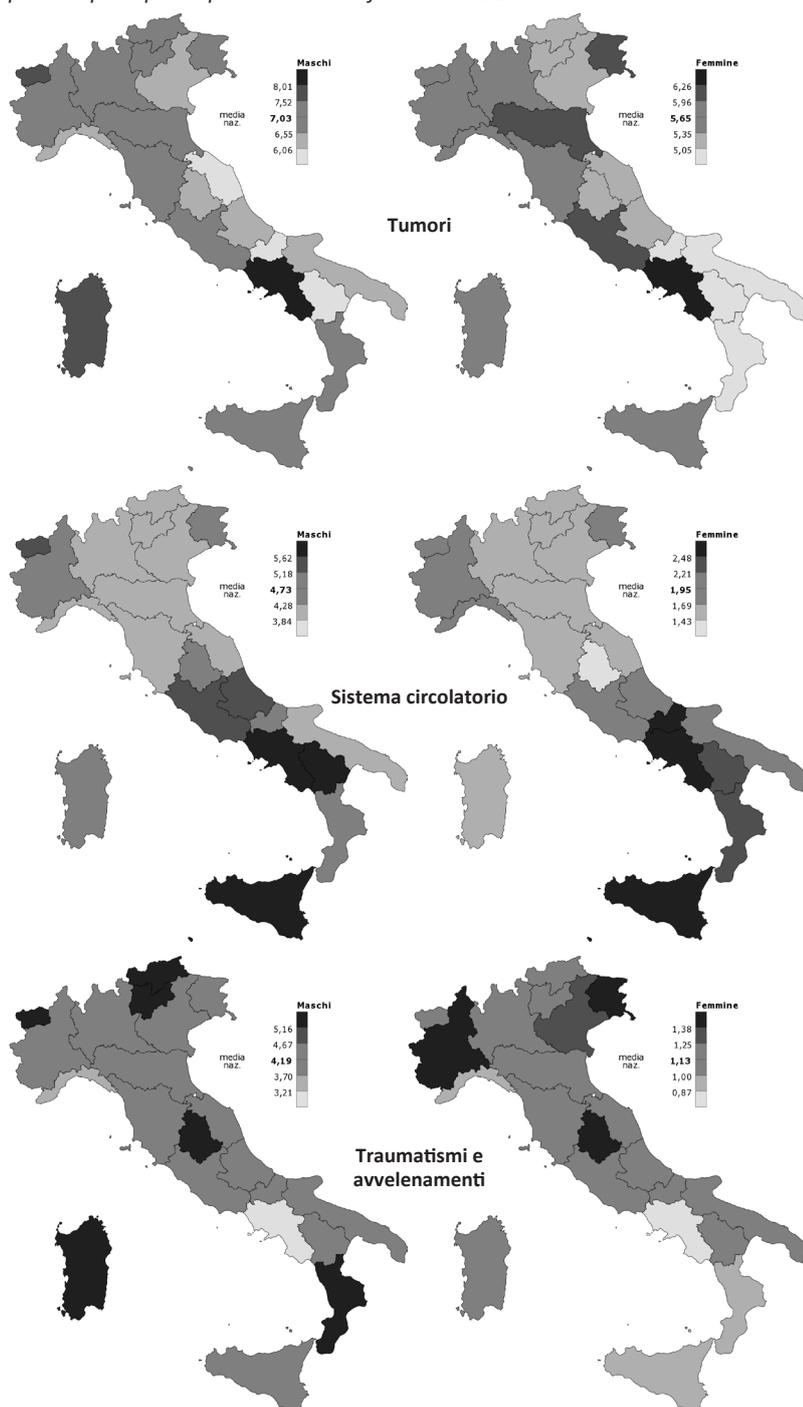
Questa disaggregazione non è direttamente riconducibile a quella per tipologia: basti pensare, a titolo di esempio, ai tumori evitabili, nell'ambito dei quali è rintracciabile mortalità contrastabile sia con prevenzione primaria che con diagnosi precoce e terapia o con altre attività di igiene e assistenza sanitaria.

Osservando le mappe si può notare come in qualche caso si possa ravvisare un qualche andamento territoriale, a volte più esplicito, altre meno.

Nel cartogramma relativo ai tumori nelle donne, ad esempio, i valori più contenuti in assoluto sono riscontrati in regioni meridionali, ma accanto a queste la Campania si contrappone come l'area dal valore più elevato fra tutte (l'analoga posizione è peraltro riscontrabile anche per la mappa dei tumori maschili). Riguardo al sistema circolatorio è evidente una contrapposizione nord-sud, sia pure con qualche non trascurabile eccezione. Di tutt'altro segno la distribuzione di traumatismi e avvelenamenti, per i quali si segnala il valore più contenuto in Campania e un andamento tendenzialmente più omogeneo fra le regioni rispetto agli altri cartogrammi proposti.

Tavola 8

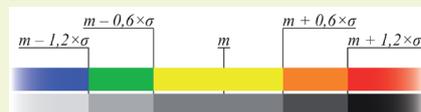
Giorni perduti pro-capite per cause di morte evitabili - Anno 2010 per i tre principali capitoli della classificazione ICD10



Note per la lettura dei cartogrammi

I cartogrammi presentati in questo rapporto sono costruiti con i medesimi criteri adottati per ERA: una fascia intermedia a cavallo del valor medio nazionale (m) e, via via, due classi di valori più elevati e due di valori più contenuti. I limiti sono elaborati in base alla deviazione standard (σ). Ciascun valore (v) è pertanto rappresentato secondo il prospetto che segue.

basso	$v \leq m - 1,2 \times \sigma$
medio-basso	$m - 1,2 \times \sigma < v \leq m - 0,6 \times \sigma$
medio	$m - 0,6 \times \sigma < v < m + 0,6 \times \sigma$
medio-alto	$m + 0,6 \times \sigma \leq v < m + 1,2 \times \sigma$
alto	$m + 1,2 \times \sigma \leq v$



Fonte: elaborazione Nebo Ricerche PA su dati Istat

Una applicazione: il "cruscotto" di indicatori della provincia di Roma

Mutuando dall'esperienza ERA l'idea del "cruscotto", è stata realizzata una sperimentazione sub-regionale, della quale si propone una specifica vista sugli indicatori della provincia di Roma, rappresentati nella tavola 9.

Come naturale attendersi, i valori calcolati per questo territorio sono generalmente quasi sovrapponibili agli analoghi elaborati per il Lazio, dato il peso della popolazione della provincia di Roma, e quindi dei relativi eventi demografici, sul totale regionale. Risulta in ogni caso interessante notare come l'area analizzata si collochi rispetto al dato medio nazionale e ai valori minimo e massimo elaborati per le 110 province italiane, oltre che alle aree che ospitano i valori più estremi.

Osservando il *cruscotto* si nota, ad esempio, come sia per i maschi che per le femmine l'indicatore relativo ai giorni di vita perduti assuma, per Roma come per il Lazio, valori superiori alla media nazionale.

Per le cause contrastabili con interventi di prevenzione primaria nel caso delle femmine il valore della provincia di Roma raggiunge l'area dei valori segnalati come particolarmente elevati; di contro, sempre per le femmine ma con riferimento alle cause contrastabili con diagnosi precoce e terapia il valore scende al di sotto della media nazionale.

Va sottolineato che l'esempio adottato rappresenta la sintesi di un territorio sul quale insistono realtà piuttosto differenti: basti pensare che il territorio della provincia di Roma è distribuito su 8 Aziende sanitarie, delle quali ben 5 relative all'area metropolitana (Comune di Roma e Comune di Fiumicino) e le restanti 3 dedicate ad altrettante aree con caratteristiche differenti.

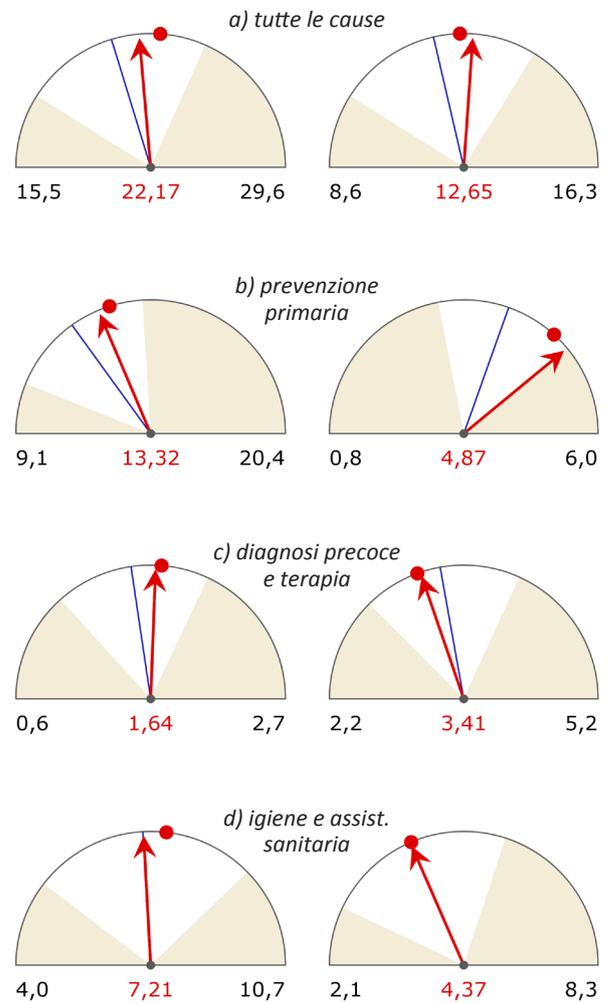
In questo senso il gruppo di lavoro MEV(i) è attivamente impegnato nell'elaborazione di cruscotti disaggregati per area provinciale, i cui dati verranno a breve resi disponibili sul sito dedicato all'iniziativa.

La media regionale, infatti, è utile per rendere possibili confronti territoriali anche tenuto conto delle differenti politiche sanitarie locali gestite a questo livello amministrativo, ma risulta inutilizzabile a livello intraregionale, soprattutto in quelle regioni - come ricordato nel caso del Lazio - i cui indicatori non solo non sono rappresentative di un andamento generale, ma al contrario possono risultare pesantemente condizionati da una specifica realtà locale.

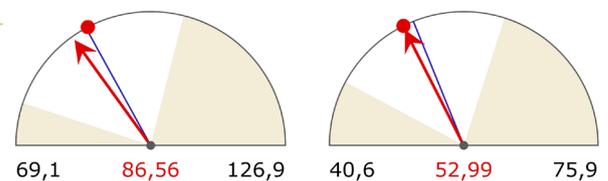
Tavola 9

Esempio di "cruscotto": la provincia di Roma
Indicatori per genere (sx maschi, dx femmine)

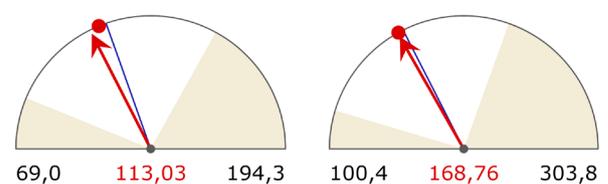
Giorni perduti pro-capite per mortalità evitabile per tipologia di intervento



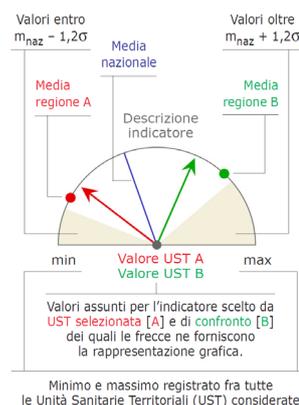
Tassi std di mortalità escluse cause evitabili 0-74 anni



Indice di vecchiaia



Legenda per la lettura del "cruscotto" (fonte: ERAweb)



Fonte: elaborazione Nebo Ricerche PA su dati Istat 2010

Materiali e metodi

Introduzione

Lo studio della mortalità cosiddetta “evitabile” si basa sull’analisi dei decessi per causa rilevati e diffusi dall’Istat annualmente. Attualmente l’ultimo dato disponibile si riferisce all’anno 2010 e la classificazione delle cause di morte è stata aggiornata alla versione ICD10 già dall’annualità 2003.

L’intero lavoro utilizza lo stesso impianto metodologico proprio dell’Atlante ERA 2007 - Mortalità evitabile per genere e USL, al quale si rimanda per qualunque approfondimento necessario. La novità del rapporto consiste non solo in un aggiornamento dei dati, ma anche nella revisione della classificazione utilizzata per identificare i decessi per cause di morte contrastabili con interventi di prevenzione primaria, diagnosi precoce e terapia, igiene e assistenza sanitaria.

Dati disponibili

Gli ultimi dati sui decessi per causa disponibili al momento della realizzazione del rapporto sono riferiti all’anno 2010; per mantenere una continuità e la possibilità di un confronto con l’Atlante ERA 2007 sono stati acquisiti i dati relativi all’ultimo triennio disponibile (2008-2010). Le variabili considerate sono la classe di età (quinquennale), il genere, la residenza (dati provinciali, escludendo estero o residenza non nota) e la causa di morte (inclusa l’eventuale classificazione delle cause violente).

Per quanto riguarda il dettaglio provinciale nell’anno 2010 il numero delle province è passato da 107 a 110 con l’entrata a regime delle tre nuove province:

- Barletta-Andria-Trani, che ingloba 8 comuni provenienti dalla provincia di Bari e due appartenenti alla provincia di Foggia,
- Fermo, costituita da 40 comuni provenienti dalla provincia di Ascoli Piceno,
- Monza e Brianza, formata da 55 comuni appartenenti alla provincia di Milano.

Nelle elaborazioni è stato quindi necessario procedere ad un duplice trattamento dei dati: per le elaborazioni riferite esclusivamente ai dati dell’anno 2010 sono state considerate tutte le 110 province attualmente esistenti; per i dati riferiti al complesso dei decessi registrati nel triennio 2008-2010, è stato necessario ricostruirne la distribuzione secondo le 107 province esistenti prima del 2010.

A quest’ultimo proposito, i decessi classificati nelle nuove province di Fermo e Monza e Brianza, sono stati agevolmente ricondotti alle precedenti province di appartenenza (rispettivamente Ascoli Piceno e Monza-Brianza). I dati 2010 riferiti alla provincia di Barletta-Andria-Trani, invece, non disponendo del dettaglio dei decessi per comune di residenza, sono stati interamente ricondotti alla provincia di Bari, attribuendo anche i casi riferiti ai 3 comuni appartenenti alla provincia di Foggia. I decessi della provincia di Bari saranno quindi leggermente sovrastimati; bisogna tuttavia considerare che in termini di popolazione residente i 3 comuni foggiani rappresentano il 10% circa della popolazione dell’intera nuova provincia.

Classificazione delle cause di morte

La causa di morte è identificata secondo la codifica ICD10. Nell’edizione 2007 dell’Atlante ERA sulla mortalità evitabile i dati sui decessi per causa disponibili si riferivano al triennio 2000-2002 e le cause di morte seguivano la codifica ICD9. Non riporteremo in questa sede i risultati di studi e analisi condotti sulle due codifiche, rimandando alle numerose pubblicazioni sull’argomento per qualunque approfondimento.

È stata adottata come base la proposta di “conversione” da ICD9 a ICD10 realizzata dalla *Direzione sanità pubblica della Regione Piemonte* nel 2009 (cfr riferimenti bibliografici) a valere sulla classificazione dell’Atlante ERA 2007; tale codifica è stata sottoposta a revisione, alla luce della documentazione rintracciata sull’argomento, adeguando i contenuti alla letteratura più recente e a considerazioni di natura medico-clinica.

Il lavoro ha prodotto una classificazione delle cause di morte ampliata e rivista nei criteri rispetto alla versione precedente; pur mantenendo la sua impostazione originaria, sono stati introdotti elementi di novità in parte legati al maggiore dettaglio della codifica di alcune cause di morte nella versione ICD10 (ad esempio AIDS) e in parte dipendenti dalla decisione di modificare alcuni criteri di selezione delle cause (ad esempio le classi di età da considerare).

Per non perdere la continuità con l’Atlante ERA 2007, i decessi sono stati trattati secondo entrambe le classificazioni ottenendo da un lato un aggiornamento dell’entità dei decessi evitabili adottando i nuovi criteri, dall’altro una misura dell’andamento temporale della stessa utilizzando la vecchia classificazione.

Le principali novità introdotte nella classificazione delle cause di morte evitabili riguardano principalmente i vincoli sulle fasce di età nella selezione dei decessi evitabili; in particolare:

- Diabete (E10-E14) – *il gruppo è stato suddiviso in due sottogruppi considerando evitabili tutti i decessi di qualunque età (ma sempre nella fascia 0-74 anni) per i codici ICD10 da E11 a E14 e imponendo il limite (0-49 anni) solo al Diabete mellito del gruppo E10;*
- Altre malattie batteriche (A30-A49, A80, B50-B54, J02.0, L03) – *il gruppo è stato completato con l’introduzione di Poliomielite acuta, Malaria, Faringite streptococcica e Cellulite; inoltre, anche in questo caso, come per il diabete, è stato ristretto il gruppo delle cause di morte considerate evitabili solo per decessi avvenuti entro l’età pediatrica (0-14 anni);*
- Cardiopatie reumatiche croniche e Polmoniti, influenza – *il limite di età per ricadere nella casistica dei decessi evitabili è stato spostato a 74 anni;*
- Malattie dell’apparato respiratorio – *all’interno del gruppo sono stati isolati i casi di BPCO e Asma imponendo dei vincoli sulle età; vengono classificati come evitabili i decessi per BPCO di età compresa tra 45 e 74 anni, mentre nel caso dell’Asma la fascia di età considerata è quella inferiore a 45 anni.*

Un'analisi della letteratura più recente ha suggerito inoltre l'ampliamento della casistica dei decessi evitabili, includendo altri gruppi di cause di morte tra cui vale la pena di ricordare: Malattie sessualmente trasmesse,

Epatiti, HIV / AIDS, Embolia polmonare, Tumori benigni, Tumore maligno della tiroide, Altri disturbi endocrini.

Nella tavola 10 viene riportato lo schema della nuova classificazione adottata.

Tavola 10

Classificazione MEV(i) delle cause di morte in età inferiore ai 75 anni (*) contrastabili con interventi di prevenzione primaria (legislazione, educazione, informazione finalizzate al miglioramento degli stili di vita) ("PP"), ricorso a diagnosi precoce e opportuna terapia ("DPT"), misure di igiene e adeguata organizzazione sanitaria ("IAS")

MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE

A01-A09	Malattie infettive intestinali ⁽¹⁾	IAS
A15-A19, B90	Tubercolosi	IAS
A30-A35, A40.3, A41-A49 escl. A49.2, B50-B54	Altre malattie batteriche	IAS
A36-A40 escl. A40.3, A49.2, A80	Altre malattie batteriche ⁽¹⁾	IAS
A50-A64	Malattie sessualmente trasmesse	PP
B00-B04, B06-B09	Altre mal. virali esant. (escl. morbillo) ⁽¹⁾	IAS
B05	Morbillo ⁽²⁾	IAS
B15-B19	Epatiti	PP
A70-A74, A82, B20-B24	HIV / AIDS	PP
B25-B34	Altre malattie da virus e clamidia	IAS

TUMORI

C00-C15	T. mal. labbra, cavità orale, faringe, esofago	PP
C16	Tum. mal. stomaco	PP
C18-C21	T. mal. colon, retto, giunz. rettosigm., ano	DPT
C22	Tum. mal. fegato e dotti intraepatici	IAS
C33-C34	Tum. mal. trachea, bronchi, polmoni	PP
C43-C44	Tum. mal. pelle	DPT
C50	Tum. mal. mammella (donna)	DPT
C53-C55	Tum. mal. utero	DPT
C62	Tum. mal. testicolo	DPT
C67	Tum. mal. vescica	PP
C69.0-C69.1	Tum. mal. occhio e annessi oculari	PP
C73	Tum. mal. tiroide	DPT
C81	Malattia di Hodgkin	DPT
C91-C95	Leucemia ⁽¹⁾	IAS
D10-D36	Tumori benigni	DPT

MALATTIE DEL SANGUE, ORGANI EMATOPOIETICI E DISTURBI IMMUNITARI

D50-D53	Anemie da carenza di ferro; altre anemie da carenza	IAS
D64	Altre e non specificate anemie	IAS

MAL. ENDOCRINE, NUTRIZ. E METABOLICHE

E00-E07	Disturbi ghiandola tiroidea	IAS
E10	Diabete mellito insulino-dipendente ⁽⁴⁾	IAS
E11-E14	Diabete mellito non insulino-dipendente	IAS
E24-E25, E27, E70.0, E74.2	Altri disturbi endocrini	DPT
E40-E64	Deficienze nutrizionali	PP

DISTURBI PSICHICI

F04-F99	Disturbi psichici (escl. Stati psicotici organici senili e presenili)	IAS
---------	-----------------------------------------------------------------------	-----

MAL. SISTEMA NERVOSO E ORGANI DEI SENSI

G00-G03	Meningite	IAS
G40-G41	Epilessia	IAS
H65-H70	Malattie dell'orecchio medio e della mastoide	IAS

SISTEMA CIRCOLATORIO

I01-I09	Cardiopatie reumatiche croniche	IAS
I10-I15	Iperensione arteriosa	IAS
I20-I25	Malattie ischemiche del cuore	PP
I26	Embolia polmonare	PP
I42.6	Cardiomiopatia alcolica	PP
I60-I69	Malattie cerebrovascolari	PP
I71, I80.2	Altre malattie sist. circolatorio	IAS

MAL. APPARATO RESPIRATORIO

J02.0	Faringite streptococcica	IAS
J10-J18	Polmoniti, influenza	IAS
J40-J44	BPCO ⁽⁵⁾	IAS
J45-J46	Asma ⁽³⁾	IAS
J00-J99 (escl. prec.)	Altre mal. app. respiratorio	IAS

MAL. APPARATO DIGERENTE

K25-K28	Ulcera gastrica, duodenale, peptica sito n.s.	IAS
K29.2	Gastrite alcolica	PP
K35-K38	Appendicite	IAS
K40-K46, K73-K74	Ernie inguinali e addominali	IAS
K70	Malattia epatica cronica e cirrosi	PP
K80-K83, K85-K86	Disturbi cistifellea e vie biliari (escl. calcoli)	IAS

MAL. CUTE E TESSUTO SOTTOCUTANEO

L03	Cellulite	IAS
-----	-----------	-----

MAL. SIST. OSTEOMUSCOLARE E TESSUTO CONNETTIVO

M02.3-M02.3	Malattia di Reiter	PP
-------------	--------------------	----

MAL. SISTEMA GENITO-URINARIO

N70-73 ; N75.0 -N75.1; N76.4, N76.6	Malattie sessualmente trasmesse	PP
N00-N08, N17-N19, N25-N27	Nefrite, sindrome nefrosica e nefrosi	IAS
N13, N20, N21, N35, N40	Uropatia ostruttiva e iperplasia della prostata	IAS

COMPL. GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO

O00-O99	Complicaz. gravidanza, parto, puerperio	IAS
---------	-----------------------------------------	-----

ALCUNE CONDIZIONI MORBOSE DI ORIGINE PERINATALE

P00-P96	Alcune condiz. morbose di origine perinatale	IAS
---------	----------------------------------------------	-----

MALFORMAZIONI CONGENITE

Q00-Q07	Anomalie congenite del sistema nervoso, spina bifida	IAS
Q20-Q28	Malformaz. congenite sist. circolatorio ⁽²⁾	IAS
Q08-Q99	Altre malformaz. congenite (escl. sist. circ.)	IAS

SINTOMI, SEGNI E STATI MORB. MAL DEFINITI

R95	Sindrome della morte improvvisa del lattante	PP
-----	----------------------------------------------	----

TRAUMATISMI E AVELENAMENTI

V01.1-V99.9	Incidenti stradali	PP
W00.0-W19.9	Cadute	PP
W65.0-W74.9	Annegamenti	PP
X00.0-X09.9	Incendi e ustioni	PP
X40.0-X49.9	Avvelenamenti accidentali	PP
X60-X84, Y10-Y34, Y87.0	Suicidi e lesioni autoinflitte	PP
X85-X99, Y00-Y09, Y87.1	Atti di violenza	PP
Y60-Y84	Complicanze di assistenza medica e chirurgica	PP
V00-Y98 escl. prec.	Altri traumatismi e avvelenamenti	PP

(*) A meno di altre limitazioni sull'età, come segnalato dalle note: ⁽¹⁾ < 15, ⁽²⁾ 1-14, ⁽³⁾ < 45, ⁽⁴⁾ < 50, ⁽⁵⁾ 45-74.anni.

Il calcolo della speranza di vita

Un approfondimento deve essere dedicato alla descrizione della procedura di calcolo dei giorni di vita perduti per cause evitabili pro-capite, indicatore chiave dell'Atlante ERA 2007 e adottato dal presente Rapporto.

L'indicatore è calcolato a partire dal numero di decessi standard (ottenuti utilizzando la popolazione standard europea); per ciascuna classe di età quinquennale il numero dei decessi attesi viene moltiplicato per la speranza di vita di quella classe di età calcolata escludendo i decessi per cause evitabili. Dal numero degli anni perduti standard così ottenuto si ricava successivamente l'indicatore cercato rapportando il tutto alla popolazione reale.

Per la descrizione completa del calcolo dell'indicatore si rimanda alla specifica sezione di questo capitolo (cfr. paragrafo 3); quello che interessa sottolineare in questa parte è la procedura utilizzata per il calcolo della speranza di vita nazionale escluse le cause evitabili.

La speranza di vita è utilizzata nel rapporto per il calcolo degli anni perduti ed è relativa all'anno 2010, ultimo disponibile. I decessi per causa sono, come detto, disponibili per classi di età quinquennali e con l'ultima classe aperta 90+.

Sulla distribuzione dei decessi per classi di età quinquennali (considerando solo quelli di residenti in Italia e di età nota), è stato necessario isolare i decessi escludendo quelli individuati dal rapporto come evitabili; a partire da questi si è proceduto al calcolo della tavola di mortalità ridotta, separatamente per i due generi.

Per il calcolo dei quozienti di mortalità e delle altre voci della tavola di mortalità è stata seguita la metodologia pubblicata dall'Istat per il calcolo delle tavole di mortalità provinciali. Questa scelta si è resa necessaria data la disponibilità dei dati in classi quinquennali e non annuali come richiederebbe la metodologia studiata dall'Istat per il calcolo delle tavole nazionali e regionali (il cui metodo coincide).

Altra eccezione rispetto alla metodologia riguarda la stima delle probabilità di morte alle età senili (superiori ai 94 anni); disponendo solo dell'ultima classe aperta 90 e più, si è proceduto ad una stima dei decessi della nostra tavola di mortalità utilizzando le tavole di mortalità nazionali anno 2010 pubblicate. Questa procedura è stata possibile per il fatto che per le età superiori a 74 anni, nessun decesso è considerato evitabile e quindi i decessi considerati nel lavoro coincidono con quelli effettivi e quindi l'intensità della mortalità per gli ultrasessantacinquenni rispecchierà quella espressa dalla tavola di mortalità nazionale.

E' stata quindi stimata la distribuzione dei decessi della tavola di mortalità per le età superiori ad 89 anni e, successivamente, i sopravvissuti e i relativi quozienti di mortalità necessari per completare il calcolo della tavola.

Indicatori calcolati

La metodologia utilizzata per la costruzione degli indicatori utilizzati nel rapporto è mutuata dall'Atlante ERA 2007 sulla mortalità evitabile; l'unica eccezione riguarda la disaggregazione massima territoriale raggiunta: le Unità Sanitarie Territoriali nell'Atlante ERA 2007, le Province in questo rapporto.

Rimandando all'Atlante ERA 2007 per approfondimenti, si riportano di seguito alcune note metodologiche sugli indicatori descritti nel rapporto.

Indicatori demografici

I seguenti indicatori sono stati calcolati facendo riferimento alla popolazione residente in Italia al 30/06/2010, e vengono calcolati per ciascun genere e livello territoriale disponibile:

Indice di vecchiaia: $(P > 64 \text{ anni} / P < 15 \text{ anni}) \times 100$
dove P = popolazione per la fascia di età indicata

Composizione percentuale per età: $(P_x / PTOT) \times 100$
dove P_x = pop. per $x=0-14, 15-64, >64, >74$ e >84 anni
PTOT = popolazione totale

Giorni perduti pro-capite

$$\text{Giorni perduti standard} = \frac{\sum_x (m_x^{std} \times e_{nev}^x) \times 365}{P_{0-74}}$$

dove:

$$m_x^{std} = m_x \times \frac{p_x^{std}}{p_{0-74}^{std}}$$

e_{nev}^x = speranza di vita escluse cause evitabili all'età x

m_x = tasso specifico di mortalità all'età x

p_x^{std} = Popolazione standard europea classe di età x

p_{0-74}^{std} = Popolazione standard europea età 0 - 74 anni

P_{0-74} = Popolazione età 0 - 74 anni

Utilizzando il procedimento schematizzato, viene calcolato il numero dei giorni di vita perduti per cause evitabili pro-capite per tutti i livelli territoriali disponibili (nazionale e provinciale) e con riferimento separatamente ai decessi avvenuti nel solo anno 2010 e nel triennio 2008-2010.

Giorni perduti pro-capite per cause evitabili

- per tipo
 - Totale
 - Prevenzione primaria
 - Diagnosi precoce e terapia
 - Igiene e assistenza sanitaria
- per gruppo
 - Tumori
 - Sistema circolatorio
 - Traumatismi e avvelenamenti
 - Altre cause evitabili

Tassi standardizzati di mortalità

I tassi di mortalità standardizzati (secondo le tipologie indicate di seguito) sono calcolati per ciascun genere e livello territoriale disponibile. I dati riferiti all'anno 2010 sono calcolati facendo riferimento alla nuova classificazione, mentre per i decessi del triennio 2008-2010 è stata utilizzata la codifica elaborata da ERA2007.

$$T^{std} = \sum_x (m_x \times \left(\frac{p_x^{std}}{p_{0-74}^{std}}\right))$$

dove:

T^{std} = Tasso standardizzato

m_x = tasso specifico di mortalità classe di età x

p_x^{std} = Pop. standard europea di età x

p_{0-74}^{std} = Pop. standard europea età 0 – 74 anni

Tassi std di mortalità evitabile (0-74 anni) per tipo

- Totale
- Prevenzione primaria
- Diagnosi precoce e terapia
- Igiene e assistenza sanitaria

Tassi std di mortalità per gruppi di cause

- per tipologia
 - decessi 0-74 anni, cause evitabili
 - decessi 0-74 anni, tutte le cause (escl. evitabili)
 - decessi >74 anni, tutte le cause
- per gruppo di cause
 - Tumori
 - Tumori maligni apparato digerente e peritoneo
 - Tumori mal. app. respiratorio e org. Intraoracici
 - Tumori della donna (mammella e organi genitali)

- Altri tumori
- Sistema circolatorio
- Malattie ischemiche del cuore
- Malattie cerebrovascolari
- Altre malattie del sistema circolatorio
- Traumatismi e avvelenamenti
- Malattie dell'apparato digerente
- Malattie infettive e parassitarie
- Malattie dell'apparato respiratorio
- Malattie sistema genito-urinario
- Alcune condizioni morbose di origine perinatale
- Disturbi psichici
- Mal. sistema nervoso e organi dei sensi
- Mal. endocrine, nutriz. e metaboliche
- Malformazioni congenite
- Malattie sangue, organi ematopoietici e dist. imm.
- Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti
- Complicanze gravidanza, parto e puerperio
- Malattie sist. osteomuscolare e tessuto connettivo
- Malattie cute e tessuto sottocutaneo

Si segnala che i raggruppamenti utilizzati sono aggiornati rispetto alla classificazione ICD10 delle malattie per cui il gruppo "Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche" non include più i "Disturbi immunitari" che confluiscono nel gruppo rinominato "Malattie del sangue, degli organi ematopoietici e dei disordini immunitari". L'AIDS, che nella versione ICD10 delle malattie è individuato dai codici B20-B24, viene inserito nel gruppo delle "Malattie infettive e parassitarie" mentre in passato si rintracciava nel gruppo "Mal. endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari".



Riferimenti bibliografici

Australian Bureau of Statistics - Causes of Death / Avoidable Mortality - 2012 e 2013

<http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/Lookup/3303.0Appendix42011>

<http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/Lookup/3303.0Appendix32010>

Kossarova L, Holland W, Nolte E, McKee M.

Measuring "avoidable" mortality: methodological note – 2009 DG, editor.

Brussels, Belgium: Employment, Social Affairs and Equal Opportunities.

Regione Piemonte. Direzione Sanità pubblica

La mortalità in Piemonte negli anni 2001-2003 – 2009

<http://www.regione.piemonte.it/sanita/ep/mortalita0103/>

ERA Epidemiologia e ricerca applicata - Mortalità evitabili per genere e USL - 2007

http://www.atlantesanitario.it/index.php?option=com_content&view=article&id=65&Itemid=79

ISTAT – L'indagine sulle cause di morte. Nuovo piano di controllo e correzione dei dati di mortalità per causa e procedurali – 2013

ISTAT – Istruzioni integrative per l'applicazione dell'ICD10

nella codifica delle cause di morte – 2007

http://www3.istat.it/dati/catalogo/20080108_00/

ISTAT – La codifica automatica delle cause di morte in Italia: aspetti metodologici e implementazione della ICD10 - 2003

http://www3.istat.it/dati/catalogo/20050118_00/

Livi Bacci M – Introduzione alla demografia – Loescher 1981

Dati ISTAT – Indagine su decessi e cause di morte
Dati 2008 e 2009 – <http://demo.istat.it>

ISTAT – Tavole di mortalità della popolazione italiana
per provincia e regione di residenza – Dati 1998

<http://demo.istat.it/unitav2012/index.html?lingua=ita>

National Cancer Institute – European Standard Population
<http://seer.cancer.gov/stdpopulations/stdpop.19ages.html>



Prefazione	1
Gruppo di lavoro	1
Strumenti quantitativi per indicazioni politiche "intelligenti"	2
La classifica 2013 della mortalità evitabile.....	6
La mortalità evitabile regionale: stessa direzione, differenti velocità	9
Mortalità evitabile e interventi di sanità pubblica	12
Una applicazione: il "cruscotto" di indicatori della provincia di Roma	15
Materiali e metodi	16

