

Mortalità evitabile nell'AS7 - Quinquennio 1997 / 2001

Autori: Antonella Suter Sardo, Adriana Mazzei, Nicola Sirianni.

Introduzione

L'analisi della mortalità normalmente viene condotta secondo la classificazione delle patologie che hanno causato il decesso, raggruppate in gruppi nosologici che seguono criteri legati all'eziologia, alla lesione anatomico-patologica o alla localizzazione. Questi criteri, pur fornendo una valutazione quantitativa della situazione, non sono sempre soddisfacenti: dal punto di vista della prevenzione, per esempio, appare sicuramente più utile raggruppare le patologie che riconoscono lo stesso tipo di fattore di rischio oppure quelle evitabili con interventi sanitari mirati.

Nel 1976 Rutstein ha introdotto il concetto di "evento sentinella" per indicare alcune cause di morte che costituiscono un segnale d'allarme sulla qualità dei servizi sanitari. Il buon funzionamento degli stessi e l'ideale applicazione delle metodologie d'intervento in campo preventivo, diagnostico terapeutico e riabilitativo portano alla contrazione di tali eventi.

Dal concetto degli "eventi sentinella" è derivato quello di "mortalità evitabile" (Charlton 1983), basata sull'utilizzo di dati aggregati per il confronto tra aree geografiche o periodi temporali diversi. Il numero delle cause di morte evitabili, considerate nel primo Atlante Europeo sulla Mortalità Evitabile, è stato ampliato da Simonato e suddiviso in 3 gruppi dal ministero della Sanità che le ha valutate nella Relazione sullo stato sanitario del paese.

Il primo gruppo, denominato "Prevenzione primaria", comprende sette cause di morte riducibili attraverso l'adozione di normative, comportamenti e stili di vita definibili di Prevenzione primaria. Fanno parte di questo gruppo le patologie più strettamente correlabili al fumo e al consumo di alcool e le morti violente, prevalentemente rappresentate dagli incidenti stradali, su cui è possibile intervenire con numerose misure (uso di caschi e di cinture di sicurezza, limiti di velocità, eccetera).

Il secondo gruppo, denominato "Diagnosi precoce e terapia", comprende alcuni tumori riconducibili a carenze di diagnosi precoce e terapia e riducibili sulla base di interventi di screening (per mammella e corpo dell'utero) e di diagnosi tempestiva accompagnata da una adeguata terapia.

Infine il terzo gruppo, denominato "Igiene ed Assistenza sanitaria", comprende un gruppo eterogeneo di malattie. Per quanto attiene alle malattie infettive, queste si avvalgono di provvedimenti igienici, di interventi di prevenzione (vaccinazioni) e di adeguata assistenza; alcune delle patologie considerate (es: appendicite, mortalità materna, ecc), sono tipici indicatori di malasana, correlabili al funzionamento complessivo del sistema sanitario, come per esempio diagnosi non tempestiva, ritardi nel trasporto in ospedale o nell'intervento clinico.

L'analisi è stata ristretta alle classi d'età inferiori ai 70 anni, al fine di ridurre l'influenza di fattori legati a patologie concomitanti.

La finalità del presente lavoro è quella di mettere a disposizione degli operatori della Sanità uno strumento utile alla conoscenza ed alla comprensione dello stato di salute della popolazione locale, per poter adottare politiche sanitarie atte al contenimento delle patologie riducibili con adeguate strategie di prevenzione.

Materiali e metodi

Sono state analizzate dal servizio Epidemiologico dell'AS7 le schede di morte dei residenti relative agli anni 1997-2001, nella fascia d'età 5-69 anni; per le malformazioni congenite cardiache e la Mortalità perinatale è stata presa in esame la fascia 0-69.

I criteri seguiti per la codifica sono quelli previsti dalla IX Revisione della Classificazione Internazionale delle malattie (ICD IX).

Sono stati calcolati, per ciascuna causa di morte analizzata:

- Anni di vita potenzialmente persi (YPLL =years of potential life lost).Tale indicatore per la mortalità prematura si ottiene sommando per ogni deceduto in età minore del limite di età prescelto, la differenza tra questo limite e l'età di morte.
- Tasso di YPLL per 1000 abitanti, ottenuto rapportando YPLL al totale della popolazione di età inferiore a 70 anni, nel periodo di tempo considerato.
- Tasso specifico di mortalità per causa: numero di morti, per la specifica causa in esame, sulla popolazione media residente, nella fascia d'età prescelta, nel periodo considerato.
- Tasso standardizzato di mortalità, calcolato col metodo diretto, utilizzando come popolazione standard quella italiana all'1-1-2000, suddivisa nelle fasce d'età 0-24, 25-44, 45-69.

Risultati

La tabella n.1, 2, 3, evidenziano il numero dei decessi, gli anni di vita potenzialmente persi ed i tassi di YPLL, distinti per sesso e per cause di morte evitabile, rispettivamente suddivisi nei tre gruppi: Prevenzione primaria, Diagnosi precoce e adeguata terapia, infine Igiene e assistenza sanitaria nel triennio 1997-1999 e nel biennio 2000-2001, nell'AS7.

Tab.n.1

Mortalità evitabile, 1° gruppo, Prevenzione primaria, AS 7

1° gruppo	cod. ICD IX		N° deceduti AS 7			YPLL		Tassi YPLL	
			m	f	tot	m	f	m	f
Morti violente	800-999	97-99	111	25	136	3248	631	10,4	2,0
		00-01	70	17	87	2066	340	9,4	1,5
Cirrosi epatica	571	97-99	90	43	133	951	301	3,1	1,0
		00-01	59	20	79	644	158	2,9	0,7
Tum.M. trachea, bronchi, polmone	162	97-99	115	16	131	1011	184	3,2	0,6
		00-01	45	9	54	427	80	1,9	0,4
Dist.Circ. dell'encefalo	430-438	97-99	54	25	79	418	309	1,3	1,0
		00-01	43	21	64	430	217	1,9	1,0
Tum. M. del fegato	155	97-99	27	15	42	181	97	0,6	0,3
		00-01	16	6	22	148	64	0,7	0,3
Tum.M.prime vie aer.dig	140-150,161	97-99	17	6	23	138	99	0,4	0,3
		00-01	20	4	24	247	70	1,1	0,3
Tum.M. della vescica	188	97-99	10	0	10	77	0	0,2	0,0
		00-01	7	0	7	170	0	0,8	0,0
Totale		97-99	424	130	554	6024	1621	19,4	5,2
		00-01	260	77	337	4132	929	18,7	4,2

Nell'ambito del primo gruppo di patologie (Prevenzione Primaria), nei periodi analizzati, nell'AS 7, si evidenziano un maggior numero di decessi dovuti a morti violente, cirrosi epatica e tumori del polmone. Il confronto tra i due periodi presi in considerazione indica una riduzione dei tassi di YPLL nel biennio 2000/2001, ma appaiono aumentati, nel sesso maschile, i tumori delle prime vie aero-digestive, i disturbi circolatori dell'encefalo, i tumori della vescica e del fegato.

Tab.n.2

2° gruppo, Diagnosi precoce e terapia, AS 7

2° gruppo	cod.ICD IX		N.° deceduti AS 7			YPLL		Tassi YPLL	
			m	f	tot	m	f	m	f
Tum.M. della mammella della donna	174	97-99	0	41	41	0	525	0,0	1,7
		00-01	0	26	26	0	284	0,0	1,3
Tum.M.corpo utero s.a.i.	179,182	97-99	0	12	12	0	207	0,0	0,7
		00-01	0	5	5	0	74	0,0	0,3
Mal.di Hodgkin	201	97-99	0	2	2	0	4	0,0	0,0
		00-01	0	0	0	0	0	0,0	0,0
Tum. M. della pelle	173	97-99	1	0	1	0	0	0,0	0,0
		00-01	1	0	1	21	0	0,1	0,0
Tum.M.collo utero	180	97-99	0	0	0	0	0	0,0	0,0
		00-01	0	1	1	0	17	0,0	0,1
Tum.M.testicoli	186	97-99	0	0	0	0	0	0,0	0,0
		00-01	1	0	1	50	0	0,2	0,0
Totale		97-99	2	87	89	21	1111	0,0	2,4
		00-01	4	88	92	92	1128	0,4	5,1

Nel secondo gruppo (Diagnosi precoce e terapia), le morti per tumore della mammella rappresentano una quota rilevante dei decessi nel sesso femminile. Anche in questo caso, il tasso di YPLL presenta una riduzione rispetto al triennio precedente.

Tab.n.3

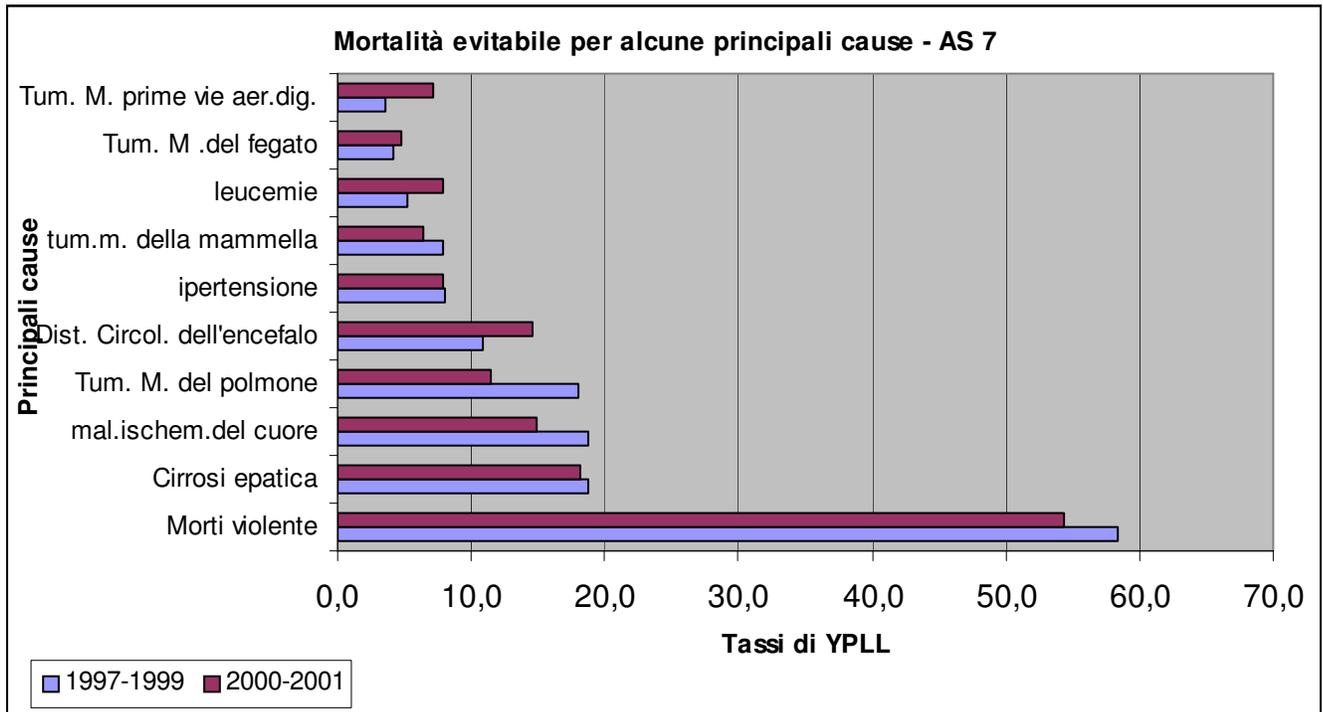
3° gruppo, Igiene ed assistenza Sanitaria, AS 7

3° gruppo	cod. ICD IX		N°. Deceduti AS 7			YPLL		Tassi YPLL	
			m	f	tot	m	f	m	f
Mal.isch.del cuore	410-414	97-99	107	33	140	982	264	3,2	0,8
		00-01	51	15	66	548	109	2,5	0,5
Ipertensione	401-405	97-99	53	23	76	425	108	1,4	0,3
		00-01	23	11	44	217	134	1,0	0,6
Leucemie	204-208	97-99	16	6	22	244	99	0,8	0,3
		00-01	13	3	16	321	28	1,5	0,1
Cardiopatia reum.cron.	393-398	97-99	8	8	16	124	60	0,4	0,2
		00-01	7	4	11	58	43	0,3	0,2
Mal.infettive	001-139	97-99	10	2	12	155	43	0,5	0,1
		00-01	6	3	9	159	93	0,7	0,4
Polmoniti, Bronchiti Mal.resp.acute	480-486	97-99	5	5	10	33	74	0,1	0,2
		00-01	6	5	11	66	41	0,3	0,2
Malform.cong.cardiac he	745-747	97-99	2	4	6	74	128	0,2	0,4
		00-01	4	1	5	142	57	0,6	0,3
Colecistite ac.e cron.	574-575,1	97-99	1	2	3	13	25	0,0	0,1
		00-01	1	0	1	23	0	0,1	0,0
Ernia addominale	550-553	97-99	1	0	1	0	0	0,0	0,0
		00-01	0	0	0	0	0	0,0	0,0
Ulcera gastrica	531-534	97-99	0	0	0	0	0	0,0	0,0
		00-01	1	0	1	3	0	0,0	0,0
Appendicite	540-543	97-99	0	0	0	0	0	0,0	0,0
		00-01	0	0	0	0	0	0,0	0,0
Mortalità materna	630-676	97-99	0	0	0	0	0	0,0	0,0
		00-01	0	0	0	0	0	0,0	0,0
Mortalità perinatale	770-779	97-99	0	0	0	0	0	0,0	0,0
		00-01	0	0	0	0	0	0,0	0,0
totale		97-99	315	125	450	3587	1306	6,6	2,6
		00-01	324	132	466	3839	1516	17,4	6,8

Le malattie ischemiche del cuore costituiscono la prima causa di mortalità evitabile nel terzo gruppo (Igiene ed assistenza sanitaria) , seguite da ipertensione e leucemie. Il tasso di YPLL per ipertensione, mostra valori più elevati nel sesso maschile ed è in aumento solo per le donne. In crescita sono apparsi i relativi tassi per le leucemie, nel sesso maschile, e per le malattie infettive in entrambi i sessi.

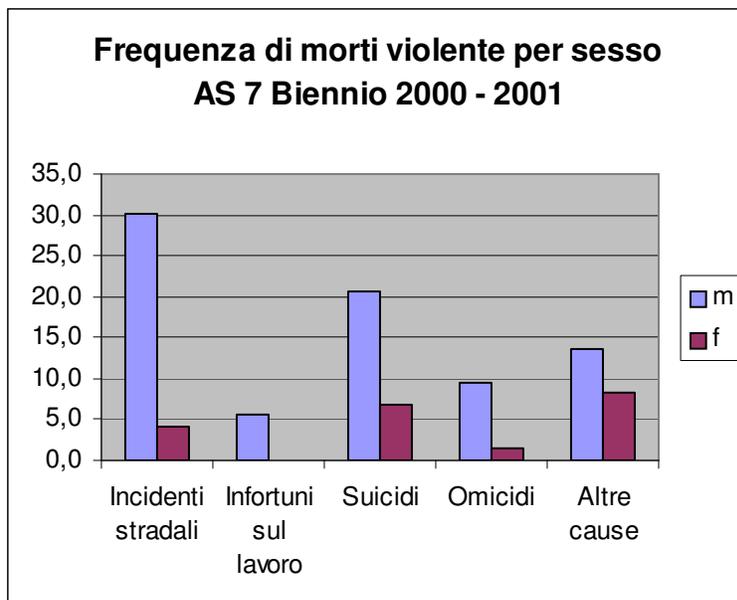
Grafico n.1

Tassi di YPLL per alcune principali cause di mortalità evitabile nell'AS 7 - Triennio 1997-1999 e biennio 2000-2001. Tassi di vita potenzialmente persi per 10.000 residenti.



Nel grafico n.1 sono stati considerati i tassi di YPLL , nei periodi in studio, per alcune delle principali cause di mortalità evitabile. E' stata riscontrata una riduzione di tali valori nel tempo fatta eccezione per i disturbi circolatori dell'encefalo, le leucemie, i tumori delle prime vie aero-digestive e quelli del fegato.

Nel grafico n.2 viene considerata la frequenza delle morti per cause violente per sesso, nel biennio 2000/2001, nell'AS 7. Il numero più elevato di decessi è riscontrabile a carico del sesso maschile ed è dovuto prevalentemente ad incidenti stradali, seguono i suicidi, gli omicidi e gli incidenti sul lavoro.



Tab. n.4

Tassi standardizzati di Mortalità Evitabile per gruppi di cause, per sesso e per territorio. AS 7 (Biennio 2000-2001). Italia e Calabria (triennio 1995-1997).

Territorio	Prev. ne primaria		Diagnosi precoce e terapia		Assistenza sanitaria	
	m	f	m	f	m	f
AS 7	126,8	38,4	0,9	15,1	55,0	26,0
CALABRIA	100,9	26,4	1,9	18,3	53,8	21,7
ITALIA media naz.le	117,0	30,8	2,5	21,9	56,6	19,2
Dati nazionali e regionali da "Atlante della Sanità 2000"(dati ISTAT 1995-1997)						

Nel biennio preso in esame si è avuta la conferma di dati locali superiori alla media nazionale e regionale, per quel che riguarda il gruppo della Prevenzione primaria, così come osservato per il triennio precedente. I valori legati all'Assistenza sanitaria mostrano andamento analogo per il sesso femminile, mentre il gruppo legato a Diagnosi precoce e terapia ha indicato valori locali inferiori a quelli nazionali e regionali.

Conclusioni

I risultati emersi dall'analisi della mortalità evitabile nel territorio dell'AS 7 pongono in rilievo le seguenti cause prevenibili con interventi di prevenzione primaria e secondaria:

morti violente (specialmente da incidenti stradali);
 cirrosi epatica;
 tumori del polmone;
 tumori della mammella;
 malattie cardiovascolari.

La mortalità per incidenti stradali rappresenta, nella fascia d'età 1-24 anni, la prima causa di morte, costituendo uno dei problemi più rilevanti in termini non solo di costo sanitario, ma anche sociale. Interventi di prevenzione rivolti ad adolescenti e giovani adulti, attraverso programmi educativi, dovranno evidenziare la protezione offerta dall'uso dei caschi e delle cinture di sicurezza, oltre che i rischi associati alla guida sotto gli effetti di alcool e droghe.

Un'implementazione delle attività di prevenzione primaria e secondaria quale quella finalizzata al controllo sul consumo di tabacco e di alcool, ad un'alimentazione appropriata e ad un accesso universale ai programmi di screening relativi ai tumori della mammella e del collo dell'utero, porteranno sicuramente ad un'ulteriore riduzione delle altre cause di mortalità evitabile, indicate come prevalenti sul territorio dell'AS 7.