



## Sintesi

### CAPITOLO 5d

#### Mortalità evitabile: il bilancio del biennio della pandemia

*Buzzi N.<sup>1</sup>,*

Lo studio della mortalità evitabile non esaurisce la misura della *Performance* di un sistema sanitario, come sottolinea il documento congiunto sul tema OECD/Eurostat; tuttavia, gli indicatori sui decessi per cause di morte prevenibili o trattabili rappresentano un valido strumento per valutare l'impatto delle strategie di sanità pubblica, sul fronte sia delle cause di morte contrastabili con prevenzione primaria che di quelle riducibili con diagnosi precoce, tempestiva terapia e altre forme di assistenza.

Come già segnalato nei precedenti Rapporti C.R.E.A., la lettura storica dei dati presenta difficoltà legate a numerose variabili anche preesistenti e non necessariamente legate alla pandemia di Covid-19.

Per semplificare la lettura dei *trend*, il Progetto Mortalità Evitabile (con intelligenza) (MEV(i)) classifica i decessi direttamente attribuiti a Covid-19 in una voce a sé stante, così da confrontare gruppi omogenei lungo il periodo analizzato<sup>2</sup>.

L'analisi dei dati 2021 relativi ai decessi per causa, di fonte Istat, mostra come la quota di MEV misurata come sopra ricordato torni su valori prossimi a quelli registrati nel 2019 dopo l'aumento relativamente contenuto registrato per l'anno 2020.

Dei 173.000 decessi avvenuti nella popolazione 0-74 anni (fascia di riferimento per lo studio della mortalità evitabile) il 56% (96.800 casi) è legato a cause di morte prevenibili o trattabili e in particolare:

- 48.000 casi (dei quali oltre due terzi maschili) sono correlati a tabagismo, alcol e in generale

a inappropriati stili di vita

- 8.400 casi (dei quali oltre tre quarti maschili) sono causati da incidenti e suicidi
- in 32.800 casi (equamente ripartiti tra i due sessi) si tratta di carenze nella prevenzione secondaria (diagnosi precoce e terapia).

La rilevante differenza dell'impatto della mortalità evitabile per sesso e sul territorio è ancor più evidente se si leggono i valori rilevati a livello regionale, riportati nella figura, realizzata a valere sui giorni perduti standardizzati per mortalità evitabile pro-capite (giorni di vita perduti (gvp))<sup>3</sup>.

Nella rappresentazione grafica, che mostra come l'intervallo dell'indicatore relativo alle cause trattabili sia pressoché sovrapponibile (4-9 gvp), mentre la scala inerente alle cause prevenibili è per i maschi sensibilmente spostata verso valori più elevati, si possono notare alcune particolarità tra le quali, ad esempio, che:

- nel caso dei maschi i valori regionali hanno una maggiore dispersione attorno ai valori medi nazionali
- Campania e Sicilia sono caratterizzate per entrambi i sessi e per entrambe le tipologie di decessi da valori più elevati della media nazionale (quadranti in alto a destra), in contrapposizione con Trentino Alto Adige e Veneto (quadranti in basso a sinistra)
- alcune realtà locali presentano difformità tra i due sessi o tra le due categorie di decessi

<sup>1</sup> Nebo ricerche PA

<sup>2</sup> Sul portale dedicato a MEV(i) - Mortalità Evitabile (con intelligenza) [www.mortalitaevitabile.it](http://www.mortalitaevitabile.it) sono pubblicati dati e indicatori di mortalità generale ed evitabile per causa, età e sesso dal 2011 all'ultima annualità disponibile

<sup>3</sup> Indicatore adottato per la classifica MEV(i), fornisce una misura del tempo non vissuto (perduto) dai deceduti per cause evitabili rispetto alla propria aspettativa di vita (espresso in giorni pro-capite sulla popolazione e standardizzato) amplificando il risultato per i territori dove a parità di mortalità l'età alla morte tra i decessi evitabili è minore

evitabili; per la Sardegna, ad esempio, i dati di MEV femminile sono prossimi alla media nazionale e così pure il dato di mortalità trattabile maschile, mentre l'indicatore relativo alle cause di morte prevenibili assume per i maschi il valore più elevato fra tutte le Regioni.

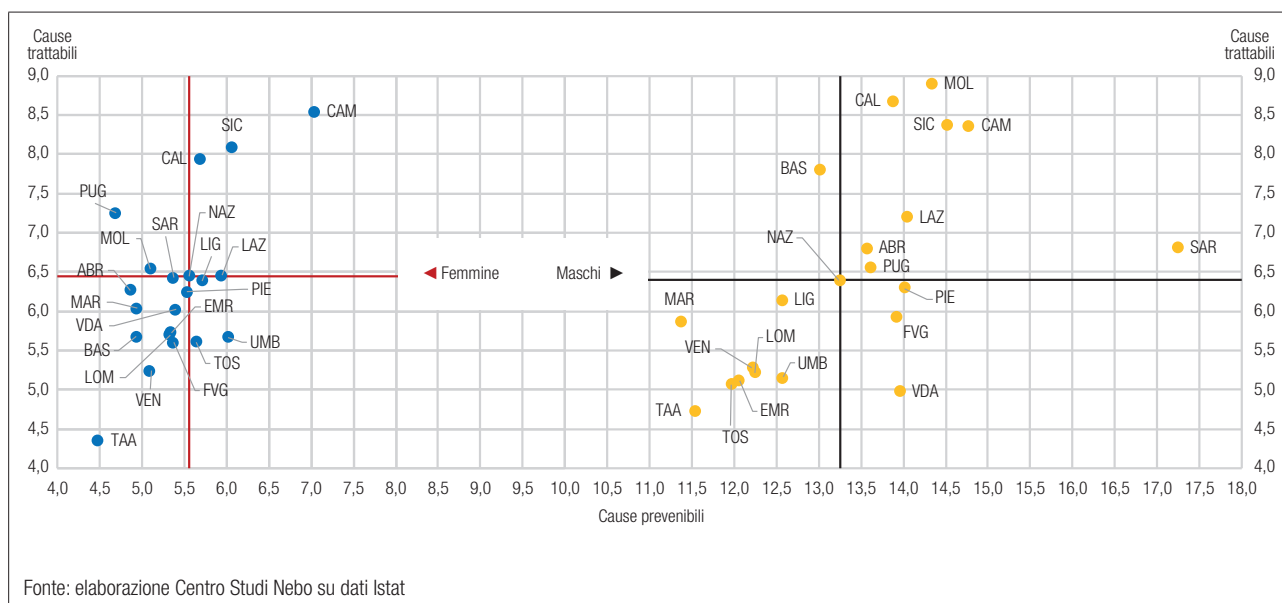
L'approfondimento su una base geografica di maggior dettaglio (le province) consente di cogliere ulteriore disomogeneità anche all'interno di singole Regioni, così come la disaggregazione di grandi gruppi di cause permette di cogliere la misura del contributo (e l'eventuale variazione negli anni) dato

da singole cause di morte.

Storicamente la quantificazione della MEV ha sempre evidenziato, nel nostro Paese, una importante variabilità geografica, la cui lettura è ancor meno agevolata dall'impatto della recente pandemia.

Se in alcuni casi gli effetti diretti o indiretti di Covid-19 sulla mortalità generale ed evitabile sono facilmente riconoscibili (ad esempio, la riduzione della mortalità per incidenti stradali nei periodi di *lock-down*), in altri casi risulta maggiormente difficoltoso sia quantificare tali effetti sia rintracciarne correlazioni e causalità.

**Mortalità per cause prevenibili e trattabili per sesso. Giorni perduti standardizzati pro-capite. Anno 2021**



## CAPITOLO 5d

### Mortalità evitabile: il bilancio del biennio della pandemia

Buzzi N.<sup>1</sup>

Con la diffusione dei dati più recenti sui decessi per causa<sup>2</sup> è stato possibile estendere l'analisi della Mortalità Evitabile (MEV) nel nostro Paese all'intero biennio condizionato dalla pandemia di Covid-19, seguendo la consolidata metodologia Mortalità Evitabile con intelligenza (MEV(i))<sup>3</sup>.

Le difficoltà nel leggere lo storico della mortalità per causa fino agli anni della pandemia (e oltre) restano, per le motivazioni già descritte nel precedente Rapporto C.R.E.A. Sanità: la fisiologica variabilità nell'andamento dei decessi per causa; la varietà delle determinanti di varia natura che direttamente o indirettamente condizionano lo stato di salute della popolazione, ulteriormente modificate dall'impatto della pandemia sui servizi (sanitari e no) e sui comportamenti dei cittadini; le potenziali ricadute dei disservizi dovuti all'emergenza su eventi acuti e soggetti fragili oltre che sui tempi delle diagnosi e dei trattamenti; i riflessi – in questo caso positivi – del ricorso al *lock-down* o ai dispositivi come le mascherine che hanno rallentato, sia pure temporaneamente, incidenti stradali e malattie a trasmissione aerea; i cambiamenti nello stile di vita che anche solo parzialmente sono stati mantenuti nel post-pandemia (come nel caso dello *smart working*).

#### 5d.1. Il quadro generale

Nel 2021 le statistiche di mortalità per causa riportano un numero di deceduti appena superiori alle 704.000 unità, 38.500 in meno rispetto al precedente anno (quasi 743.000), per un calo complessivo del 5,2% a fronte di un aumento del 16,5% misurato nel 2020 rispetto al 2019.

Gli stessi dati relativi alla sola popolazione fino ai 74 anni di età<sup>4</sup> mostrano che dopo un incremento della mortalità del 15,5% dal 2019 al 2020 (rispettivamente, 152.000 e 175.000 decessi) si registra una flessione nel 2021 dell'1,2% (173.000 morti in quest'ultimo anno).

Restringendo ulteriormente il campo d'osservazione ai soli decessi per cause di morte evitabile si osserva come al netto della mortalità per Covid-19<sup>5</sup> l'incremento dei casi nel 2020 sia stato contenuto entro il 2,5%, valore quasi completamente riequilibrato nel 2021: i 96.400 decessi afferenti all'area della MEV nell'anno precedente la pandemia sono aumentati a quasi 99.000 nel 2020 per tornare a meno di 97.000 nel 2021 (Tabella 5d.1.).

<sup>1</sup> Nebo Ricerche PA

<sup>2</sup> Istat – Indagine sui decessi e le cause di morte

<sup>3</sup> Per approfondimenti sulla metodologia adottata dal Centro Studi Nebo in materia di mortalità generale, per causa ed evitabile si rimanda ai precedenti Rapporti C.R.E.A. Sanità e ai Rapporti "MEV(i) – Mortalità evitabile (con intelligenza)" disponibili su [www.mortalitaevitabile.it](http://www.mortalitaevitabile.it)

<sup>4</sup> Fascia di età convenzionalmente adottata negli studi sulla mortalità evitabile

<sup>5</sup> Diversamente dalla classificazione OECD-EuroStat delle cause di morte evitabile la metodologia MEV(i) codifica i decessi per Covid-19 come categoria a sé stante: la dimensione del fenomeno e l'elevata variabilità territoriale non renderebbero possibile un confronto pre-post pandemia se non, appunto, scorporando la quota di mortalità attribuita a Covid-19 (peraltro nel 2020 non ancora prevenibile, essendo antecedente all'introduzione della vaccinazione e alla relativa diffusione su scala nazionale)

**Tabella 5d.1. Decessi per cause di morte evitabile, Covid-19 e altre cause, per genere.**  
Valori assoluti in migliaia e variazioni percentuali. Anni 2017-2021

	Decessi nell'anno					Variazioni percentuali annue			
	2017	2018	2019	2020	2021	2018/17	2019/18	2020/19	2021/20
<b>Maschi</b>									
MEV	63,5	62,1	61,0	62,4	60,8	- 2,2	- 1,9	+ 2,3	- 2,6
Covid-19	-	-	-	13,5	12,6				- 6,8
Altre cause di morte	32,6	32,8	33,0	35,0	34,7	+ 0,6	+ 0,8	+ 6,1	- 0,9
<b>Decessi 0-74 anni</b>	<b>96,1</b>	<b>94,9</b>	<b>94,0</b>	<b>110,9</b>	<b>108,0</b>	<b>- 1,3</b>	<b>- 0,9</b>	<b>+ 17,9</b>	<b>- 2,6</b>
Decessi 75 anni e più	212,0	205,8	211,0	249,6	233,5	- 3,0	+ 2,6	+ 18,3	- 6,4
<b>Totale generale</b>	<b>308,2</b>	<b>300,7</b>	<b>305,0</b>	<b>360,5</b>	<b>341,6</b>	<b>- 2,4</b>	<b>+ 1,5</b>	<b>+ 18,2</b>	<b>- 5,2</b>
<b>Femmine</b>									
MEV	36,7	35,9	35,4	36,5	36,1	- 2,1	- 1,3	+ 3,0	- 1,1
Covid-19	-	-	-	4,9	5,6				+ 14,6
Altre cause di morte	22,0	21,8	22,2	22,8	23,2	- 1,0	+ 1,8	+ 2,9	+ 1,8
<b>Decessi 0-74 anni</b>	<b>58,6</b>	<b>57,7</b>	<b>57,6</b>	<b>64,2</b>	<b>64,9</b>	<b>- 1,7</b>	<b>- 0,1</b>	<b>+ 11,5</b>	<b>+ 1,1</b>
Decessi 75 anni e più	280,0	271,0	274,8	318,1	297,8	- 3,2	+ 1,4	+ 15,8	- 6,4
<b>Totale generale</b>	<b>338,7</b>	<b>328,7</b>	<b>332,4</b>	<b>382,3</b>	<b>362,7</b>	<b>- 2,9</b>	<b>+ 1,1</b>	<b>+ 15,0</b>	<b>- 5,1</b>
<b>Totale</b>									
MEV	100,2	98,0	96,4	98,8	96,8	- 2,2	- 1,7	+ 2,5	- 2,0
Covid-19	-	-	-	18,4	18,2				- 1,1
Altre cause di morte	54,6	54,5	55,2	57,9	57,9	- 0,1	+ 1,2	+ 4,8	+ 0,1
<b>Decessi 0-74 anni</b>	<b>154,8</b>	<b>152,6</b>	<b>151,6</b>	<b>175,1</b>	<b>173,0</b>	<b>- 1,4</b>	<b>- 0,6</b>	<b>+ 15,5</b>	<b>- 1,2</b>
Decessi 75 anni e più	492,1	476,8	485,8	567,7	531,4	- 3,1	+ 1,9	+ 16,9	- 6,4
<b>Totale generale</b>	<b>646,8</b>	<b>629,3</b>	<b>637,4</b>	<b>742,8</b>	<b>704,3</b>	<b>- 2,7</b>	<b>+ 1,3</b>	<b>+ 16,5</b>	<b>- 5,2</b>

Fonte: elaborazione Centro Studi Nebo su dati Istat

## 5d.2. Cause di morte evitabile

Nell'ambito della metodologia MEV(i) le due componenti in cui tradizionalmente è classificata la MEV (prevenibile e trattabile) sono ulteriormente suddivise in sottovoci correlate ai criteri di inclusione:

- alla mortalità prevenibile afferiscono i decessi per cause correlate a fumo, alcol e stili di vita, a incidenti e suicidi oppure a malattie vaccinali e ad altre carenze in tema di prevenzione primaria
- alla mortalità trattabile afferiscono i decessi per cause correlate a carenze in tema di dia-

gnosi precoce e terapia oppure di trattamento e qualità delle cure.

La lettura dei tassi standardizzati per genere elaborati secondo questo schema per l'ultimo quinquennio disponibile (Tabella 5d.2.) consente di rilevare, in particolare, che:

- il rapporto tra la MEV maschile e quella femminile resta pressoché costante (1,8-1,9 a 1) ma rappresenta una media tra valori eterogenei che vanno da 3,5-3,6 nel caso di incidenti e suicidi a 1,1 nel caso delle cause evitabili con diagnosi precoce e terapia

- sia per i maschi che per le femmine, nel 2021 sembra riprendere il calo della mortalità per cause legate ad abitudini errate e stili di vita; questo raggruppamento, che da solo raccoglie oltre la metà della MEV, aveva segnato un dato lievemente crescente nel 2020 rispetto al *trend* del triennio immediatamente precedente
- la sensibile diminuzione dei decessi legati a incidenti e suicidi avvenuta nel 2020 per effetto delle misure di contenimento disposte (*lockdown*) si contrappone a un aumento nel 2021 che più che compensa il calo precedente, con valori anche superiori a quelli del 2019
- si mantiene in calo l'andamento dei tassi relativi ai decessi per malattie vaccinabili e altri interventi di sanità pubblica, con un particolare accento sull'anno 2021 anche per la diminuzione di contagi legati alle misure di contenimento dell'epidemia di Covid-19 (prevenzione di malattie a trasmissione aerea tramite mascherine)
- resta più elevata rispetto al triennio pre-pandemia la mortalità correlata all'eterogeneo gruppo di cause riconducibili a trattamenti e qualità delle cure; uno specifico approfondimento evidenzia come queste variazioni siano addebitabili in larga parte al gruppo di cause relativo al diabete mellito.

**Tabella 5d.2. Decessi 0-74 anni per categoria di cause di morte evitabile, per genere. Tassi standardizzati per 100.000. Anni 2017-2021**

	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Maschi</b>					
Fumo, alcol, stili di vita	131,8	126,1	120,7	121,2	115,2
Incidenti e suicidi	24,8	24,0	23,6	21,3	23,8
Malattie vaccinabili e san. pubbl.	5,1	5,1	4,9	4,4	3,9
Diagnosi precoce e terapia	59,9	58,2	57,3	59,9	56,9
Trattamento e qualità delle cure	11,4	11,2	10,7	12,0	12,1
<b>Totale MEV</b>	<b>233,1</b>	<b>224,7</b>	<b>217,1</b>	<b>218,8</b>	<b>211,8</b>
<b>Femmine</b>					
Fumo, alcol, stili di vita	50,7	48,1	47,3	47,8	47,2
Incidenti e suicidi	7,0	6,9	6,3	6,1	6,6
Malattie vaccinabili e san. pubbl.	2,8	2,8	2,6	2,4	2,0
Diagnosi precoce e terapia	55,8	55,0	53,1	54,7	53,3
Trattamento e qualità delle cure	7,0	6,6	6,7	6,8	7,1
<b>Totale MEV</b>	<b>123,4</b>	<b>119,4</b>	<b>116,1</b>	<b>117,8</b>	<b>116,1</b>
<b>Totale</b>					
Fumo, alcol, stili di vita	89,3	85,3	82,4	82,9	79,7
Incidenti e suicidi	15,8	15,3	14,9	13,6	15,1
Malattie vaccinabili e san. pubbl.	3,9	3,9	3,7	3,4	2,9
Diagnosi precoce e terapia	57,7	56,5	55,0	57,1	54,9
Trattamento e qualità delle cure	9,1	8,8	8,6	9,3	9,5
<b>Totale MEV</b>	<b>175,8</b>	<b>169,8</b>	<b>164,5</b>	<b>166,2</b>	<b>162,1</b>

Fonte: elaborazione Centro Studi Nebo su dati Istat

### 5d.3. L'età al decesso

Nel triennio pre-pandemia i decessi 0-74 anni sono distribuiti per il 33% nella classe più anziana (70-74 anni) e per il 37% nella decade immediatamente precedente (60-69 anni); la classe 50-59 anni contribuisce per il 18% mentre il restante 12% riguarda soggetti deceduti prima dei 50 anni di età.

Al netto della mortalità per Covid-19 tale ripartizione è rimasta quasi invariata, con una lieve diminuzione del contributo dei decessi al di sotto dei 50 anni e un corrispondente aumento della classe degli ultra 70enni.

La disaggregazione di tale dato per tipologia di causa ricalca quanto appena detto sia per la MEV che per le altre cause, esclusa Covid-19.

L'età al decesso per Covid-19, sempre con riferimento alla mortalità prima dei 75 anni, è invece più sbilanciata verso le età meno giovani: la classe 70-74 anni assorbe oltre il 40% delle morti, valore di poco superiore a quello relativo alla classe 60-69 anni. L'intervallo 50-59 anni riguarda poco più del 13% dei casi e i decessi in età inferiore ai 50 anni non raggiungono il 5%.

### 5d.4. L'andamento territoriale: giorni di vita perduti

Per meglio descrivere l'evoluzione della mortalità prima dei 75 anni per cause evitabili, Covid-19 e altre cause il Progetto MEV(i) adotta un indicatore che tiene conto non solamente della numerosità dei decessi ma anche dell'età alla morte, attribuendo un maggior peso a parità di eventi a quelli relativi a soggetti più giovani.

I giorni di vita perduti (gvp) vengono infatti calcolati ponderando la mortalità standardizzata per genere con la distanza tra l'età al decesso e la speranza di vita attribuita a quell'età ed espressi in termini di pro-capite sulla popolazione residente.

La Figura 5d.1. mostra i grafici regionali relativi ai gvp perduti 0-74 anni per genere lungo il quinquennio precedente alla pandemia oltre alle ultime due annualità disponibili ed evidenzia come al complessi-

sivo andamento nazionale concorrano realtà locali piuttosto eterogenee.

Riguardo alla media italiana, nel periodo analizzato si nota che:

- per la mortalità maschile vi è un andamento generalmente decrescente, anche se rallentato nel 2021, sia per la componente relativa alle cause prevenibili (da 15,6 a 13,3 gvp) che a quelle trattabili (da 7,2 a 6,4 gvp), mentre appare pressoché costante il dato riferito al totale delle altre cause (calcolato al netto della mortalità per Covid-19), posizionato lungo tutto il periodo intorno agli 11,0 gvp
- nel caso della mortalità femminile le quote attribuite a cause prevenibili e alle altre cause sono sensibilmente più contenute che nei maschi; tuttavia, per le prime è possibile rilevare una costante diminuzione nel tempo (da 6,2 a 5,6 gvp), per le seconde una sostanziale stabilità intorno ai 7,5 gvp
- i decessi attribuiti a Covid-19, infine, comportano una lieve diminuzione dei gvp pro-capite per la mortalità maschile ed un lieve aumento tra le femmine, che presentano tuttavia valori pari a circa la metà di quelli maschili.

Lo stesso indicatore elaborato a livello regionale disegna differenti scenari, fra i quali si evidenziano i seguenti casi particolari, con riferimento alla sola mortalità maschile:

- in Lombardia i gvp per decessi attribuiti a Covid-19 sono risultati nel 2020 maggiori di quelli calcolati per cause trattabili (rispettivamente, 7,2 e 6,1 gvp); nel 2021 la mortalità trattabile si è assestata a 5,2 gvp, valore quasi doppio rispetto all'analogo registrato per la mortalità per Covid-19 (2,8 gvp)
- riguardo a Covid-19 le principali variazioni fra i due anni della pandemia sono rilevabili in senso decrescente (e sia pure in misura minore anche per le femmine) in Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Liguria; di contro, nel 2021 si assiste a un sensibile aumento in Friuli Venezia Giulia, Umbria e in generale nel Sud Italia, ad eccezione di Basilicata e Sardegna
- in Liguria l'andamento della MEV, lungo tutto il periodo inferiore a quella media nazionale, è pressoché sovrapponibile alla mortalità per

altre cause (escluse evitabili e Covid-19), costantemente maggiore rispetto al corrispondente dato italiano

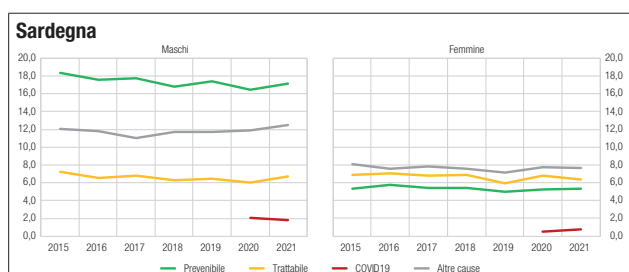
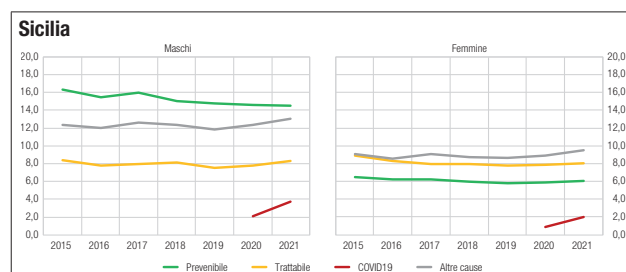
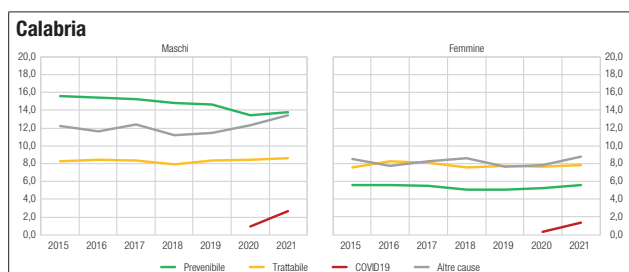
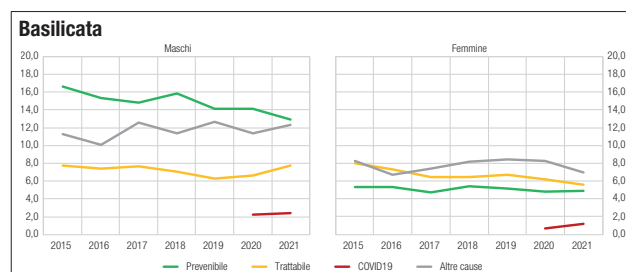
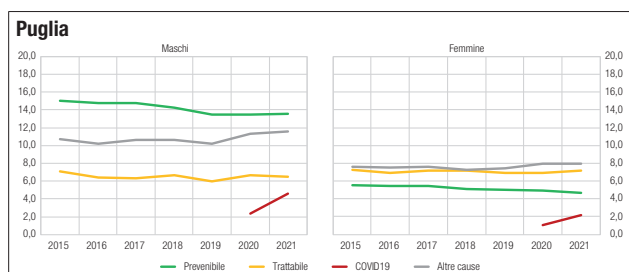
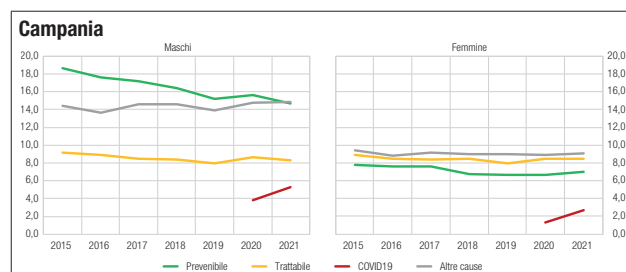
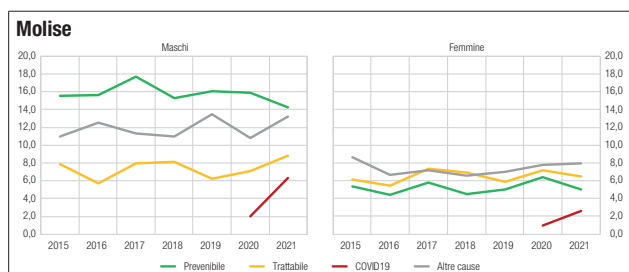
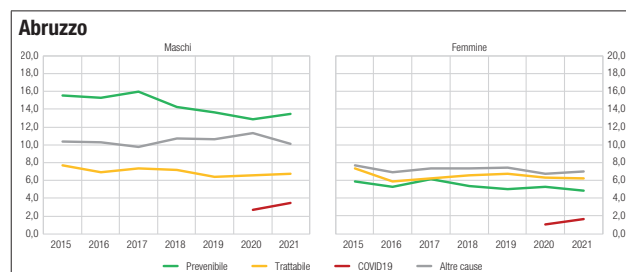
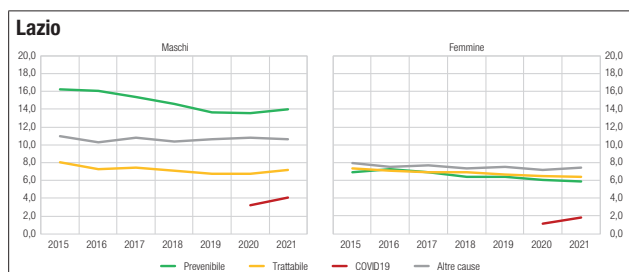
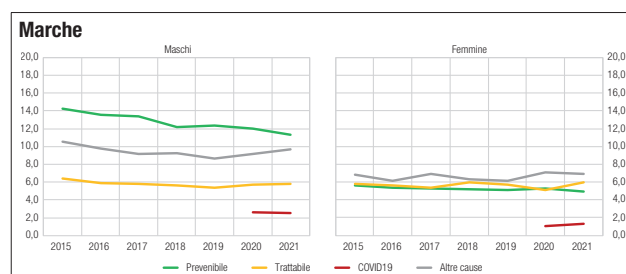
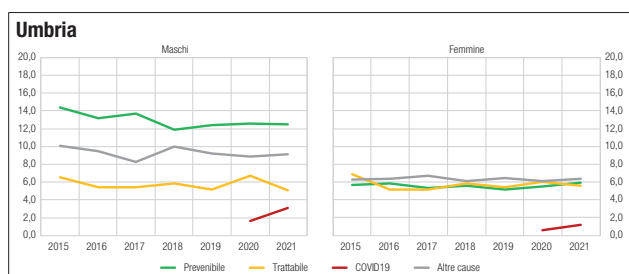
- in Campania tutte le componenti considerate risultano più elevate dei valori nazionali; nel 2021, inoltre, la MEV e quella per altre cause (escluse evitabili e Covid-19) assumono valori

del tutto simili (14,8-14,9 gvp), analogamente a quanto accade in Calabria (13,5-13,9 gvp).

Per quanto riguarda la mortalità femminile gli andamenti delle tre componenti principali (escluso Covid-19) risultano prossimi fra loro; la mortalità per cause trattabili è in linea con l'analoga curva maschile, mentre la mortalità per cause prevenibili tra

**Figura 5d.1. Mortalità regionale per cause prevenibili, cause trattabili, Covid-19 e altre cause, per genere. Giorni di vita perduti standard pro-capite. Anni 2017-2021**





le femmine assume valori pari a meno della metà di quella rilevata tra i maschi (nel 2021 rispettivamente 5,6 vs 13,3 gvp).

Anche nel caso delle femmine le viste regionali restituiscono esiti differenti ma in modo meno evidente di quanto osservato per i maschi; tra tutti si nota il caso della Campania, con valori che lungo tutto il periodo di riferimento risultano sensibilmente più elevati della media nazionale.

Fonte: elaborazione Centro Studi Nebo su dati Istat

### 5d.5. Le mappe epidemiologiche provinciali

Adottando analogamente al contesto regionale il numero di giorni di gvp pro-capite come indicatore è interessante affiancare la cartografia per provincia relativa agli ultimi due anni disponibili, confronto che mostra importanti variazioni geografiche dal 2020 al 2021.

Nel 2020 la mappa provinciale della mortalità generale prima dei 75 anni è stata del tutto alterata rispetto agli anni precedenti, per effetto della particolare intensità degli eventi avvenuti in Lombardia e, in minor misura, in altre zone. Con il 2021 l'andamento geografico torna ancora a modificarsi; la mortalità perde forza nelle aree settentrionali ma mantiene o accentua l'aumento peraltro già registrato in tutto il meridione.

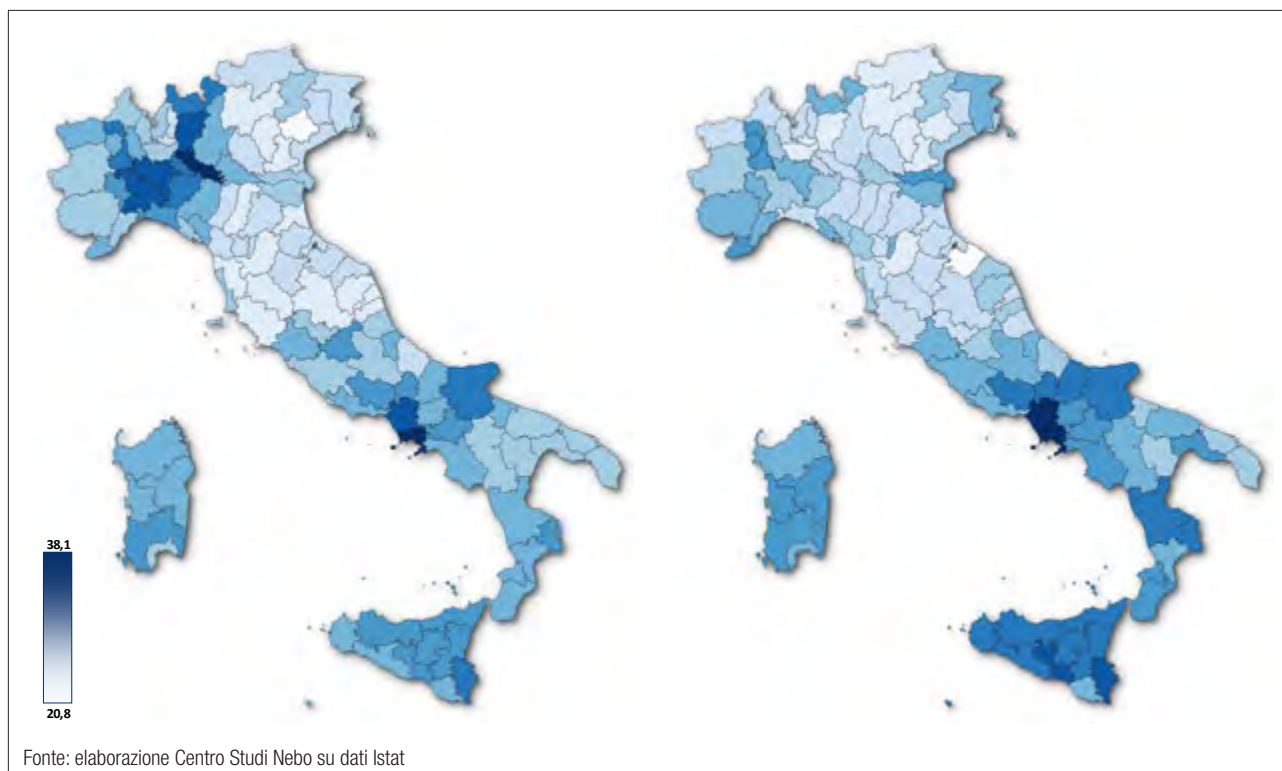
La lettura secondo i gvp consente di tener conto

dell'età dei deceduti, condizionando in questo modo le differenze a seconda che la casistica sia più o meno giovane e quindi, considerando la fascia di età di interesse della presente analisi, quanto sia più o meno prossima alla soglia dei 75 anni.

Nel biennio 2020-2021 i valori medi nazionali non si discostano se non marginalmente da un anno all'altro, ma cambia sensibilmente il contributo che a tali medie forniscono i singoli territori:

- nel cartogramma della mortalità generale 0-74 anni del 2020 (Figura 5d.2a.) si individuano con i valori più elevati le province di Cremona, Alessandria, Pavia, Bergamo, precedute da Napoli (37,1 gvp) e seguite da Caserta (35,0 gvp); queste ultime due province fanno registrare (e con un ulteriore aumento) il dato più elevato nel 2021 (38,1 e 36,8 gvp rispettivamente)

**Figura 5d.2a. Mortalità 0-74 anni per Provincia per tutte le cause. Giorni di vita perduti *standard* pro-capite. Anno 2020 (sx) e 2021 (dx)**



- all'evoluzione dei cartogrammi della mortalità generale negli anni della pandemia contribuisce sensibilmente il dato legato ai decessi attribuiti a Covid-19, come evidenziano le relative mappe epidemiologiche (Figura 5d.2b.); quella del 2020 è legata prevalentemente al fenomeno della prima ondata - con picchi nelle aree di Bergamo, Cremona, Lodi, Piacenza prossimi o superiori a 8,0 gvp - mentre quella del 2021 mostra una distribuzione sensibilmente più omogenea sul territorio nazionale, con punte massime comunque non superiori a 5,5 gvp rilevate per lo più nel Meridione (Campobasso, Napoli, Caserta, Taranto), con l'eccezione di Prato
- escludendo i decessi direttamente attribuiti a Covid-19 si osserva come il complesso della MEV (Figura 5d.2c.) mantenga sostanzialmen-

te l'andamento geografico tradizionale, con valori mediamente più elevati nel Meridione e in alcune aree del Nord-Ovest; sia nel 2020 che nel 2021 nella provincia di Napoli si riscontrano i livelli più alti di MEV (21,4 e 20,8 gvp rispettivamente); a seguire, nel 2021, Enna, Sud Sardegna, Messina, Siracusa, Crotone, tutte attestare almeno a 20,0 gvp

- un rilevante contributo alla mortalità generale 0-74 anni proviene infine dalle "altre cause", vale a dire escludendo Covid-19 e mortalità prevenibile o trattabile (Figura 5d.2d.); si tratta di un gruppo molto eterogeneo che tuttavia è caratterizzato da un gradiente geografico piuttosto netto che vede una particolare intensità in alcune specifiche aree del Sud e delle Isole oltre che nell'area ligure.

**Figura 5d.2b. Mortalità 0-74 anni per Provincia per Covid-19. Giorni di vita perduti *standard* pro-capite. Anno 2020 (sx) e 2021 (dx)**

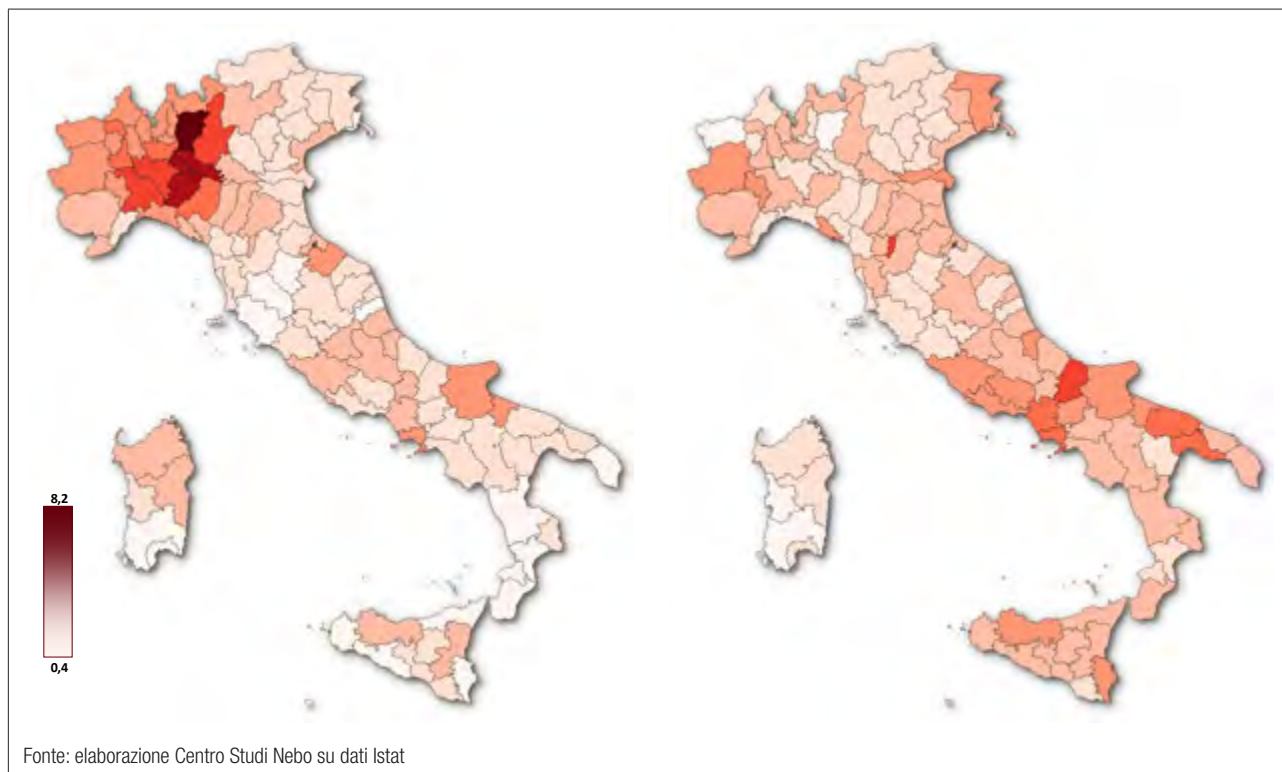


Figura 5d.2c. Mortalità 0-74 anni per Provincia per cause evitabili. Giorni di vita perduti *standard* pro-capite. Anno 2020 (sx) e 2021 (dx)

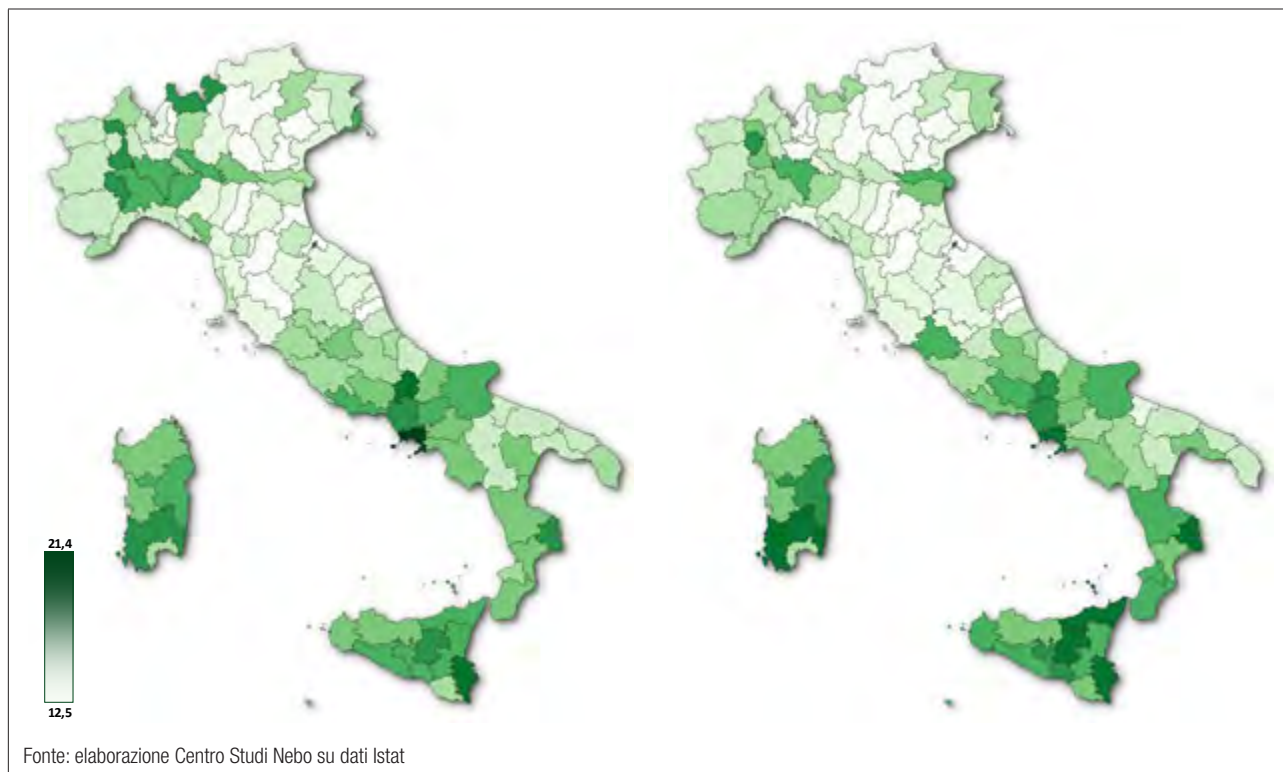
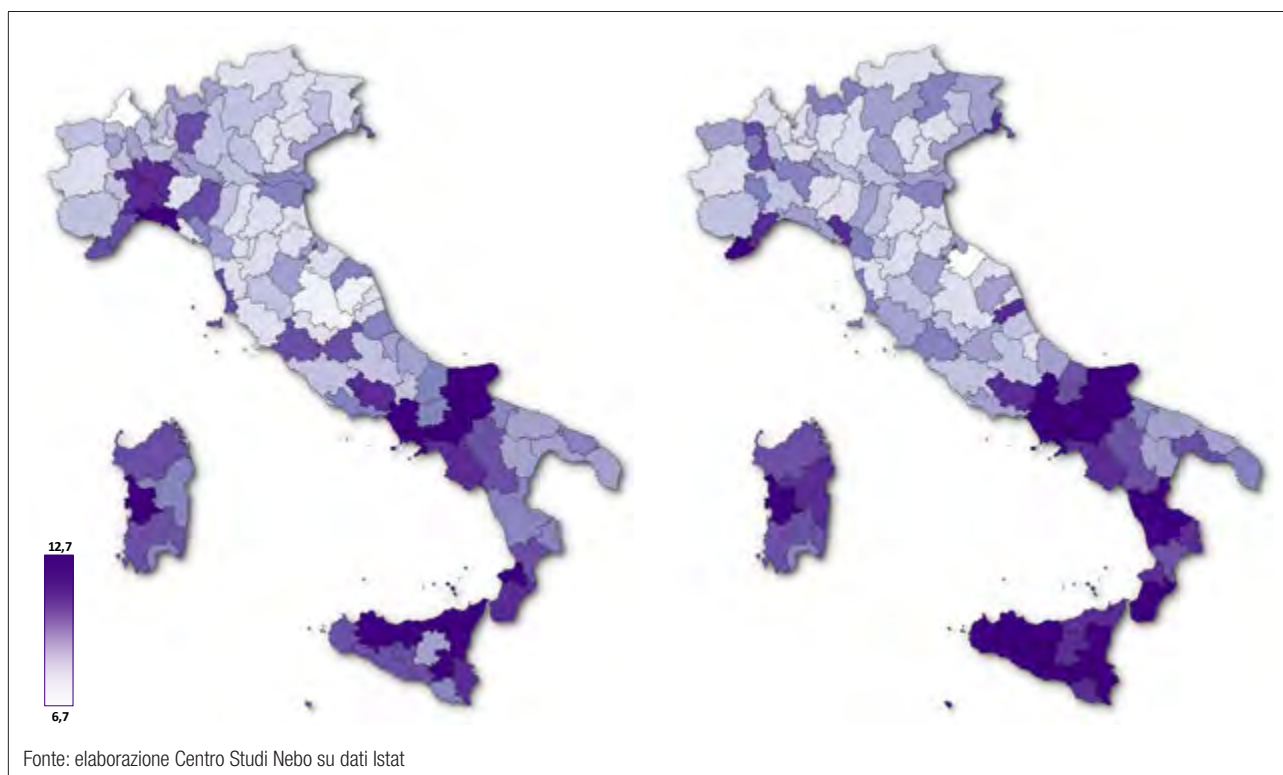


Figura 5d.2d. Mortalità 0-74 anni per Provincia altre cause (escluse evitabili e Covid-19). Giorni di vita perduti *standard* pro-capite. Anno 2020 (sx) e 2021 (dx)



### 5d.6. Riflessioni finali

L'analisi della MEV rappresenta uno degli strumenti indispensabili per affrontare il tema delle differenze in ambito epidemiologico e sanitario.

Da oltre vent'anni le cartografie italiane sul tema riflettono una chiara disparità territoriale: dai primi approfondimenti in materia, a partire dalla Relazione sullo stato sanitario del Paese del 1996 e passando per Prometeo – Atlante della Sanità Italiana (1999-2001), Epidemiologia e Ricerca Applicata (ERA) (2007-2012), Mortalità Evitabile (con intelligenza) (MEV(i)) (dal 2013), la costante comunque presente è un netto gradiente geografico che vede una distanza tutt'altro che trascurabile fra le aree del Paese.

Al netto della quota di decessi per incidenti stradali o per alcune malattie infettive, per la gran parte della MEV non è sorprendente che non siano (ancora) visibili i segni dell'impatto della pandemia sulle statistiche della mortalità per causa. Nei prossimi anni i dati, forse, permetteranno di quantificare in quale misura abbiano inciso gli stili di vita modificati dalle straordinarie condizioni sociali e familiari da un lato e, dall'altro, le improvvise (e improvvisate) stra-

tegie di emergenza che si sono abbattute sui servizi socio-sanitari.

In ogni caso, se è vero che «non esiste alcuna ragione biologica conosciuta per cui ogni popolazione non debba essere sana quanto la migliore»<sup>6</sup> gli effetti a lungo termine della pandemia di Covid-19 non potranno che aggiungersi alle preesistenti ragioni per cui lo stato di salute degli Italiani risulta così eterogeneo e con ogni probabilità concorrere ad amplificare il divario.

### Riferimenti bibliografici

18° e 19° Rapporto CREA Sanità

Istat, "Decessi e cause di morte"

Eurostat, "Preventable and treatable mortality statistics"

Nebo Ricerche PA, "MEV(i) - Mortalità evitabile (con intelligenza)" - [www.mortalitaevitabile.it](http://www.mortalitaevitabile.it)

OECD/Eurostat, "Avoidable mortality: OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death"

WHO, "Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati"

<sup>6</sup> Geoffrey Rose "Rose's strategy of Preventive Medicine", ed. 2008

ISBN 978-88-99078-84-3

© 2024 C.R.E.A. Sanità

SEDE LEGALE

Piazza A. Mancini, 4 - interno G11 - 00196 Roma - Italia

Finito di stampare nel mese di Dicembre 2024

presso Locopress Industria Grafica - Mesagne (BR)

per conto di Locorotondo Editore

È vietata la riproduzione, la traduzione, anche parziale o ad uso interno o didattico, con qualsiasi mezzo effettuata, non autorizzata.