

# Quarto Rapporto sulla mortalità nella

## ASL NA 4

### Periodo 1982-2005

Uno strumento per la valutazione dello stato di salute della  
popolazione e per la programmazione sanitaria



Servizio Epidemiologia e Prevenzione

Dipartimento di Prevenzione

Anno 2007

**A cura di:**

**- dott. R. Palombino - Direttore Servizio Epidemiologia  
e Prevenzione**

**-dott. L. Gigli, dott. S. Russo Spena - Servizio  
Epidemiologia e Prevenzione**

## **Prefazione**

**Dr.ssa Angela Ruggiero - Direttore Generale ASL Napoli 4**

Le statistiche di mortalità rappresentano un patrimonio informativo consolidato e di forte tradizione metodologica a livello nazionale ed internazionale che, grazie a definizioni, regole e strumenti operativi standardizzati, contenuti nella Classificazione internazionale delle malattie (ICD) pubblicata ed aggiornata dall'Organizzazione mondiale della sanità, permette una visione generale del fenomeno e la possibilità di confrontare i dati a livello nazionale e internazionale.

La conoscenza delle principali cause di morte, delle cause di mortalità prematura ed evitabile, del loro evolversi nel tempo, consente alle comunità locali di distinguere i diversi ordini di grandezza dei problemi di salute e di individuarne i più importanti fattori di rischio; consente di comprendere immediatamente, ad esempio, l'importanza di alcuni fattori di rischio legati alle abitudini e agli stile di vita e di evidenziare attraverso i cosiddetti eventi sentinella (morte per tetano, morte per diabete al di sotto dei 65 anni, morte per cancro del collo dell'utero, etc.) i servizi inefficienti.

Se ciò è tanto più vero quanto più le informazioni sono aggiornate e dettagliate nel tempo e nello spazio, questo " Quarto rapporto sulla mortalità nella ASL NA 4 1982-2005" offre un contributo fondamentale di conoscenza per la sua capacità di fornire una visione di insieme sul fenomeno mortalità, e quindi in maniera indiretta sullo stato di salute, per come si è sviluppato nell'arco di un quarto di secolo non solo a livello macro territoriale, cioè l'insieme della ASL, ma anche a livello dei singoli distretti.

Tale visione di insieme permette, a titolo di esempio, di sfatare quei luoghi comuni che portano ad enfatizzare i bei tempi passati, quando tutto aveva un altro sapore e si viveva meglio: il rapporto dimostra, invece, che in questi ultimi 24 anni è stato registrato uno stupefacente miglioramento dello stato di salute che ha

ridotto i tassi di mortalità generale nei due sessi di oltre il 40%.

Ciò la dice lunga sia sul miglioramento delle condizioni di vita generali, sia sul miglioramento dell'assistenza sanitaria, che ha avuto un impulso fondamentale dalla costituzione del servizio sanitario nazionale

Se lo studio della mortalità nel tempo dà una visione dei progressi raggiunti, il confronto nello spazio ci permette di posizionare lo stato di salute dei nostri residenti rispetto ad altre realtà territoriali regionali e, quindi, di comprendere quanto ancora si può ottenere con il miglioramento delle condizioni di vita e di efficacia dei servizi sanitari e sociali.

La necessità di questo volume assume, quindi, una notevole importanza per lo studio dello stato di salute della popolazione, e per le valutazioni, che esso consente, di tutti gli interventi di prevenzione, di diagnosi e cura delle malattie.

Sono tutte queste le motivazioni per cui noi lo offriamo alla lettura sia degli operatori, sia degli amministratori locali, certi di dare un contributo importante al comune obiettivo di promuovere ed attuare politiche finalizzate al miglioramento delle condizioni di vita delle comunità.

## INDICE

1. Introduzione	pg	1 - 2
2. Materiali e Metodi	pg	2 - 3
3. Risultati	pg	3 - 29
▪ Mortalità per grandi gruppi di cause, femmine.	pg	3 - 7
▪ Mortalità per grandi gruppi di cause, maschi	pg	7 - 11
▪ Mortalità per singola causa, femmine	pg	11 - 16
▪ Mortalità per singola causa, maschi	pg	16 - 21
▪ Mortalità troncata a74 anni, femmine	pg	21 - 23
▪ Mortalità troncata a74 anni, maschi	pg	23 - 25
▪ Mortalità evitabile	pg	26 - 28
▪ Anni e giorni di vita persi nell'Asl Napoli 4	pg	28 - 28
▪ Mortalità evitabile, la classifica regionale	pg	28 - 29
4. Discussione	pg	30 - 32
5. Conclusioni	pg	33 - 37
6. Bibliografia	pg	37
7. Appendice (figure e tabelle)	pg	38 - 66

# La mortalità nella ASL NA 4 nel periodo 1982-2005

## Uno strumento per la valutazione dello stato di salute della popolazione e per la programmazione sanitaria

Servizio Epidemiologia e Prevenzione

Dipartimento di Prevenzione - ASL NA 4

\*Letizia Gigli, \*Raffaele Palombino, \*Silvana Russo Spena, \*\*Antonio Di Simone, \*\*\*Armando Di Buono

\* Analisi dei dati e stesura report,\*\* Gestione informatizzazione ed archiviazione Rencam (Registro, nominativo cause di morte), \*\*\*Gestione amministrativa Rencam

### 1. Introduzione

Il presente Rapporto, che è il quarto sulla mortalità prodotto dal Servizio di Epidemiologia dal 2003, fornisce una descrizione esaustiva del fenomeno mortalità nell'ASL Napoli 4, capace di evidenziare con accuratezza le maggiori problematiche di salute che affliggono la popolazione.

Nel Rapporto sono descritte una serie di misure statistiche utili a sintetizzare le informazioni prodotte dall'analisi dei dati di mortalità del registro nominativo delle cause di morte (RENCAM) della ASL e a permettere confronti spaziali e temporali sia all'interno dell'ASL, fra i diversi distretti, sia con il livello provinciale e regionale.

Per meglio evidenziare aree di criticità dello stato di salute, tenuto conto che la letteratura scientifica converge nella valutazione che la soglia di età entro la quale considerare evitabile la mortalità può essere collocata a 74 anni, si è ricorso alla descrizione della mortalità evitabile (studio Era Mortalità evitabile al di sotto dei 75 anni per genere e per USL - Atlante 2007) e, per alcune patologie, all'utilizzo di tassi standardizzati di mortalità troncati a 74 anni.

Il rapporto è ampiamente corredato di tabelle, figure e grafici che descrivono in maniera dettagliata l'andamento di gruppi e singole cause di morte.

Coerentemente ad una visione operativa della epidemiologia, come strumento capace di cambiare in senso positivo la storia naturale

delle malattie, il rapporto non si limita a descrivere i fenomeni in maniera asettica ma contiene anche il punto di vista degli autori su quali siano le misure più urgenti per modificare un quadro epidemiologico che, rispetto al resto del paese e della stessa regione, non è sicuramente confortante.

## **2. Materiali e metodi**

I dati analizzati sono derivati:

- dagli archivi informatizzati ISTAT (files) non nominativi delle schede di morte, relativi agli anni 1982-2002;
- dagli archivi informatizzati del RENCAM ASL NA 4 relativamente agli anni 2003-2005;
- dalle elaborazioni statistiche fornite dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale, contenute nel rapporto "La mortalità in Campania negli anni 1982-2001";
- dall'Atlante 2007 " Mortalità evitabile per genere e USL" ERA-Epidemiologia e Ricerca Applicata.

La codifica delle cause di morte utilizza la nona classificazione internazionale delle malattie ( ICD -I X ).

Al fine di consentire una descrizione comparativa nel tempo e nello spazio della mortalità dell'ASL in toto e dei singoli Distretti con quella di Regione e Province, sono stati riportati per i quadrienni 1982-85, 1986-89, 1990-93, 1994-97,1998-2001, 2002-2005 le misure elencate di seguito:

- o Frequenze medie annuali delle osservazioni, disaggregate per sesso, per gruppi e per singole cause, relative a tutte le età, del quadriennio 2002-2005;
- o Tassi standardizzati di mortalità per età e sesso medi quadriennali per 100.000 abitanti, per gruppi e singole cause;
- o Tassi standardizzati degli anni di vita potenziali persi per 1000 residenti (potenzial years of life lost- PYLL) per le morti ad un' età inferiore ai 75 anni, disaggregati per sesso, per gruppi e per singole cause di morte;

o Per alcune cause, sono state calcolate le frequenze medie annuali per quadriennio delle osservazioni al di sotto dei 75 anni, disaggregate per sesso, e i tassi standardizzati per 100.000 abitanti troncati a 74 anni .

A beneficio dei non esperti di misure epidemiologiche, si specifica che :

- La frequenza assoluta quadriennale delle morti totali, per singola causa o raggruppamento di cause, permette di pesare la rilevanza della patologia ed il carico assistenziale ad essa legato;
- L'utilizzo dei tassi standardizzati per età permette un confronto spaziale fra realtà demograficamente diverse, quali i Distretti, l'ASL, la Regione, e un confronto temporale nella stessa realtà territoriale;
- Gli anni di vita persi permettono di pesare la rilevanza delle cause di morte non in funzione della loro frequenza ma in funzione della loro capacità, colpendo soggetti in età inferiore ai 75 anni, di determinare perdita di potenziali anni di vita;
- Per il quadriennio 2002-2005 non è possibile un confronto con l'andamento regionale e provinciale in quanto questi ultimi dati non sono ancora disponibili.

### **3. Risultati**

#### **3.1 Mortalità per grandi gruppi di cause, femmine.**

##### **3.1.1. Tutte le cause, femmine Figura 1, 49 e 51**

Sono morte in tutta l'ASL per tutte le cause, mediamente ogni anno, 1792 femmine nel quadriennio 2002-2005: le malattie cardiovascolari sono la causa di morte più frequente, il 47%, seguono i tumori con il 22%.

Fra le cause di morte per tumori, la maggiore frequenza si registra per : 17% tumore della mammella, 10% tumore del fegato, 9% tumore del polmone.

Il tasso standardizzato di mortalità per età cala dal valore di 950 per 100.000 abitanti del quadriennio 1982-85 a 544 nel quadriennio 2002-2005, con un decremento del 42.7%.

Il decremento nel fenomeno mortalità generale, costante nel periodo considerato, si manifesta in tutti i Distretti: il tasso standardizzato per età più alto nel quadriennio 2002-2005 si rileva nel Distretto di Ottaviano, 607 per 100.000, quello più basso nei Distretti di Volla e Palma C., 498 per 100.000.

Il tasso standardizzato degli anni di vita persi nel quadriennio 1998-2001 è 38.7 per 1000 residenti, nel quadriennio 2002-2005 è 38.4 per 1000 residenti.

### **3.1.2. Tumori, femmine Figura 2 e 49**

Sono morte in tutta l'ASL per tumori, nel quadriennio 2002-2005, mediamente ogni anno 400 donne residenti: i tumori più frequentemente causa di morte sono quelli della mammella (24/100.000), seguiti da quelli del fegato (13/100.000), delle vie respiratorie (12/100.000) e del colon (10/100.000).

Il tasso standardizzato di mortalità per età dell'ASL, in controtendenza rispetto alla mortalità per tutte le cause, sale dal valore di 123 per 100.000 abitanti del quadriennio 1982-85 a 133 nel quadriennio 2002-2005; il valore più alto nel ventennio considerato si rileva nel quadriennio 1994-97 con 149 per 100.000.

il tasso standardizzato più alto nel quadriennio 2002-2005 si rileva nel Distretto di Nola, 145 per 100.000, quello più basso nel Distretto di Acerra, 114 per 100.000.

Il tasso standardizzato degli anni di vita persi nel quadriennio 1998-2001 è 14 per 1000, praticamente eguale a quello regionale e a quello della Provincia di Napoli, nel quadriennio 2002-2005 sale al 15,4 per 100.000.

### **3.1.3. Malattie del sistema circolatorio, femmine Figura 3**

Sono morte in tutta l'ASL per malattie del sistema circolatorio, nel quadriennio 2002-2005, mediamente ogni anno 843 donne residenti.

Il tasso standardizzato di mortalità per età cala dal valore di 520 per 100.000 abitanti del quadriennio 1982-85 a 243 nel quadriennio 2002-2005, con un decremento del 53,8%.

Il decremento, costante nel periodo considerato, si manifesta in tutti i Distretti: il tasso standardizzato per età più alto nel quadriennio 2002-2005 si rileva nel Distretto di Acerra, 311 per 100.000, quello più basso nel Distretto di Volla, 195 per 100.000.

Il tasso standardizzato degli anni di vita persi nel quadriennio 1998-2001 e 2002-2005 si mantiene costante, circa 8 per 1000.

#### **3.1.4. Malattie dell'apparato respiratorio, femmine Figura 4**

Sono morte in tutta l'ASL per malattie dell'apparato respiratorio, nel quadriennio 2002-2005, mediamente ogni anno 83 donne residenti. Il tasso standardizzato di mortalità per età cala dal valore di 64 per 100.000 abitanti del quadriennio 1982-85 a 24 nel quadriennio 2002-2005, con un decremento del 62.5% circa.

Il decremento, costante nel ventennio considerato, si manifesta in tutti i Distretti: il tasso standardizzato per età più alto nel quadriennio 2002-2005 si rileva nel Distretto di Casalnuovo, 32 per 100.000, quello più basso nei Distretti di Acerra e Roccarainola, 17 per 100.000.

Il tasso standardizzato degli anni di vita persi nel quadriennio 1998-2001 e 2002-2005, è 1 per 1000.

#### **3.1.5. Malattie dell'apparato digerente , femmine Figura 5**

Sono morte in tutta l'ASL per malattie dell'apparato digerente, nel quadriennio 2002-2005, mediamente ogni anno 129 donne residenti.

Il tasso standardizzato di mortalità per età cala dal valore di 86 per 100.000 abitanti del quadriennio 1982-85 a 41 nel quadriennio 2002-2005, con un decremento del 52 % circa.

Il decremento si manifesta in tutti i Distretti: il tasso standardizzato per età più alto nel quadriennio 2002-2005, si rileva nel Distretto di Marigliano, 51 per 100.000, quello più basso nel Distretto di Palma C., 24 per 100.000.

Il tasso standardizzato degli anni di vita persi nel quadriennio 1998-2001 è 3,2 per 1000 e 2,7 per 1000 nel quadriennio 2002-2005.

### **3.1.6.Malattie delle ghiandole endocrine, femmine**

Sono morte in tutta l' ASL per malattie delle ghiandole endocrine, nel quadriennio 2002-2005, mediamente ogni anno 123 donne residenti.

Il tasso standardizzato di mortalità per età cala dal valore di 65 per 100.000 abitanti del quadriennio 1982-85 a 37 nel quadriennio 2002-2005, con un decremento del 24.6% circa. Il decremento si manifesta in quasi tutti i Distretti, il tasso rimane stabile in quello di Ottaviano.

Il tasso standardizzato per età più alto, nel quadriennio 2002-2005, si rileva nel Distretto di Ottaviano, 56 per 100.000, quello più basso nel Distretto di Palma C., 25 per 100.000. Il tasso standardizzato degli anni di vita persi nel quadriennio 2002-2005 è 2,2 per 1000 .

### **3.1.7.Malattie dell'apparato genito urinario, femmine**

Sono morte in tutta l' ASL per malattie dell'apparato genito urinario, nel quadriennio 2002-2005, mediamente ogni anno 32 donne residenti.

Il tasso standardizzato di mortalità per età dell' ASL si mantiene costante fino al 2001 (circa 12 x 100.000 ab.), nel quadriennio 2002-2005 scende a 9 per 100.000,.

L'andamento è variabile nei diversi Distretti: Il tasso standardizzato per età più alto nel quadriennio 2002-2005 si rileva nel Distretto di Poggiomarino, 15 per 100.000, quello più basso nel Distretto di Casalnuovo, 4 per 100.000. Il tasso standardizzato degli anni di vita persi nel quadriennio 2002-2005 è 0,55 per 1000.

### **3.1.8.Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso, femmine**

Sono morte in tutta l' ASL per malattie del sistema nervoso e degli organi di senso, nel quadriennio 2002-2005, mediamente ogni anno 40 donne residenti.

Il tasso standardizzato di mortalità per età sale dal valore di 9 per 100.000 abitanti del quadriennio 1982-85 a 12 nel quadriennio 2002-2005. L'incremento si manifesta in quasi tutti i Distretti: il tasso standardizzato per età più alto nel quadriennio 2002-2005 si

rileva nel Distretto di Palma C., 25 per 100.000, quello più basso nel Distretto di Volla 7 per 100.000.

Il tasso standardizzato degli anni di vita persi nel quadriennio 1998-2001 e 2002-2005 rimane costante 1,1 per 1000.

### **3.1.9. Traumatismi ed avvelenamenti, femmine Figura 6, 47**

Sono morte in tutta l' ASL per traumatismi ed avvelenamenti , nel quadriennio 2002-2005, mediamente ogni anno 34 donne residenti; fra gli eventi mortali risultano più frequenti le cadute (79%), quindi gli incidenti stradali (9%).

Il tasso standardizzato di mortalità per età cala dal valore di 21 per 100.000 abitanti del quadriennio 1982-85 a 11 nel quadriennio 2002-2005.

L'andamento è variabile nei diversi Distretti: il tasso standardizzato per età più alto nel quadriennio 2002-2005 si rileva nel Distretto di Ottaviano, 17 per 100.000, quello più basso nel Distretto di Pomigliano D'Arco, 6 per 100.000.

Il tasso standardizzato degli anni di vita persi nel quadriennio 1998-2001 è 1,7 per 1000, nel quadriennio 2002-2005 scende a 1 circa per 1000.

## **3.2 Mortalità per grandi gruppi di cause, maschi.**

### **3.2.1. Tutte le cause, maschi Figura 7 e 50**

Sono morti in tutta l'ASL per tutte le cause, nel quadriennio 2002-2005, mediamente ogni anno 1836 maschi residenti: le malattie cardiovascolari sono la causa di morte più frequente , con il 38% circa, seguono i tumori con il 33% circa. Fra le cause di morte per tumore la maggiore frequenza si registra per: 32% tumore del polmone, 13% tumore del fegato.

Il tasso standardizzato di mortalità per età cala dal valore di 1405 per 100.000 abitanti del quadriennio 1982-85 a 807 nel quadriennio 2002-2005, con un decremento del 42,6%.

Il decremento nel fenomeno mortalità generale si manifesta in tutti i Distretti: il tasso standardizzato per età più alto nel quadriennio 2002-2005 si rileva nel Distretto di Acerra, 852 per 100.000, quello più basso nel Distretto di Somma Ves.na, 757 per 100.000.

Il tasso standardizzato degli anni di vita persi nel quadriennio 1998-2001 è 75 circa per 1000, nel quadriennio 2002-2005 è 69,3 per 1000.

Tutte le misure relative ai maschi sono consistentemente superiori a quelle relative alle femmine.

### **3.2.2. Tumori, maschi Figura 8 e 52**

Sono morti in tutta l'ASL per tumori, nel quadriennio 1998-2001, mediamente ogni anno 578 maschi residenti: fra i tumori quelli più frequentemente causa di morte sono quelli delle vie respiratorie (80/100.000), seguono quelli epatici(32/100.000), quelli vescicali (16/100.000) e quelli del colon (15/100.000).

Il tasso standardizzato di mortalità per età dell'ASL, in controtendenza rispetto alla mortalità per tutte le cause, sale dal valore di 254 per 100.000 abitanti del quadriennio 1982-85 a 269 nel quadriennio 1998-2001, si registra, però, nell'ultimo quadriennio 2002-2005 un lieve decremento, 252 per 100.000 abitanti.

Il valore più alto nel ventennio considerato si rileva nel quadriennio 1994-97, con 302 per 100.000.

Il tasso standardizzato più alto nel quadriennio 2002-2005, come per le femmine, si rileva nel Distretto di Roccarainola., 267 per 100.000, quello più basso nel Distretto di Acerra, 223 per 100.000.

Il tasso standardizzato degli anni di vita persi nel quadriennio 1998-2001 è circa 22 per 1000, nel quadriennio 2002-2005 è 24,2 per 1000.

### **3.2.3.Malattie del sistema circolatorio, maschi Figura 9**

Sono morti in tutta l' ASL per malattie del sistema circolatorio, nel quadriennio 2002-2005 mediamente ogni anno 674 maschi residenti.

Il tasso standardizzato di mortalità per età cala dal valore di 653 per 100.000 abitanti del quadriennio 1982-85 a 304 nel quadriennio 2002-2005, con un decremento del 53 % circa. Il decremento, costante nel periodo considerato, si manifesta in tutti i Distretti: il tasso standardizzato per età più alto nel quadriennio 2002-2005 si

rileva nel Distretto di Acerra, 388 per 100.000, quello più basso nel Distretto di Casalnuovo, 281 per 100.000.

Il tasso standardizzato degli anni di vita persi nel quadriennio 1998-2001 è 18,7 per 1000, scende a 15,9 nel quadriennio 2002-2005.

#### **3.2.4.Malattie dell'apparato respiratorio, maschi Figura 10**

Sono morti in tutta l' ASL per malattie dell'apparato respiratorio, nel quadriennio 2002-2005, mediamente ogni anno 129 maschi residenti.

Il tasso standardizzato di mortalità per età cala dal valore di 166 per 100.000 abitanti del quadriennio 1982-85 a 58 nel quadriennio 2002-2005 , con un decremento pari al 65%.

Il decremento si manifesta in tutti i Distretti: il tasso standardizzato per età più alto nel quadriennio 2002-2005 si rileva nei Distretti di Casalnuovo e Volla 81 per 100.000, quello più basso nel Distretto di Somma Ves.na 42 per 100.000.

Il tasso standardizzato degli anni di vita persi nel quadriennio 1998-2001 è 3 per 1000, scende a 2,4 per 1000 nel quadriennio 2002-2005 .

#### **3.2.5.Malattie dell'apparato digerente , maschi Figura 11**

Sono morti in tutta l' ASL per malattie dell'apparato digerente, nel quadriennio 2002-2005, mediamente ogni anno 126 maschi residenti.

Il tasso standardizzato di mortalità per età cala dal valore di 141 per 100.000 abitanti del quadriennio 1982-85 a 55 nel quadriennio 2002-2005, con un decremento di oltre il 60%.

Il decremento si manifesta in tutti i Distretti: il tasso standardizzato per età più alto nel quadriennio 2002-2005 si rileva nel Distretto di Marigliano, 88 per 100.000, quello più basso nel Distretto di Volla, 36 per 100.000.

Il tasso standardizzato degli anni di vita persi nel quadriennio 1998-2001 e nel quadriennio 2002-2005 è costante, circa 5 per 1000.

#### **3.2.6.Malattie delle ghiandole endocrine, maschi**

Sono morti in tutta l' ASL per malattie delle ghiandole endocrine, nel quadriennio 2002-2005 , mediamente ogni anno 73 maschi residenti.

Il tasso standardizzato di mortalità per età, a differenza che nelle femmine, sale dal valore di 37 per 100.000 abitanti del quadriennio 1982-85 a 41 nel quadriennio 1998-2001 per abbassarsi a 32 nel quadriennio 2002-2005.

L'andamento temporale nei Distretti è variabile. Il tasso standardizzato per età più alto nel quadriennio 2002-2005 si rileva nel Distretto di Marigliano, 39 per 100.000, quello più basso nel Distretto di Acerra, 23 per 100.000. Il tasso standardizzato degli anni di vita persi, nel quadriennio 2002-2005, è stato di 2,1 per 1000.

### **3.2.7.Malattie dell'apparato genito urinario, maschi**

Sono morti in tutta l' ASL per malattie dell'apparato genito urinario, nel quadriennio 2002-2005, mediamente ogni anno 33 maschi residenti.

Il tasso standardizzato di mortalità per età dell' ASL cala dal valore di 21 per 100.000 nel quadriennio 1982-85 a 15 per 100.000 nel quadriennio 2002-2005.

L'andamento è variabile nei diversi Distretti: Il tasso standardizzato per età più alto nel quadriennio 2002-2005 si rileva nel Distretto di Palma C., 23 per 100.000, quello più basso nel Distretto di Roccarainola, 6 per 100.000. Il tasso standardizzato degli anni di vita persi, nel quadriennio 2002-2005, è stato di 0,8 per 1000.

### **3.2.8.Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso, maschi**

Sono morti in tutta l' ASL per malattie del sistema nervoso e degli organi di senso, nel quadriennio 2002-2005, mediamente ogni anno 35 maschi residenti.

Il tasso standardizzato di mortalità per età nel ventennio è variabile, nel quadriennio 2002-2005 aumenta di poco passando a 15 per 100.000. Fra i Distretti, il tasso standardizzato per età più alto nel quadriennio 2002-2005 si rileva nel Distretto di Nola, 25 per 100.000, quello più basso nel Distretto di Casalnuovo e Roccarainola, 11 per 100.000.

Il tasso standardizzato degli anni di vita persi nel quadriennio 1998-2001 è 1,5 per 1000, eguale a quello regionale e a quello della

provincia di Napoli, nel quadriennio 2002-2005 si mantiene invariato.

### **3.2.9. Traumatismi ed avvelenamenti, maschi Figura 12, 48**

Sono morti in tutta l' ASL per traumatismi ed avvelenamenti, nel quadriennio 2002-2005, mediamente ogni anno 66 maschi residenti, quasi il doppio delle femmine: fra gli eventi mortali risultano più frequenti le cadute (43%), seguono gli incidenti stradali (28%).

Il tasso standardizzato di mortalità per età cala dal valore di 69 per 100.000 abitanti del quadriennio 1982-85 a 26 nel quadriennio 2002-2005.

Il tasso standardizzato per età più alto nel quadriennio 2002-2005 si rileva nel Distretto di Acerra e di Volla, 34 per 100.000, quello più basso nel Distretto di Ottaviano 15 per 100.000.

Il tasso standardizzato degli anni di vita persi nel quadriennio 1998-2001 è 9 per 1000, superiore a quello regionale e a quello della provincia di Napoli si riduce nel quadriennio 2002-2005 a 6,7 per 1000.

## **4.1 Mortalità per singola causa, femmine**

### **4.1.1 Tumori maligni della mammella , femmine Figura 13**

Sono morte in tutta l' ASL per tumore maligno della mammella, nel quadriennio 2002-2005, annualmente 67 donne residenti.

Il tasso standardizzato di mortalità per età dell' ASL si mantiene stabile nel periodo considerato.

Il tasso standardizzato più alto nel quadriennio 2002-2005, si rileva nel Distretto di Roccarainola, 29 per 100.000, quello più basso nel Distretto di Palma Campania, 18 per 100.000.

Il tasso standardizzato degli anni di vita persi da 2,7 per 1000, nel quadriennio 1998-2001, passa a 3,6 nel quadriennio 2002-2005.

### **4.1.2 Tumori maligni dell'utero , femmine Figura 14**

Sono morte in tutta l' ASL per tumore maligno dell'utero, nel quadriennio 2002-2005, annualmente 22 donne residenti.

Il tasso standardizzato di mortalità per età dell'ASL si dimezza nel periodo considerato, da 16 a 7 per 100.000.

Il tasso standardizzato più alto nel quadriennio 2002-2005 si rileva nel Distretto di Casalnuovo, 19 per 100.000, quello più basso nel Distretto di Acerra, 1 per 100.000.

Il tasso standardizzato degli anni di vita persi nel quadriennio 1998-2001 rimane quasi costante nel quadriennio 2002-2005, 1,1 per 1000.

#### **4.1.3 Tumori maligni dell'ovaio, femmine Figura 15**

Sono morte in tutta l' ASL per tumore maligno dell'ovaio, nel quadriennio 2002-2005, annualmente 13 donne residenti. Il tasso standardizzato di mortalità per età dell' ASL si raddoppia quasi nel periodo considerato, da 2 a 5 per 100.000.

Il tasso standardizzato più alto nel quadriennio 2002-2005, si rileva nel Distretto di Poggiomarino, 11 per 100.000, quello più basso nel Distretto di Acerra, 1 per 100.000.

#### **4.1.4 Tumori maligni dello stomaco , femmine Figura 16**

Sono morte in tutta l' ASL per tumore maligno dello stomaco, nel quadriennio 2002-2005, annualmente 23 donne residenti.

Il tasso standardizzato di mortalità per età dell' ASL resta quasi costante nel periodo considerato, 8 per 100.000 nel quadriennio 2002-2005.

Il tasso standardizzato più alto nel quadriennio 2002-2005 si rileva nel Distretto di Nola, 12 per 100.000, quello più basso nei Distretti di Marigliano e Roccarainola, 4 per 100.000.

Il tasso standardizzato degli anni di vita persi passa da 0,6 per 1000 nel quadriennio 1998-2001 a 0.8 per 1000.

#### **4.1.5 Tumori maligni del colon , femmine Figura 17**

Sono morte in tutta l' ASL per tumore maligno del colon, nel quadriennio 2002-2005, annualmente 32 donne residenti.

Il tasso standardizzato di mortalità per età dell' ASL è più che raddoppiato tra il primo e l'ultimo quadriennio passa da 4 per 100.000 nel 1982-1985 a 10 nel quadriennio 2002-2005. Il tasso

standardizzato più alto nel quadriennio 2002-2005 si rileva nel Distretto di Pomigliano, 16 per 100.000, quello più basso nel Distretto di Poggiomarino, 3 per 100.000. Il tasso standardizzato degli anni di vita persi nel quadriennio 2002-2005 è 0,9 per 1000.

#### **4.1.6 Tumori maligni del retto, femmine Figura 18**

Sono morte in tutta l' ASL per tumore maligno del retto, nel quadriennio 2002-2005, annualmente 9 donne residenti.

Il tasso standardizzato di mortalità per età dell' ASL varia di poco nel periodo considerato, da 4 a 3 per 100.000,

Il tasso standardizzato più alto nel quadriennio 2002-2005 si rileva nel Distretto di Casalnuovo, 7 per 100.000, quello più basso nel Distretto di Acerra 0,0 per 100.000.

Il tasso standardizzato degli anni di vita persi rimane quasi costante, 0,2 per 1000 nel 2002-2005.

#### **4.1.7 Tumori maligni del fegato, femmine Figura 19**

Sono morte in tutta l' ASL per tumore maligno del fegato, nel quadriennio 2002-2005, annualmente 40 donne residenti.

Il tasso standardizzato di mortalità per età dell' ASL è simile nel primo e nell'ultimo quadriennio, circa 13 per 100.000, è maggiore nei tre quadrienni centrali, mediamente 18 per 100.000; nel quadriennio 1998-2001 è superiore a quello medio regionale e a quello della Provincia di Napoli.

Il tasso standardizzato più alto nel quadriennio 1998-2001 si rileva nel Distretto di Acerra, 20 per 100.000, quello più basso nei Distretti di Ottaviano e Roccarainola, 8 per 100.000.

Il tasso standardizzato degli anni di vita persi si mantiene costante negli ultimi due quadrienni, circa per 1000.

#### **4.1.8 Tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni, femmine Figura 20**

Sono morte in tutta l' ASL per tumore delle vie respiratorie, nel quadriennio 1998-2001, annualmente 35 donne residenti.

Il tasso standardizzato di mortalità per età dell' ASL raddoppia da 6 per 100.000 del primo quadriennio a 12 nel quadriennio 2002-2005.

Il tasso standardizzato più alto nel quadriennio 2002-2005 si rileva nel Distretto di Casalnuovo, 22 per 100.000, quello più basso nel Distretto di Pomigliano, 6 per 100.000.

Il tasso standardizzato degli anni di vita persi si mantiene quasi costante, 1,6 per 1000 nel 2002-2005.

#### **4.1.9 Leucemie, femmine Figura 21**

Sono morte in tutta l' ASL per Leucemie, nel quadriennio 1998-2001, annualmente 13 donne residenti.

Il tasso standardizzato di mortalità per età dell' ASL passa da 7 per 100.000 del primo quadriennio a 4 nel quadriennio 2002-2005.

Il tasso standardizzato più alto nel quadriennio 2002-2005 si rileva nel Distretto di Palma, 8 per 100.000, quello più basso nel Distretto di Casalnuovo 2 per 100.000.

Il tasso standardizzato degli anni di vita persi resta costante, 0,7 per 1000 nel 2002-2005.

#### **4.1.10 Diabete mellito, femmine Figura 25**

Sono morte in tutta l' ASL per diabete, nel quadriennio 1998-2001, annualmente 114,5 femmine residenti.

Il tasso standardizzato di mortalità per età dell' ASL si riduce nel periodo considerato da 63,3 a 34,6 per 100.000 nel quadriennio 2002-2005.

Nell' ASL il tasso standardizzato più alto nel quadriennio 2002-2005 si rileva nel Distretto di Ottaviano, 53,3 per 100.000, quello più basso nel Distretto di Palma C., 24,1 per 100.000.

Il tasso standardizzato degli anni di vita persi si mantiene costante negli ultimi due quadrienni, 1,6 per 1000 nel 2002-2005.

#### **4.1.11 malattie ischemiche del cuore, femmine Figura 32**

Sono morte in tutta l' ASL per malattie ischemiche del cuore, nel quadriennio 2002-2005, annualmente 182 femmine residenti.

Il tasso standardizzato di mortalità per età dell' ASL si riduce drasticamente nel periodo considerato, da 136 a 54 per 100.000 nel quadriennio 2002-2005.

Nell' ASL il tasso standardizzato più alto nel quadriennio 2002-2005 si rileva nel Distretto di Pomigliano, 77 per 100.000, quello più basso nel Distretto di Volla, 38 per 100.000.

Il tasso standardizzato degli anni di vita persi passa da 2,8 per 1000 nel quadriennio 1998-2001 a 1,1 nel quadriennio 2002-2005.

#### **4.1.12 Infarto miocardio acuto, femmine Figura 29**

Sono morte in tutta l'ASL per infarto miocardio acuto, nel quadriennio 2002-2005, annualmente 60 femmine residenti.

Il tasso standardizzato di mortalità per età dell' ASL scende, nel periodo considerato, da 54 a 19 per 100.000 nel quadriennio 2002-2005.

Nell'ASL il tasso standardizzato più alto nel quadriennio 2002-2005 si rileva nel Distretto di Acerra, 34 per 100.000, quello più basso nel Distretto di Volla, 11 per 100.000.

Il tasso standardizzato degli anni di vita persi passa da 2 per 1000, nel quadriennio 1998-2001, a 1,3 per 1000 nel quadriennio 2002-2005.

#### **4.1.13 Malattia ipertensiva, femmine Figura 31**

Sono morte in tutta l'ASL per malattia ipertensiva, nel quadriennio 2002-2005, annualmente 133 femmine residenti.

Il tasso standardizzato di mortalità per età dell' ASL passa da 38 del primo quadriennio a 39 per 100.000 nel quadriennio 2002-2005.

Nell'ASL il tasso standardizzato più alto nel quadriennio 2002-2005 si rileva nel Distretto di Marigliano, 51 per 100.000, quello più basso nel Distretto di Acerra, 21 per 100.000.

Il tasso standardizzato degli anni di vita persi passa da 0,6 per 1000, nel quadriennio 1998-2001, a 1,3 nel quadriennio 2002-2005.

#### **4.1.14 Disturbi circolatori dell'encefalo, femmine Figura 30**

Sono morte in tutta l'ASL per disturbo circolatorio dell'encefalo, nel quadriennio 2002-2005, annualmente circa 296 femmine residenti.

Il tasso standardizzato di mortalità per età dell'ASL cala da 177,5 per 100.000 nel 1982-1985 a 83,1 nel quadriennio 2002-2005.

Nell'ASL il tasso standardizzato più alto nel quadriennio 2002-2005 si rileva nel Distretto di Acerra, 148,5 per 100.000, quello più basso nel Distretto di Casalnuovo, 49,9 per 100.000.

Il tasso standardizzato degli anni di vita persi passa da 2,6 per 1000 nel quadriennio 1998-2001 a 1,8 per 1000 nel quadriennio 2002-2005.

#### **4.1.15 Cirrosi epatica, femmine Figura 26**

Sono morte in tutta l'ASL per cirrosi epatica, nel quadriennio 2002-2005, annualmente 101,5 femmine residenti.

Il tasso standardizzato di mortalità per età dell'ASL cala da 64,3 per 100.000 nel quadriennio 1982-85 a 32,6 nel quadriennio 2002-2005.

Nell'ASL il tasso standardizzato più alto nel quadriennio 2002-2005 si rileva nel Distretto di Acerra 45,1 per 100.000, quello più basso nel Distretto di Nola, 21,4 per 100.000.

Il tasso standardizzato degli anni di vita persi scende da 2,6 per 1000 nel 1998- 2001 a 2,2 nel 2002-2005.

#### **4.1.16 Cadute ed altri infortuni, femmine Figura 47**

Sono morte in tutta l'ASL per cadute ed altri infortuni, nel quadriennio 2002-2005, annualmente 27 femmine residenti.

Il tasso standardizzato di mortalità per età dell'ASL sale da 10 per 100.000 del primo quadriennio a 12 del quadriennio 1998-2001, per poi abbassarsi a 8 nel quadriennio 2002-2005.

Nell'ASL il tasso standardizzato più alto nel quadriennio 2002-2005 si rileva nel Distretto di Nola, Volla, Somma Ves.na e Palma C., 9 per 100.000, quello più basso nel Distretto di Casalnuovo e Ottaviano, 0 per 100.000.

## **4.2 Mortalità per singola causa, maschi**

### **4.2.1 Tumori maligni dello stomaco, maschi Figura 33**

Sono morti in tutta l'ASL per tumore maligno dello stomaco, nel quadriennio 2002-2005, annualmente 31 maschi residenti.

Il tasso standardizzato di mortalità per età dell'ASL scende da 19 per 100.000 del quadriennio 1982-1985 a 14 nel quadriennio 2002-2005.

Nell'ASL il tasso standardizzato più alto nel quadriennio 2002-2005 si rileva nel Distretto di Casalnuovo, 21 per 100.000, quello più basso nel Distretto di Somma Ves.na, 7 per 100.000.

Il tasso standardizzato degli anni di vita persi negli ultimi due quadrienni si mantiene costante.

#### **4.2.2 Tumori maligni del colon , maschi Figura 34**

Sono morti in tutta l'ASL per tumore maligno del colon, nel quadriennio 2002-2005, annualmente 33,8 maschi residenti.

Il tasso standardizzato di mortalità per età dell'ASL aumenta più del doppio nel periodo considerato, da 6 a 15 per 100.000.

Nell'ASL il tasso standardizzato più alto nel quadriennio 2002-2005 si rileva nel Distretto di Pomigliano, 33 per 100.000, quello più basso nel Distretto di Acerra, 7 per 100.000.

Il tasso standardizzato degli anni di vita persi negli ultimi due quadrienni scende a 1,1 nel 2002-2005 .

#### **4.2.3 Tumori maligni del retto e giunzione rettosigmoidea e ano, maschi Figura 35**

Sono morti in tutta l'ASL per tumore maligno del retto, nel quadriennio 2002-2005, annualmente 11 maschi residenti.

Il tasso standardizzato di mortalità per età dell'ASL si mantiene costante nel periodo considerato, 5 per 100.000 nel quadriennio 2002-2005.

Nell'ASL il tasso standardizzato più alto nel quadriennio 2002-2005 si rileva nel Distretto di Nola 7 per 100.000, quello più basso nel Distretto di Marigliano e Volla 3 per 100.000.

Il tasso standardizzato degli anni di vita persi negli ultimi due quadrienni si mantiene costante, 0,4 per 1000.

#### **4.2.4 Tumori maligni del fegato, maschi Figura 36**

Sono morti in tutta l'ASL per tumore maligno del fegato, nel quadriennio 2002-2005, annualmente 72,8 maschi residenti.

Il tasso standardizzato di mortalità per età dell'ASL sale da 22 del primo quadriennio a 32 per 100.000 nel quadriennio 2002-2005 .

Nell'ASL il tasso standardizzato più alto nel quadriennio 2002-2005 si rileva nel Distretto di Acerra, 46 per 100.000, quello più basso nel Distretto di Nola, 19 per 100.000.

Il tasso standardizzato degli anni di vita persi passa da 2,4 per 1000, nel quadriennio 1998-2001 a 3 nel quadriennio 2002-2005.

#### **4.2.5 Tumori maligni del laringe, maschi Figura 37**

Sono morti in tutta l'ASL per tumore maligno del laringe, nel quadriennio 2002-2005, annualmente 10 maschi residenti.

Il tasso standardizzato di mortalità per età dell'ASL cala, nel periodo considerato, da 10a 4 per 100.000 nel quadriennio 2002-2005.

Nell'ASL il tasso standardizzato più alto nel quadriennio 2002-2005 si rileva nel Distretto di Acerra, 9 per 100.000, quello più basso nel Distretto di Pomigliano e di Somma Vesuviana, 1 per 100.000.

Il tasso standardizzato degli anni di vita persi rimane costante negli ultimi due quadrimestri.

#### **4.2.6 Tumori maligni trachea, bronchi e polmoni, maschi Figura 38**

Sono morti in tutta l'ASL per tumori maligni delle vie respiratorie, nel quadriennio 2002-2005, annualmente 184,3 maschi residenti.

Il tasso standardizzato di mortalità per età dell'ASL aumenta nel terzo e quarto quadriennio per diminuire nel quinto; nel quadriennio 2002-2005 il tasso scende ulteriormente ad 80 per 100.000.

Nell'ASL il tasso standardizzato più alto nel quadriennio 2002-2005 si rileva nel Distretto di Volla, 94 per 100.000, quello più basso nel Distretto di Nola e di Roccarainola, 74 per 100.000. Il tasso standardizzato degli anni di vita persi passa da 7,1 a 7,5 per 1000 nel 2002-2005.

#### **4.2.7 Tumori maligni della vescica, maschi Figura 39**

Sono morti in tutta l'ASL per tumore maligno della vescica, nel quadriennio 2002-2005, annualmente circa 36,8 maschi residenti.

Il tasso standardizzato di mortalità per età dell'ASL scende da 20 per 100.000 del primo quadriennio a 16 nel quadriennio 2002-2005.

Nell'ASL il tasso standardizzato più alto nel quadriennio 2002-2005 si rileva nel Distretto di Somma Ves.na, 22 per 100.000, quello più basso nel Distretto di Poggiomarino, 13 per 100.000.

Il tasso standardizzato degli anni di vita persi passa da 0,6 per 1000, nel quadriennio 1998-2001 a 1 nel quadriennio 2002-2005.

#### **4.2.8 Leucemie, maschi Figura 41**

Sono morti in tutta l'ASL per Leucemie, nel quadriennio 2002-2005, annualmente 14,8 maschi residenti.

Il tasso standardizzato di mortalità per età dell'ASL scende da 7,4 per 100.000 del primo quadriennio a 6 nel quadriennio 2002-2005

Nell'ASL Il tasso standardizzato più alto nel quadriennio 2002-2005 si rileva nel Distretto di Palma C., 11 per 100.000, quello più basso nel Distretto di Marigliano, 1 per 100.000.

Il tasso standardizzato degli anni di vita persi è costante , 1 per 1000 nel 1998-2001, 0,9 nel 2002-2005.

#### **4.2.9 Diabete mellito, maschi Figura 27**

Sono morti in tutta l'ASL per diabete, nel quadriennio 2002-2005, annualmente 64,8 maschi residenti. Il tasso standardizzato di mortalità per età dell'ASL nel periodo considerato è variabile e si attesta a 29,1 nel 2002-2005.

Nell'ASL il tasso standardizzato più alto nel quadriennio 2002-2005 si rileva nel Distretto di Marigliano, 36,8 per 100.000, quello più basso nel Distretto di Acerra, 17,4 per 100.000.

Il tasso standardizzato degli anni di vita persi passa da 2,2 per 1000, nel quadriennio 1998-2001, a 1.6 nel quadriennio 2002-2005.

#### **4.2.10 Malattie ischemiche del cuore, maschi Figura 46**

Sono morti in tutta l'ASL per malattie ischemiche del cuore, nel quadriennio 2002-2005, annualmente 205 maschi residenti.

Il tasso standardizzato di mortalità per età dell'ASL diminuisce drasticamente nel periodo considerato, da 221 a 91 per 100.000 nel quadriennio 2002-2005, .

Nell'ASL il tasso standardizzato più alto nel quadriennio 2002-2005 si rileva nel Distretto di Pomigliano, 118 per 100.000, quello più basso nel Distretto di Marigliano, 70 per 100.000.

Il tasso standardizzato degli anni di vita persi passa da 8,7 per 1000, nel quadriennio 1998-2001 a 6,8 nel quadriennio 2002-2005.

#### **4.2.11 Infarto miocardio acuto, maschi Figura 43**

Sono morti in tutta l'ASL per infarto miocardio acuto, nel quadriennio 2002-2005, annualmente 91 maschi residenti.

Il tasso standardizzato di mortalità per età dell'ASL scende, nel periodo considerato, da 133,2 a 40 per 100.000 nel quadriennio 2002-2005.

Nell'ASL il tasso standardizzato più alto nel quadriennio 2002-2005 si rileva nel Distretto di Acerra, 64 per 100.000, quello più basso nel Distretto di Marigliano, 23 per 100.000.

Il tasso standardizzato degli anni di vita persi passa da 6,2 per 1000 nel quadriennio 1998-2001 a 3,8 nel quadriennio 2002-2005.

#### **4.2.12 Malattia ipertensiva, maschi Figura 45**

Sono morti in tutta l'ASL per malattia ipertensiva, nel quadriennio 2002-2005, annualmente 83 maschi residenti.

Il tasso standardizzato di mortalità per età dell'ASL cala da 29 del primo quadriennio a 24 per 100.000 nel quadriennio 1998-2001, per poi risalire, nel quadriennio 2002-2005, a 37 per 100.000. Nell'ASL il tasso standardizzato più alto nel quadriennio 2002-2005 si rileva nel Distretto di Marigliano e Palma C., 50 per 100.000, quello più basso nel Distretto di Acerra, 24 per 100.000.

Il tasso standardizzato degli anni di vita persi passa da 0,9 per 1000, nel quadriennio 1998-2001, a 1,7 nel quadriennio 2002-2005.

#### **4.2.13 Disturbi circolatori dell'encefalo, maschi Figura 44**

Sono morti in tutta l'ASL per disturbo circolatorio dell'encefalo, nel quadriennio 2002-2005, annualmente 198 maschi residenti.

Il tasso standardizzato di mortalità per età dell'ASL scende da 213 per 100.000 nel 1982-85 a 91 nel quadriennio 2002-2005.

Nell'ASL il tasso standardizzato più alto nel quadriennio 2002-2005 si rileva nel Distretto di Acerra, 197 per 100.000, quello più basso nel Distretto di Casalnuovo, 60 per 100.000.

Il tasso standardizzato degli anni di vita persi passa da 3,7 per 1000, nel quadriennio 1998-2001, a 2,7 nel quadriennio 2002-2005

#### **4.2.14 Cirrosi epatica, maschi Figura 28**

Sono morti in tutta l' ASL per cirrosi epatica, nel quadriennio 2002-2005, annualmente 100,3 maschi residenti.

Il tasso standardizzato di mortalità per età dell' ASL è più che dimezzato nel periodo considerato, 114 per 100.000 nel quadriennio 1982-85 a 44 nel quadriennio 2002-2005.

Nell' ASL il tasso standardizzato più alto nel quadriennio 2002-2005 si rileva nel Distretto di Marigliano 71 per 100.000, quello più basso nel Distretto di Ottaviano, 11 per 100.000.

Il tasso standardizzato degli anni di vita persi rimane costante negli ultimi due quadrienni, 3,9 per 1000.

#### **4.2.15 Cadute ed altri infortuni, maschi Figura 48**

Sono morti in tutta l' ASL per cadute ed altri infortuni, nel quadriennio 2002-2005, annualmente 28,5 maschi residenti .

Il tasso standardizzato di mortalità per età dell' ASL scende da 19,3 per 100.000 del primo quadriennio a 11,6 nel quadriennio 2002-2005 .

Nell' ASL il tasso standardizzato più alto nel quadriennio 2002-2005 si rileva nel Distretto di Marigliano, 16,6 per 100.000, quello più basso nel Distretto di Ottaviano, 0,1 per 100.000.

### **5. Mortalità troncata a 74 anni**

La misura del tasso standardizzato troncato a 74 anni è utile per valutare con più precisione la rilevanza del fenomeno morte rispetto allo stato di salute, alla luce della considerazione che eventi registrati in età inferiori a quella media di morte andrebbero considerati eventi evitabili.

#### **5.1 Mortalità troncata a 74 anni , diabete femmine, Figura 53**

Sono morte annualmente in tutta l' ASL per diabete, al di sotto dei 74 anni, nel quadriennio 2002-2005, 40,5 femmine residenti.

Il tasso standardizzato di mortalità troncato a 74 anni dell'ASL cala da 39 per 100.000 del primo quadriennio a 15 nel quadriennio 2002-2005. Il tasso più alto lo troviamo nel distretto di Ottaviano 25,76, quello più basso nel distretto di Palma C. 7,96. Nel

quadriennio 1998-2001, in cui erano possibili confronti, il tasso dell'ASL era superiore a quello regionale.

### **5.2 Mortalità troncata a 74 anni, cirrosi epatica femmine Figura 54**

Sono morte annualmente in tutta l'ASL per cirrosi epatica, al di sotto dei 74 anni, nel quadriennio 2002-2005, 54,5 femmine residenti.

Il tasso standardizzato di mortalità troncato a 74 anni dell'ASL cala da 45,1 per 100.000 del primo quadriennio a 20,9 nel quadriennio 2002-2005. Il tasso più alto lo troviamo nel distretto di Acerra 34,01, quello più basso nel distretto di Nola 12,58. Nel quadriennio 1998-2001, in cui erano possibili confronti, il tasso dell'ASL era superiore a quello regionale.

### **5.3 Mortalità troncata a 74 anni, infarto miocardio acuto femmine Figura 56**

Sono morte annualmente in tutta l'ASL per infarto miocardio acuto, al di sotto dei 74 anni, nel quadriennio 2002-2005, 27,75 femmine residenti.

Il tasso standardizzato di mortalità troncato a 74 anni dell'ASL scende da 31,8 per 100.000 del primo quadriennio a 10,65 nel quadriennio 2002-2005.

Nell'ultimo quadriennio spicca all'interno dell'ASL il Distretto di Acerra con un tasso più che doppio (23,3) di quello dell'ASL mentre il distretto con il tasso inferiore (4,06) è Volla. Nel quadriennio 1998-2001, in cui erano possibili confronti, il tasso dell'ASL era superiore a quello regionale.

### **5.4 Mortalità troncata a 74 anni, disturbi circolatori dell'encefalo femmine Figura 57**

Sono morte annualmente in tutta l'ASL per disturbi circolatori dell'encefalo al di sotto dei 74 anni, nel quadriennio 2002-2005, 45,25 femmine residenti.

Il tasso standardizzato di mortalità troncato a 74 anni dell'ASL scende da 63,2 per 100.000 del primo quadriennio a 17,06 nel quadriennio 2002-2005. Il tasso più alto lo troviamo nel distretto di Ottaviano 23,07, quello più basso nel distretto di Palma C. 7,85.

Nel quadriennio 1998-2001, in cui erano possibili confronti, il tasso dell'ASL era superiore a quello regionale.

#### **5.5 Mortalità troncata a 74 anni , tumori maligni del fegato femmine Figura 66**

Sono morte annualmente in tutta l'ASL per tumori maligni del fegato, al di sotto dei 74 anni, nel quadriennio 2002-2005, 19,3 femmine residenti.

Il tasso standardizzato di mortalità troncato a 74 anni dell' ASL sale nei tre quadrienni centrali per ridursi nell'ultimo a 7,5 per 100.000. Il tasso più alto lo troviamo nel distretto di Acerra 16,3, quello più basso nel distretto di Ottaviano 4,6. Nel quadriennio 1998-2001, in cui erano possibili confronti, il tasso dell'ASL era superiore a quello regionale.

#### **5. 6 Mortalità troncata a 74 anni, cancro della mammella figura 63**

Sono morte annualmente in tutta l'ASL per cancro della mammella , al di sotto dei 74 anni, nel quadriennio 2002-2005, 47,7 femmine residenti.

Il tasso standardizzato di mortalità troncato a 74 anni dell' ASL è costante nel periodo considerato ed è 19,3 per 100.000 nel 2002-2005. Il tasso più alto lo troviamo nel Distretto di Roccarainola 25,8 , quello più basso nel distretto di Somma Vesuviana 13,9. Nel quadriennio 1998-2001, in cui erano possibili confronti, il tasso dell'ASL era inferiore a quello regionale.

#### **5. 7 Mortalità troncata a 74 anni , diabete maschi Figura 69**

Sono morti annualmente in tutta l'ASL per diabete, al di sotto dei 74 anni, nel quadriennio 2002-2005, 31 maschi residenti.

Il tasso standardizzato di mortalità troncato a 74 anni dell'ASL ha un andamento variabile nel periodo considerato e si attesta su un valore di 13,53 per 100.000 nel quadriennio 2002-2005. Il tasso più alto lo troviamo nel distretto di Poggiomarino 18,48, quello più basso nel distretto di Casalnuovo 6,77. Nel quadriennio 1998-2001, in cui erano possibili confronti, il tasso dell'ASL era superiore a quello regionale.

#### **5. 8 Mortalità troncata a 74 anni, cirrosi epatica maschi, Figura 70**

Sono morti annualmente in tutta l'ASL per cirrosi epatica, al di sotto dei 74 anni, nel quadriennio 2002-2005, 68,3 maschi residenti.

Il tasso standardizzato di mortalità troncato a 74 anni dell' ASL scende da 88,3 per 100.000 del primo quadriennio a 29,58 nel quadriennio 2002-2005.

Spicca all'interno dell' ASL il Distretto di Marigliano, con un tasso quasi doppio di quello dell' ASL, 46,67, mentre il distretto con il tasso inferiore è Ottaviano 4,58 per 100.000. Nel quadriennio 1998-2001, in cui erano possibili confronti, il tasso dell'ASL era superiore a quello regionale.

#### **5. 9 Mortalità troncata a 74 anni, infarto miocardio acuto maschi Figura 72**

Sono morti annualmente in tutta l' ASL per infarto miocardio acuto, al di sotto dei 74 anni, nel quadriennio 2002-2005, 58,75 maschi residenti.

Il tasso standardizzato di mortalità troncato a 74 anni dell' ASL cala da 93,9 per 100.000 del primo quadriennio a 25,84 nel quadriennio 2002-2005.

Spicca all'interno dell' ASL il Distretto di Acerra, con un tasso quasi doppio a quello dell' ASL 48,94 per 100.000 mentre Marigliano ha il valore più basso 17,46. Nel quadriennio 1998-2001, in cui erano possibili confronti, il tasso dell'ASL era superiore a quello regionale.

#### **5. 10 Mortalità troncata a 74 anni, disturbi circolatori dell'encefalo maschi Figura 73**

Sono morti annualmente in tutta l' ASL per disturbi circolatori dell'encefalo, al di sotto dei 74 anni, nel quadriennio 2002-2005, 52,5 maschi residenti. Il tasso standardizzato di mortalità troncato a 74 anni dell' ASL passa da 75,5 per 100.000 del primo quadriennio a 22,8 nel quadriennio 2002-2005. Il distretto di Acerra ha il tasso maggiore 47,22 per 100.000 mentre Pomigliano ha il tasso minore 13,28. Nel quadriennio 1998-2001, in cui erano possibili confronti, il tasso dell'ASL era superiore a quello regionale.

### **5. 11 Mortalità troncata a 74 anni , tumori maligni del fegato maschi Figura 76**

Sono morti annualmente in tutta l' ASL per tumori maligni del fegato, al di sotto dei 74 anni, nel quadriennio 2002-2005, 52,3 maschi residenti.

Il tasso standardizzato di mortalità troncato a 74 anni dell' ASL sale nei tre quadrienni centrali per attestarsi nell'ultimo a 22,9 per 100.000. Il distretto di Acerra ha il tasso maggiore 36,4 per 100.000 mentre Nola ha il tasso minore 14,4. Nel quadriennio 1998-2001, in cui erano possibili confronti, il tasso dell'ASL era superiore a quello regionale.

### **5. 12 Mortalità troncata a 74 anni aggregata a livello di ASL**

Nelle tabelle 76 e 77 sono accorpate a livello di Asl tutte le cause di morte per le quali sono stati calcolati i tassi standardizzati di mortalità troncata a 74 anni .

Degno di attenzione è:

- **nelle femmine** la forte riduzione dei tassi di mortalità per tutte le malattie non neoplastiche, fatta eccezione per l'ipertensione, che resta costante, l'incremento dei tassi di mortalità per tumori delle vie respiratorie, del colon, dell' ovaio , il dimezzamento dei tassi di mortalità per leucemie e tumori dell' utero;
- **nei maschi** la forte riduzione dei tassi di mortalità per tutte le malattie non neoplastiche, fatta eccezione per l'ipertensione, che aumenta seppure di poco, l'incremento dei tassi di mortalità per tumori del colon e del fegato, la riduzione dei tassi dei tumori delle vie respiratorie, dello stomaco, della laringee della vescica

## 6. Mortalità evitabile

L'analisi della mortalità normalmente viene condotta secondo la classificazione delle patologie che hanno causato il decesso, a loro volta raggruppate in gruppi nosologici che seguono criteri legati all'eziologia (es. malattie infettive), alla lesione anatomicopatologica (es. tumori) o alla localizzazione (es. sistema cardiocircolatorio).

Dal punto di vista della prevenzione, tuttavia, appare sicuramente più utile raggruppare le patologie che riconoscono lo stesso tipo di fattore di rischio oppure quelle evitabili con interventi sanitari mirati.

Una selezione dei dati di mortalità rispetto alle cosiddette cause "evitabili" permette di evidenziare alcuni fenomeni più direttamente correlabili all'intervento dei Servizi. La mortalità evitabile è infatti prioritariamente correlata con le abitudini di vita, con lo stato dell'ambiente di vita e di lavoro e con l'efficacia del servizio sanitario (particolarmente con le politiche di prevenzione e le scelte diagnostiche e di cura).

Si possono, pertanto, individuare tre gruppi di cause di morte evitabile:

1. **"Prevenzione Primaria"** : comprende 10 cause di morte che potrebbero essere evitate o ridotte in seguito all'adozione di normative, comportamenti, stili di vita atti a prevenire le malattie (incidenti stradali, fumo, alcool, altre morti violente).
2. **"Diagnosi precoce e terapia"**: il secondo gruppo, attribuibile a carenze di diagnosi precoce e terapia, è costituito da 5 cause di morte evitabili; si tratta sostanzialmente di tumori che colpiscono le donne (mammella e collo dell'utero) e di patologie che colpiscono entrambi i generi o solo gli uomini, quali la malattia di Hodgkin e il tumore del testicolo, la cui mortalità può essere fortemente ridotta con una terapia precoce adeguata.
3. **"Igiene e assistenza Sanitaria"**: il terzo gruppo rappresenta le morti evitabili con misure di igiene (comprese le vaccinazioni) e con una buona organizzazione sanitaria, sono quelle mortalità legate a malfunzionamenti del sistema sanitario quali diagnosi non tempestiva, ritardi nel trasporto in ospedale, nel tempo di ricovero, nell'intervento clinico, ecc.(rif. 1)

In Italia ormai da molti anni un gruppo di lavoro interdisciplinare, di cui fanno parte l'Istituto Superiore di Sanità, il Centro di Controllo delle Malattie, l'Istat ed altri centri di ricerca, analizzano il fenomeno mortalità evitabile, descrivendolo a livello di Asl e compilando graduatorie che permettono di posizionare ciascuna Asl nell'ambito nazionale.

L'Atlante Mortalità evitabile per genere e Usl, da cui derivano i dati che di seguito saranno descritti, è stato pubblicato nel maggio 2007 ed è il terzo sull'argomento edito dal gruppo di ricerca.

Dal rapporto ERA 2007 derivano talune riflessioni di ordine generale :

- La mortalità evitabile è in evidente riduzione in Italia ed in Europa, anche per questo la vita media si sta allungando, e riguarda prevalentemente gli uomini, i cui decessi evitabili sono il doppio rispetto a quelli delle donne.
- Tra 0 e 4 anni i morti evitabili maschi ( evento morte legato principalmente a incidente) sono il 30% in più delle femmine;
- da 15 a 34 anni il rapporto arriva a 4-5 maschi per ogni femmina;
- la vita media dei maschi, a causa della mortalità evitabile, si accorcia di 4.5 anni , nelle femmine di 2.5 anni
- La speranza di vita alla nascita degli uomini è oggi 77.1 anni, in assenza di mortalità evitabile salirebbe a 81.6 anni ;
- la speranza di vita delle donne oggi è 83 anni in assenza di mortalità evitabile salirebbe a 85.5.

In conclusione in Italia un decesso ogni cinque avviene per cause che possono essere contrastate con:

- interventi di prevenzione primaria come adozione di normative, comportamenti e stili di vita atti a prevenire le malattie (incidenti stradali, fumo, alcool...),
- diagnosi precoce e terapia come migliorare e potenziare le attività di screening, favorire l'utilizzo di protocolli terapeutici validati e condivisi...

- igiene ed assistenza sanitaria, come promozione e potenziamento delle vaccinazioni, tempestività nella diagnosi, riduzione dei tempi di trasporto e di ricovero in ospedale , riduzione dei ritardi dell'intervento clinico...

### **6.1 Anni e giorni di vita persi nell'Asl Napoli 4**

Sono stati persi, tra 0-74 anni, per morti evitabili nel quadriennio 2002-2005:

- 16927 anni per i maschi, di cui il 33% per tumori, il 22% per malattie cardiovascolari;
- 9643 anni per le femmine, di cui il 40% per tumori, il 21% per malattie cardiovascolari;
- per i maschi è anche rilevante l' 11% di anni vita persi per cause accidentali (1845 anni).

L'analisi degli anni di vita persi per tumore mostra:

- nei maschi al 1° posto con 1731 anni, 31% del totale, il tumore della trachea, bronchi e polmone, seguito dal tumore del fegato e delle vie biliari con 699 anni, 13% del totale ;
- nelle femmine al 1° posto il tumore della mammella con 892 anni, 23% del totale seguito dal tumore del polmone con 393 anni, 10% del totale e dal tumore del fegato e delle vie biliari con 236 anni, 6%del totale

La fascia di età con il maggior numero di anni di vita persi è quella 45-64 sia per i maschi (44%) che per le femmine (45.5%), se ci soffermiamo sul dato della percentuale cumulativa degli anni di vita persi è interessante notare che già a 15-44 anni la percentuale di anni di vita persi arriva al 39% circa per i maschi e al 34% circa per le femmine.

Nel quadriennio 2002-2005 sono stati persi pro capite per tutte le cause di morte 37,1 giorni, rispettivamente 23.7 per i maschi e 13.3 per le femmine valori leggermente inferiori a quelli registrati dallo studio ERA 2007 per il triennio 2000-2002.

### **6. 2 Mortalità evitabile, la classifica regionale Tabelle 82, 83, 84, 85, 86, 87**

La classifica nazionale degli anni di vita persi fra le 188 AASSLL italiane vede la Asl Napoli 4 posizionarsi:

- **al 156° posto** per i maschi, tabella 2, con 25,42 giorni di vita perduti pro capite ( di peggio in Campania ci sono le AASSLL Na 1, Na3, Ce2;
- **al 182° posto** per le femmine, tabella 3, con 14,39 giorni di vita perduti procapite (di peggio in Campania ci sono le AASSLL Na 3 e Na 1).

In Campania l'intervallo di posizioni in classifica occupato dalle AASSLL va:

- per i maschi (tabella 2) dal 33° posto occupato dall'ASL AV 2 al 165° occupato dall'Asl Ce 2
- per le femmine dal 7° posto occupato dall'Asl AV 2 al 188°posto (l'ultimo) occupato dalla Asl Na1 .

Per i tumori femminili l'Asl Napoli 4 si posiziona al 10° posto fra le AASSLL regionali, con un tasso standardizzato di mortalità di 25,2 per 100.000, superiore al valore medio regionale e nazionale (tabella 6).

Il Rapporto ERA segnala , inoltre, per le cause di morte in toto e per gruppi (tabella 4) e per le cause di morte evitabili con interventi di prevenzione primaria, diagnosi precoce e terapia, igiene ed assistenza sanitaria (tabella 5) le AASSLL i cui valori rientrano fra i 10 più bassi o fra i 10 più alti a livello nazionale.

L'Asl Napoli 4 rientra fra i 10 valori più alti per :

- tutte le cause, femmine;
- apparato digerente e peritoneo, femmine;
- malattie ischemiche del cuore, maschi e femmine;
- morti evitabili con prevenzione primaria, femmine;
- morti evitabili con interventi di igiene ed altra assistenza sanitaria, maschi e femmine

## 7. Discussione

### 7.1 L'andamento generale

Le informazioni derivanti dalle analisi dei dati di mortalità della popolazione residente nella ASL Napoli 4, mostrano un deciso miglioramento dei tassi nei 24 anni presi in esame; tale miglioramento è ancora maggiore per la fascia 0-74 anni, e quindi più significativo in termini di guadagno di anni di vita, tuttavia, pur non essendo le performances dell'Asl le peggiori della Regione Campania, il confronto regionale e nazionale delinea una vera e propria emergenza salute soprattutto per quanto riguarda la mortalità evitabile in entrambi i sessi.

Una visione d'insieme dell'andamento della mortalità permette di individuare una graduatoria delle problematiche di salute presenti nel territorio dell'ASL, per la cui costruzione sono stati utilizzati come criteri, come nei precedenti rapporti, la frequenza assoluta delle cause di morte, il loro eccesso rispetto alla regione, la loro frequenza nelle fasce di età più basse e, quindi, gli anni e i giorni di vita persi.

### 7.2 Mortalità femminile

La maggiore problematica di salute nelle donne è rappresentata dai **tumori** e dalle **malattie cardiovascolari** sia per numero di decessi che per precocità degli stessi, come viene bene evidenziato dalla graduatoria delle cause di morte prematura (vedi tab 78) che vede tali patologie ai primi due posti, rispettivamente con il 40% ed il 21% degli anni di vita persi nel 2002-2005.

Fra i **tumori** acquisiscono per gli anni di vita persi una importanza rilevante quelli della mammella, delle vie respiratorie e del colon, tumori che con interventi più efficienti di diagnosi precoce e prevenzione primaria e con un miglioramento delle attività di assistenza sanitaria, potrebbero essere in parte contenuti nelle loro conseguenze.

**Le malattie cardiovascolari** nelle femmine sono la prima causa di morte e rappresentano il 47% delle cause totali di morte. Nell'ambito delle malattie cardiovascolari si segnalano particolarmente i **disturbi del circolo encefalico**, con il 23% degli

anni di vita persi , seguiti **dall'infarto del miocardio e dalle cardiopatie ischemiche.**

Lo studio ERA mostra che la ASL NA4 figura tra quelle con i 10 valori più critici, a livello nazionale, per quanto riguarda la mortalità evitabile per le malattie ischemiche del cuore.

Un problema importantissimo è rappresentato dal **diabete**, una malattia che, quando determina la morte in soggetti al di sotto dei 75 anni, viene annoverata dall'OMS fra le morti sentinella, come indicatore di una assistenza inefficace; gli anni di vita persi per il diabete sono 400, il 77% di tutti quelli persi per malattie endocrine e del metabolismo. Tale fenomeno richiede una approfondita riflessione sulla qualità dell'assistenza diabetologica nella misura in cui esistono approfondite conoscenze e strumenti per monitorare in continuum il compenso metabolico, e quindi prevenire le complicanze macro e micro angiopatiche che riducono l'attesa di vita, ed una rete di servizi specialistici distrettuali ed ospedalieri che affiancano il medico di base nel management della malattia.

Si segnalano, quindi, le morti per **malattie dell'apparato digerente**, ed in particolare per la cirrosi; gli anni di vita persi per tale patologia sono 549, pari a 81% di quelli persi per tutte le patologie dell'apparato digerente,

### **7.3 Mortalità maschile**

Le principali cause di morte prematura nei maschi sono rappresentate nel periodo 2002-2005 , nell'ordine, dai **tumori**, con il 33% degli anni di vita persi, **dalle malattie cardiovascolari**, con 22%.

**Le malattie del sistema cardiovascolare** anche nei maschi sono la prima causa di morte e determinano 3717 anni di vita persi, di cui per cardiopatie ischemiche del cuore il 41%, per infarto del miocardio il 23%, i disturbi circolatori dell'encefalo il 17%.

Si evidenziano, inoltre, problemi relativamente a:

- **diabete**
- **malattie dell'apparato digerente**, e soprattutto **la cirrosi**, con 78% degli anni di vita persi del totale fra le malattie dell'apparato digerente

- **traumatismi ed avvelenamenti** che rappresentano comunque un'importantissima causa di morti precoci.
- **tumori**, acquisiscono una importanza rilevante quelli del fegato e delle vie respiratorie, che determinano rispettivamente il 12,5% e il 31% degli anni di vita persi per tumore.

## 8. Conclusioni

Nello studio dell'andamento della esperienza di mortalità di una popolazione sono possibili e legittimi due tipi di approcci:

- il primo è quello che tende ad evidenziare l'andamento nel tempo del fenomeno, per misurare gli eventuali cambiamenti;
- il secondo è quello che tende ad evidenziare confronti con altre realtà regionali o nazionali, al fine di misurare i possibili margini di miglioramento.

Sono diversi gli stati d'animo che emergono dall'utilizzo dei due tipi di approccio allo studio della mortalità nell'Asl Napoli 4:

- lo studio dell'andamento del fenomeno lungo 24 anni, fa emergere un deciso miglioramento delle condizioni di salute, con una riduzione di circa il 43% dei tassi di mortalità standardizzati per età, e con una riduzione ancora maggiore per quelli troncati a 74 anni, che anche nel nostro territorio rende ragione dell'incremento dell'attesa e dell'età media di vita,
- il confronto con altre realtà regionali e nazionali, che ci pone agli ultimi posti della graduatoria della mortalità evitabile, ci fa comprendere quanto cammino è ancora possibile per dare alla nostra popolazione tutte le opportunità di vita e di salute che lo stato delle conoscenze scientifiche permettono.

La mortalità evitabile nel periodo 2000-2002 evidenzia per entrambi i sessi un tasso standardizzato superiore a quello della media regionale e nazionale posizionandosi, per quanto riguarda il sesso femminile, su valori decisamente tra quelli più elevati. Per i tumori dell'apparato digerente i valori sono per i maschi molto vicini a quelli nazionali e regionali e tendono ai valori più bassi vicino al 5° percentile, mentre per le femmine si discostano dalla media regionale e nazionale tendendo verso i valori più alti del 95° percentile.

La mortalità per i tumori dell'apparato respiratorio tende per i maschi ai valori più elevati, superiori a quello nazionale e regionale mentre per le femmine il valore si sovrappone a quello nazionale e supera di poco quello regionale.

La situazione peggiora quando si analizza l'andamento delle malattie ischemiche del cuore, infatti, in entrambi i sessi i valori si posizionano all'interno del 95° percentile superando i valori nazionali e regionali.

Le patologie per cui la ASL Na 4 ha una mortalità evitabile molto bassa in entrambi i sessi riguardano i traumatismi e gli avvelenamenti.

Si evidenziano, pertanto, in entrambi i sessi, in ordine di importanza, per la rilevanza assoluta e percentuale dell'eccesso di mortalità :

- le malattie cardiovascolari (infarto del miocardio e disturbi del circolo encefalico)
- I tumori, in particolare delle vie respiratorie, del fegato e della mammella
- le malattie dell'apparato digerente
- le malattie dell'apparato respiratorio.
- il diabete

Le criticità rilevate, pertanto, individuano patologie cronico degenerative che riconoscono una eziologia multipla, in cui alla componente genetica, si aggiungono i fattori comportamentali relativi agli stili di vita, influenzati primariamente dal livello sociale, culturale ed economico, i fattori ambientali, e il livello di efficienza dei servizi socio-sanitari e l'accessibilità stessa ai servizi sanitari presenti, influenzata anch'essa dal livello sociale, culturale ed economico degli utenti.

Queste malattie hanno un forte impatto, in termini di costi e di durata della patologia, non solo nell'ambito del Servizio Sanitario ma anche nell'ambito sociale e lavorativo; per esse, tuttavia, esistono interventi di comprovata efficacia, attraverso i quali è possibile ridurre drasticamente le cause di mortalità evitabile e le cause di patologie invalidanti.

E' indispensabile ed urgente, pertanto, avviare attivamente e diffusamente questi interventi e, laddove essi siano già in opera, potenziarli e migliorarli.

Negli ultimi anni un grosso stimolo alle attività di prevenzione delle patologie cronico degenerative è venuto dai Piani Nazionali della Prevenzione, definiti dalla Conferenza Stato Regioni.

Il Piano Regionale della Prevenzione attuativo del Piano nazionale, ha predisposto progetti specifici la cui realizzazione darebbe una importante risposta a tutte le criticità di salute evidenziate in questo rapporto :

**1. "Potenziamento e miglioramento qualitativo delle infrastrutture coinvolte nei programmi di screening oncologici regionali della cervice uterina". Gli obiettivi generali del progetto sono:**

- a) sviluppare e coordinare l'attività di prevenzione primaria e secondaria delle neoplasie attraverso interventi strutturali di educazione sanitaria e di offerta attiva di test di screening
- b) sviluppare e coordinare il monitoraggio epidemiologico delle neoplasie e dell'impatto dei suddetti interventi di prevenzione sulla salute della popolazione campana

**2. "Crescere Felix": interventi per la prevenzione e riduzione della obesità del bambino e dell'adolescente. Gli obiettivi generali del progetto sono:**

- a) Promuovere e consolidare stili di vita e di alimentazione salutari in tutta la fascia dell'infanzia e dell'adolescenza sull'intero territorio della Regione Campania

**3. "Progetto Cuore: risk assestment individuale" Gli obiettivi generali del progetto sono:**

- a) Identificare le persone a rischio
- b) Stimare l'impatto delle m. cardiovascolari nella popolazione generale
- c) Valutare il rischio cardiovascolare
- d) Valutare il rischio delle malattie ischemiche del cuore
- e) Implementare pratiche professionali competenti ad attivare cambiamenti di stili di vita
- f) Supportare tutte le attività di prevenzione attiva

**4. "Linee operative per la pianificazione regionale sulla prevenzione delle complicanze del diabete" Gli obiettivi generali del progetto sono:**

- a) migliorare l'appropriatezza del ricorso a prestazioni diagnostico-terapeutiche con riduzione dei ricoveri impropri
- b) ridurre l'incidenza della complicanze
- c) trattamento precoce ed efficace delle complicanze
- d) riduzione della mobilità passiva
- e) riduzione della mortalità per diabete
- f) miglioramento della qualità di vita

**5. "Prevenzione recidive nei soggetti ricoverati per accidenti cardiovascolari acuti" Gli obiettivi generali del progetto sono:**

- a) Riduzione del rischio di recidive di eventi cardiovascolari

**6. "Attivazione sperimentale dello screening del cancro del colon retto in Campania "Gli obiettivi generali del progetto sono:**

- a) sviluppare e coordinare l'attività di prevenzione primaria e secondaria
- b) sviluppare e coordinare il monitoraggio epidemiologico delle neoplasie e dell'impatto dei suddetti interventi di prevenzione sulla salute della popolazione

**7. "Potenziamento e miglioramento qualitativo delle infrastrutture coinvolte nei programmi di screening oncologici regionali della mammella" Gli obiettivi generali del progetto sono:**

- a) Razionalizzare e potenziare la rete regionale per la prevenzione
- b) Promuovere ed estendere il programma di screening
- c) Potenziare la rete di rilevamento epidemiologico
- d) Coinvolgere i medici di medicina generale

**8. " Attuazione del Piano delle vaccinazioni in Regione Campania e monitoraggio dello stato di salute". Gli obiettivi generali del progetto sono:**

- a) raggiungere una maggiore e consapevole adesione alle vaccinazioni
- b) raggiungere e mantenere elevate coperture vaccinali
- c) sviluppare un sistema informativo regionale e aziendale

9. "Infortuni domestici: interventi per la prevenzione, la sorveglianza e l'implementazione del sistema informativo" Gli obiettivi generali del progetto sono relativi alla:

- a) sorveglianza
- b) prevenzione

10. "Interventi per la riduzione degli incidenti stradali" Gli obiettivi generali del progetto sono relativi alla:

- a) sorveglianza
- b) prevenzione

11. "Prevenzione degli infortuni sul lavoro" Gli obiettivi generali del progetto sono:

- a) Potenziare/completare il sistema informativo
- b) Ridurre il numero degli infortuni mortali e di quelli gravi
- c) Potenziare l'azione del Comitato di Coordinamento Regionale
- d) Attivare sportelli informativi presso le ASL
- e) Migliorare l'attività di vigilanza

Possiamo affermare , pertanto, che esiste una consapevolezza non solo dei problemi ma anche delle azioni che bisogna adottare per risolverli.

Pur nella consapevolezza che un miglioramento dello stato di salute in un territorio è condizionato non soltanto da un miglioramento dei servizi sanitari nelle sue funzioni di prevenzione, diagnosi e cura ma anche, se non soprattutto, dal miglioramento delle condizioni socio economiche, si ritiene indispensabile che le organizzazioni sanitarie facciano la propria parte e che il risultato della implementazione dei Piani di Prevenzione rappresentano il loro banco di prova dei prossimi anni.

### **Bibliografia**

1. La mortalità evitabile nel territorio dell'Azienda USL di Cesena: analisi del fenomeno nel periodo 1995 - 1999 Dipartimento di Sanità Pubblica U.O. Epidemiologia e Comunicazione
2. ERA -Epidemiologia e ricerca Applicata : Mortalità Evitabile per genere e USL . Atlante 2007
3. La mortalità in Campania negli anni 1982-2001. Regione Campania O.E.R.

# Appendice

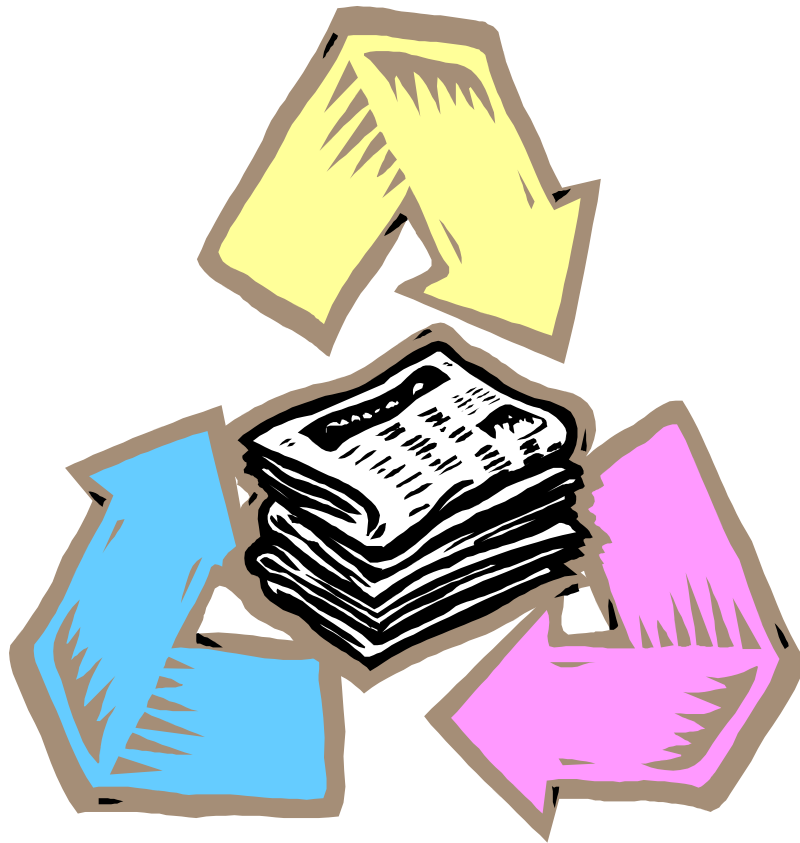


Figura 1

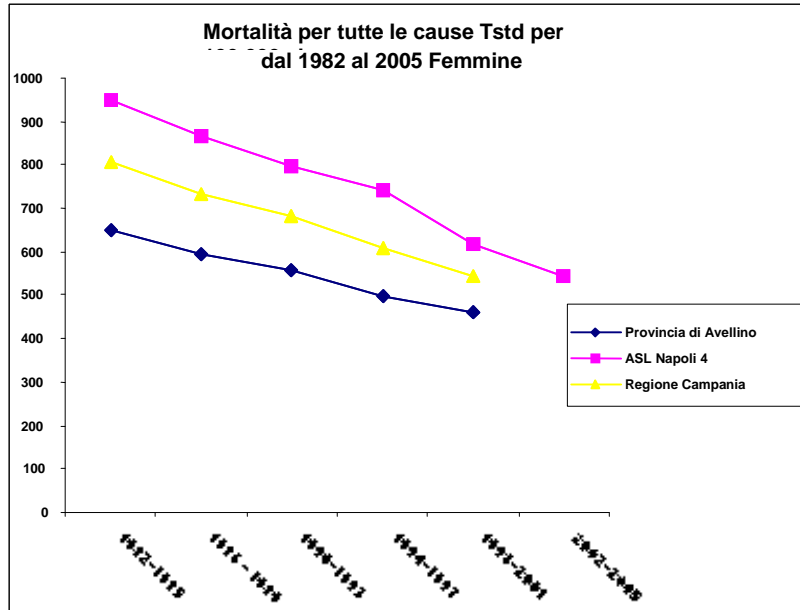


Figura 2

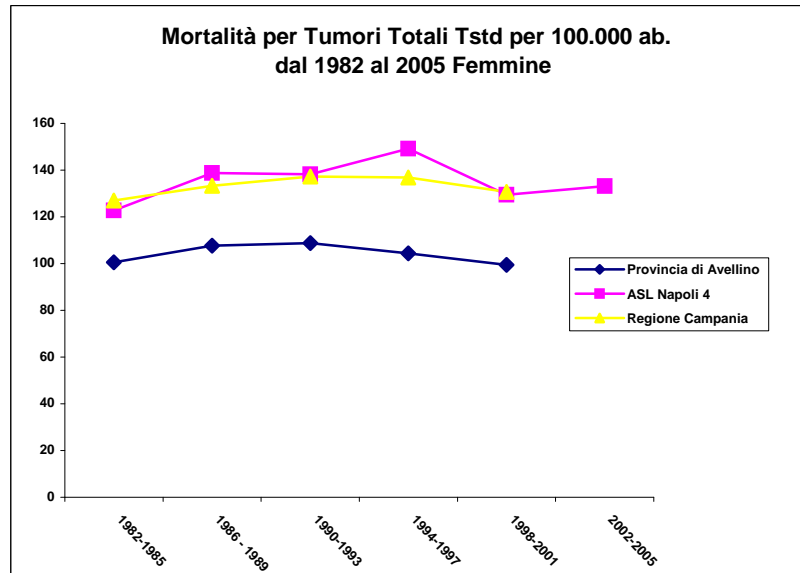
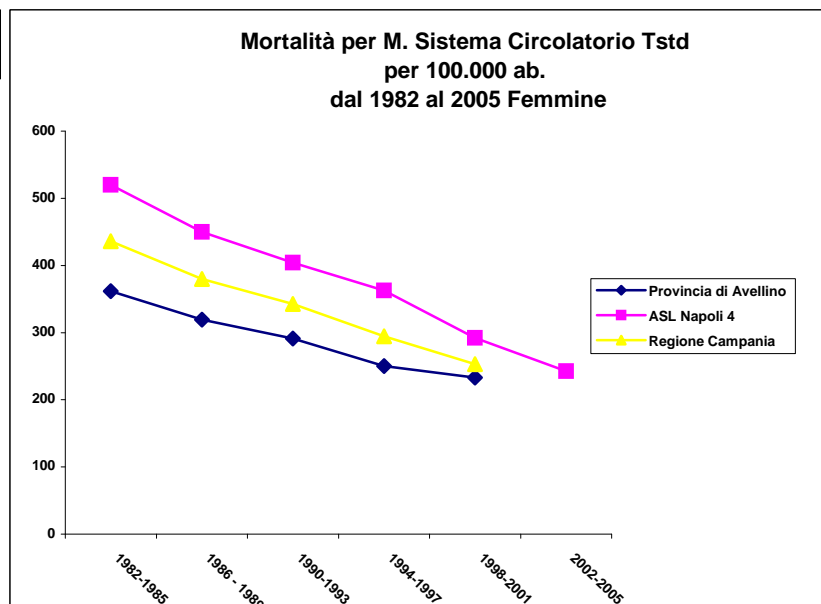
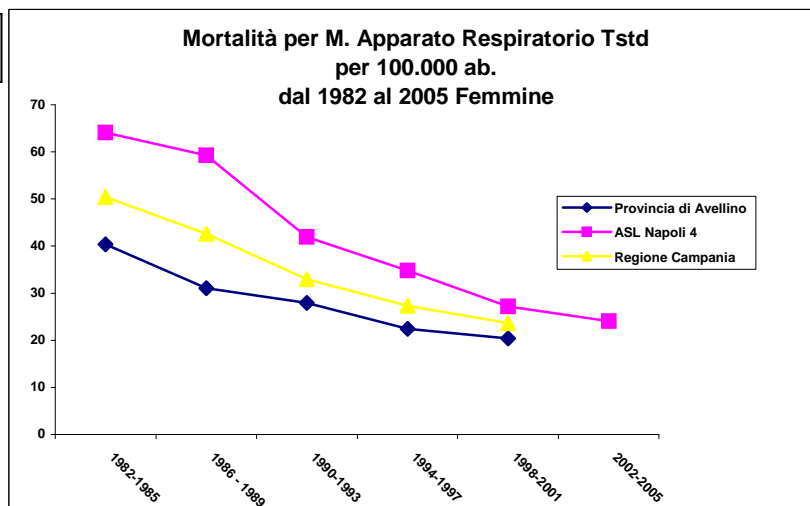


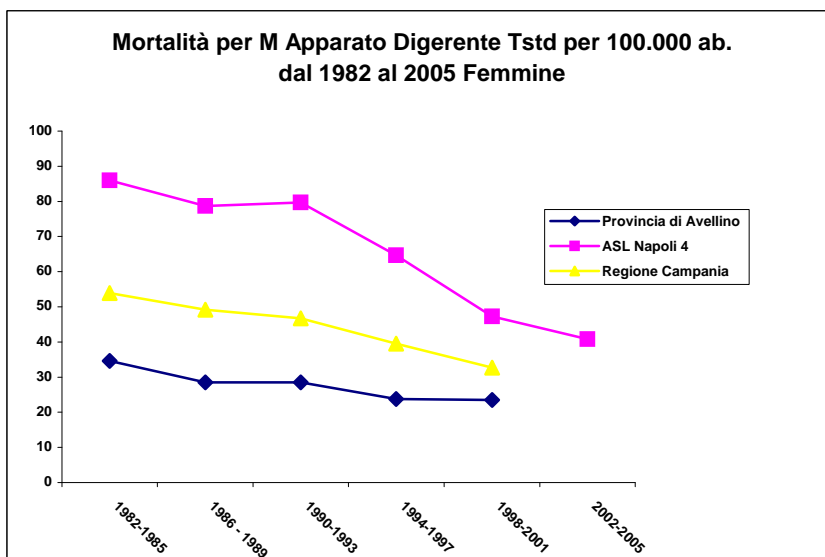
Figura 3



**Figura 4**



**Figura 5**



**Figura 6**

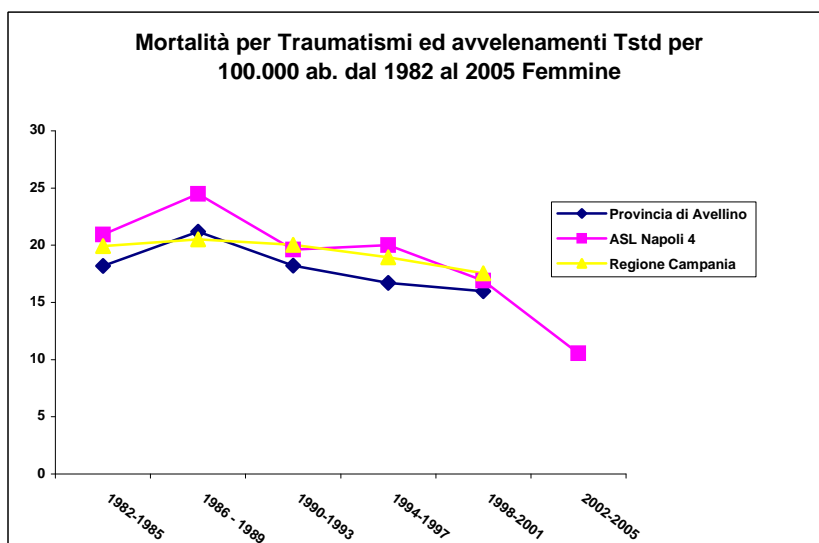


Figura 7

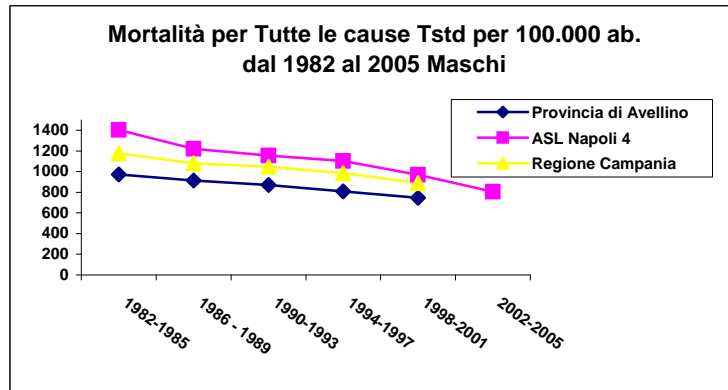


Figura 8

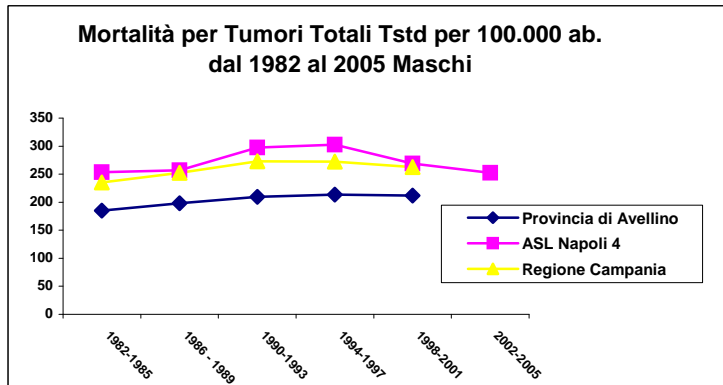


Figura 9

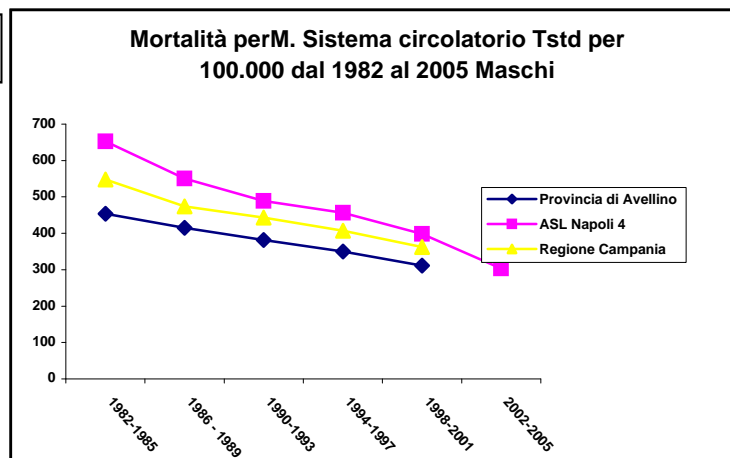


Figura 10

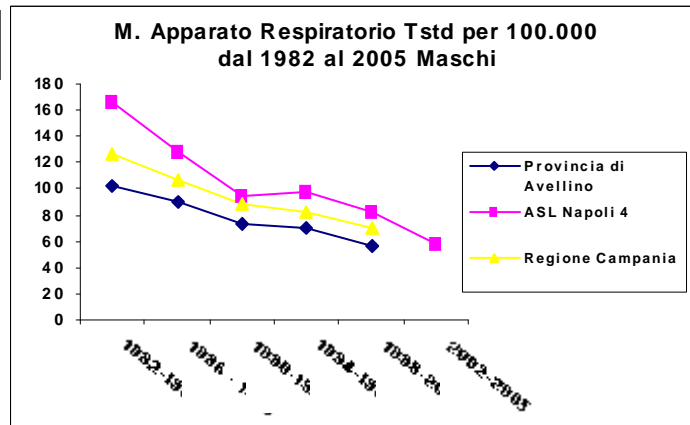


Figura 11

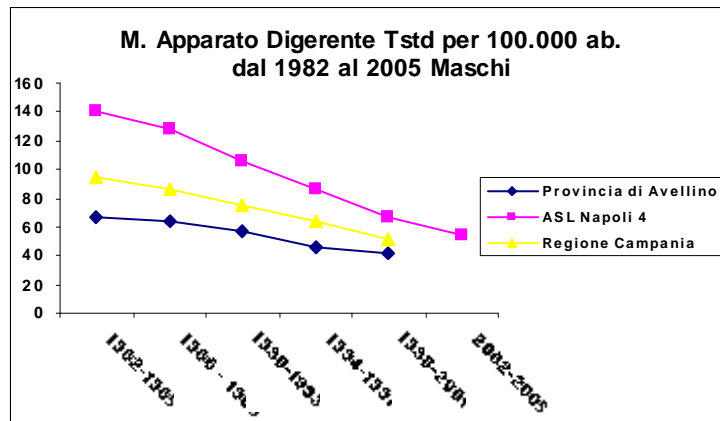


Figura 12

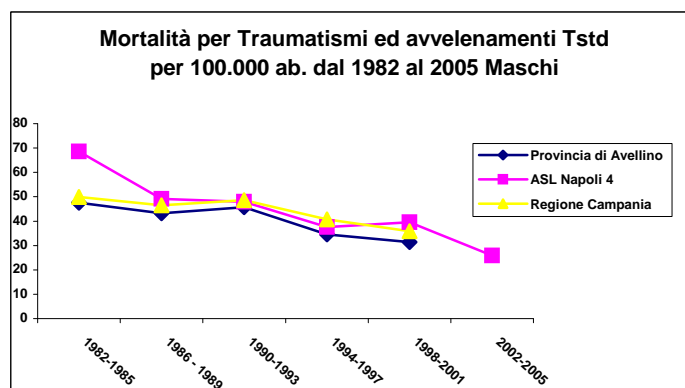


Figura 13

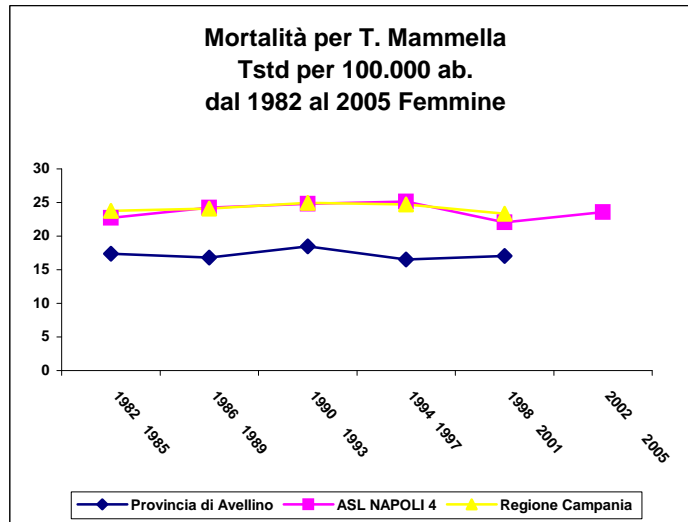


Figura 14

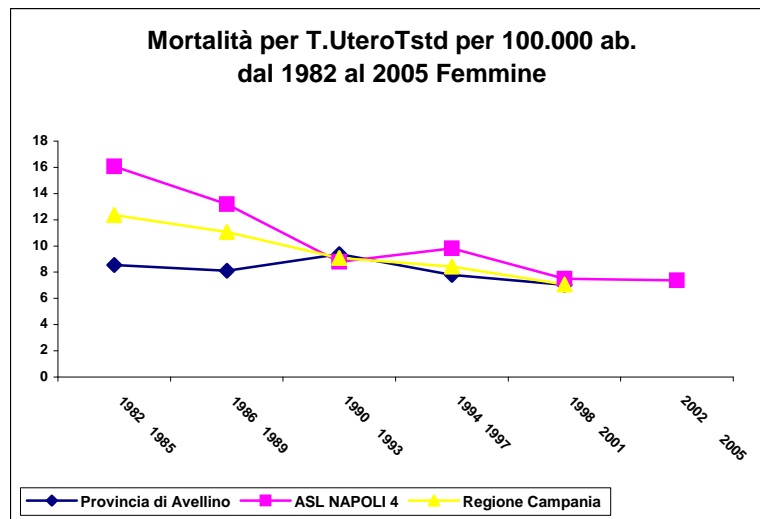


Figura 15

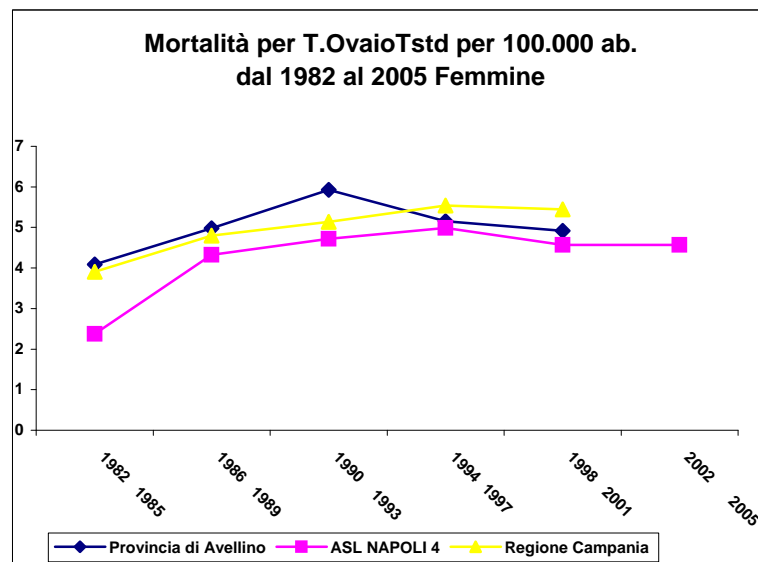


Figura 16

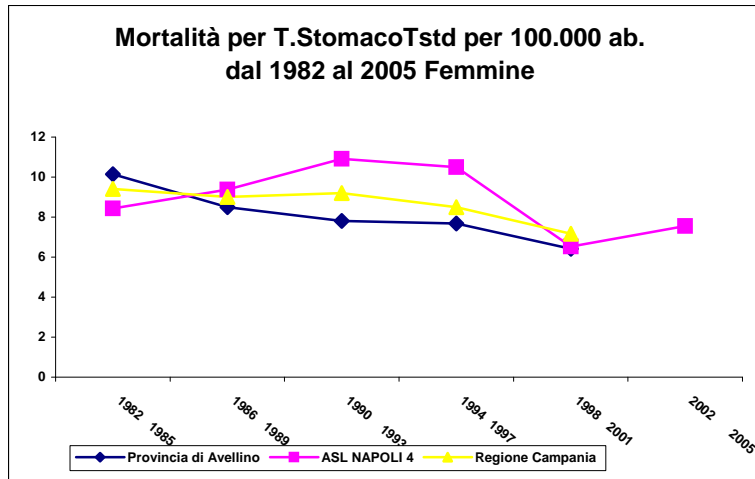


Figura 17

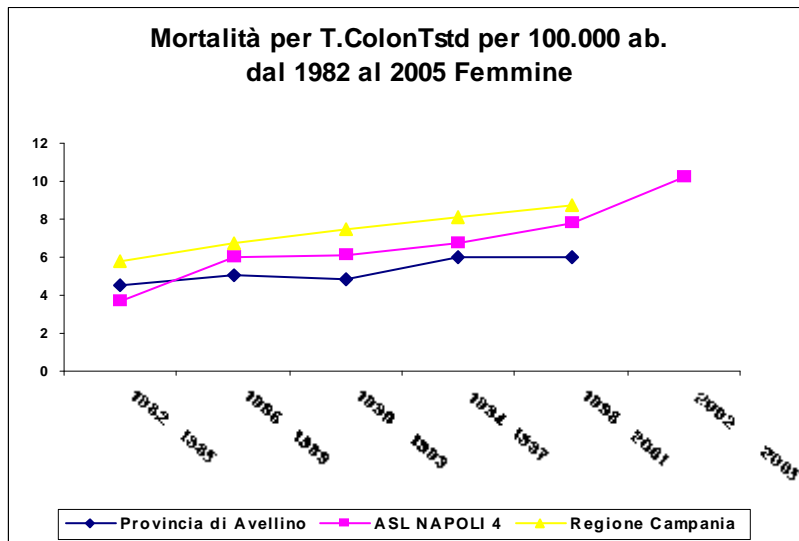


Figura 18

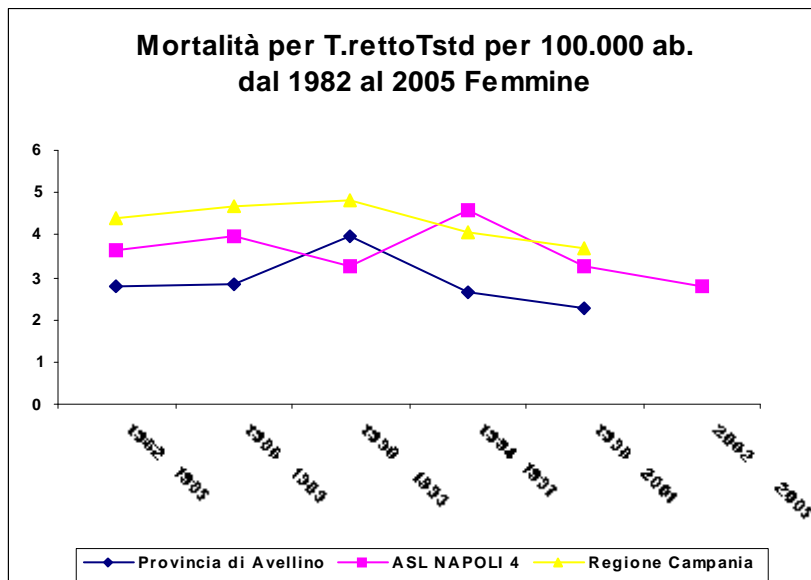


Figura 19

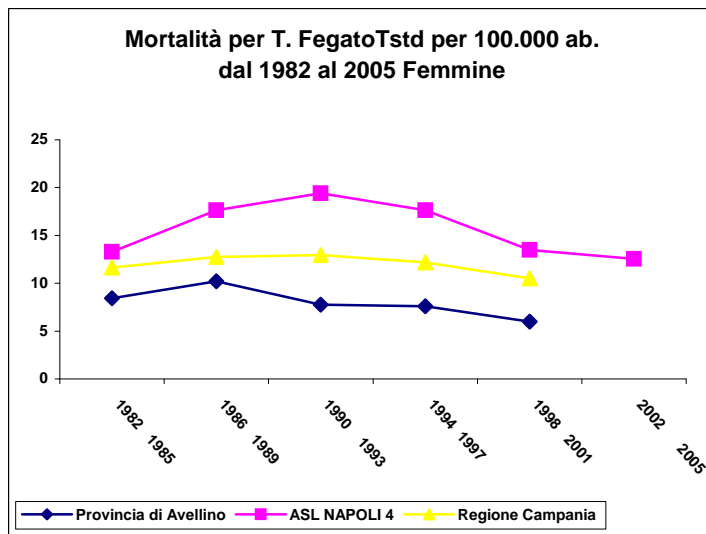


Figura 20

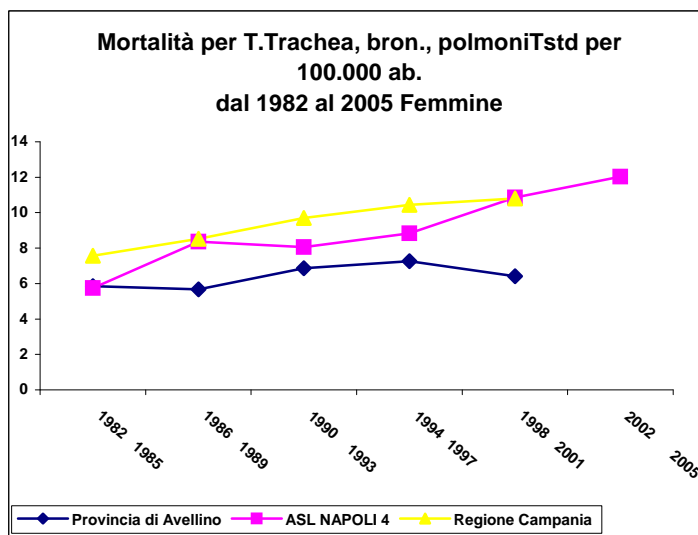
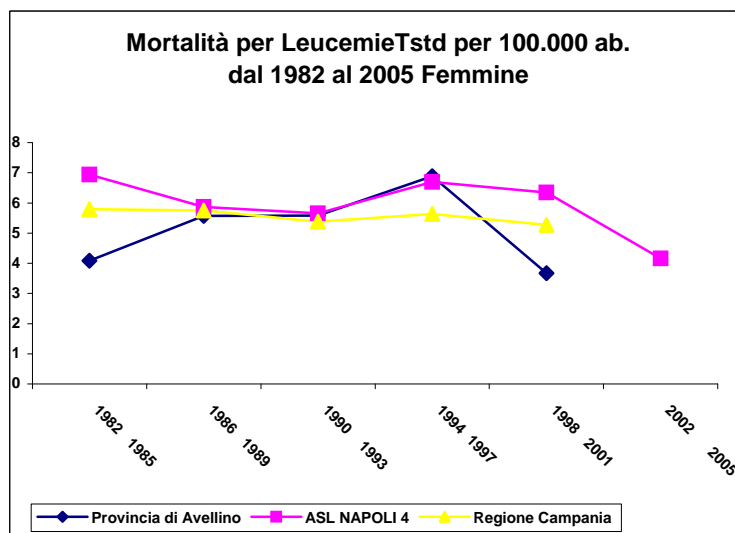
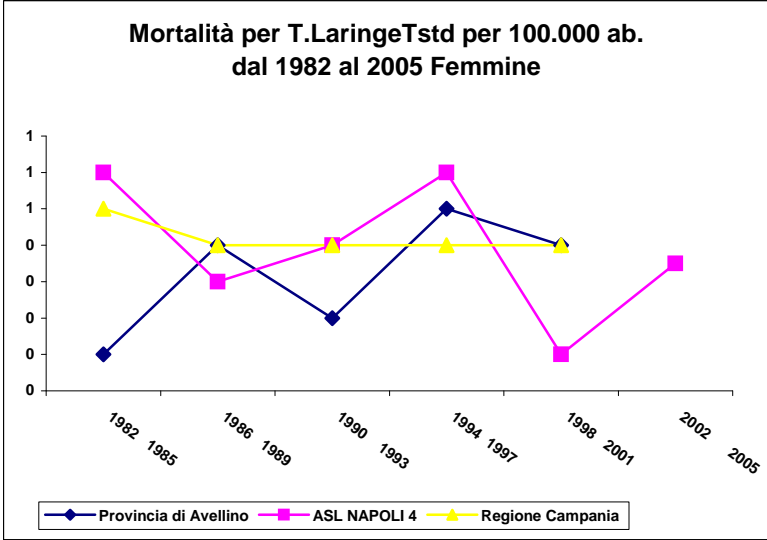


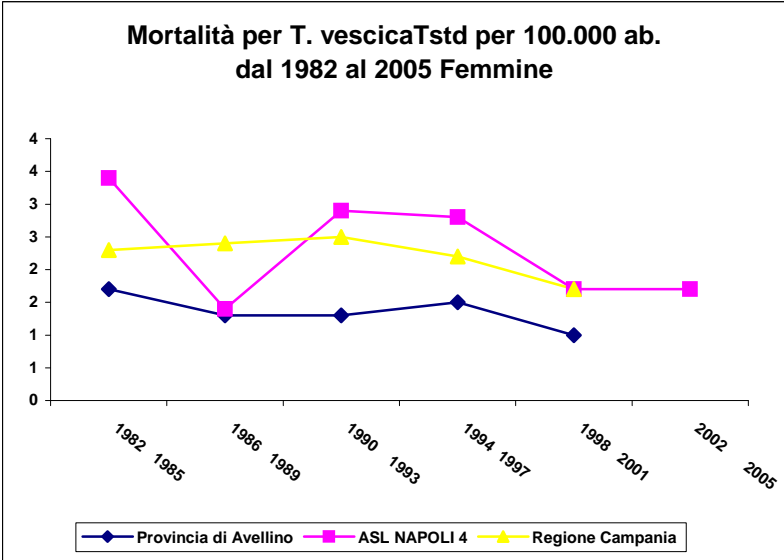
Figura 21



**Figura 22**



**Figura 23**



**Figura 24**

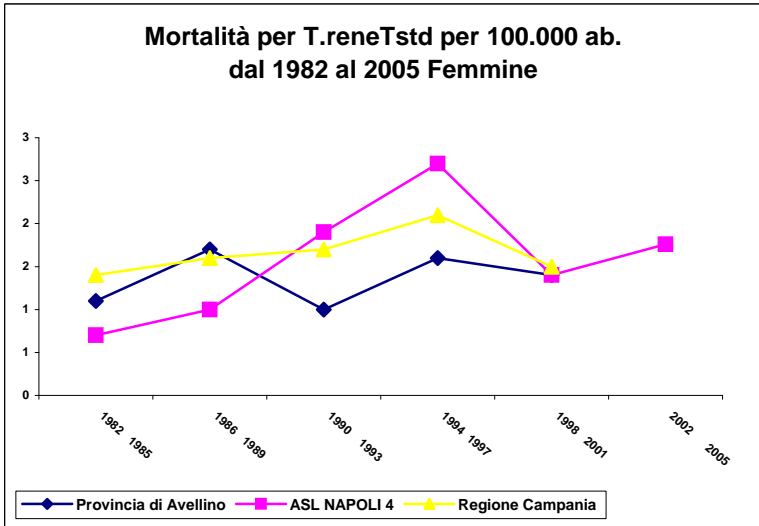


Figura 25

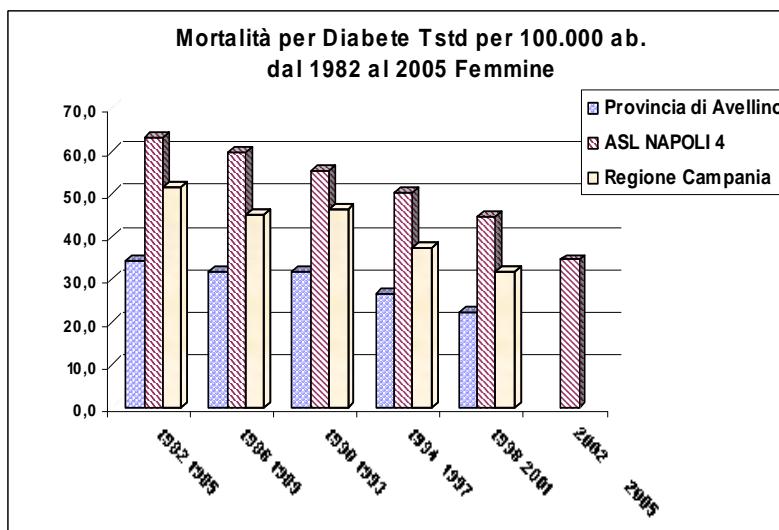


Figura 26

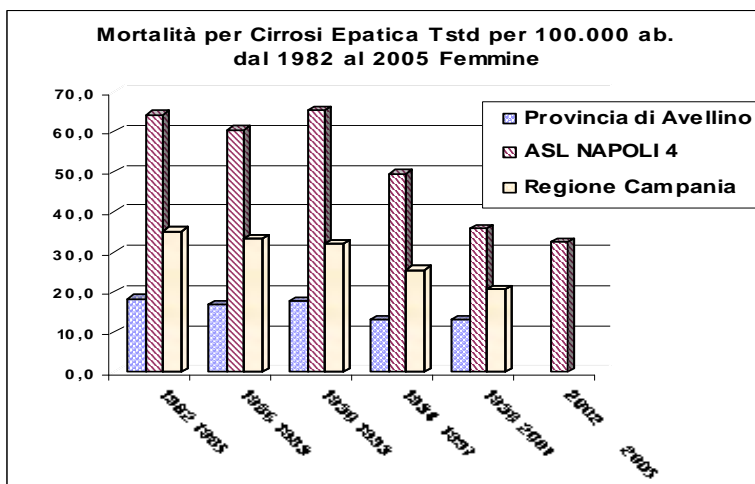


Figura 27

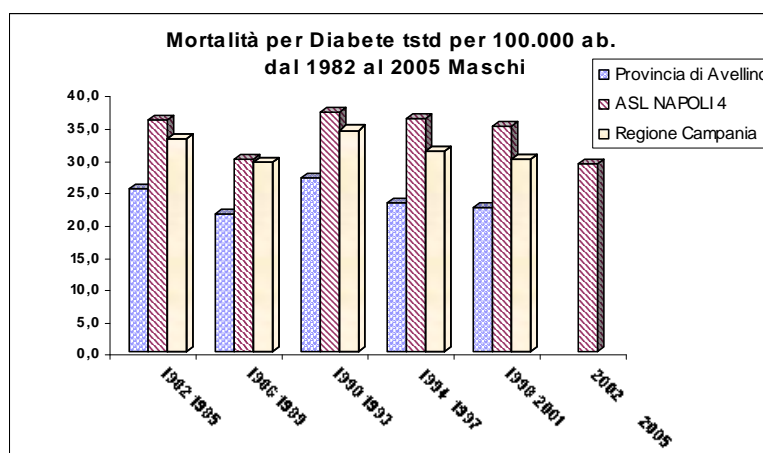


Figura 28

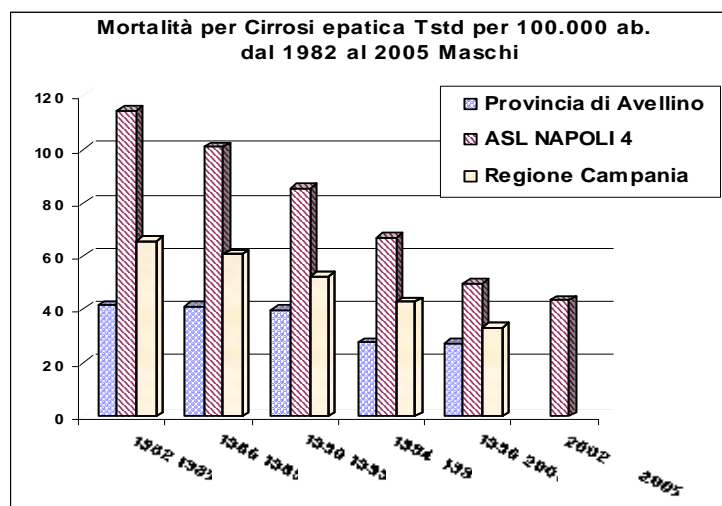


Figura 29

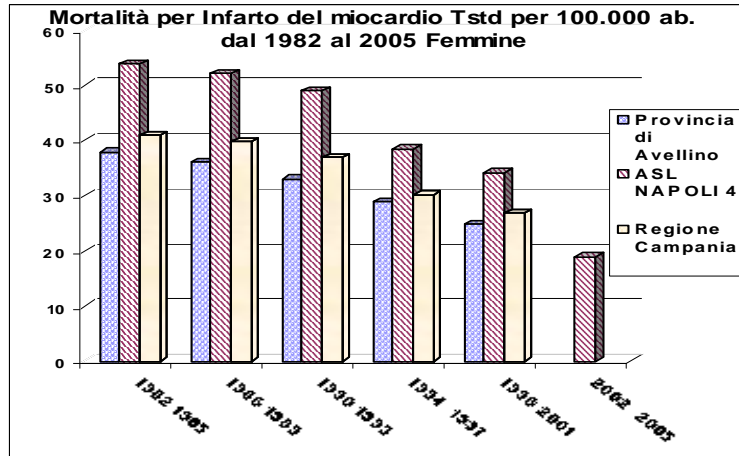


Figura 30

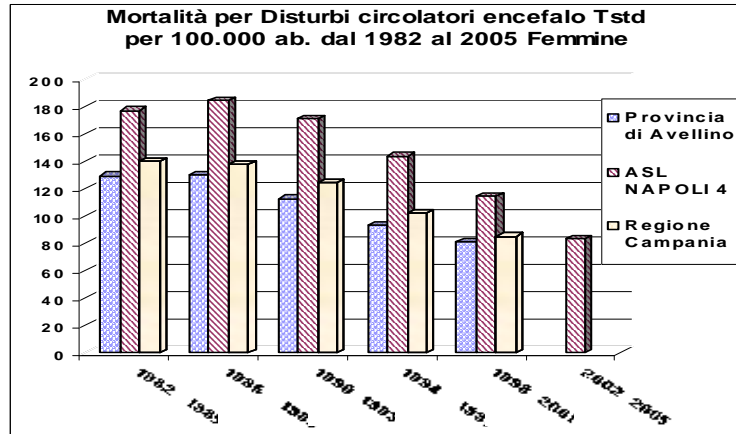


Figura 31

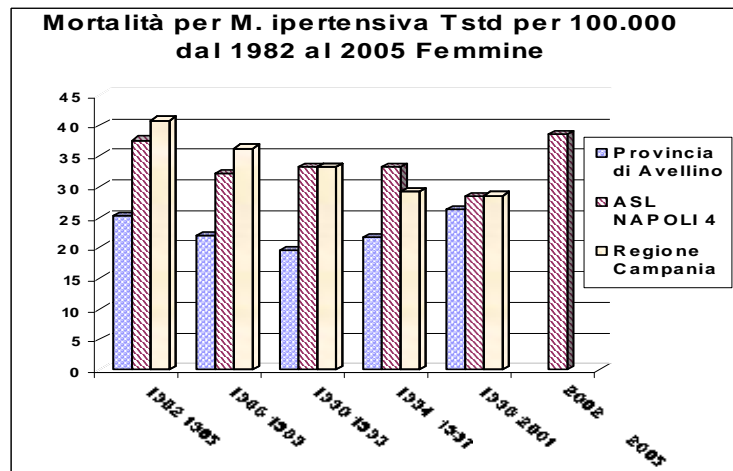
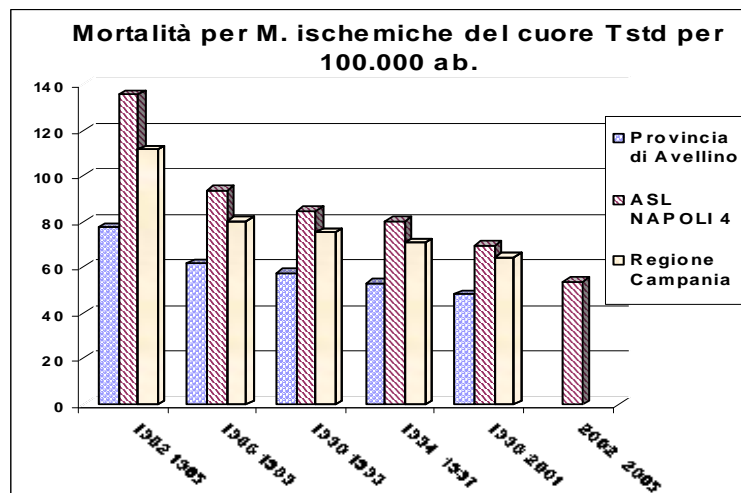
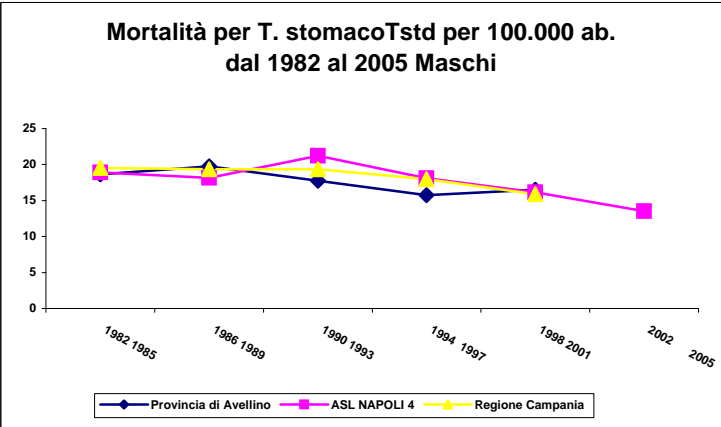


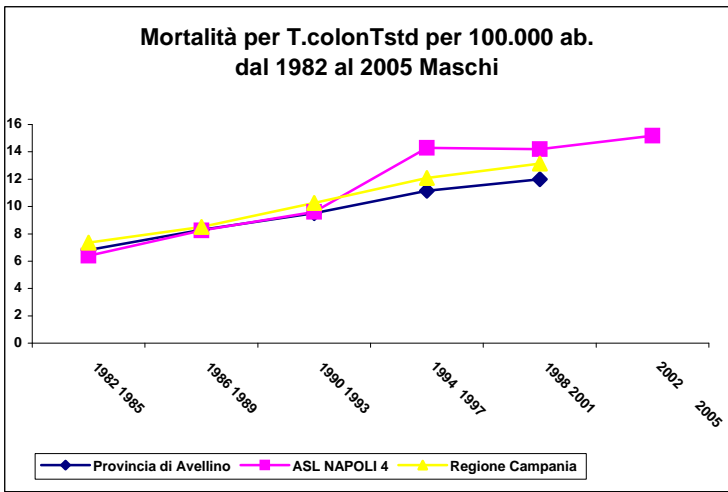
Figura 32



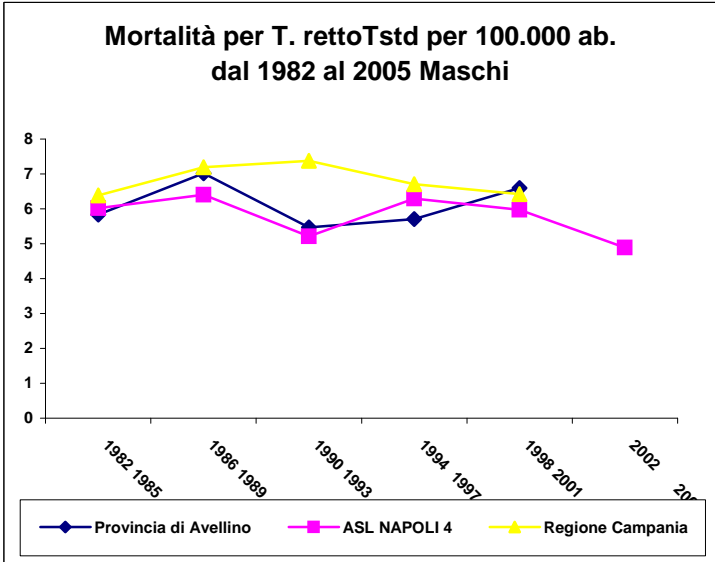
**Figura 33**



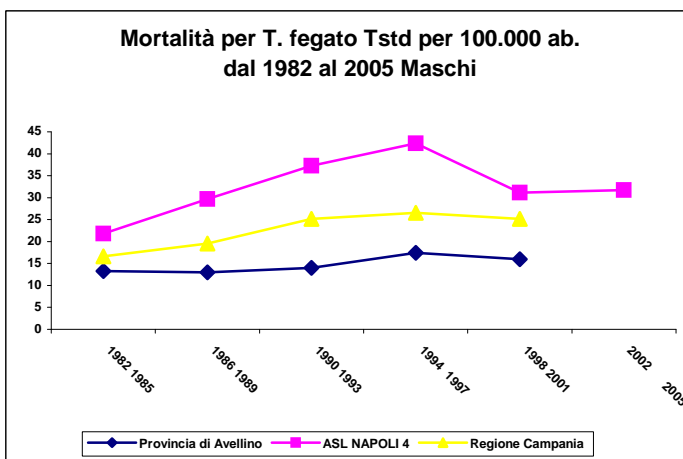
**Figura 34**



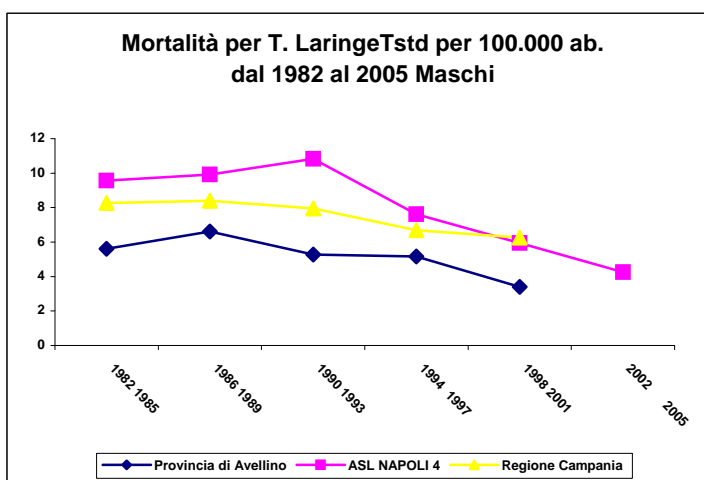
**Figura 35**



**Figura 36**



**Figura 37**



**Figura 38**

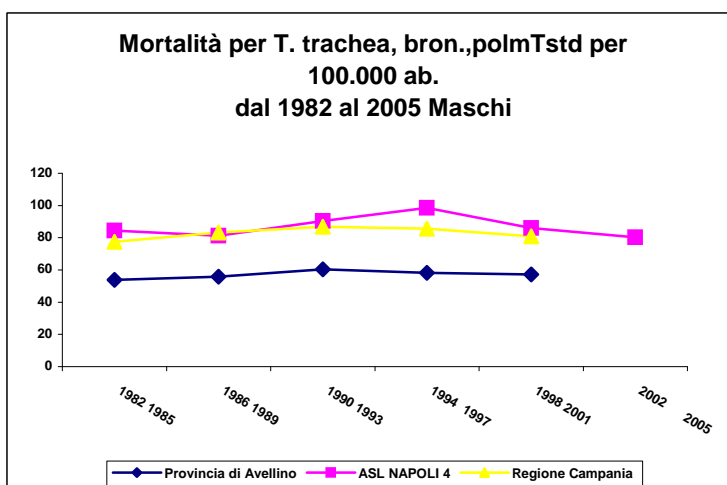


Figura 39

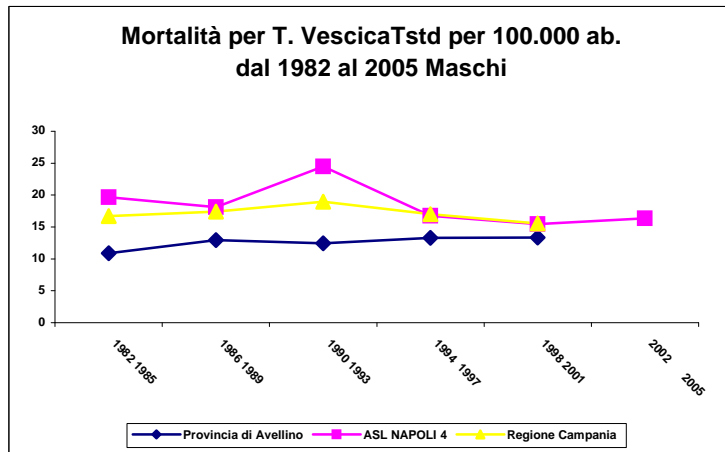


Figura 40

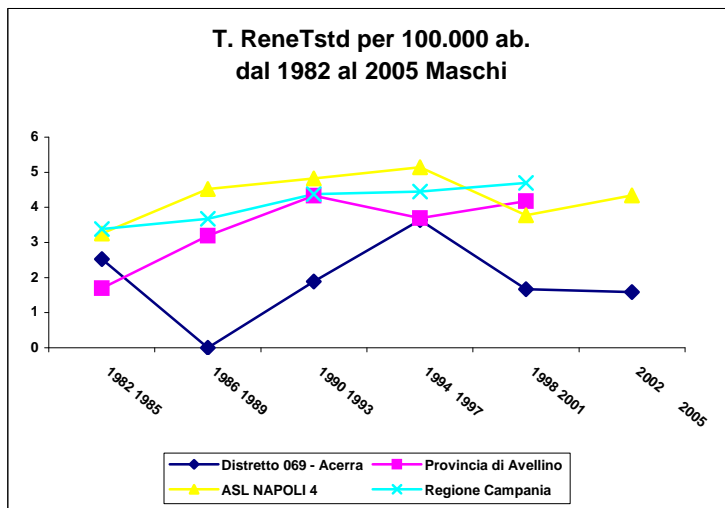
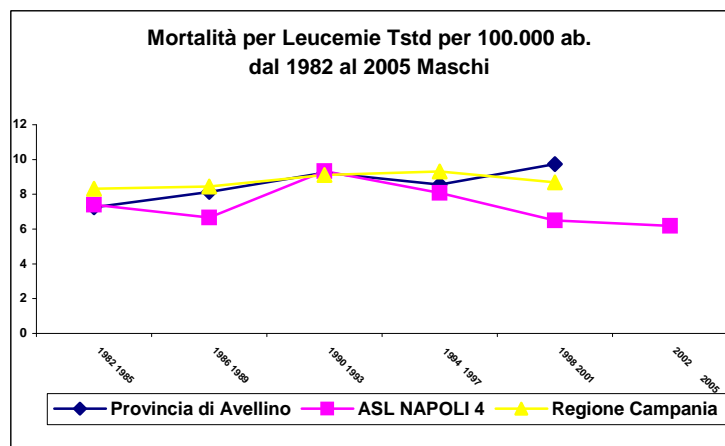
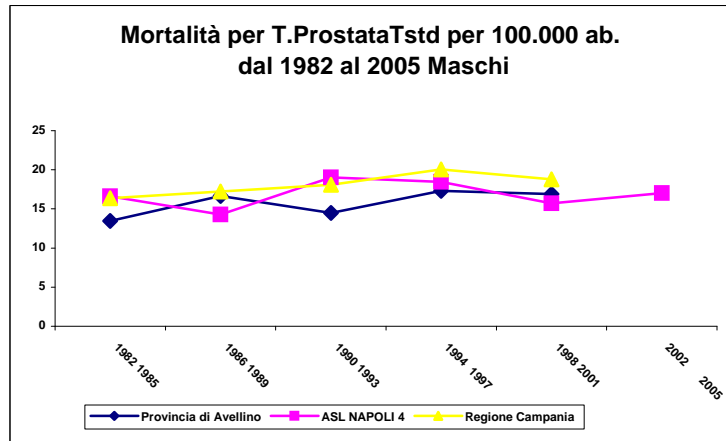


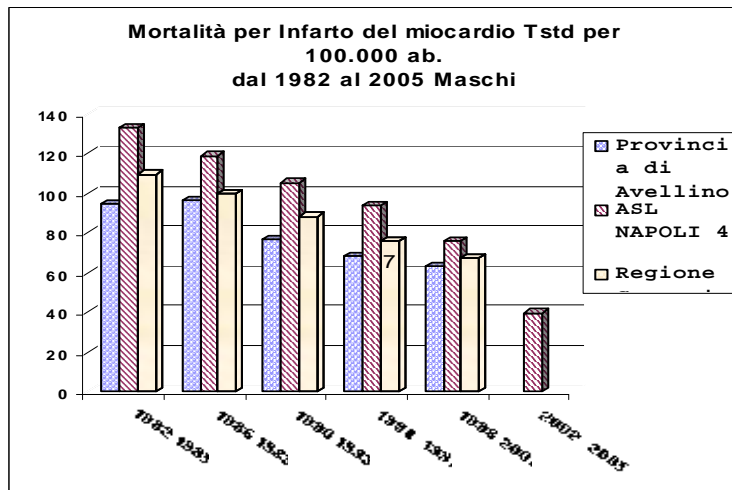
Figura 41



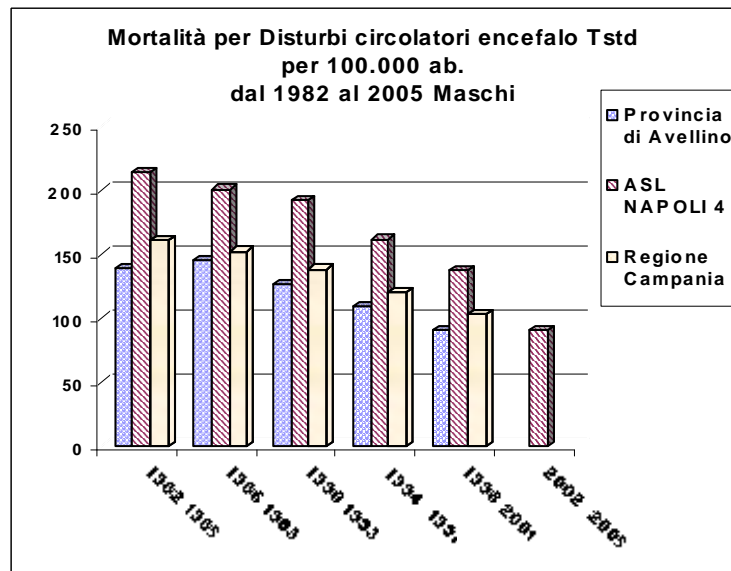
**Figura 42**



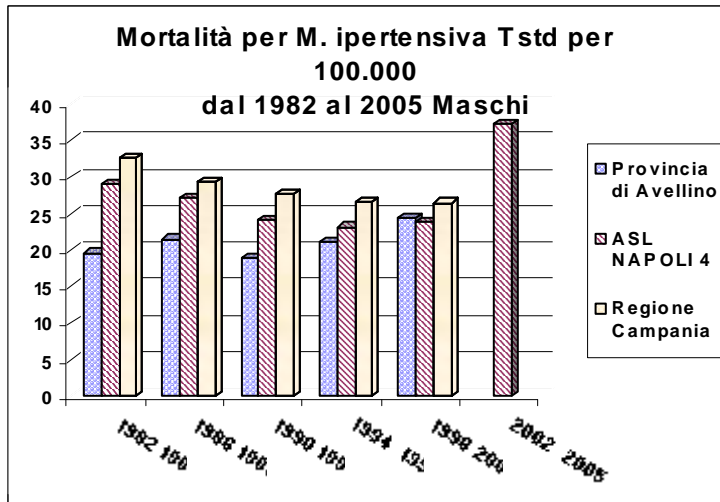
**Figura 43**



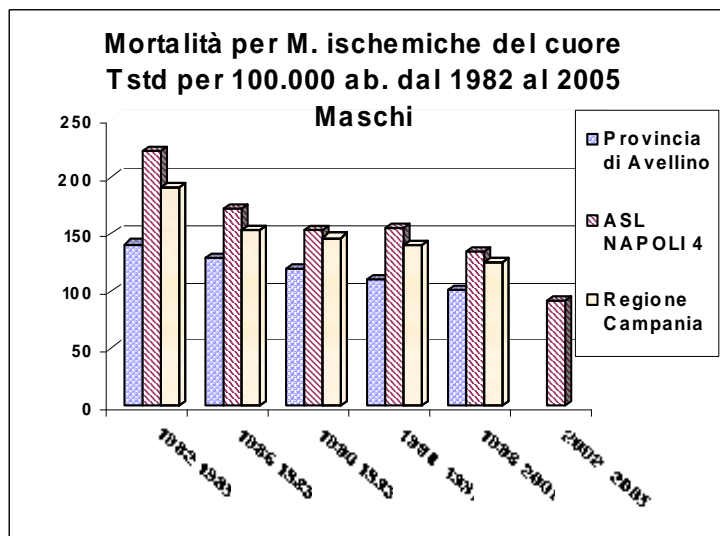
**Figura 44**



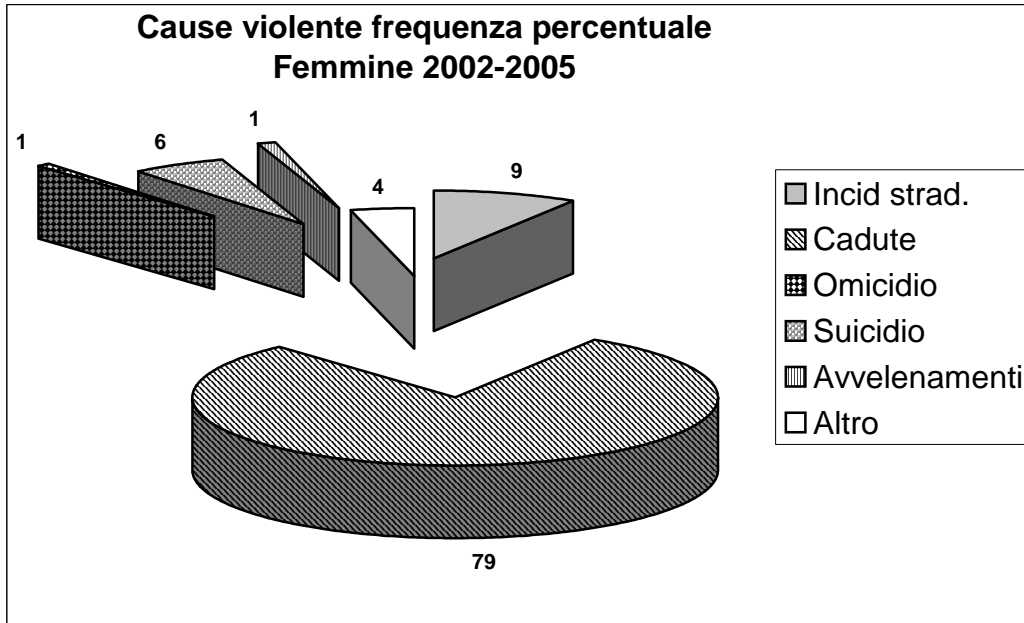
**Figura 45**



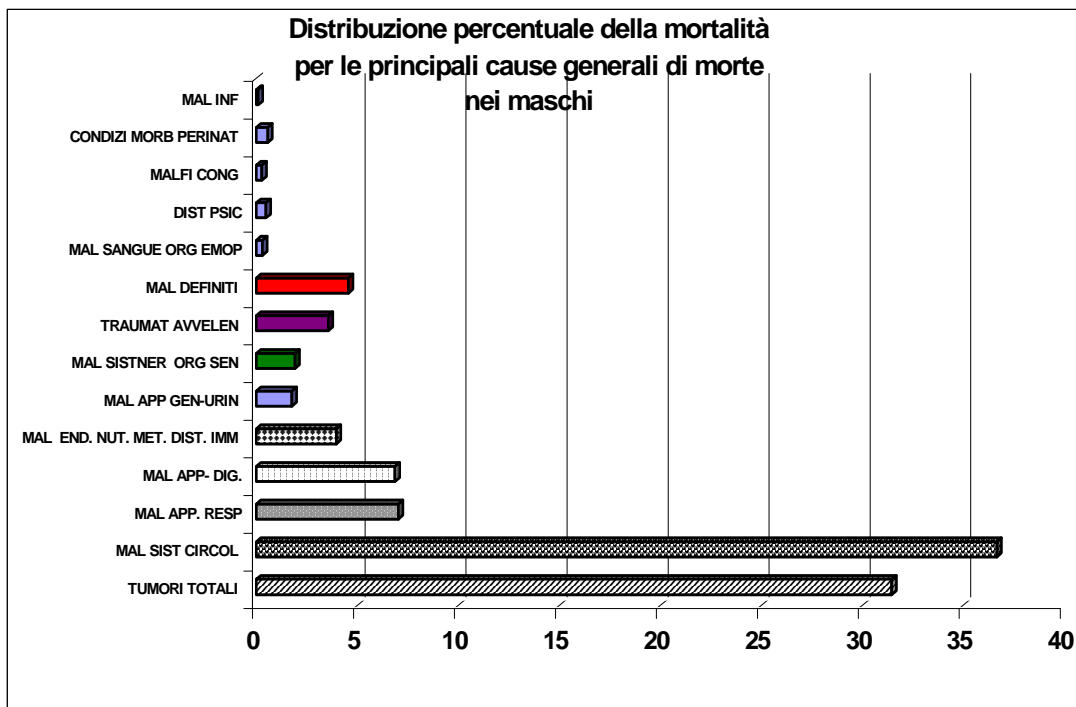
**Figura 46**



**Figura 47**

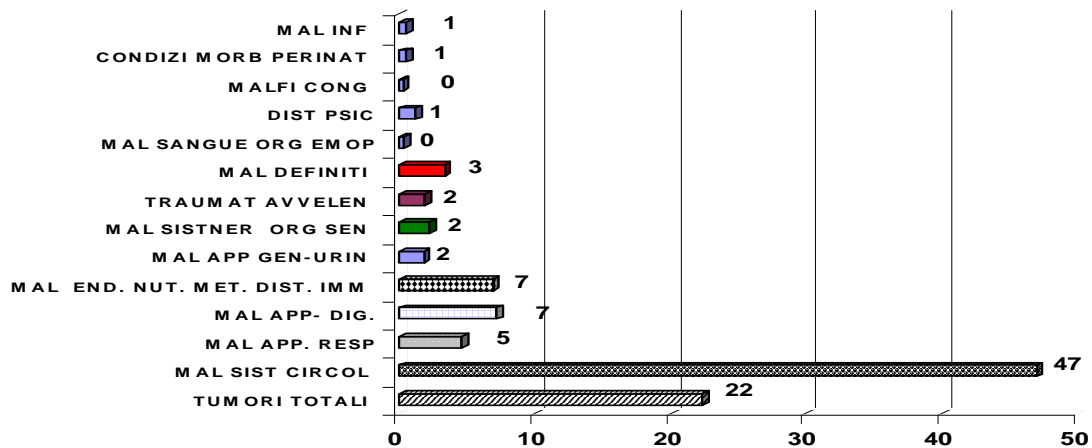


**Figura 48**



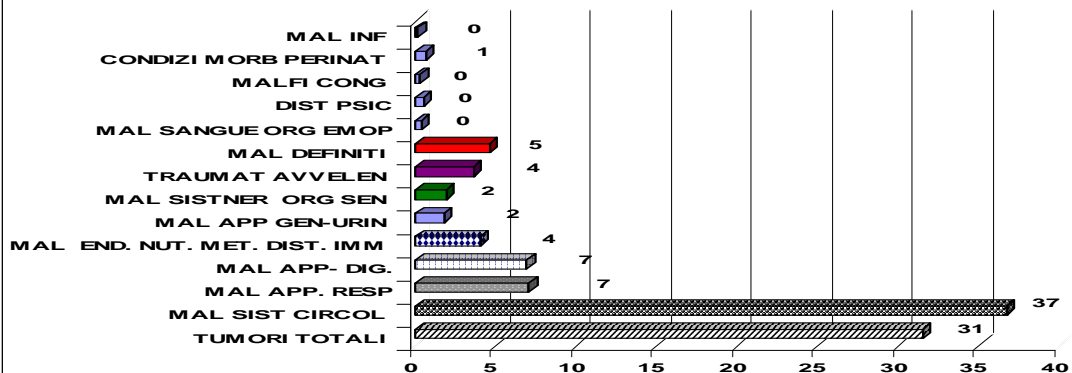
**Figura 49**

**Distribuzione percentuale della mortalità per le principali cause generali di morte nelle femmine**



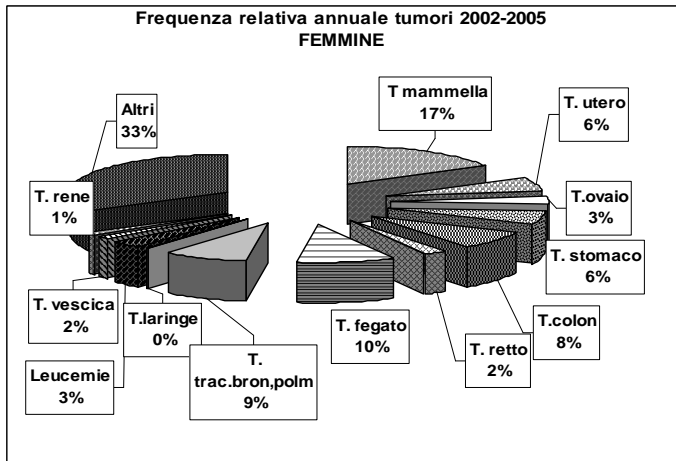
**Figura 50**

**Distribuzione percentuale della mortalità per le principali cause generali di morte nei maschi**



**Figura 51**

**Frequenza relativa annuale tumori 2002-2005 FEMMINE**



**Figura 52**

**Frequenza relativa annuale tumori 2002-2005 MASCHI**

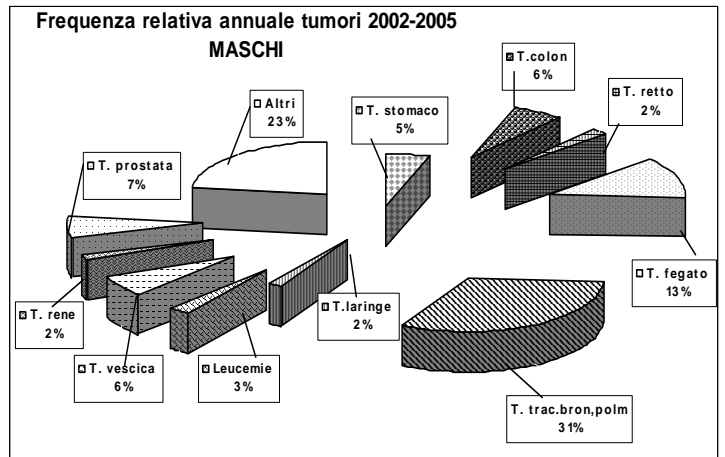


Figura 53

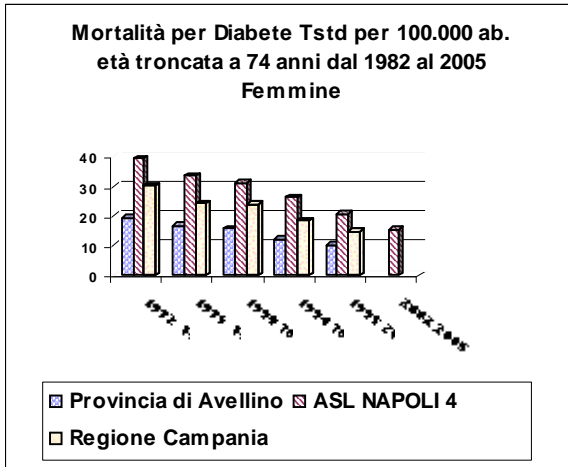


Figura 54

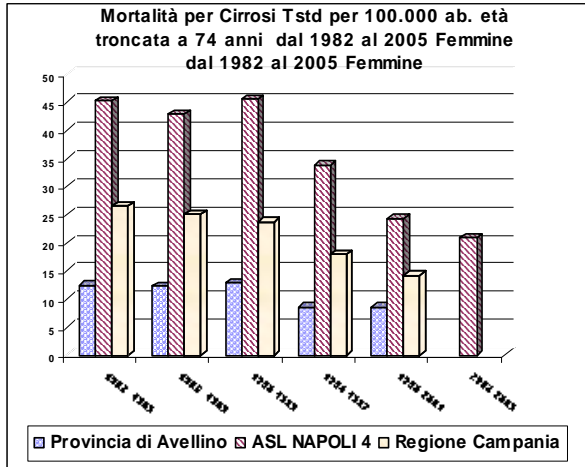


Figura 55

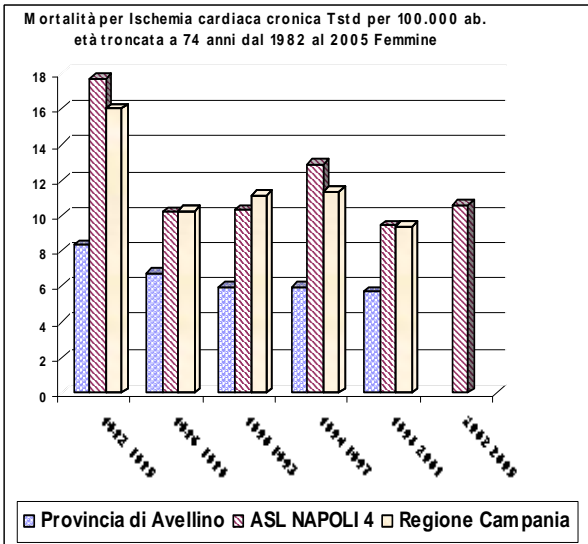


Figura 56

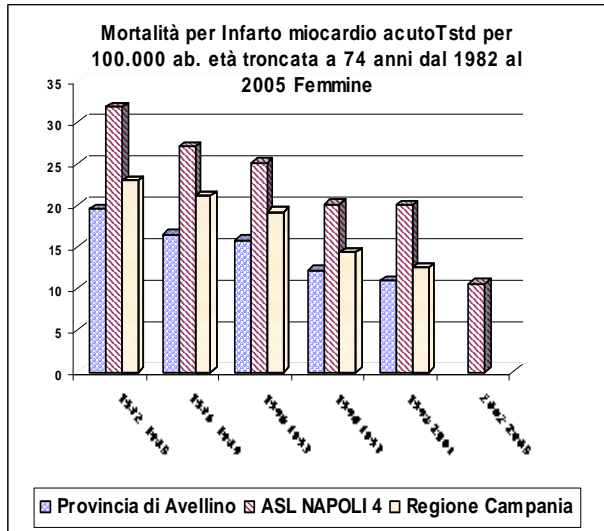


Figura 57

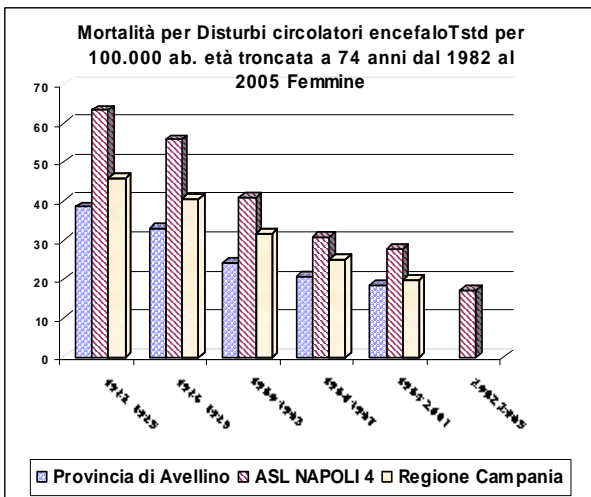


Figura 58

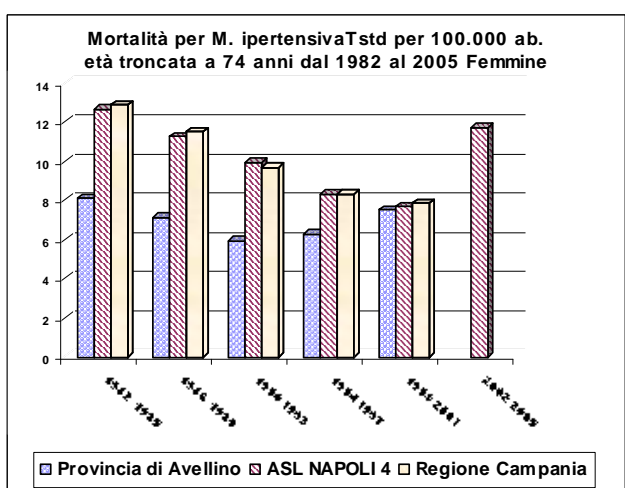


Figura 59

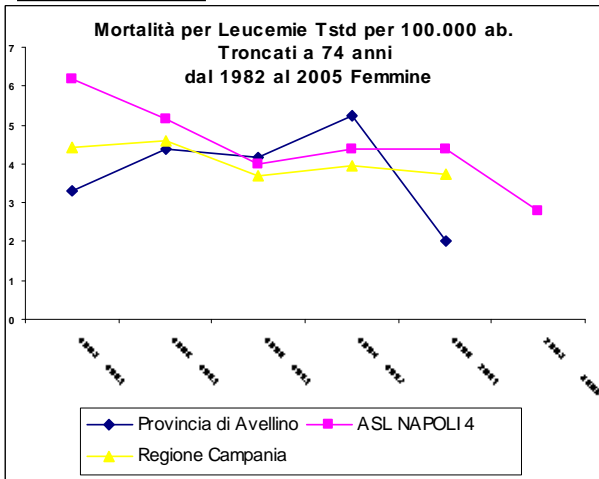


Figura 60

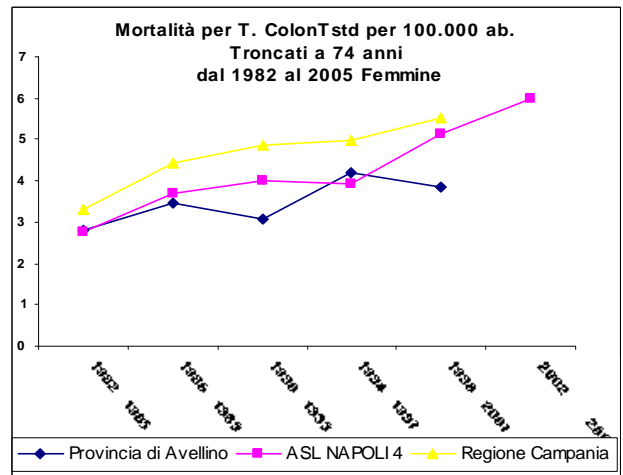


Figura 61

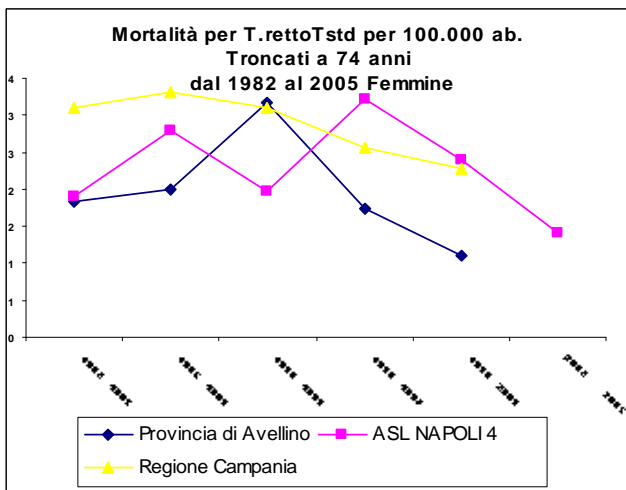


Figura 62

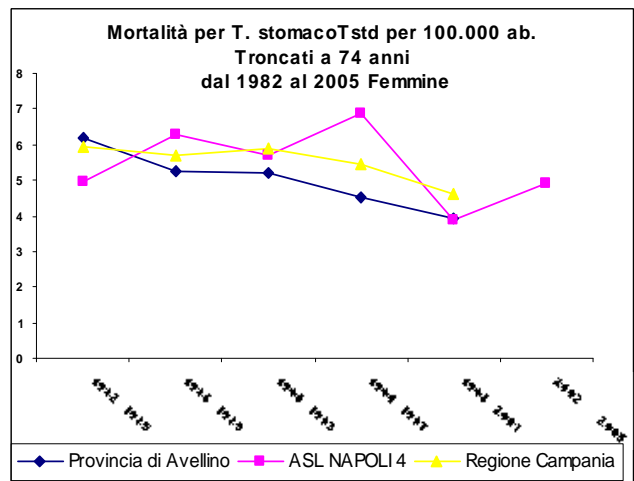


Figura 63

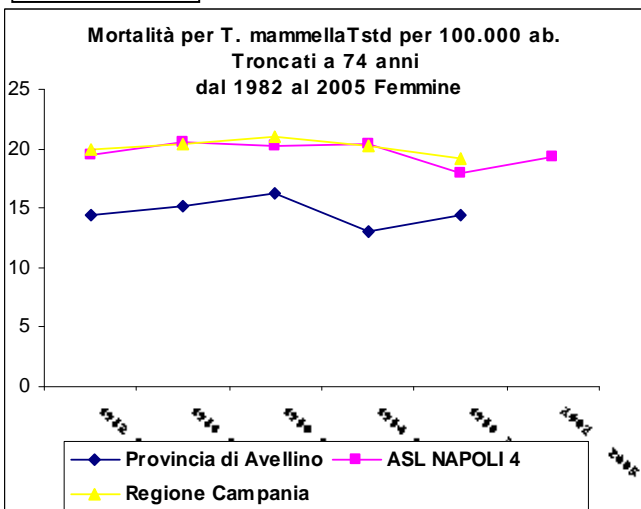


Figura 64

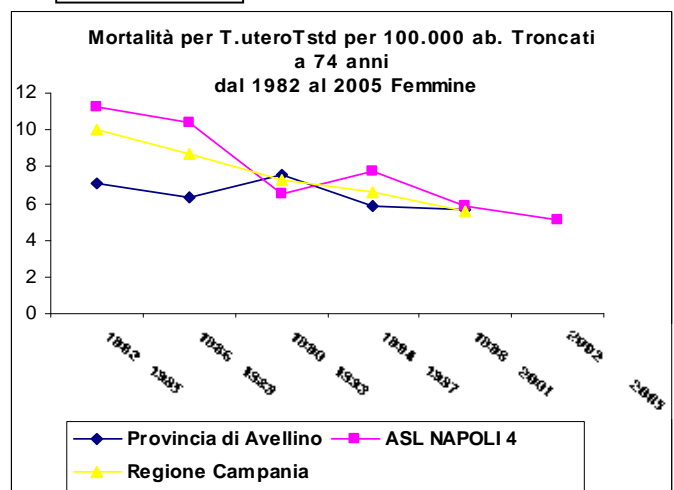


Figura 65

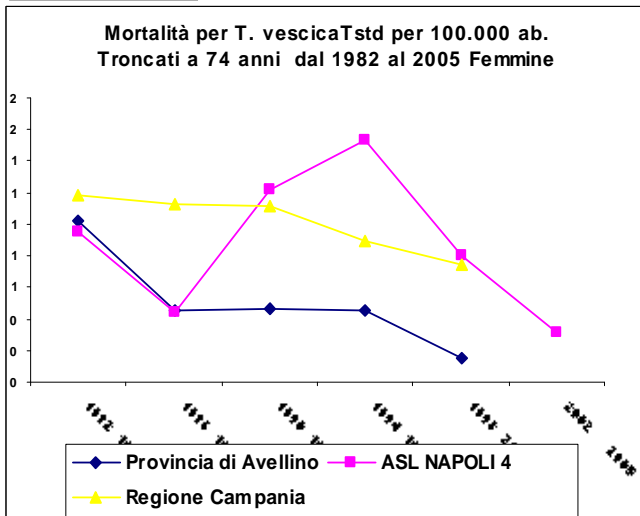


Figura 66

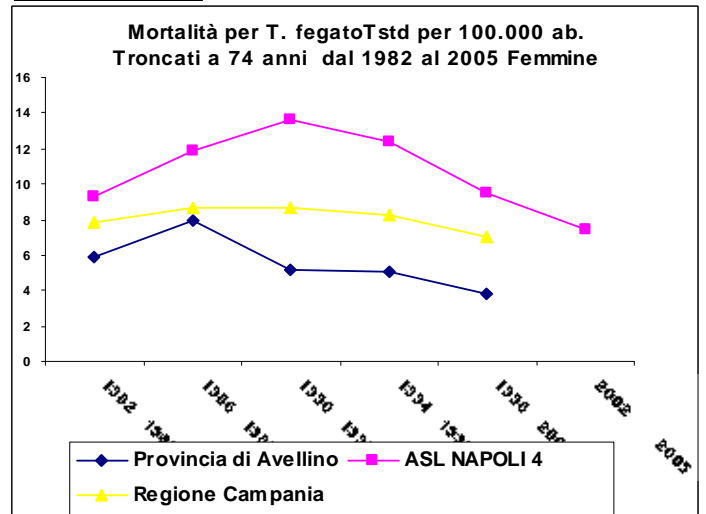


Figura 67

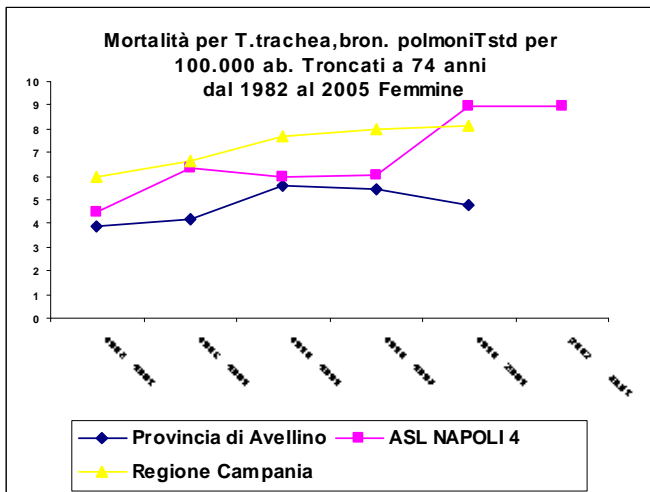


Figura 68

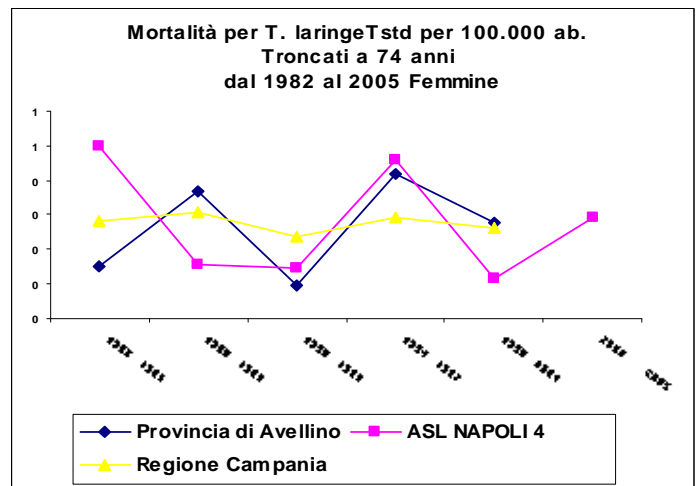


Figura 69

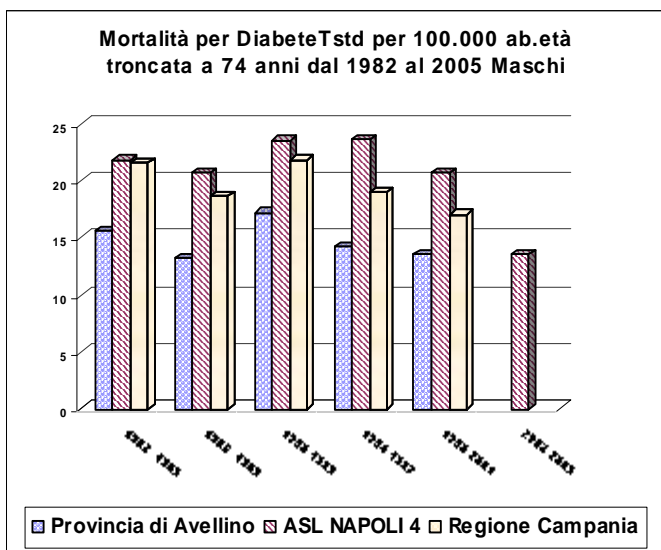


Figura 70

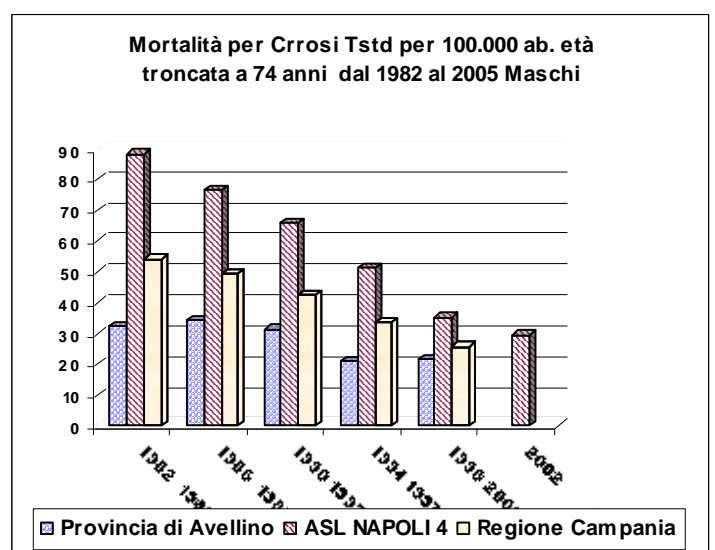


Figura 71

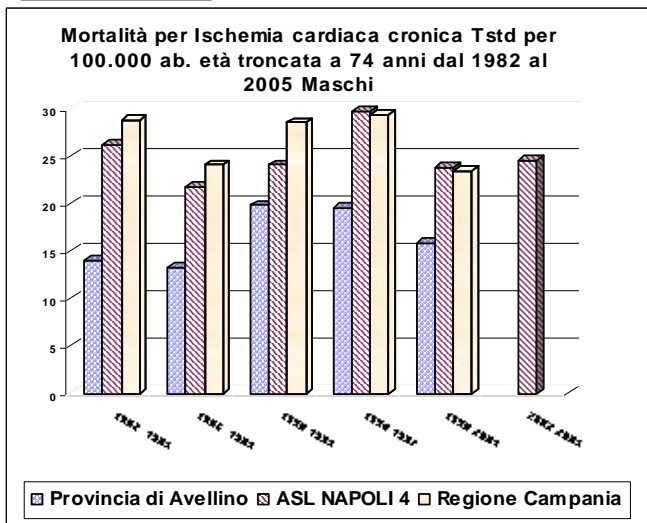


Figura 72

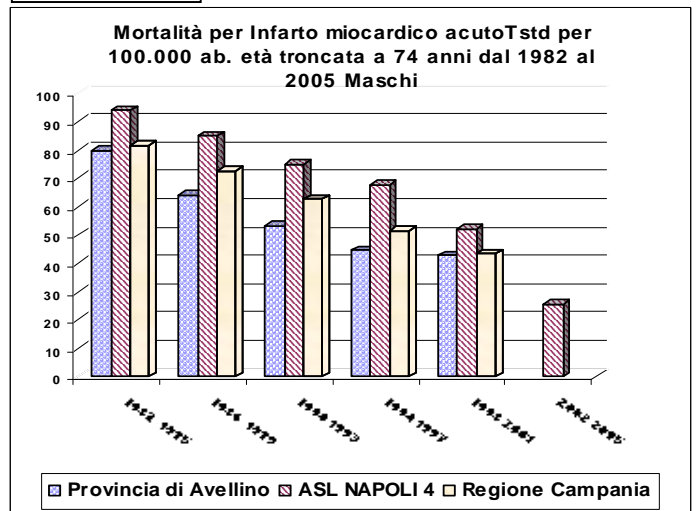


Figura 73

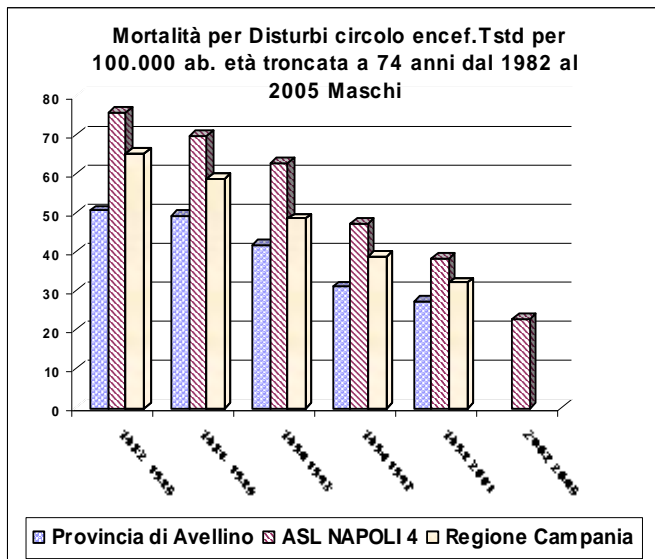


Figura 74

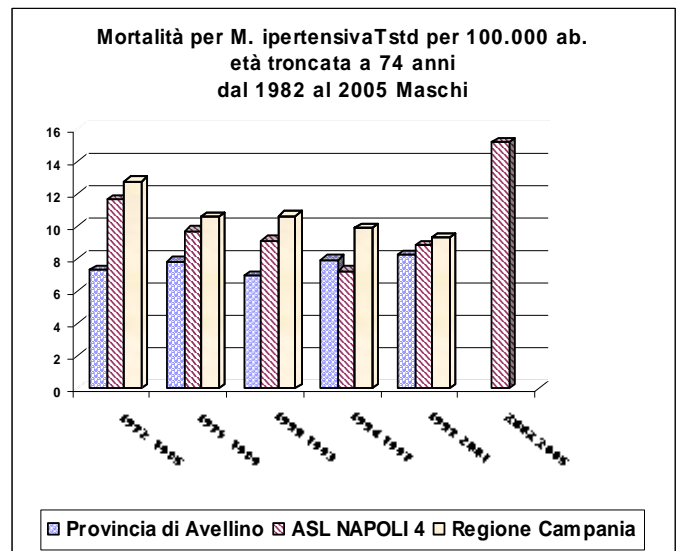


Figura 75

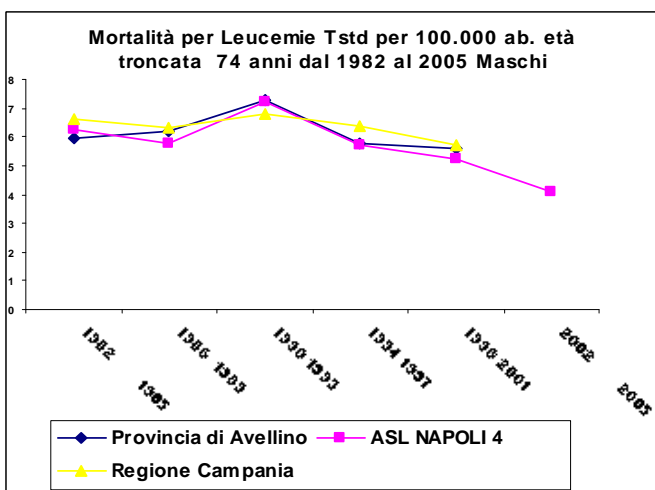


Figura 76

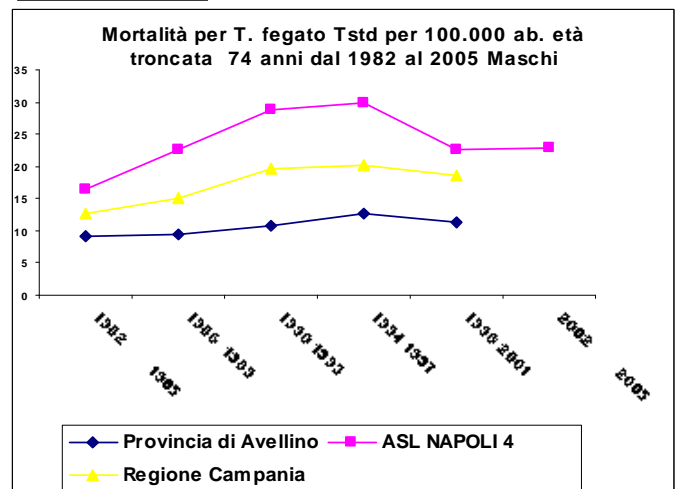


Figura 77

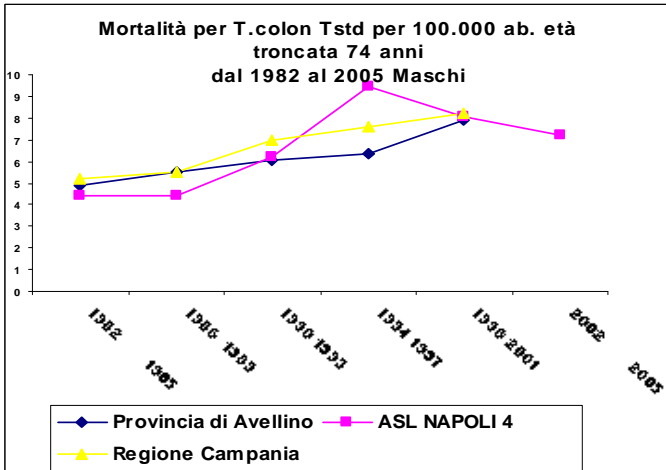


Figura 78

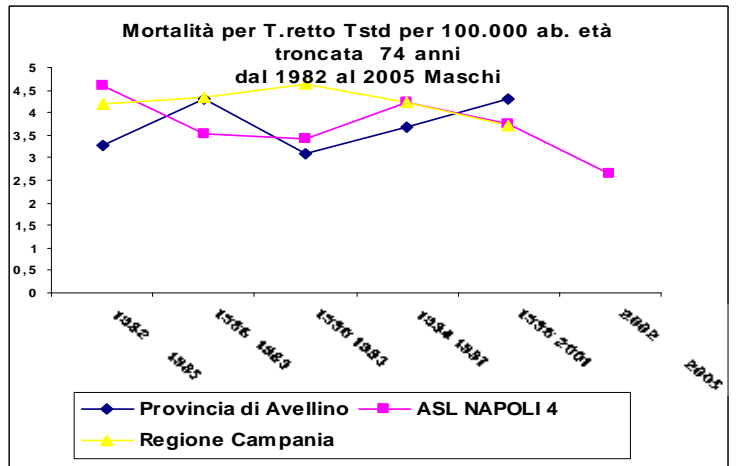


Figura 79

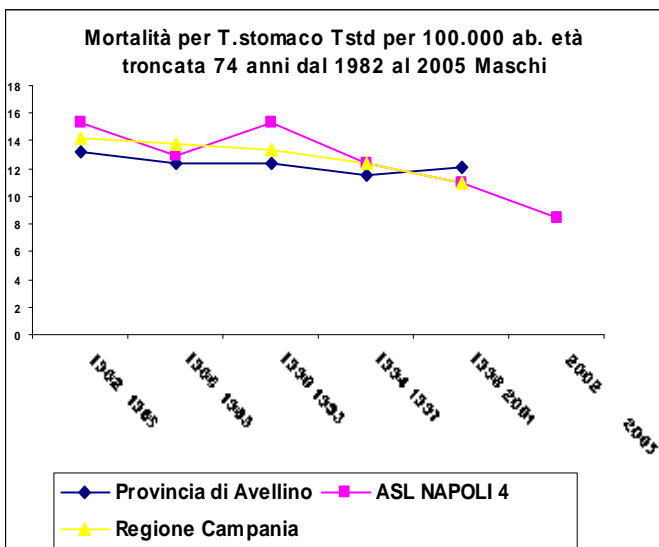


Figura 80

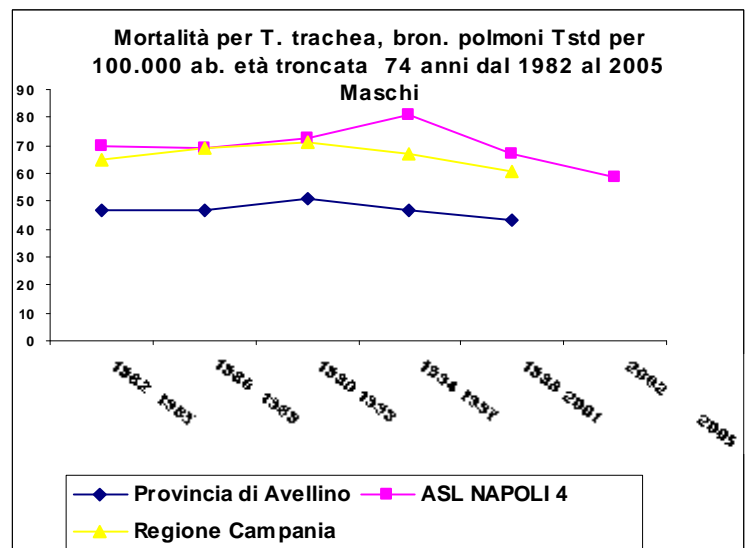


Figura 81

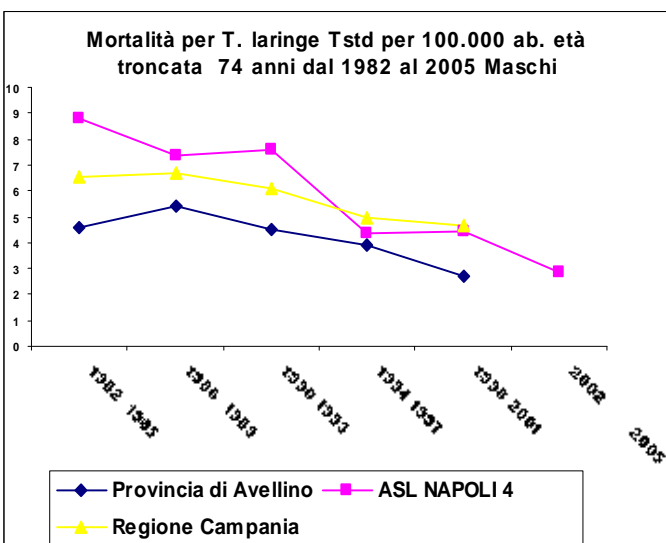


Figura 82

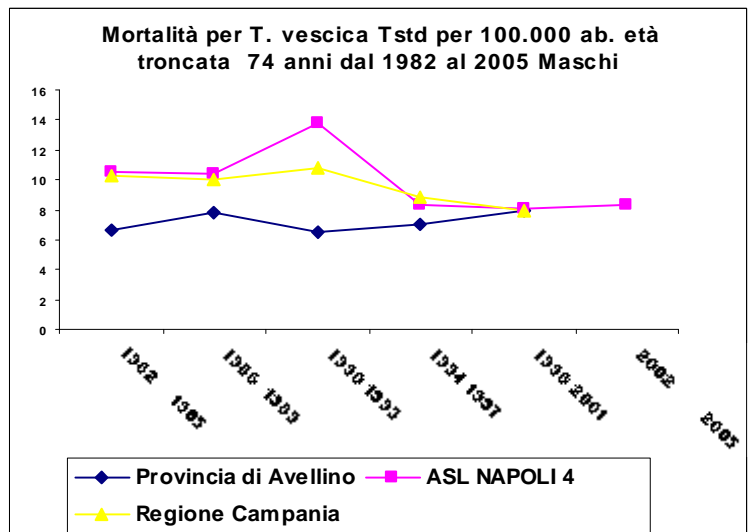


Figura 83

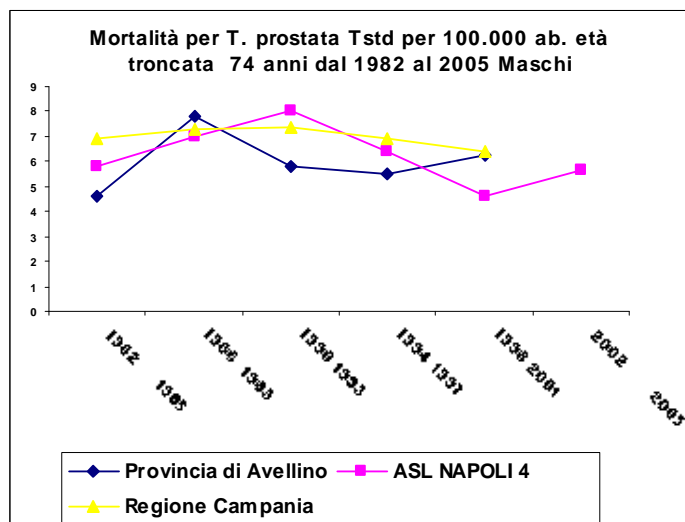


Figura 84

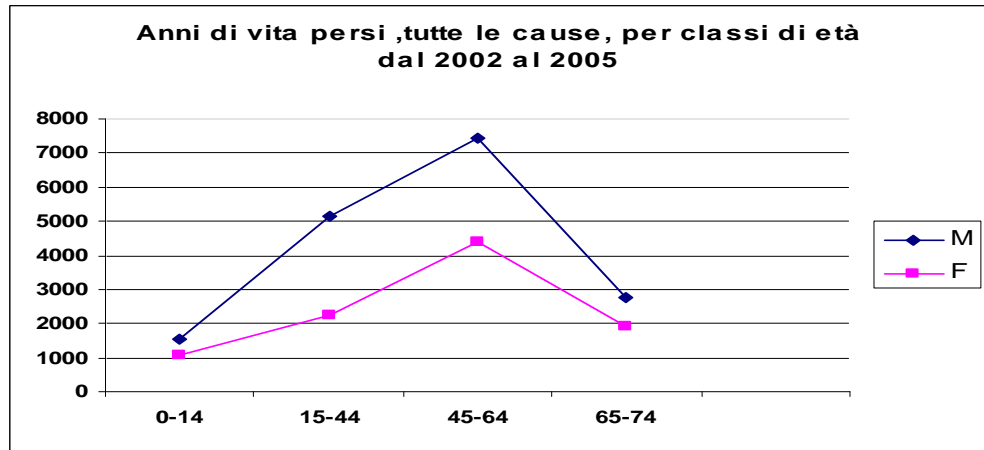


Figura 85

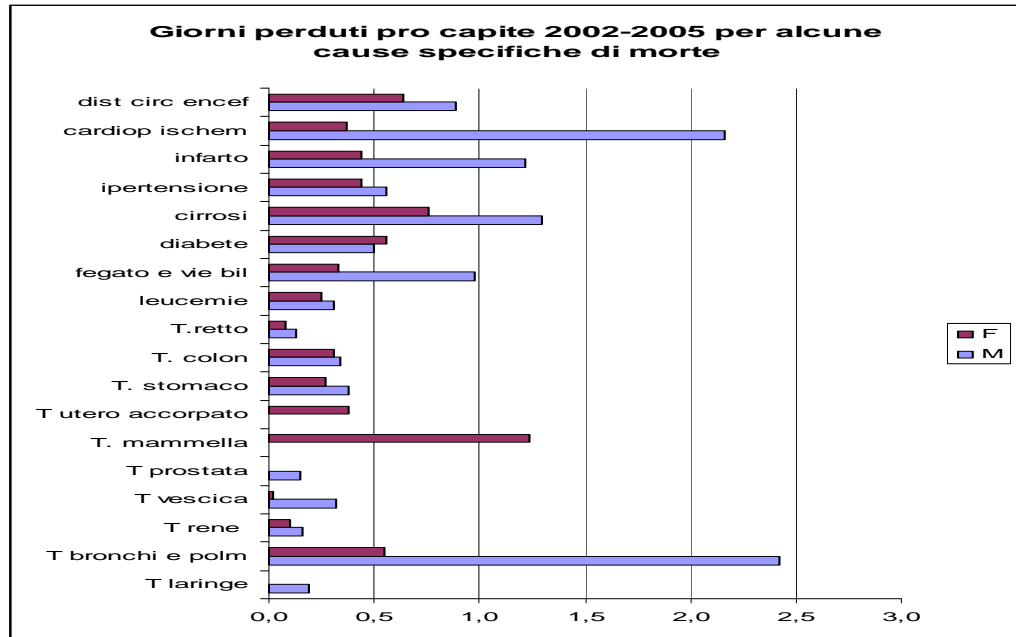
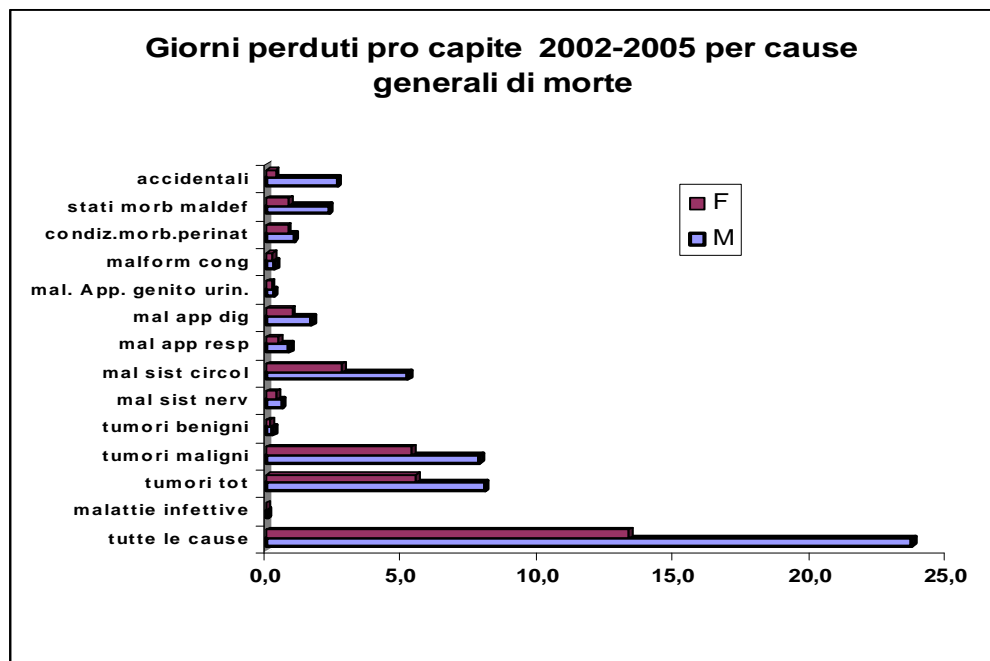


Figura 86



**Tabella 1**

<b>La classifica 2007 per USL e i giorni perduti (g.p.) std per cause evitabili pro-capite</b>		
<b>Maschi</b>	Posizione	G.P.
USL Avellino 2	33	20,5
USL Napoli 5	67	21,6
USL Salerno 3	78	22,0
USL Benevento 1	83	22,1
USL Avellino 1	85	22,2
USL Napoli 2	108	23,2
USL Salerno 2	114	23,4
USL Salerno 1	135	24,3
USL Caserta 1	155	25,4
USL Napoli 4	156	25,4
USL Napoli 1	161	26,0
USL Napoli 3	163	26,0
USL Caserta 2	165	26,4
<b>Femmine</b>		
USL Avellino 1	7	9,4
USL Salerno 3	41	10,4
USL Avellino 2	62	11,0
USL Benevento 1	66	11,1
USL Napoli 2	152	13,1
USL Napoli 5	155	13,1
USL Salerno 2	158	13,3
USL Caserta 2	162	13,4
USL Caserta 1	168	13,6
USL Salerno 1	174	13,9
USL Napoli 4	182	14,4
USL Napoli 3	184	14,5
USL Napoli 1	188	15,5

Tabella 2

<b>Classifica 2007(ERA) per ASL su 188 ASL esaminate, giorni perduti std per cause evitabili pro capite, MASCHI</b>						
Posizione Classifica	ASL	Totale cause	Tumori	Sistema Circol	Traum. Avvel.	Altre cause
33	AV 2	20,48	7,26	7,44	2,4	3,38
67	NA 5	21,61	8,25	7,23	3,23	2,9
78	SA 3	22,02	6,6	7,58	4,2	3,63
83	BN 1	22,13	7,45	7,39	4,17	3,12
85	AV 1	22,16	6,7	6,93	4,04	4,5
108	NA 2	23,18	9,48	8,12	2,87	2,72
114	SA 2	23,41	7,06	7,57	4,16	4,61
135	SA1	24,27	8,06	8,03	3,46	4,72
155	CE 1	25,38	8,51	9,1	4,4	3,38
156	NA 4	<b>25,42</b>	<b>9,01</b>	<b>8,75</b>	<b>4,2</b>	<b>3,45</b>
161	NA 1	25,98	10	8,61	3,45	3,92
163	NA 3	26,02	10,95	8,34	3,08	3,65
165	CE 2	26,41	9,62	8,85	4,16	3,77

Tabella 3

<b>Classifica 2007(ERA) per ASL su 188 ASL esaminate, giorni perduti std per cause evitabili pro capite, FEMMINE</b>						
Posizione Classifica	ASL	Totale cause	Tumori	Sistema Circol	Traum. Avvel.	Altre cause
7	AV 1	9,37	3,61	2,84	1,47	1,45
41	SA 3	10,43	3,99	3,24	1,1	2,11
62	AV 2	11	4,22	3,54	0,74	2,49
66	BN 1	11,06	4,09	3,48	1,35	2,13
152	NA 2	13,06	3,62	4,14	0,67	2,61
155	NA 5	13,09	5,48	3,77	1,13	2,71
158	SA 2	13,29	4,66	3,47	1,38	3,78
162	CE 2	13,41	4,81	4,73	1,04	2,84
168	CE 1	13,65	5,45	4,2	1,42	2,58
174	SA 1	13,91	6,36	4	1,06	2,49
182	NA 4	<b>14,39</b>	<b>5,91</b>	<b>5,28</b>	<b>1,04</b>	<b>2,17</b>
184	NA 3	14,55	6,14	4,94	0,43	3,04
188	NA 1	15,46	6,5	4,4	1,19	3,37

**Tabella 4**

Mortalità evitabile per USL, genere e gruppi di cause										
Decessi 2000-2002 -Tassi std x100.000 residenti										
	Tutte le cause		Tumori maligni				Sist. Circolatorio		Traumatismi ed avvelenamenti	
			App. digerente e peritoneo		App. respiratorio e		Malattie ischemiche del cuore			
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
<b>Media nazionale</b>	229,1	103,7	30,5	13,3	50,1	9,4	48,5	13,8	37,3	10,6
<b>Media regionale</b>	254,1	120,8	31,6	14,5	59,4	9	62,5	21,2	24,3	7,3
USL Avellino 1	211,2	85,2 ◁	25,8	8,4 ◁	36,5	4,4	51,1	12,5	25,1 ◁	10,9
USL Avellino 2	222,6	98,0	24,5	10,0	50,4	5,8	56,2	16,0	19,1 ◁	5,9 ◁
USL Benevento 1	229,0	98,0	28,5	11,0	45,2	5,0	50,7	18,4	28,8	8,6
USL Caserta 1	269,8	123,6 ◀	33,8	17,5 ◀	56,1	5,9	64,1 ◀	21,3 ◀	29,9	10,3
USL Caserta 2	278,9	122,3 ◀	36,4	12,2	65,7 ◀	8,5	68,1 ◀	23,2 ◀	28,1	7,5
USL Napoli 1	273,0	138,9 ◀	34,6	17,6 ◀	68,4 ◀	14,4 ◀	67,9 ◀	24,3 ◀	22,0 ◁	7,5
USL Napoli 2	254,9	120,3	27,6	11,7	74,3 ◀	13,3	65,7 ◀	23,8 ◀	19,0 ◁	5,0 ◁
USL Napoli 3	281,2	136,8 ◀	43,9 ◀	21,6 ◀	74,2 ◀	10,4	65,9 ◀	27,5 ◀	20,1 ◁	3,5 ◁
USL Napoli 4	268,2	137,1 ◀	33,0	17,5 ◀	62,9	9,7	68,4 ◀	28,0 ◀	26,4	7,2
USL Napoli 5	234,2	115,6	31,9	13,4	56,2	8,4	56,9	19,9	19,9 ◁	7,4
USL Salerno 1	251,5	125,0 ◀	27,7	16,4	56,6	6,2	59,5 ◀	18,5	22,9 ◁	6,2 ◁
USL Salerno 2	230,7	109,6	23,5	11,5	48,2	6,8	57,6	13,8	27,9	9,2
USL Salerno 3	223,0	90,1	28,1	9,9	41,6	3,1 ◁	58,6	16,0	29,2	7,0

i simboli ◁ e ◀ segnalano rispettivamente i 10 vslori più bassi e i 10 valori più elevatitra le USL italiane

Fonte elaborazione ERA su dati ISTAT

**Tabella 5**

Mortalità evitabile per tipologia di intervento e contesto demografico, per USL e genere										
Decessi 2000-2002 -Tassi std x100.000 residenti										
	Mortalità per cause evitabili(*) con interventi di						Contesto demograficoal 30.06.2004			
	prevenzione primaria		diagnosi precoce e terapia		igiene e altra assist. Sanitaria		indice di vecchiaia (espresso in %)		Popolaz. > 74 anni (% su popolazione)	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
<b>Media nazionale</b>	152,6	37	17,6	34,9	58,9	31,9	110,2	165	6,7	11
<b>Media regionale</b>	161,6	39,8	14,4	33,7	78,1	47,3	67,6	100	4,9	8
USL Avellino 1	131,1	28,4	13,2	24,9 ◁	66,9	31,9	135	189,8	9,4	13,8
USL Avellino 2	140,0	28,4	13,2	26,7	69,5	42,9	85,9	126,3	5,9	9,5
USL Benevento 1	144,1	34,5	18,5	28,3	66,5	35,2	108,8	157,8	7,7	11,8
USL Caserta 1	168,0	39,9	15,0	36,6	86,7 ◀	47,1 ◀	70,7	102,4	5,1	8,1
USL Caserta 2	175,9	40,8	15,2	30,3	87,8 ◀	51,1 ◀	55,3 ◁	82,2 ◁	4,0 ◁	6,6 ◁
USL Napoli 1	175,1	49,3 ◀	16,1	38,0	81,8 ◀	51,6 ◀	73,4	120,7	5,3	9,1
USL Napoli 2	176,4	45,2	13,0	31,0	65,5	44,0	40,5	57,1	3,0 ◁	4,9 ◁
USL Napoli 3	175,3	44,0	12,8	36,0	93,0 ◀	56,8 ◀	38,6	56,5	2,7 ◁	4,7 ◁
USL Napoli 4	171,7	47,5 ◀	11,8	33,7	84,7 ◀	55,9 ◀	46,0	66,9	3,3 ◁	5,6 ◁
USL Napoli 5	146,9	37,3	13,2	32,7	74,1	45,6	66,8	96,7	4,8	7,7
USL Salerno 1	152,4	32,5	11,5	41,3	87,7 ◀	51,2 ◀	64,9	97,5	4,5	7,5
USL Salerno 2	146,1	31,8	12,4	30,6	72,1	47,1 ◀	87,3	128,3	5,9	9,1
USL Salerno 3	142,7	28,6	16,0	28,7	64,3	32,8	123,8	165,6	8,3	11,8

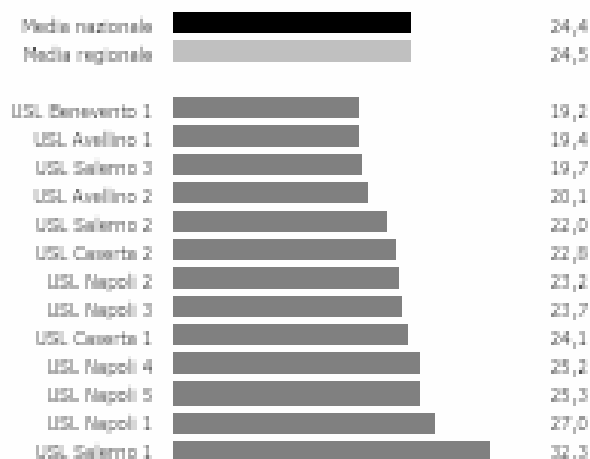
i simboli ◁ e ◀ segnalano rispettivamente i 10 vslori più bassi e i 10 valori più elevatitra le USL italiane

Fonte elaborazione ERA su dati ISTAT

**Tabella 6**

**Mortalità evitabile per Usl:  
tumori femminili (mammella e organi genitali)**

Decessi 2000-2002 - Tassi std x 100.000 residenti



Fonte: elaborazioni ERA su dati Istat