



ASL 4
Chiavarese

Sistema di sorveglianza Passi

Rapporto ASL4 Chiavarese
Biennio 2007-2008
Anno 2009



Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia



Indice

Sintesi dei contenuti pag 2

Profilo socio-demografico pag 7

Descrizione popolazione aziendale	pag	8
Descrizione campione aziendale	pag	12
Approfondimento: lavoratori regolari	pag	16

Benessere pag 17

Percezione dello stato di salute	pag	18
Sintomi di depressione	pag	21

Guadagnare salute pag 25

Attività fisica	pag	26
Abitudine al Fumo	pag	30
Fumo passivo	pag	36
Situazione nutrizionale	pag	39
Consumo di alcol	pag	46

Rischio cardiovascolare pag 53

Iperensione arteriosa	pag	55
Ipercolesterolemia	pag	59
Calcolo del rischio cardiovascolare	pag	63
Analisi serie storiche decessi	pag	65

Sicurezza pag 67

Sicurezza stradale	pag	69
Sicurezza domestica	pag	73

Programmi di prevenzione: Screenings pag 77

Diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero	pag	78
Diagnosi precoce del tumore della mammella	pag	84
Diagnosi precoce del tumore del colon-retto	pag	90

Prevenzione individuale pag 97

Vaccinazione antinfluenzale	pag	98
Vaccinazione antirosolia	pag	101

Appendice pag 103

Obiettivi	pag	104
Metodi	pag	106
Anni di vita persi	pag	111
Autori	pag	113

Sintesi dei contenuti

Descrizione

Nella ASL4 Chiavarese è stato intervistato un campione casuale di **481** persone negli anni 2007-2008 e di **287** nel 2009, di età compresa tra i 18 ed i 69 anni, selezionato dalla lista dell'Anagrafe Sanitaria della Regione Liguria. L'età media è di 45 anni. Il **58,2%** della popolazione ha un livello di istruzione alto ed il **68,8%** ha un lavoro regolare (dato in calo) con rilevanti effetti relativi alle fasce di età più giovani che lavorano meno specialmente negli uomini – **11%** (dal 79% del 2007-2008 si è passati al 68% del 2009), mentre gli anziani rimangono in attività più a lungo **+5%** (maschi dal 58 al 62%).



Benessere

Buona salute: il **65%** delle persone intervistate ritiene buono o molto buono il proprio stato di salute. Anche il **49%** dei soggetti con almeno una patologia cronica ha una percezione positiva del proprio stato di salute.



Sintomi depressione: il **5,6%** delle persone intervistate riferisce di aver avuto sintomi di depressione nelle due settimane precedenti l'intervista. I soggetti a rischio sono le donne, le persone con difficoltà economiche e le persone affette da patologia cronica. Nel biennio 2007-2008 circa il **34%** delle persone con sintomi di depressione ha chiesto aiuto a medici o operatori sanitari; nel 2009 tale valore è salito al **56,3%**.

Guadagnare salute

Attività fisica: è completamente sedentario il **20%** del campione, mentre il **41%** aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica. I medici si informano e consigliano di svolgere attività fisica ad un paziente su tre.



Abitudine al fumo: il **28,6%** si dichiara fumatore e il **22%** ex fumatore. Risultano fumatori il **42%** dei 25-34enni. Si segnala nel 2009 un pericoloso aumento delle donne fumatrici che passano al **26,4%**. Poco più di due fumatori su quattro (56,9%) hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di smettere. Il 79% dichiara che, sul luogo di lavoro, viene sempre rispettato il divieto sul fumo; dichiara che nelle proprie abitazioni è permesso fumare "ovunque" o in "alcune zone" il **6,6** ed **17%** degli intervistati.



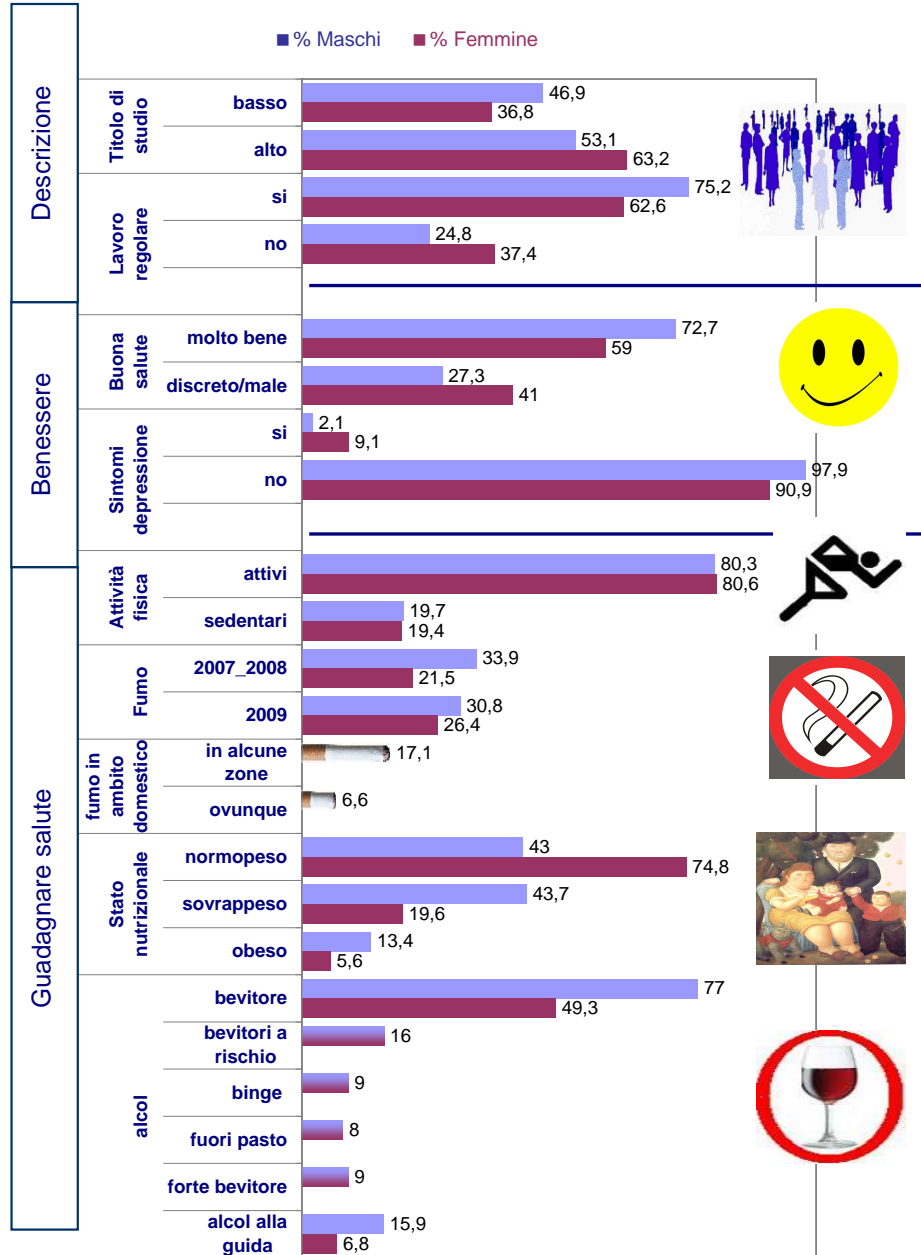
Situazione nutrizionale e abitudini alimentari: il **32%** del campione ASL è in sovrappeso, mentre gli obesi sono il **10%**. L'eccesso ponderale è trattato nel **30%** dei casi con dieta e il **29%** ha ricevuto il consiglio di fare attività fisica. Il consumo di frutta e verdura risulta diffuso, **96,4%**, anche se solo il **12%** aderisce alle raccomandazioni "cinque volte al giorno".



Consumo di alcol: il **63%** riferisce di bere bevande alcoliche, il **16%** ha abitudini considerate a rischio (l'8% beve fuori pasto, il 9% è bevitore "binge" e il 9% è forte bevitore). Si segnala un aumento del consumo di alcol nella fascia di età giovanile 18-34 sia nel dato del consumo di una unità alcolica (**73,9% vs 64,1%** del biennio 2007-2008), sia per il fenomeno binge drink (**21,7% vs 13,9%**).



Sintesi dei contenuti



Sintesi dei contenuti

Rischio cardiovascolare

Iperensione: nella ASL4 si stima che sia iperteso il **24,5%** della popolazione tra i 18 e 69 anni; di cui l'**83%** ha ricevuto consigli non farmacologici (meno sale, sport e dieta).

Colesterolo: il **32,2%** della popolazione intervistata dichiara di avere valori elevati di colesterolemia e, tra questi, il **25%** dichiara di essere in trattamento farmacologico.

Carta del rischio cardiovascolare tra i 35-69 anni: la carta del rischio cardiovascolare è ancora scarsamente utilizzata da parte dei sanitari: nella ASL4 Chiavarese l'**8,7%** degli ultratrentacinquenni intervistati riferisce che un operatore sanitario ha valutato il rischio cardiovascolare.



Sicurezza

Sicurezza stradale: il **93%** delle persone intervistate dichiara di utilizzare con continuità la cintura anteriore, la cintura di sicurezza sui sedili posteriori viene utilizzata solo dal **37%** degli intervistati. Il **12,7%** degli intervistati dichiara, inoltre, di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente all'intervista.

Infortuni domestici: nonostante la frequenza degli infortuni, la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico, non è elevata: il **92%** degli intervistati ritiene questo rischio basso o assente. Ha ricevuto informazioni sugli infortuni domestici il **37%** degli intervistati: tra questi, il **57%** ha messo in atto misure per rendere più sicura la propria abitazione.

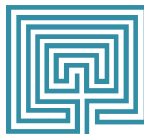


Programmi prevenzione

Pap test eseguito spontaneamente: nella ASL4 Chiavarese il **75%** delle donne tra 25 e 64 anni ha effettuato negli ultimi tre anni almeno un pap test, come raccomandato dalle linee guida.

Screening neoplasia della mammella: l'**81%** delle donne tra 50 e 69 anni ha effettuato almeno una mammografia negli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida.

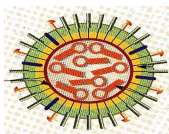
Screening tumore del colon retto: nel 2009 il **28%** dei soggetti intervistati tra i 50-69 anni ha effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori colorettali: il **21,6%** ha eseguito un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci negli ultimi due anni e il **6,7%** una colonscopia negli ultimi 5 anni, come raccomandato.



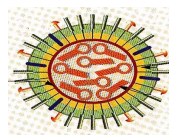
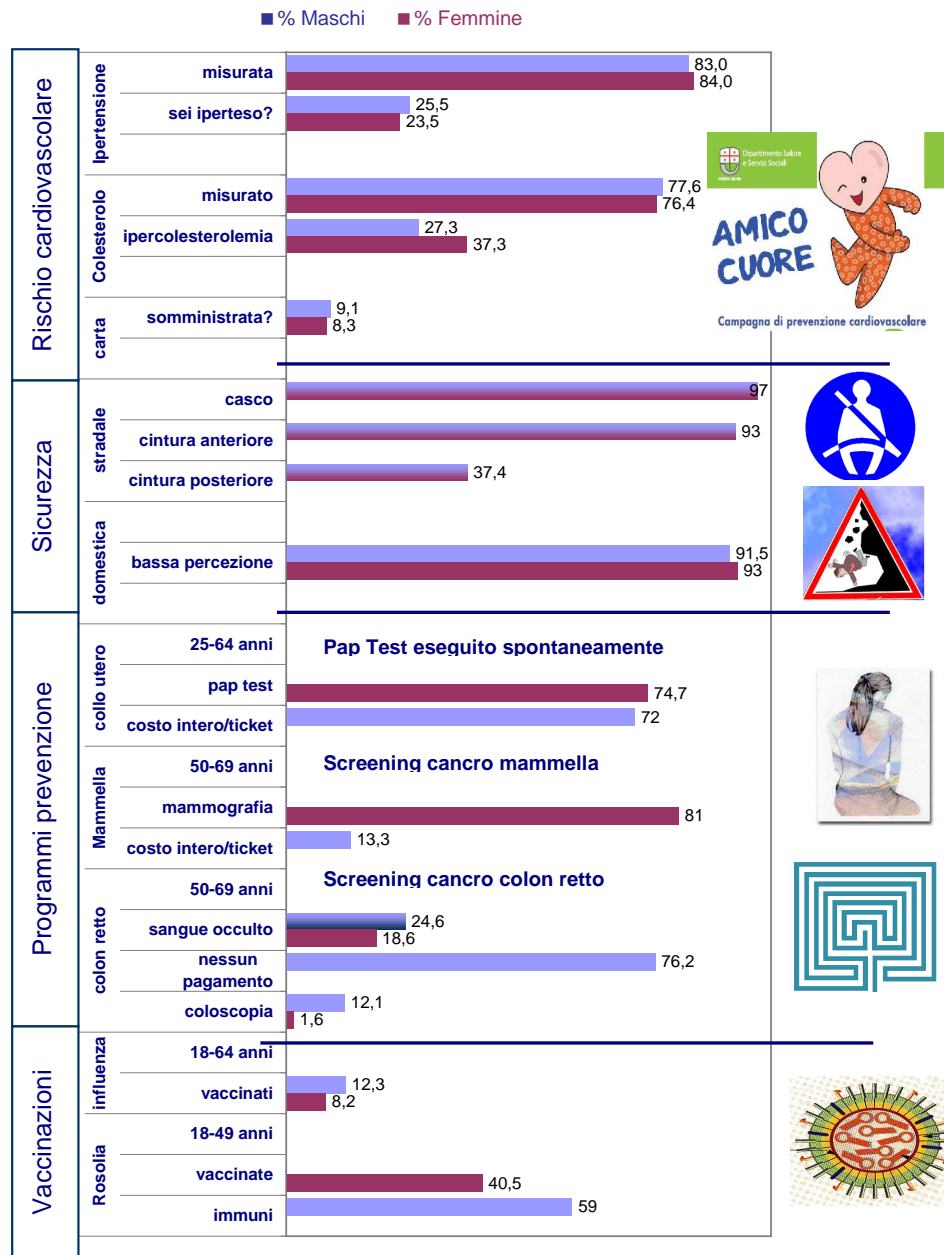
Vaccinazioni

Vaccinazione antinfluenzale: in media, il **26%** delle persone tra i 18 e i 64 anni, con almeno una condizione di rischio per le complicanze dell'influenza (diabete, tumore, malattie cardiovascolari), si è vaccinata lo scorso anno. Nella ASL4 Chiavarese la copertura vaccinale dei soggetti con età pari o superiore a 64 anni è superiore al 75%.

Vaccinazione antirosolia: il numero di donne suscettibili alla rosolia è ancora molto lontano dal 5% necessario per eliminare la rosolia congenita: infatti la percentuale di donne, in età fertile, suscettibili o con stato immunitario sconosciuto, è pari al **41%**. Risulta immune il **59%** delle donne intervistate di cui il **40,5%** vaccinate ed il **18,5%** con **rubeo test positivo**.



Sintesi dei contenuti



Profilo socio demografico
ASL 4 Chiavarese

Descrizione popolazione

Descrizione campione

Descrizione popolazione aziendale

Demografia anno 2010










COMUNI	Indice di invecchiamento %	Indice di vecchiaia %	Grandi vecchi %	Stranieri residenti %	Indice di struttura della popolazione e attiva	Indice di ricambio della popolazione e attiva	Tasso natalità %	
							totale	Stranieri residenti
BORZONASCA	31,3	358,6	5,5	10,41	138,2	164,0	7,50	21,19
CARASCO	19,1	126,7	2,3	8,22	119,3	124,8	10,49	26,85
CARRO	43,2	784,8	8,0	1,17	172,6	316,7	1,67	0,00
CASARZA LIGURE	20,2	151,6	2,3	4,48	125,4	153,1	10,23	20,13
CASTIGLIONE CHIAVARESE	25,5	207,4	4,5	7,66	143,2	178,7	7,84	15,75
CHIAVARI	28,4	253,7	4,9	6,01	149,6	161,2	7,16	15,02
CICAGNA	24,6	190,9	3,5	8,72	131,5	129,0	11,43	26,20
COGORNO	22,7	167,4	2,7	3,05	141,6	145,6	8,86	23,26
COREGLIA LIGURE	24,4	212,9	4,1	1,48	140,3	123,1	0,00	0,00
FAVALE DI MALVARO	27,0	242,1	6,7	9,00	129,0	89,7	3,91	21,74
LAVAGNA	30,0	279,8	5,2	4,56	155,2	178,9	6,70	5,06
LEIVI	23,7	187,9	3,1	3,22	155,9	176,6	9,75	13,16
LORSICA	33,9	325,9	3,5	3,66	162,7	240,0	11,56	105,26
MAISSANA	39,0	423,4	5,5	3,88	176,9	533,3	10,07	0,00
MEZZANEGO	22,0	168,1	2,9	17,14	112,2	107,1	9,83	17,92
MOCONESI	24,9	193,8	2,0	9,17	128,1	125,4	8,04	27,89
MONEGLIA	31,6	342,8	5,0	4,85	154,6	205,9	7,67	21,58
NE	25,2	221,6	3,8	7,72	150,2	170,7	10,01	37,84
NEIRONE	28,9	291,7	6,4	3,41	167,9	238,7	12,40	0,00
ORERO	28,7	277,8	3,4	4,93	134,8	342,9	3,28	0,00
PORTOFINO	33,0	380,5	4,7	8,46	157,9	205,9	8,46	0,00
RAPALLO	26,5	236,5	4,2	8,57	138,4	163,0	7,23	20,52
REZZOAGLIO	42,8	788,3	8,4	1,54	196,9	531,6	3,62	0,00
SAN COLOMBANO CERTENOLI	22,6	182,4	3,3	4,99	136,7	160,3	6,00	15,04
SANTA MARGHERITA LIG.	31,0	296,6	4,9	5,73	162,7	185,4	6,32	12,26
SANTO STEFANO D'AVETO	33,8	427,6	5,6	2,91	141,5	164,6	8,88	0,00
SESTRI LEVANTE	29,8	280,8	5,0	4,26	146,6	184,8	6,68	22,56
TRIBOGNA	26,2	214,5	3,5	4,50	152,0	164,3	8,04	0,00
VARESE LIGURE	37,1	484,2	7,4	2,74	168,5	292,6	6,49	0,00
ZOAGLI	29,4	310,2	5,5	4,98	169,5	182,5	8,55	23,44
ASL4 Chiavarese Totale	27,8	248,4	4,5	6,12	144,9	169,0	7,52	18,46
LIGURIA	26,8	234,6	3,9	7,08	141,7	174,8	7,63	15,70
ITALIA	20,2	144,0	2,6	7,02	113,1	124,3	9,43	17,94

Definizione degli indicatori

Indice di	Quesito	Riferimento percentuale	Formula matematica
Invecchiamento	Quanti over 64	ogni 100 abitanti	$P_{65 \text{ ed oltre}} / P_{\text{tot}}$
Vecchiaia	Quanti over 64	ogni 100 under 14	$P_{65 \text{ ed oltre}} / P_{0-14}$
Grandi vecchi	Quanti over 84	ogni 100 abitanti	$P_{85 \text{ ed oltre}} / P_{\text{tot}}$
Stranieri residenti	Quanti stranieri sono residenti	ogni 100 persone residenti	$P_{\text{straniera residente}} / P_{\text{totale residente}}$
Struttura della popolazione attiva	Quanti lavoratori di esperienza (40-64)	ogni 100 lavoratori giovani (15-39)	P_{40-64} / P_{15-39}
Ricambio	Quanti lavoratori stanno per uscire (60-64) dal lavoro	ogni 100 giovani stanno per entrare nel lavoro	P_{60-64} / P_{15-19}
Natalità (Tasso)	Quanti nati vivi	ogni 1000 abitanti	$\text{nati vivi} / P_{\text{totale}}$
Natalità Stranieri(Tasso)	Quanti nati vivi stranieri residenti	ogni 1000 abitanti stranieri residenti	$\text{nati vivi stranieri} / P_{\text{totale stranieri}}$

La struttura della popolazione aziendale residente è stata valutata grazie alle segnalazioni delle anagrafi dei Comuni della ASL ed è aggiornata al 30 giugno 2010, mentre i nuovi nati sono aggiornati al 2009. La quantificazione della popolazione straniera residente ed i residenti in Liguria ed in Italia provengono dai dati Istat al 1° gennaio 2010.

Dall'analisi dei principali indicatori demografici si può verificare che nell'ASL4 Chiavarese:

-  gli over 64 anni sono quasi 1 uno ogni tre residenti    (il 7% in più dell'Italia)
-  ci sono 2,5 over 64 anni ogni ragazzo under 14    (il doppio dell'Italia)
-  gli over 85 anni sono quasi il doppio della media italiana

La presenza di immigrati residenti nel nostro territorio ha una prevalenza di 6,12 stranieri ogni 100 residenti, contro una media nazionale del 7%.

L'aumento degli immigrati nel nostro territorio (nel 2005 rappresentavano 3,6% dei residenti) è dovuto sia ai nuovi arrivi sia alle nascite di figli di cittadini stranieri che nel nostro territorio hanno un tasso di natalità pari a 18 nuovi nati stranieri ogni 1000 stranieri residenti, in linea con il dato nazionale.

Mortalità Femmine: anni di vita persi (YLL) anni 1992-2006

	Media annua	1992-1996		1997-2001		2002-2006		trend
		anni/caso	anni/caso	anni/caso	anni/caso			
Malattie cerebrovascolari	Anni di vita persi	1032	8	1002	8	896	7	↓
	N°decessi	126	8	123	8	123	7	-
Cardiopatia ischemica	Anni di vita persi	1076	9	833	8	743	8	↓
	N°decessi	124	9	107	8	96	8	↓
Tumori maligni della mammella	Anni di vita persi	819	17	680	16	567	14	↓
	N°decessi	47	17	42	16	40	14	-
Cause accidentali	Anni di vita persi	501	12	407	10	447	10	-
	N°decessi	43	12	40	10	43	10	-
Tumori maligni del polmone	Anni di vita persi	325	17	385	15	442	16	↑
	N°decessi	19	17	26	15	27	16	↑
Tumori maligni colon e retto	Anni di vita persi	368	12	406	12	367	11	-
	N°decessi	31	12	33	12	32	11	-
Ipertensione arteriosa	Anni di vita persi	285	8	309	7	339	6	↑
	N°decessi	36	8	43	7	55	6	↑

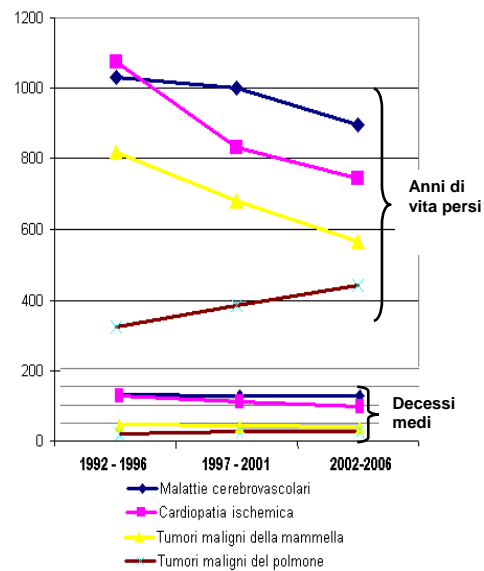
I dati di mortalità rappresentano un rilevatore diretto di malattia ed indiretto di salute. L'indicatore "anni di vita persi" (Years Life Lost YLL), dove "persi" rappresenta quanti anni un individuo avrebbe potuto vivere ancora rispetto ad uno standard, ci permette di pesare il numero dei decessi per patologia rispetto all'età in cui il decesso è avvenuto per cui è possibile stilare una classifica del carico che ogni patologia ha sulla società nel suo insieme.

Nelle donne nel quinquennio 2002-2006 la patologia con il maggior carico di anni di vita persi è riconducibile al gruppo delle patologie cerebrovascolari. Mentre il numero di decessi rimane costante il trend degli "YLL" negli anni risulta in calo.

Il tumore maligno della mammella rappresenta la terza causa di decesso. Il confronto tra quinquenni mostra un lieve calo dei decessi medi annui (da 47 del quinquennio 1992-1996 a 40 decessi del quinquennio 2002-2006) ed un recupero complessivo in 15 anni di 250 anni di vita persi (valore medio/anno).

Il tumore maligno del polmone, invece, rappresenta una patologia in aumento per cui in 15 anni c'è stato un aggravio di circa 117 "YLL" medi all'anno.

Anni di vita persi prime cause nelle Donne



Mortalità Maschi: anni di vita persi (YLL) anni 1992-2006

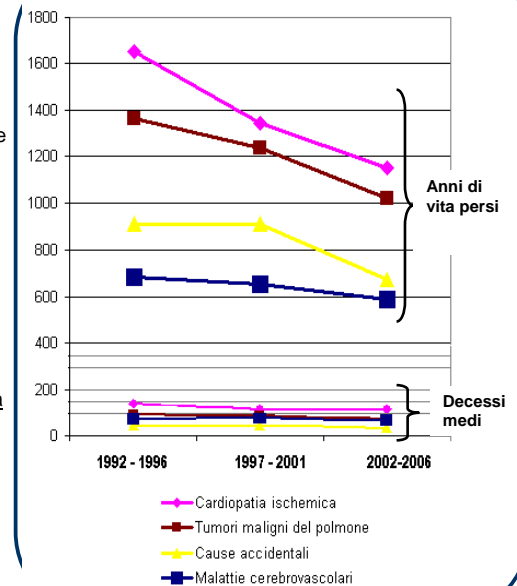
	Media annua	1992-1996		1997-2001		2002-2006		trend
		anni/caso	anni/caso	anni/caso	anni/caso			
Cardiopatia ischemica	Anni di vita persi	1652	12	1346	11	1148	10	↓
	N°decessi	143	12	119	11	119	10	-
Tumori maligni del polmone	Anni di vita persi	1365	15	1235	14	1018	13	↓
	N°decessi	94	15	89	14	77	13	↓
Cause accidentali	Anni di vita persi	915	20	914	20	676	18	↓
	N°decessi	46	20	46	20	38	18	-↓
Malattie cerebrovascolari	Anni di vita persi	683	9	654	8	589	8	-
	N°decessi	75	9	77	8	70	8	-
Tumori maligni colon e retto	Anni di vita persi	431	13	369	12	452	13	↑
	N°decessi	32	13	31	12	35	13	-↑
Bronchite, enfisema, asma	Anni di vita persi	354	9	385	8	377	7	-↑
	N°decessi	41	9	49	8	54	7	↑
Cirrosi Epatica	Anni di vita persi	426	19	352	17	343	17	-
	N°decessi	22	19	20	17	20	17	-

Negli uomini nel quinquennio 2002-2006 la patologia con il maggior carico di anni di vita persi è riconducibile alla cardiopatia ischemica. Nell'ultimo decennio il numero di decessi per cardiopatia ischemica è stato costante (119 casi medi all'anno), mentre il trend degli "YLL" negli anni risulta in calo con un recupero complessivo in 15 anni di 504 anni di vita persi (valore medio/anno).

Le cause accidentali rappresentano nell'uomo la terza causa di decesso. Il confronto tra quinquenni mostra un lieve calo dei decessi medi annui (da 46 del quinquennio 1992-1996 a 38 decessi del quinquennio 2002-2006) ed un recupero complessivo in 15 anni di 239 anni di vita persi medio/anno. Ogni decesso per causa accidentale costa mediamente 20 anni ad ogni persona deceduta.

Il tumore del colon retto invece è una patologia in aumento, per cui nell'ultimo decennio c'è stato un aumento sia dei casi che degli anni di vita persi.

Anni di vita persi prime cause negli Uomini



I dati "storici" delle cause di morte dell'ASL4 sono stati forniti dalla Struttura Semplice Dipartimentale Epidemiologia Descrittiva IST della Regione Liguria. I dati comprendono gli anni dal 1992 al 2006.

Descrizione del campione aziendale

La popolazione in studio è costituita da circa **95.000** residenti di età compresa tra 18 e 69 anni iscritti nelle liste dell'anagrafe sanitaria della ASL 4. Sono state intervistate **481** persone negli anni 2007-2008 e **287** nell'anno 2009, di età compresa tra i 18 ed i 69 anni, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età dall'anagrafe sanitaria. Rispetto ai soggetti inizialmente selezionati, l'80% è stato rintracciato ed intervistato telefonicamente. Considerando che 45 persone campionate non erano eleggibili, il tasso di sostituzione¹ è stato del 16%; il tasso di risposta² è stato dell'84% e quello di rifiuto³ del 6% (ulteriori indicatori di monitoraggio sono mostrati in appendice).

Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

L'età e il sesso

2007-2008

Nella ASL4 il **50,3%** del campione intervistato (481 persone) è costituito da donne (242) e l'età media complessiva, all'interno del campione, è di 45 anni.

2009

Nella ASL4 il **50,2%** del campione intervistato (287 persone) è costituito da donne (144) e l'età media complessiva, all'interno del campione, è di 45 anni.

Complessivamente

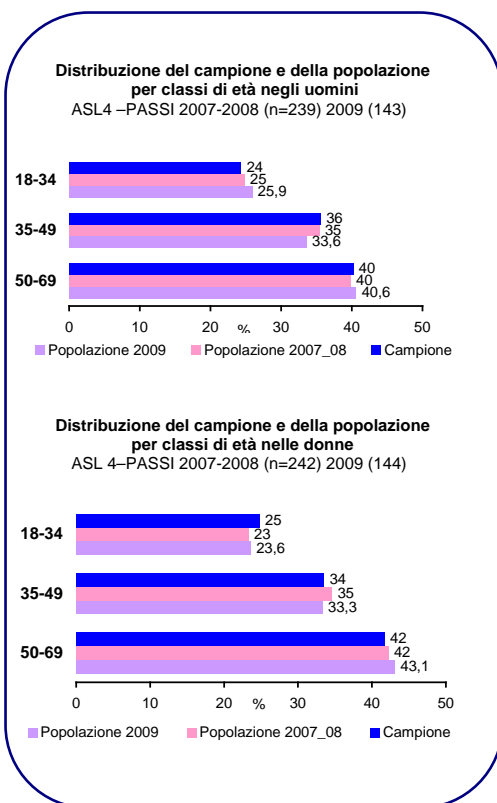
2007-2008

Il **24,5%** degli intervistati è compreso nella fascia 18-34 anni, il **34,5%** in quella 35-49 e il **41%** in quella 50-69

2009

Il **24,7%** degli intervistati è compreso nella fascia 18-34 anni, il **33,4%** in quella 35-49 e il **41,8%** in quella 50-69

La distribuzione per sesso e classi di età del campione selezionato è sovrapponibile a quella della popolazione di riferimento dell'anagrafe aziendale, indice di una buona rappresentatività del campione selezionato.



¹ Tasso di sostituzione = (rifiuti + non reperibili)/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

² Tasso di risposta = numero di interviste/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

³ Tasso di rifiuto = numero di rifiuti/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

Il titolo di studio

2009

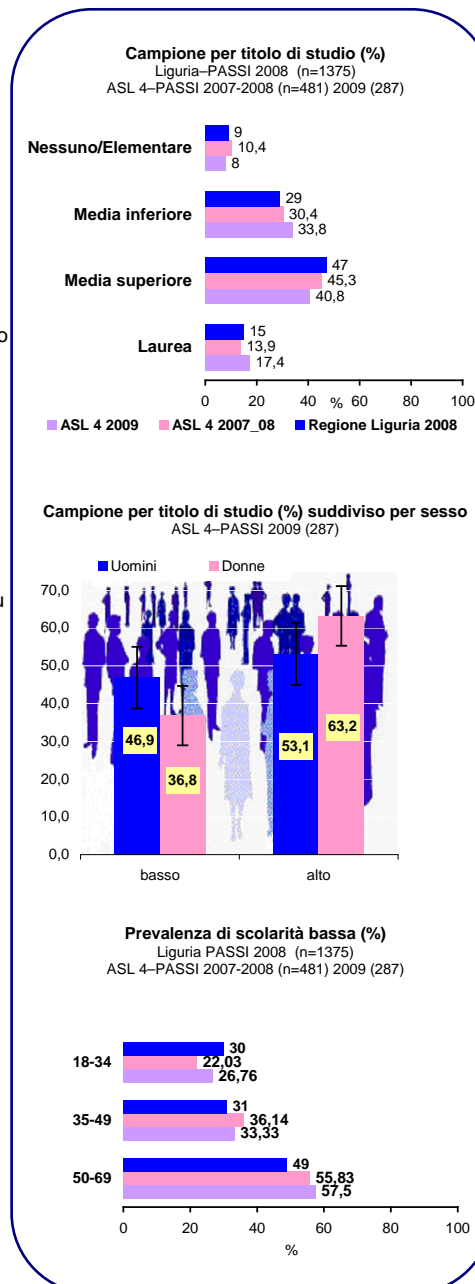
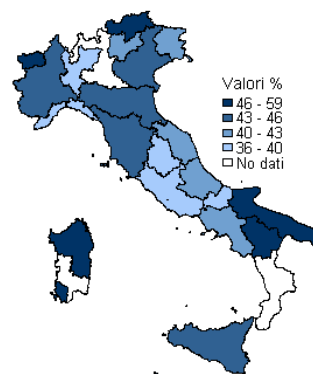
Nella ASL4 l'**8%** del campione non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il **33,8%** la licenza media inferiore, il **40,8%** la licenza media superiore e il **17,4%** è laureato.

Nel 2009 la prevalenza di donne con titolo di studio elevato risulta superiore al titolo di studio negli uomini in maniera statisticamente significativa (Chi-square test p_value = 0,01). Nel biennio 2007-2008 tale differenza non era risultata rilevante.

L'istruzione è fortemente età-dipendente: gli anziani mostrano livelli di istruzione significativamente più bassi rispetto ai più giovani. Questo dal punto di vista metodologico impone che i confronti per titolo di studio condotti debbano tener conto dell'effetto dell'età.

Prevalenza di scolarità bassa

Pool PASSI 2008

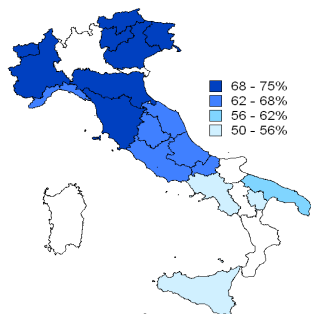


Il lavoro

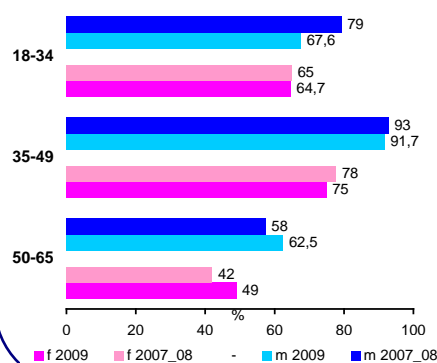
Nella ASL4 nel biennio 2007-2008 il **69,3%** del campione tra i 18 e i 65 anni riferisce di lavorare regolarmente, nel 2009 tale valore è sceso al **68,8%** con rilevanti effetti relativi alle fasce di età più giovani che lavorano meno specialmente negli uomini **-11%** (dal 79% si è passati al 68% del 2009), mentre gli anziani rimangono in attività più a lungo **+5%** (maschi dal 58 al 62%).

Anche nel 2009 le donne risultano complessivamente meno "occupate" rispetto agli uomini (62,6% contro 75,2%).

% di lavoratori regolari
PASSI 2008



Lavoratori regolari per sesso e classi di età
ASL 4-PASSI 2007-2008 (n=440) 2009 (256)

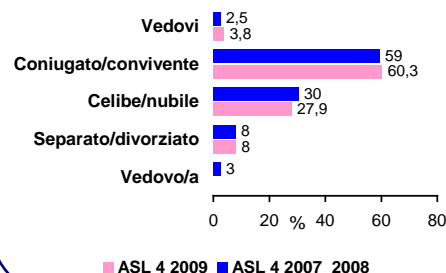


In Liguria il **81%** di intervistati maschi nella fascia d'età 18-65 anni ha riferito di lavorare regolarmente (vs ASL4 69,3%)

Le donne risultate complessivamente meno "occupate" sono il 62%, valore sovrapponibile all'ASL4.

A livello delle ASL partecipanti al Sistema PASSI nazionale, nella fascia 18-65 anni ha riferito di lavorare regolarmente il **63,9%** degli intervistati, con un rilevante gradiente Nord-Sud.

Campione categorie di stato civile
ASL 4-PASSI 2007-2008 (n=481) 2009 (287)



Stato Civile

2007-2008

Nella ASL4 i coniugati/conviventi rappresentano il 59,3% del campione, i celibi/nubili il 30,4%, i separati/divorziati il 7,9% ed i vedovi/e il 2,5%.

2009

Nel 2009 la situazione è pressoché invariata: i coniugati/conviventi sono il 60,3% del campione, i celibi/nubili il 27,9%, i separati/divorziati il 8% ed i vedovi/e il 3,8%.

A livello delle ASL partecipanti al Sistema PASSI (anno 2008) a livello nazionale, queste percentuali sono rispettivamente del 61,3%, 31,4%, 4,6% e 2,7%.

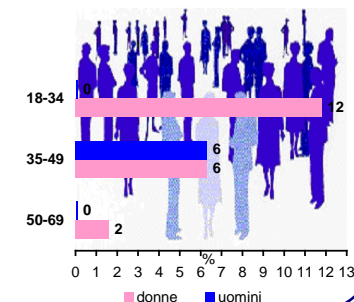
Cittadinanza

Nella ASL4 nel biennio 2007-2008 il 96,4% del campione intervistato è italiano e il 3,6% straniero. Nel 2009 gli stranieri sono aumentati al **3,8%** Gli stranieri sono più rappresentati nelle classi di età più giovani di sesso femminile.

Poiché il protocollo della sorveglianza prevedeva la sostituzione degli stranieri che non erano in grado di sostenere l'intervista in italiano, PASSI fornisce informazione sugli stranieri più integrati o da più tempo nel nostro paese.

In Liguria nel 2008 la popolazione straniera nella fascia 18-69 anni rappresenta circa il 4% della popolazione. La percentuale di stranieri stimata in Liguria dall'ISTAT (popolazione totale) è pari al 7% della popolazione residente.

% di stranieri per sesso e classi di età
ASL4-PASSI 2009



Difficoltà economiche

Le difficoltà economiche per classi di età, distintamente per i due sessi, sono state valutate in base alla risposta data alla domanda "Con le risorse finanziarie a sua disposizione (da reddito proprio o familiare) come arriva a fine mese?"

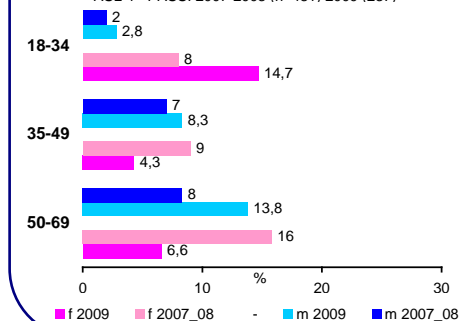
2007-2008

Nella ASL4 il 8,9% del campione tra i 18 e i 69 anni riferisce di avere molte difficoltà economiche, il 45,1% qualche difficoltà, il 45,9% nessuna.

Nel 2009

La situazione complessiva di coloro con molte difficoltà economiche risulta invariata (8,5%) tranne che per le donne in giovane fascia di età (18-34 anni) che passano dall'8% del biennio al 14,7% del 2009. Risultano leggermente aumentati coloro che riferiscono di non avere alcuna difficoltà economica (49,3%)

Intervistati che riferiscono molte difficoltà economiche per sesso e classi di età
ASL 4 - PASSI 2007-2008 (n=481) 2009 (287)



Le donne dichiarano complessivamente una maggiore difficoltà rispetto agli uomini (valore in calo):
- biennio 2007-2008 11,6% contro 6,3%,
- anno 2009 9,2% contro 7,7%

Nel 2009 le differenze per classi di età raggiungono la significatività statistica.

Nelle ASL partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale la prevalenza di persone con molte difficoltà economiche ha mostrato un rilevante gradiente territoriale: il 44,9% non ha riferito alcuna difficoltà economica il 41,4% qualche difficoltà il 13,7% molte difficoltà economiche.

Conclusioni

Il campione nella ASL4 è rappresentativo della popolazione da cui è stato selezionato, pertanto i risultati dello studio possono essere estesi a tutta la popolazione ASL di età compresa tra i 18 e i 69 anni.

I dati socio-anagrafici, oltre a confermare la validità del campionamento effettuato, sono indispensabili all'analisi e all'interpretazione delle informazioni fornite dalle altre sezioni dell'indagine.

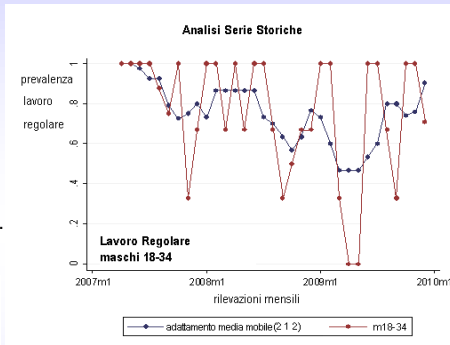
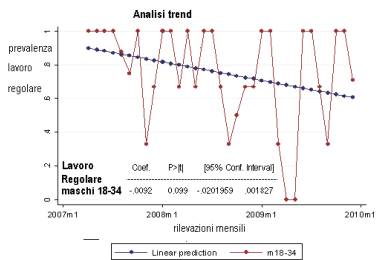
Si rileva un **calo delle persone con un lavoro regolare** specialmente tra i maschi nella fascia di età compresa tra i 18 ed i 34 anni pari a -11% (dal 79% del biennio 2007-2008 si è passati al 68% del 2009), mentre gli anziani rimangono in attività più a lungo +5% (maschi dal 58 al 62%).

Approfondimento sul tema: Lavoratori regolari (analisi delle serie storiche)

La curiosità sull'andamento nel tempo dei lavoratori regolari nel nostro territorio nasce spontanea specialmente tra i maschi nelle diverse fasce di età. Nonostante il campione sia piccolo e le rilevazioni poco numerose proponiamo un primo approccio applicando un ammorbidimento delle rilevazioni mensili (in marrone) con un adattamento tramite la media mobile.

Dall'aprile 2007 si può notare un progressivo calo tra i giovani maschi di coloro che lavorano regolarmente sino ad arrivare ad aprile maggio 2009 dove nessuno tra gli intervistati maschi possedeva un lavoro regolare.

Dall'analisi delle interviste si evince anche una certa stagionalità per cui nei mesi di settembre, ottobre, novembre si lavora meno.



L'analisi del trend ($P_value < 0,099$) suggerisce un progressivo calo dell'attività lavorativa nei giovani maschi pari quasi ad un lavoratore in meno al mese ogni 100 soggetti di età compresa tra i 18-34 anni.

Benessere

Percezione dello stato di salute

Sintomi di depressione

Percezione dello stato di salute



La valutazione delle condizioni di salute di una popolazione è un problema molto complesso; l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute come uno stato di "benessere psicofisico", evidenziando sia una componente oggettiva (presenza o assenza di malattie) sia una soggettiva (il modo di vivere e percepire la malattia stessa); in particolare la percezione dello stato di salute testimonia l'effettivo benessere o malessere psicofisico vissuto dalla persona.

Nel sistema di sorveglianza PASSI la salute percepita viene valutata col metodo dei "giorni in salute" (**Healthy Days**), che misura la percezione del proprio stato di salute e benessere attraverso quattro domande: lo stato di salute auto-riferito, il numero di giorni nell'ultimo mese in cui l'intervistato non si è sentito bene per motivi fisici, il numero di giorni in cui non si è sentito bene per motivi mentali e/o psicologici ed il numero di giorni in cui ha avuto limitazioni nelle attività abituali.

Come hanno risposto alla domanda sul proprio stato di salute?

Nella ASL4 Chiavarese nel 2009 il **65%** degli intervistati ha giudicato in modo positivo il proprio stato di salute, riferendo di sentirsi bene o molto bene; il **30%** ha riferito di sentirsi discretamente e solo il **4,2%** ha risposto in modo negativo (male/molto male). Tale valore risulta in leggero miglioramento rispetto al biennio 2007-2008.

In particolare si dichiarano più soddisfatti della propria salute:

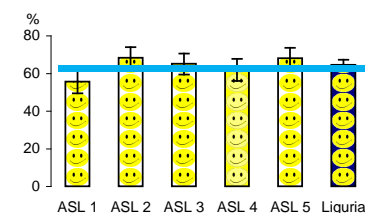
- i giovani nella fascia 18-34 anni (p value < 0,001)
- gli uomini rispetto alle donne (odds ratio 1,8 [IC 1,1-3,0])
- le persone con alta istruzione (odds ratio 2 [IC 1,25-3,3])
- le persone senza difficoltà economiche (odds ratio 5 [IC 2,5-10])
- le persone senza patologie severe (odds ratio 2,5 [IC 1,4-5])

Stato di salute percepito positivamente*			
ASL4 Chiavarese -PASSI 2007-2008 (n=481)			
PASSI 2009 (n=287)			
Caratteristiche	%	(IC95%)	
Totale	2007-2008	63,4	58,9-67,7
	2009	65	60,1-71,3
	2007-2008		2009
Classi di età			
18-34	86,4		90,1
35-49	69,3		65,6
50-69	44,7		51,7
Sesso			
uomini	69,0		72,7
donne	57,9		59,0
Istruzione			
Bassa nessuna/elementare	42,8		56,7
media inferiore	52,1		
media superiore	71,1		
Alta laurea	79,1		72,5**
Difficoltà economiche			
Si molte	41,9		52,1
qualche	56,7		
No nessuna	74,2		79,3
Patologie severe**			
almeno una	33,0		49,2
assente	70,2		70,4

* persone che si dichiarano in salute buona o molto buona
 ** almeno una delle seguenti patologie: ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie

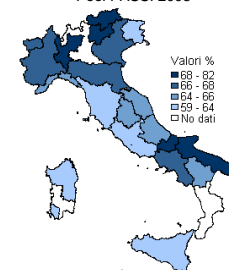
Nelle ASL della Regione, la percentuale di intervistati che ha riferito una percezione positiva del proprio stato di salute è in linea col dato regionale, con eccezione della ASL 1 che presenta valori inferiori (range dal 56% della ASL1 al 68% della ASL2)

Persone che si dichiarano in salute buona o molto buona (%) Liguria - PASSI 2008



Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 65,7% degli intervistati ha giudicato positivamente la propria salute.

Persone che si dichiarano in salute buona o molto buona (%) Pool PASSI 2008



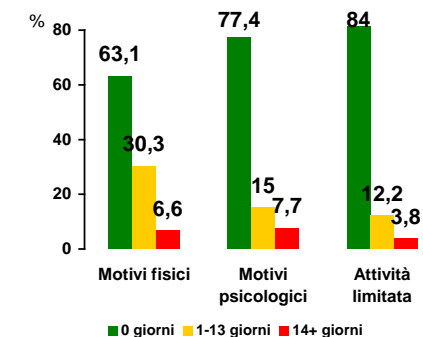
Quanti sono i giorni di cattiva salute percepiti in un mese e in quale misura l'attività normale ha subito delle limitazioni?

Nella ASL4 Chiavarese la maggior parte delle persone intervistate ha riferito di essersi sentita bene per tutti gli ultimi 30 giorni (56,8% in buona salute fisica, 62,8% in buona salute psicologica e 78,5% senza alcuna limitazione delle attività abituali).

nel 2009 una piccola parte ha riferito più di 14 giorni in un mese di cattiva salute per motivi fisici (6,6%), per motivi psicologici (7,7%) e con limitazioni alle attività abituali (3,8%).

Tali valori risultano più bassi rispetto al biennio 2007-2008 dove risultano rispettivamente il 9,4% per motivi fisici, il 10,9% per motivi psicologici ed il 5,6% per l'attività limitata.

Distribuzione giorni in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività ASL4 Chiavarese-PASSI 2009



Giorni percepiti in cattiva salute al mese
ASL4 Chiavarese – PASSI 2007-2008 ed anno 2009

Caratteristiche	N°gg/mese (%) per					
	Motivi fisici		Motivi psicologici		Attività limitata	
	Mean (sd)					
	2007-2008	2009	2007-2008	2009	2007-2008	2009
Totale	3,3 (6,6)	2,6 (5,8)	3,4 (6,6)	2,4 (6,3)	1,9 (5,7)	1,4 (4,9)
Classi di età						
18-34	1,6	1,3	2,2	1,2	0,9	0,4
35-49	2,9	3,0	3,1	2,8	1,7	2,0
50-69	4,7	2,9	4,5	2,7	2,9	1,6
Sesso						
uomini	1,9	2,5	1,9	1,4**	1,1	1,6
donne	4,7	2,7	5,0	3,3	2,8	1,3
Istruzione						
Bassa nessuna/elementare	5,4	3,8**	4,8	2,6	2,2	2,3**
media inferiore	3,8		4,8		3,0	
Alta media superiore	2,7		2,5	2,2	1,3	0,8
laurea	3,1	1,7	3,0		1,6	
Difficoltà economiche						
Si molte	6,8	3,9**	7,9	3,2**	3,9	1,9
qualche	4,1		4,0		2,5	
No nessuna	1,8	1,3	2,1	1,6	1,0	0,9
Patologie severe*						
almeno una	6,5	5,0**	6,0	4,4**	4,0**	3,1**
assente	2,6	1,9	2,9	1,8	1,5	1,0

*almeno una delle seguenti patologie: ictus, infar to, altre malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie
**anova P value <0,05

- Nel 2009 la media dei giorni al mese in cattiva salute sia per motivi fisici sia per motivi psicologici è circa 2,5 giorni; le attività abituali sono risultate limitate in media per 1,5 giorni al mese. Tale valore risulta in miglioramento rispetto al biennio 2007-2008.
- Il numero medio di giorni in cattiva salute per motivi fisici e psicologici e quello dei giorni con limitazioni alle attività abituali è maggiore nelle donne, nelle persone con difficoltà economiche e presenza di patologie severe.
- Il numero medio di giorni in cattiva salute per motivi fisici e psicologici è inoltre maggiore nella fascia d'età 50-69 anni (con associata anche una maggiore limitazione nelle attività abituali) e nelle persone con basso livello d'istruzione.

Conclusioni e raccomandazioni

Nel 2009 nell'ASL4 Chiavarese tre persone su cinque delle persone intervistate (65%) a livello aziendale ha riferito la percezione di essere in **buona salute**. 🧑🏻‍🦱 🧑🏻‍🦱 🧑🏻‍🦱 🧑🏻‍🦱 🧑🏻‍🦱

Viene confermata una maggiore percezione negativa del proprio stato di salute nella classe d'età più avanzata, nelle donne, nelle persone con basso livello d'istruzione, con difficoltà economiche o affette da patologie severe.

A parità di gravità, una determinata patologia può ripercuotersi diversamente sulla funzionalità fisica, psicologica e sociale della persona.

La misura dello stato di salute percepito ed in particolare il suo monitoraggio nel tempo possono fornire indicazioni alla programmazione a livello di Azienda Sanitaria, dettaglio fornito dal sistema di sorveglianza PASSI: infatti il "sentirsi male" più che lo "star male" è spesso l'elemento che determina il contatto tra individuo e sistema di servizi sanitari.

Gli indicatori dello stato di salute percepito sono inoltre funzionali ad altre sezioni indagate dal PASSI, (come ad esempio quella dei sintomi di depressione) alle quali forniscono elementi di analisi e lettura più approfondita.



Sintomi di depressione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute mentale come uno stato di benessere nel quale la persona è consapevole delle proprie capacità, in grado di affrontare le normali difficoltà della vita, lavorare in modo utile e apportare un contributo alla comunità.

Le patologie mentali rappresentano un problema in crescita a livello mondiale; tra queste una delle più frequenti è la depressione: l'OMS ritiene che entro il 2020 la depressione diventerà la maggiore causa di malattia nei Paesi industrializzati.

Il libro verde "Migliorare la salute mentale della popolazione verso una strategia per la salute mentale per l'Unione Europea" stima che ben un cittadino su quattro abbia sofferto nell'arco della propria vita di una malattia mentale. Il costo socio-sanitario stimato delle malattie mentali è notevole, pari al 3-4% del Prodotto Interno Lordo.

Nel sistema di Sorveglianza PASSI i sintomi di depressione vengono individuati mediante il *Patient-Health Questionnaire-2 (PHQ-2)* che consta di due domande validate a livello internazionale e caratterizzate da alta sensibilità e specificità per la tematica della depressione. Si rileva quale sia il numero di giorni, relativamente alle ultime due settimane, durante i quali gli intervistati hanno presentato i seguenti sintomi:

- l'aver provato poco interesse o piacere nel fare le cose
- l'essersi sentiti giù di morale, depressi o senza speranze.

Il numero di giorni per i due gruppi di sintomi sono poi sommati e classificati in base ad un punteggio da 0 a 6; coloro che ottengono un **punteggio uguale o maggiore di 3** sono individuati come **"persone con sintomi di depressione"**; la diagnosi effettiva di depressione richiede ovviamente una valutazione clinica individuale approfondita.

Quali sono le caratteristiche delle persone con sintomi di depressione?

Nella ASL4 Chiavarese circa il **5,6%** delle persone intervistate ha riferito sintomi di depressione. Tale valore risulta più basso del biennio 2007-2008

I sintomi di depressione sono risultati più diffusi:

- nelle fasce d'età intermedia compresa tra i 35-49
- nelle donne rispetto agli uomini in maniera statisticamente significativa
- nelle persone con difficoltà economiche
- nelle persone con almeno una patologia severa.

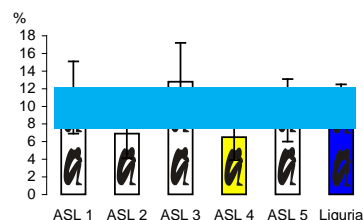
Il basso livello d'istruzione e l'assenza di lavoro sembrano non influenzare in maniera statisticamente significativa il tono dell'umore.

Persone con sintomi di depressione*			
ASL4 Chiavarese -PASSI 2007-2008 (n=475)			
PASSI 2009 (n=286)			
Caratteristiche	%	(IC95%)	
Totale	2007-2008	7,8	5,6-10,7
	2009	5,6	3,2-8,9
	2007-2008	2009	
Classi di età			
18-34	6,9	2,8	
35-49	7,3	8,3	
50-69	8,8	5,0	
Sesso			
uomini	2,9	2,1**	
donne	12,7	9,1	
Istruzione			
Bassa nessuna/elementare	8,0	5,9	
media inferiore	9,2		
Alta media superiore	7,8	5,4	
laurea	4,5		
Difficoltà economiche			
Si molte	21,4	8,4	
qualche	7,9		
No nessuna	5,0	2,9	
Stato lavorativo			
lavora	7,9	5,0	
non lavora	7,6	6,7	
Patologie severe			
almeno una	12,6	9,8	
assente	6,7	4,4	

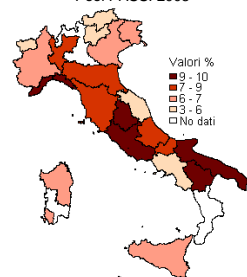
Tra le ASL regionali non si riscontrano differenze statisticamente significative nella percentuale di persone che hanno riferito sintomi di depressione

Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che ha riferito sintomi di depressione è risultata del 7,6%.

Persone con sintomi di depressione (%)
Liguria-PASSI 2008



Persone con sintomi di depressione (%)
Pool PASSI 2008



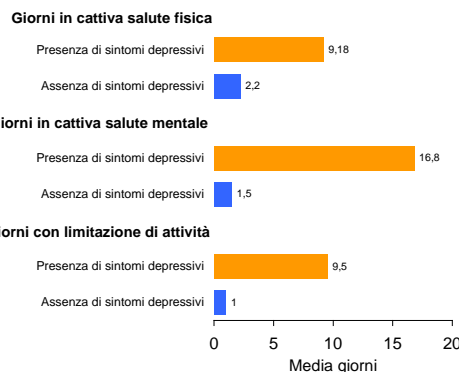
Quali conseguenze hanno i sintomi di depressione sulla vita di queste persone?

Le persone che hanno riferito sintomi di depressione hanno dichiarato una percezione della qualità della vita peggiore rispetto alle persone che non hanno riferito i sintomi:

il 25% dei depressi ha descritto il proprio stato di salute "buono" o "molto buono" rispetto al 68,1% delle persone che non hanno riferito i sintomi

la media di giorni in cattiva salute fisica e mentale o con limitazioni delle abituali attività è risultata significativamente più alta tra le persone con sintomi di depressione.

Qualità di vita percepita e sintomi di depressione
ASL4 Chiavrese-PASSI 2009 (n=286)

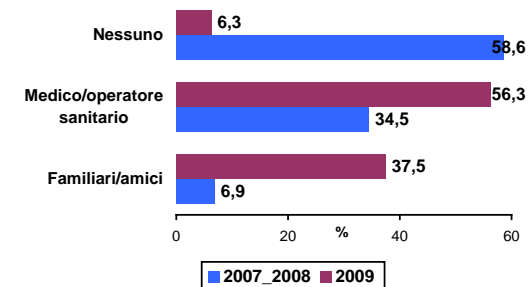


A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione?

Nel biennio 2007-2008 le persone con sintomi di depressione hanno riferito di non aver cercato aiuto sono state il 60%. Il restante 40% ha dichiarato di essersi rivolta a figure di riferimento per risolvere questo problema, in particolare a medici/operatori sanitari (34,5%), a familiari/amici (6,9%).

Nel 2009 le persone con sintomi di depressione hanno riferito di non aver cercato aiuto sono state il 6,3%.

Figure a cui si sono rivolte le persone con sintomi di depressione
ASL4 Chiavrese -PASSI 2007-2008 (n=29)
PASSI 2009 (n= 16)



Attenzione: la domanda è stata rivolta solo a coloro che nelle ultime due settimane hanno presentato almeno 7 giorni di difficoltà. La bassa numerosità del campione può essere responsabile delle grosse variazioni del dato negli anni.

Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL4 Chiavrese si stima che quasi una persona su 20 abbia (5,6%) sintomi depressivi con valori più alti tra le donne, nelle persone con difficoltà economiche e nelle persone con patologie severe.

I risultati evidenziano come il trattamento di questa condizione e l'utilizzo dei servizi sanitari preposti non sia ancora soddisfacente, essendo ancora significativamente alta la parte del bisogno non trattato.

Considerato che i disturbi mentali costituiscono una fetta importante del carico assistenziale complessivo attribuibile alle malattie dei Paesi industrializzati, il riscontro della limitata copertura di cure delle persone con sintomi di depressione appare di particolare importanza e rappresenta una attuale "sfida" per i Servizi Sanitari e per la società.

Guadagnare Salute

Attività Fisica

Abitudine al Fumo

Fumo Passivo

Situazione Nutrizionale

Consumo di Alcol

Attività fisica



L'attività fisica svolta con regolarità induce noti effetti benefici per la salute.

L'attività fisica praticata regolarmente oltre ad un miglioramento del tono dell'umore svolge un ruolo di primaria importanza nella prevenzione di malattie cardiovascolari, diabete, ipertensione, obesità ed **osteoporosi**.

Esiste ormai un ampio consenso circa il livello dell'attività fisica da raccomandare nella popolazione adulta: 30 minuti di attività moderata al giorno per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni.

Promuovere l'attività fisica rappresenta pertanto un'azione di sanità pubblica prioritaria, ormai inserita nei piani e nella programmazione sanitaria in tutto il mondo. Negli Stati Uniti il programma *Healthy People 2010* inserisce l'attività fisica tra i principali obiettivi di salute per il Paese. L'Unione europea nel *Public Health Programme (2003-2007-2008)* propone progetti per promuovere l'attività fisica.

In Italia, sia nel Piano Sanitario Nazionale sia nel Piano della Prevenzione, si sottolinea l'importanza dell'attività fisica per la salute; il programma *Guadagnare Salute* si propone di favorire uno stile di vita attivo, col coinvolgimento di diversi settori della società allo scopo di "rendere facile" al cittadino la scelta del movimento.

Definizioni.

Tipo di lavoro:

- lavoro pesante: chi svolge lavori che richiedono notevoli sforzi fisici (manovale, agricoltore, ecc)
- lavoro moderato: chi prevalentemente cammina o fa lavori con sforzi moderati (operaio, cameriere)
- lavoro sedentario: persone che svolgono un lavoro in cui prevalentemente stanno seduti o in piedi (ad es.: stare al computer ecc).

Variabile dicotomica: sedentario/non sedentario

- **sedentario**: persona che non fa un lavoro pesante (o non lavora) e non pratica alcuna attività fisica
- **non sedentario**: persona che fa lavoro pesante o che pratica dell'attività fisica nel tempo libero indipendentemente dal livello di attività

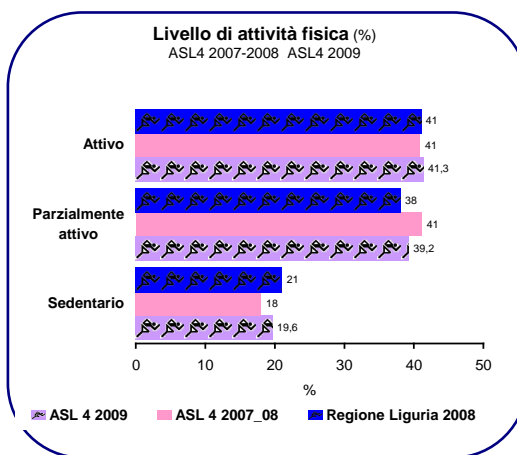
Quante persone attive fisicamente e quanti sedentari?

Nella ASL4 il **41%** delle persone intervistate riferisce di effettuare un lavoro pesante o aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica e può quindi essere definito attivo; tale valore è stabile dal 2007

il **39-41%** non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo)

il **18-19%** è completamente sedentario.

In Liguria il 41% delle persone intervistate ha riferito uno stile di vita attivo

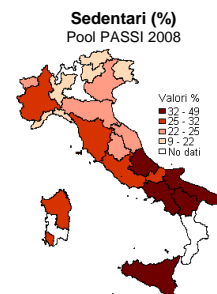


Tra chi è più diffusa la sedentarietà?

Nell'ASL4 chiavarese nel 2009 i completamente sedentari risultano:

- i meno giovani,
- le persone con basso livello di istruzione
- coloro che hanno risposto di avere molte difficoltà economiche.

Il **Odds Ratio** difficoltà economiche (2009) Nei soggetti intervistati di età tra i 18 ed i 69 anni, il rischio di essere sedentari nei soggetti in difficoltà economiche è il doppio rispetto a coloro che non hanno difficoltà economica.



Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, è risultato sedentario il 29,4% del campione, con un evidente gradiente territoriale a svantaggio delle regioni meridionali.



Gli operatori sanitari promuovono l'attività fisica dei loro assistiti?

Nella ASL4 Chiavarese nel 2009 solo il **29,5%** degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica (valore in calo rispetto al biennio)

il **24%** ha riferito di aver ricevuto il consiglio di farla regolarmente.

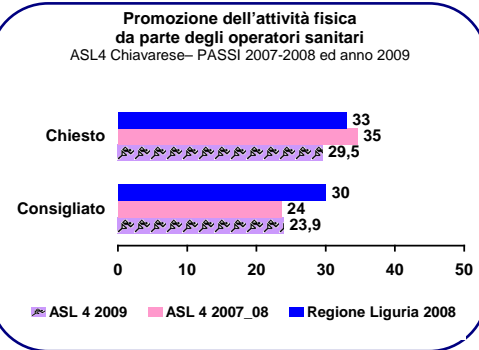
Nelle 5 ASL della Regione non emergono differenze significative nella percentuale di persone che riferiscono di aver ricevuto il consiglio di svolgere attività fisica

Sedentari			
ASL4 Chiavarese -PASSI 2007-2008 (n=481)			
PASSI 2009 (n=287)			
Caratteristiche	%	(IC95%)	
Totale	2007-2008	18,0	14,7-21,8
	2009	19,6	15,1-24,7
	2007-2008		2009
Classi di età			
18-34	15,5		12,7
35-49	13,4		20,8
50-69	23,4		22,7
Sesso			
uomini	16,6		19,7
donne	19,4		19,4
Istruzione			
Bassa	nessuna/elementare	38,8	20,8
	media inferiore	15,9	
Alta	media superiore	15,7	18,7
	laurea	15,2	
Difficoltà economiche **			
Si	molte	25,6	25,2
	qualche	17,7	
No	nessuna	16,9	14,3
	Odds Ratio		2,01 (1,10-2,01)

**con le risorse finanziarie a sua disposizione (da reddito proprio o familiare) come arriva a fine mese?"

NO: Arrivano a fine mese "Molto e/o Abbastanza facilmente"

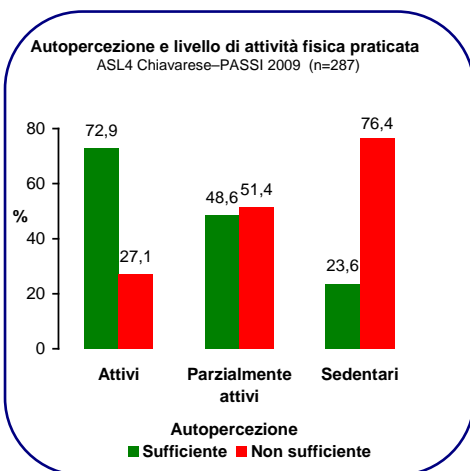
SI: Arrivano a fine mese con "qualche e/o con molta difficoltà"



Come viene percepito il proprio livello di attività fisica?

La percezione che la persona ha del proprio livello di attività fisica praticata è importante in quanto condiziona eventuali cambiamenti verso uno stile di vita più attivo.

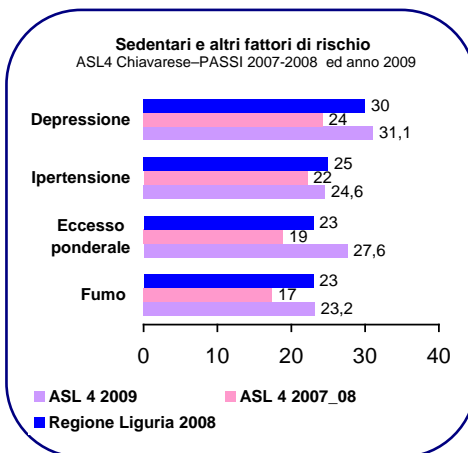
- Tra le persone attive, il **27,1%** ha giudicato la propria attività fisica non sufficiente.
- Ha percepito il proprio livello di attività fisica come sufficiente il **48,6%** delle persone parzialmente attive ed il **23,6%** dei sedentari
- I dati aziendali sono in linea con quelli rilevati a livello delle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale (23,3%).



Stile di vita sedentario e compresenza di altre condizioni di rischio

Lo stile di vita sedentario si associa spesso ad altre condizioni di rischio; in particolare nel 2009 è risultato essere sedentario:

- il **31,1%** delle persone depresse (vs 19,9% nei non depressi)
- il **25%** degli ipertesi (vs 18,2% nei non ipertesi)
- il **27,6%** (IC 19,7-36,7) delle persone in eccesso ponderale (vs 14,3% nei normopeso). Tale valore risulta aumentato rispetto al biennio 2007-2008 (18,9%). [vedi pag 41]
- Il **23,2%** dei fumatori (vs 18,1% nei non fumatori)



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL4 Chiavarese si stima che quasi una persona adulta su due (41,3%) pratichi l'attività fisica raccomandata, mentre il **19,6%** può essere considerato completamente sedentario. Le persone con difficoltà economiche sono molto più sedentarie rispetto a chi arriva facilmente a fine mese.

È presente una percezione distorta dell'attività fisica praticata: circa un sedentario su quattro (23,6%) ritiene di praticare sufficiente movimento.

La percentuale di sedentari è più alta in sottogruppi di popolazione che potrebbero beneficiarne di più (in particolare persone con sintomi di depressione, ipertesi, obesi o in sovrappeso).

In ambito sanitario gli operatori non promuovono ancora sufficientemente uno stile di vita attivo tra i loro assistiti.

Gli effetti positivi di una diffusa attività fisica nella popolazione sono evidenti sia a livello sociale, sia economico. Lo sviluppo di strategie per accrescere la diffusione dell'attività fisica (attraverso l'attivazione di interventi di dimostrata efficacia) è un importante obiettivo che può essere raggiunto solo con l'applicazione di strategie intersettoriali, intervenendo sugli aspetti ambientali, sociali ed economici che influenzano l'adozione di uno stile di vita attivo (ad es. politica di trasporti, ambiente favorente il movimento, ecc.).

Dall'informazione all'azione



In riferimento all'età adulta e anziana è stato promosso, in collaborazione con gli enti locali, l'Università (Corso di Laurea in Scienze Motorie) e le associazioni (UISP: Unione Italiana Sport per tutti), il progetto **"Gruppi di Cammino"**, che si pone come obiettivi, oltre all'acquisizione di uno stile di vita attivo, la prevenzione delle cadute e il contrasto all'isolamento sociale.

AFA (Attività Fisica Adattata) per persone al di sopra dei 55 anni e che presentano **mal di schiena e dorso curvo**. Questa è un'attività fisica specifica per il mal di schiena che viene svolta in palestre da istruttori preparati dalla ASL 4 Chiavarese. La ASL mantiene, periodicamente, il controllo dell'attività fisica ed esegue una valutazione preliminare delle persone interessate per valutarne le caratteristiche specifiche legate al mal di schiena

In Liguria si sta implementando il progetto "Pedibus" destinato all'età evolutiva (in graduale estensione a tutte le ASL) che, attraverso una collaborazione con gli enti locali, le famiglie, le scuole e il mondo delle associazioni, favorisce l'acquisizione di uno stile di vita attivo da parte dei bambini e delle loro famiglie, attraverso la realizzazione di percorsi pedonali sicuri casa-scuola.



Infine è in via di realizzazione il progetto **"OKkio alle 3A"** (Alimentazione, Attività fisica, Abitudini di vita) che, collegandosi direttamente ai risultati dell'indagine "Okkio alla salute" (in Liguria la percentuale dei bambini non fisicamente attivi è pari al 24% e quella dei bambini in eccesso ponderale è pari al 29%), promuove una corretta alimentazione e uno stile di vita attivo nei bambini delle scuole materne, nonché nelle loro famiglie e negli educatori.

L'abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose patologie cronicodegenerative (in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare) ed è il maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce: si stima che in Italia il 15-20% delle morti complessive sia attribuibile al fumo. Il fumo rappresenta un rilevante fattore di rischio anche per chi vi è esposto solo passivamente.

L'abitudine al fumo negli ultimi 40 anni ha subito notevoli cambiamenti: la percentuale di fumatori negli uomini, storicamente più elevata, si è progressivamente ridotta, mentre è cresciuta tra le donne, fino a raggiungere nei due sessi valori paragonabili; è inoltre in preoccupante aumento la percentuale di giovani che fumano.

I medici e gli altri operatori sanitari rivestono un ruolo importante nell'informare gli assistiti circa i rischi del fumo; un passo iniziale è quello di intraprendere un dialogo con i propri pazienti sull'opportunità di smettere di fumare. Smettere di fumare significa infatti dimezzare il rischio di infarto già dopo un anno e dopo 10 anni dimezzare anche il rischio di tumore del polmone.

La recente entrata in vigore della norma sul divieto di fumo (legge 3/2003 art. 51) nei locali pubblici, che completa quella relativa al divieto di fumare nei luoghi di lavoro, è un evidente segnale dell'attenzione al problema e si è dimostrata efficace nel ridurre l'esposizione al fumo passivo.

Definizioni:

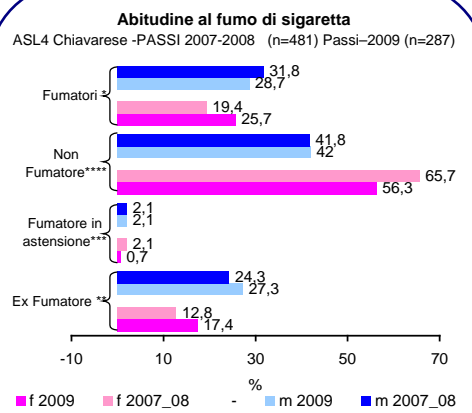
- **fumatore:** persona che ha fumato almeno 100 sigarette nella vita (5 pacchetti) ed attualmente fuma
- **fumatore in astensione:** fumatore che sta tentando di smettere e riferisce di non fumare da meno di sei mesi
- **ex-fumatore:** persona che ha fumato almeno 100 sigarette nella vita, che non fuma da oltre sei mesi
- **non fumatore:** persona che non ha mai fumato e che attualmente non fuma

Come è distribuita l'abitudine al fumo di sigaretta?

Nella ASL4 nel 2009 rispetto all'abitudine al fumo di sigaretta risultano:

- non fumatori il **49,1%** (IC 43,2-55,1) degli intervistati (dato in calo rispetto al biennio 2007-2008 **53,8%**)
- **fumatori il 28,6%** (IC 23,4-34,2), dato in aumento rispetto al biennio 2007-2008 **25,6%** (IC 95% 21,8-29,8). Tale incremento è dovuto essenzialmente all'**aumento delle donne fumatrici** (dal 19% passano al 26%). L'abitudine al fumo negli uomini è in calo.
- ex fumatori il **22,3%** (IC 17,6-27,6)

A questi si aggiungono 4 persone (pari all'**1,4%** degli intervistati), che, al momento della rilevazione, hanno dichiarato di aver sospeso di fumare da meno di sei mesi (i cosiddetti "**fumatori in astensione**", ancora considerati fumatori, secondo la definizione OMS)



*Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno
 **Ex fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e
 ***Soggetto che attualmente non fuma, da almeno 6 mesi
 ****Non fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e attualmente non fuma

Quali sono le caratteristiche dei fumatori di sigaretta?

Nella ASL4 Chiavarese si è osservata una prevalenza più elevata di fumatori:

- tra le persone sotto ai 50 anni (soprattutto nella fascia 18-34 anni)
- tra gli uomini
- tra le persone con qualche difficoltà economica.

Si segnala nel 2009 un **aumento delle donne fumatrici** che passano dal 21,5% del biennio 2007-2008 al **26,4%** del 2009.

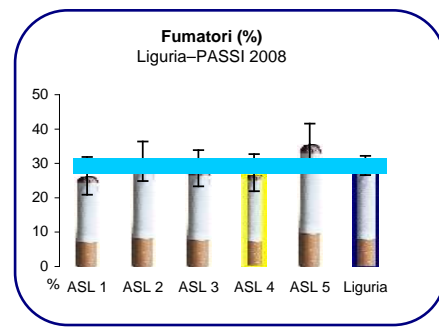
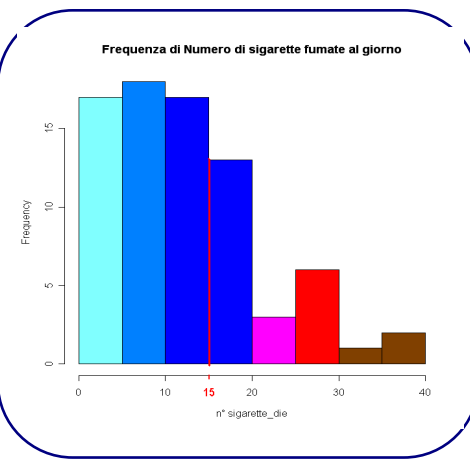
Nelle donne i danni vascolari dovuti al fumo di sigaretta (arteriopatia obliterante), sono più gravi in quanto il diametro vascolare nelle femmine è inferiore a quello degli uomini.

L'abitudine al fumo negli uomini risulta in calo.

I fumatori abituali hanno dichiarato di fumare in media **14,31** sigarette al giorno; tra questi, il **15,6%** fuma oltre 20 sigarette al dì ("**forte fumatore**").

Caratteristiche	2007-2008 (%)	2009 (%)	(IC95%)
Totale	27,7	28,6	23,7-31,9 / 23,4-34,2
Classi di età			
18-24	28,3		
25-34	41,7	32,4	
35-49	25,3	29,2	
50-69	24,8	25,8	
Sesso			
uomini	33,9	30,8	
donne	21,5	26,4	
Istruzione			
Bassa nessuna/elementare	24,0	26,7	
media inferiore	31,8		
Alta media superiore	22,2	29,9	
laurea	27,7		
Difficoltà economiche **			
Si molte	34,9	31,9	
qualche	37,8		
No nessuna	25,6	25	

Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno (**sono inclusi anche i fumatori in astensione**)



Tra le ASL regionali non emergono differenze significative per quanto concerne la prevalenza di fumatori (range dal 26% della ASL 1 al 36% della ASL 5);

Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, i fumatori rappresentano il **29,8%**, gli ex fumatori il 19,5% e i non fumatori il 50,7%



A quante persone sono state fatte domande in merito alla loro abitudine al fumo da parte di un operatore sanitario?

Anno 2009

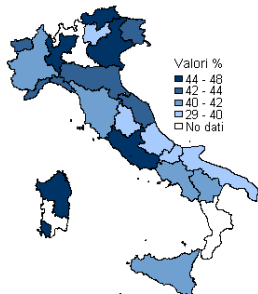
Nella ASL4 Chiavarese circa il **39,7%** degli intervistati ha dichiarato di aver ricevuto da un operatore sanitario domande sul proprio comportamento in relazione all'abitudine al fumo.

In particolare ha riferito di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo:

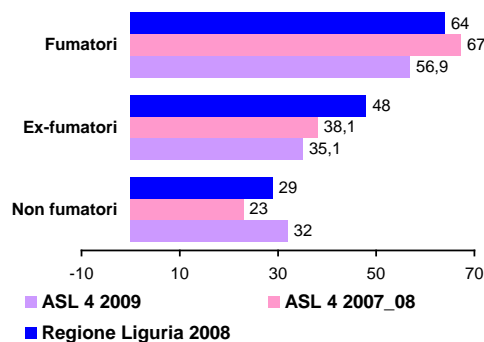
- il **57%** dei fumatori (10% in meno rispetto al biennio 2007-2008)
- il **35%** degli ex fumatori
- il **32%** dei non fumatori.

Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, ha riferito di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo il 42,5% degli intervistati e il 66,5% dei fumatori.

Attenzione al fumo da parte degli operatori sanitari* (%) Pool PASSI 2008

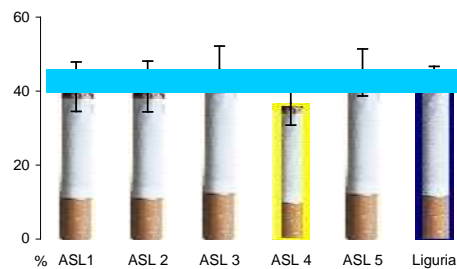


Attenzione al fumo da parte degli operatori sanitari (%)* ASL4 Chiavarese-PASSI 2007-2008 ed anno 2009



* intervistati che sono stati da un medico o un operatore sanitario nell'ultimo anno 2009 (n. 257)

Attenzione al fumo da parte degli operatori sanitari (%) Liguria - PASSI 2008



Tra le ASL regionali, nessuna si differenzia significativamente dalla media regionale (range dal 37% della ASL4 al 46% della ASL 3).



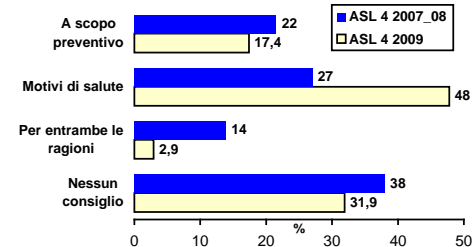
A quanti fumatori è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare? E perché?

Nella ASL4 Chiavarese tra i fumatori, il **68%** ha riferito di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario. Il dato risulta in aumento rispetto al biennio 2007-2008 (62%)

Il consiglio è stato dato prevalentemente per motivi di salute (**47,8%**).

Complessivamente nel 2009 si riscontra un aumento di operatori sanitari che hanno consigliato al paziente di smettere di fumare.

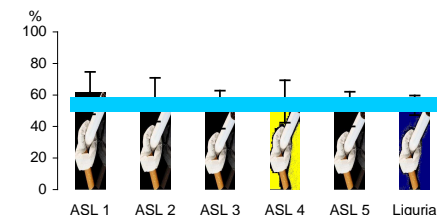
Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e motivazione-ASL4 chiavarese Passi 2007_8 ed anno 2009 *



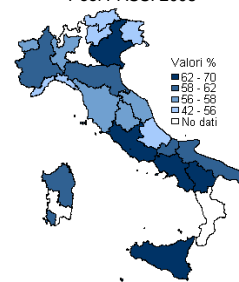
* Fumatori che sono stati da un medico od un operatore sanitario nell'ultimo anno (n. 79)

Nel 2008 nelle ASL regionali non sono emerse differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di fumatori a cui è stato consigliato di smettere di fumare (range dal 51% della ASL 3 al 62% della ASL 1).

Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari* (%) Liguria-PASSI 2008 (n=323)



Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari* (%) Pool PASSI 2008



* Fumatori che sono stati da un medico o da un operatore sanitario nell'ultimo anno

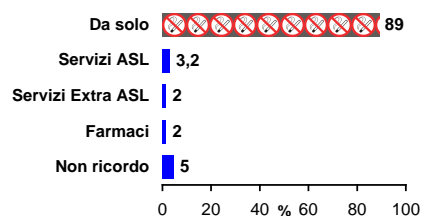
Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di fumatori che ha riferito di aver ricevuto consiglio di smettere è risultata pari al 61,2%.

Smettere di fumare:

come è riuscito l'ex fumatore e come ha tentato chi ancora fuma

- Fra gli ex fumatori, l'**89%** (IC 78,4-95,4) ha dichiarato di aver smesso di fumare da solo (dato in calo). Nel biennio 2007_008 tale valore era del **91%**
- I valori rilevati sono più bassi del dato delle ASL partecipanti al PASSI a livello nazionale: il **96%** degli ex fumatori ha riferito di aver smesso da solo.
- Fra i fumatori, il **47,4%** ha tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno (in aumento)
Nel biennio 2007-2008 tale valore era pari a **40,7%** e a livello nazionale al **37,2%**.

% delle diverse modalità di smettere di fumare negli ex fumatori
ASL4 Chiavarese (64 ex fumatori)-Passi 2009



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL4 Chiavarese, come a livello nazionale, si stima che circa una persona su tre (28,6%) sia classificabile come fumatore; in particolare le prevalenze più alte e preoccupanti si riscontrano in giovani e adulti nella fascia 25-34 anni.

Si segnala nel 2009 un pericoloso **aumento delle donne fumatrici** che passano dal 21,5% del biennio 2007-2008 al **26,4%** del 2009.

Poco più di **due fumatori su quattro (56,9%)** hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari, in calo rispetto al biennio 2007-2008.

La maggior parte degli ex fumatori ha dichiarato di aver smesso di fumare da solo; un numero veramente esiguo ha smesso di fumare grazie all'ausilio di farmaci, gruppi di aiuto ed operatori sanitari. Questa situazione sottolinea la necessità di un ulteriore consolidamento del rapporto tra operatori sanitari e pazienti, per valorizzare al meglio l'offerta di opportunità di smettere di fumare presente a livello della ASL.

Dall'informazione all'azione

PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE della regione Liguria 2010-2012 DGR N. 1545 del 17/12/2010, prevede la

"Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze)" ed in particolare al punto

2.9.6.4 **Unplugged**: Realizzazione di un Programma scolastico di potenziamento di conoscenze e abilità personali e sociali per la prevenzione dell'uso di tabacco, alcol e droghe.

Dall'informazione all'azione

Che cos'è Unplugged:

Unplugged è il primo programma europeo di provata efficacia, mira a migliorare il benessere e la salute psicosociale dei ragazzi attraverso il riconoscimento ed il potenziamento delle abilità personali e sociali necessarie per gestire l'emotività e le relazioni sociali, e per prevenire e/o ritardare l'uso di sostanze ed è basato sul modello dell'influenza sociale, e ha l'obiettivo di:

- favorire lo sviluppo ed il consolidamento delle competenze interpersonali;
- sviluppare e potenziare le abilità intrapersonali;
- correggere le errate convinzioni dei ragazzi sulla diffusione e l'accettazione dell'uso di sostanze psicoattive, nonché sugli interessi legati alla loro commercializzazione;
- migliorare le conoscenze sui rischi dell'uso di tabacco, alcol e sostanze psicoattive e sviluppare un atteggiamento non favorevole alle sostanze.



Per le sue caratteristiche di ritardare o prevenire la sperimentazione delle sostanze psicoattive, Unplugged è indicato per i ragazzi del secondo e terzo anno delle scuole secondarie di primo grado e del primo anno delle scuole secondarie di secondo grado.

Il programma è condotto dall'insegnante con metodologia interattiva, utilizzando tecniche quali il role play, il brain storming e le discussioni di gruppo. Gli insegnanti hanno quindi un ruolo fondamentale, la loro motivazione e l'entusiasmo sono determinanti ai fini dell'efficacia dell'intervento. Per questo è necessario che siano formati in modo specifico, partecipando ad un corso di formazione di 2,5 giorni, supportati dall'OED Piemonte e dalla EU-Dap Faculty europea. Le competenze acquisite dagli insegnanti potranno essere utilizzate anche nell'ambito delle attività didattiche. A supporto del programma è disponibile il kit che include il manuale per l'insegnante, il quaderno dello studente e il set di carte da gioco per l'unità 9.

Valutazione di efficacia degli interventi in sanità pubblica

I provvedimenti di natura preventiva devono essere tesi a valorizzare l'individuo, ma non possono prescindere dalle responsabilità della collettività e delle scelte produttive ed economiche. Tali strategie per il miglioramento della salute dei cittadini richiedono un coinvolgimento della politica economica, dei sistemi d'informazione, degli insegnanti, della famiglia e delle strutture sanitarie.

Le strutture sanitarie nell'ambito delle loro peculiari attività possono mettere in atto interventi di:

- educazione sanitaria nelle scuole (approccio in rete e/o con media education e/o peer education)
 - counselling e informazione nei servizi sanitari con l'obiettivo di ridurre il numero di fumatori ed evitare il fumo passivo nei bambini
 - servizi per aiutare a smettere di fumare
- Rispetto a finalità così difficili da raggiungere è necessario mettere in campo interventi di provata efficacia (vedi tabella Cochrane).
- Per contrastare l'abitudine al fumo, l'**intervento clinico minimo di efficacia provata** e raccomandato nelle principali linee guida prodotte da organismi nazionali di diversi paesi europei ed extraeuropei è quello noto con la sigla delle 5 A: ASK, ADVISE, ASSESS, ASSIST, ARRANGE" ovvero "chiedi, consiglia, valuta, assisti, pianifica il follow up".

Le prime fasi di tale intervento possono essere realizzate spendendo anche pochi minuti nel corso di una qualunque visita medica, e vengono proposte in quanto sintetizzano gli interventi più efficaci descritti in letteratura.

Risultati delle revisioni sistematiche Cochrane sui metodi non farmacologici di cessazione del fumo

Intervento valutato	Risultati (n° RCT)	OR (IC ⁹⁵)
Raccomandazioni del medico di smettere di fumare	Interventi brevi vs nessun intervento	1,69 (1,45-1,98)
	Interventi intensi vs interventi brevi	1,44 (1,23-1,68)
Raccomandazioni e interventi del personale infermieristico	Intervento vs non intervento	1,43 (1,24-1,66)
	Interventi in ospedale specializzato vs non intervento	2,14 (1,39-3,31)
Counseling individuale (durata >10')	Counseling individuale vs interventi minimi	1,55 (1,27-1,90)
	Counseling più intenso vs meno intenso	1,17 (0,59-2,34)

Fumo passivo

Il fumo passivo è la principale fonte di inquinamento dell'aria negli ambienti confinati. L'esposizione in gravidanza contribuisce a causare basso peso alla nascita e morte improvvisa del lattante; nel corso dell'infanzia provoca otite media, asma, bronchite e polmonite; in età adulta, infine, il fumo passivo è causa di malattie ischemiche cardiache, ictus e tumore del polmone; altri effetti nocivi del fumo passivo sono probabili, ma non ancora pienamente dimostrati.

Con la legge "Tutela della salute dei non fumatori" (entrata in vigore il 10 gennaio 2005), l'Italia è stata uno dei primi paesi dell'Unione Europea a regolamentare il fumo nei locali chiusi pubblici e privati, compresi i luoghi di lavoro e le strutture del settore dell'ospitalità.

L'abitudine al fumo nei luoghi pubblici

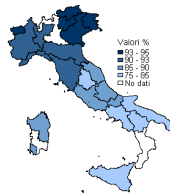
Le persone intervistate che lavorano riferiscono, nel **92,5%** dei casi, che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre o quasi sempre.

l'**1,8%** dichiara che il divieto non è mai rispettato o lo è raramente (**4,6%**)

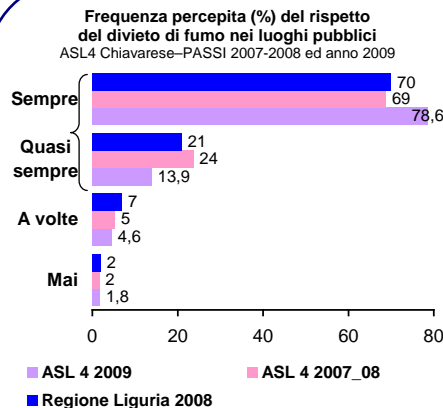
Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre/quasi sempre nell'**84%** dei casi (93% Nord-Est Italia), con un evidente gradiente territoriale.

Nelle ASL regionali, non si evidenzia una differenza statisticamente significativa per quanto concerne la percentuale di persone che ritengono sia sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo nei luoghi pubblici (range dal 90% della ASL 3 al 96% della ASL 1).

Rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici ("sempre" o "quasi sempre") (%) Pool PASSI 2008

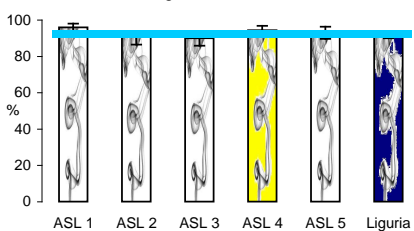


Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre/quasi sempre nell'**87,2%** dei casi.



* intervistati che sono stati in locali pubblici negli ultimi 30 giorni

Rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici ("sempre" o "quasi sempre") (%) Liguria-PASSI 2008*



*intervistati che sono stati in locali pubblici negli ultimi 30 giorni

Percezione del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

Nel biennio 2007 2008

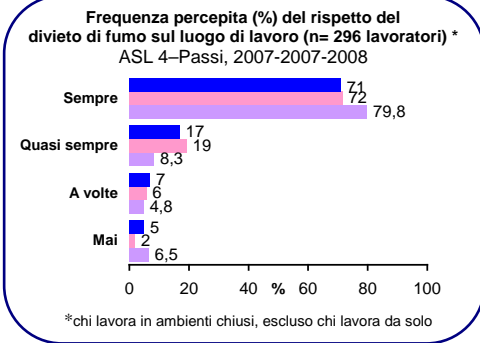
tra i lavoratori intervistati, il **71,6%** ha dichiarato che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre o quasi sempre (**19,3%**).

Il **2%** dichiara che il divieto non è mai rispettato o lo è raramente (**5,7%**).

Nell'anno 2009

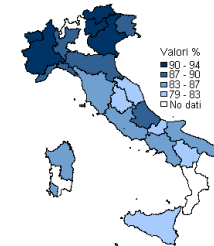
tra i lavoratori intervistati, il **79,8%** ha dichiarato che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre o quasi sempre (**8,3%**).

Il **6,5%** dichiara che il divieto non è mai rispettato o lo è raramente (**4,8%**).

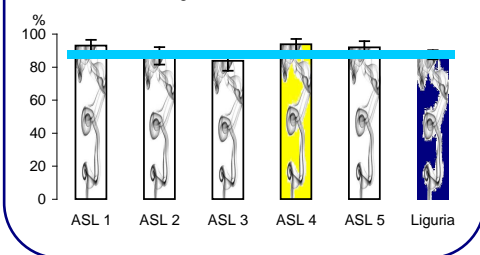


*chi lavora in ambienti chiusi, escluso chi lavora da solo

Rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro ("sempre" o "quasi sempre") (%) Pool PASSI 2008



Rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro ("sempre" o "quasi sempre") (%) Liguria- PASSI 2008



Nelle ASL regionali, non sono emerse differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di lavoratori che ritengono sia sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo sul luogo di lavoro (range dall'80% della ASL 3 al 94% della ASL 4).

Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il divieto di fumare nei luoghi di lavoro è rispettato sempre/quasi sempre nell'**87,1%** dei casi..

L'abitudine al fumo in ambito domestico

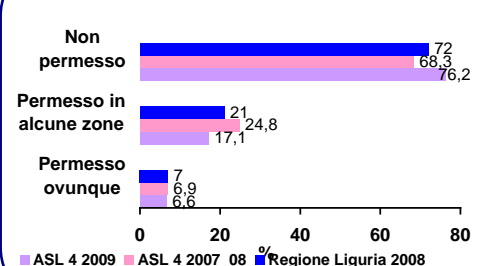
Rispetto all'abitudine al fumo nella propria abitazione:

il **76,2%** (IC 70,9-81,0) degli intervistati ha dichiarato che non si fuma in casa. Si sottolinea il positivo aumento del dato rispetto al 2007-2008.

il **17,1%** che si fuma in alcune stanze della casa

il **6,6%** che si fuma ovunque.

% delle diverse regole sul permesso di fumare a casa ASL4 Chiavarese-PASSI 2007-2008 ed anno 2009



Conclusioni e raccomandazioni

La legge per il divieto di fumo costituisce un vero e proprio strumento per "fare salute": i programmi di controllo e vigilanza delle ASL contribuiscono a garantire il rispetto formale e sostanziale della legge. Le stesse strutture sanitarie devono per prime assicurare la qualità dell'aria che si respira nei loro edifici.

Campagne promozionali mirate possono contribuire a rinforzare il messaggio di ridurre la quota di case in cui è possibile fumare e quindi esporre gli altri, in particolare i bambini, agli effetti nocivi del fumo passivo.

Dall'informazione all'azione

Alcune delle azioni incluse tra gli obiettivi della programmazione regionale concorrono in maniera diretta alla diminuzione del fumo passivo. In particolare:

- Azioni rivolte a target particolarmente sensibili, quali donne in gravidanza o famiglie con bambini piccoli
- Azioni volte alla sensibilizzazione degli operatori sanitari, in primo luogo dipendenti delle ASL e medici convenzionati.

Progetto ASL 4 Chiavarese: "Voglio crescere lontano dal fumo"

Raccomandazioni per i genitori

- non fumate, in particolare in gravidanza e durante l'allattamento al seno;
- non esponete la donna in gravidanza al fumo passivo;
- non fumate in casa e nei luoghi dove si è assieme ai bambini;
- non fumate in auto, mai quando si trasportano dei bambini;
- chiedete a chiunque frequenti la casa di astenersi dal fumare (utile un piccolo cartello: Non fumare per favore. Ci sono bambini);
- non portate i bambini in ambienti dove si fuma;
- esercitate vigilanza affinché non si fumi nei luoghi frequentati dai bambini (strutture ludiche, educative, ambulatori, ecc.).

Voglio crescere lontano dal fumo



Stato nutrizionale e abitudini alimentari



Lo stato nutrizionale è un determinante importante delle condizioni di salute di una popolazione; l'eccesso di peso rappresenta un fattore di rischio rilevante per le principali patologie croniche (cardiopatie ischemiche, alcuni tipi di neoplasia, ictus, ipertensione, diabete mellito) ed è correlato con una riduzione di aspettativa e qualità di vita nei paesi industrializzati.

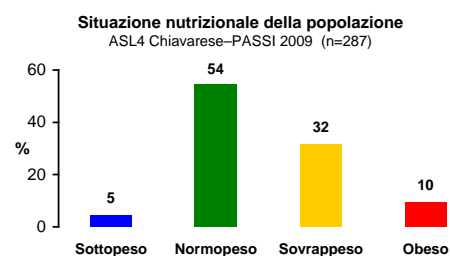
Le persone vengono classificate in 4 categorie in base al valore dell'Indice di massa corporea (*Body Mass Index* o BMI), calcolato dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato: sottopeso (BMI <18,5), normopeso (BMI 18,5-24,9), sovrappeso (BMI 25,0-29,9), obeso (BMI ≥ 30). Ad alcuni alimenti è riconosciuto un ruolo protettivo: è ormai evidente per esempio la protezione rispetto alle neoplasie associata all'elevato consumo di frutta e verdura. Per questo motivo ne viene consigliato il consumo tutti i giorni: l'adesione alle raccomandazioni internazionali prevede il consumo di almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno ("five a day").

Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

Nella ASL4 Chiavarese nel 2009 il 5% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 54% normopeso, il 32% sovrappeso e l'10% obeso.

Complessivamente si stima che il 41% (IC 35,3-47,0) della popolazione presenti un eccesso ponderale.

Rispetto al biennio 2007-2008 si può notare un leggero miglioramento (dal 45% al 41%)



Quante e quali persone sono in eccesso ponderale?

L'eccesso ponderale è significativamente più frequente:

- col crescere dell'età
- negli uomini (57,1% vs 25,2%)
- nelle persone con basso livello di istruzione
- nei soggetti che hanno riferito molte difficoltà economiche.

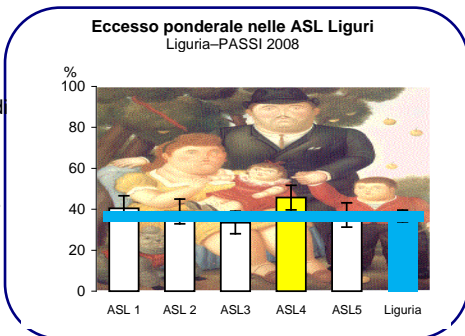
Nel 2009 tali differenze risultano meno evidenti.

Popolazione con eccesso ponderale

ASL4 Chiavarese -PASSI 2007-2008 (n=481)
PASSI 2009 (n=287)

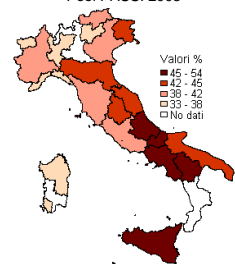
Caratteristiche	2007-2008		2009	
	sovrappeso	obesi	sovrapp.	obesi
Totale	34,8	10,0	31,6	9,5
Classi di età				
18-34	20,3	4,2	19,7	4,2
35-49	34,3	10,2	30,2	13,5
50-69	43,9	13,3	39,8	9,3
Sesso				
uomini	44,4	12,1	43,7	13,4
donne	25,3	7,9	19,6	5,6
Istruzione				
Bassa				
nessuna/elementare	40,8	16,3	34,7	12,7
media inferiore	44,5*	13,7		
Alta				
media superiore	32,1	5,0	29,3	7,2
laurea	17,9	13,4		
Difficoltà economiche **				
Si				
molte	39,5	14,0	31,7	12
qualche	32,4	13,0		
No				
nessuna	36,2	6,3	31,4	7,1

nel 2008 nelle cinque ASL della Regione Liguria la percentuale di persone in eccesso di peso varia dal minimo del 33% nell'ASL Genovese al massimo del 46% dell'ASL Chiavarese quest'ultima con un valore significativamente superiore alla media ligure.



Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 41,9% degli intervistati ha riferito un eccesso ponderale (31,6% in sovrappeso e 10,3% obesi), è inoltre presente un evidente gradiente territoriale a svantaggio delle regioni meridionali.

Personi in eccesso ponderale (%)
Pool PASSI 2008

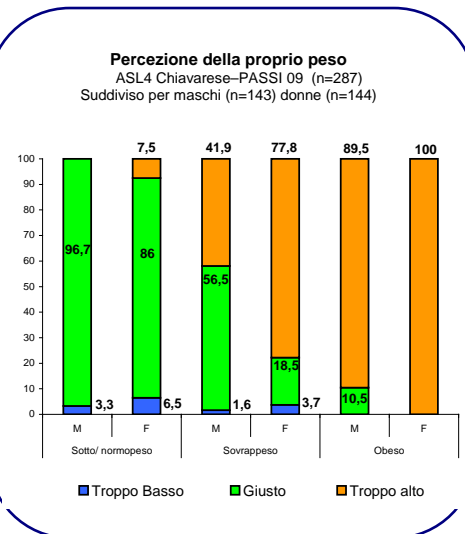


Come considerano il proprio peso le persone intervistate?

La percezione che la persona ha del proprio peso è un aspetto importante da considerare in quanto condiziona un eventuale cambiamento nel proprio stile di vita.

La percezione del proprio peso non sempre coincide con il BMI calcolato sulla base di peso ed altezza riferiti dagli stessi intervistati: nella ASL4 Chiavarese si osserva un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e BMI negli obesi (93%) e nei normopeso (90%); tra le persone in sovrappeso invece ben il 45% ritiene il proprio peso giusto.

Emerge una diversa percezione del proprio peso per sesso: tra le donne normopeso l'86,0% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto all'96,7% degli uomini, mentre tra quelle in sovrappeso il 18,5% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto all'56,5% degli uomini.

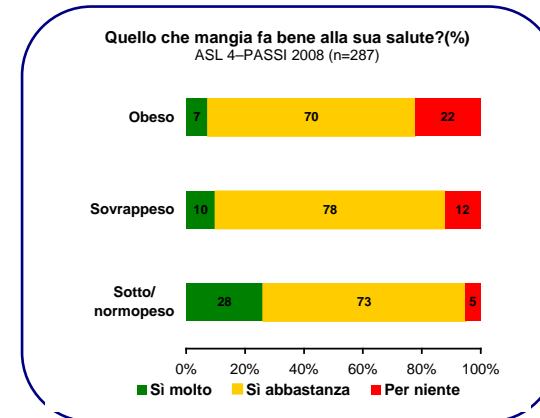


Come considerano la propria alimentazione le persone intervistate?

Nella ASL4 Chiavarese il 90,9% degli intervistati ritiene di avere una alimentazione positiva per la propria salute ("Sì, abbastanza" o "Sì, molto") in particolare:

- il 95% delle persone sottopeso/normopeso
- l'88% dei sovrappeso
- il 77% degli obesi.

Mediamente nella nostra Regione la stragrande maggioranza (89%) degli adulti ritiene di avere una alimentazione positiva per la propria salute.



Quante persone mangiano almeno 5 porzioni** di frutta e verdura al giorno ("five a day")?

Nella ASL4 Chiavarese il 96% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno:

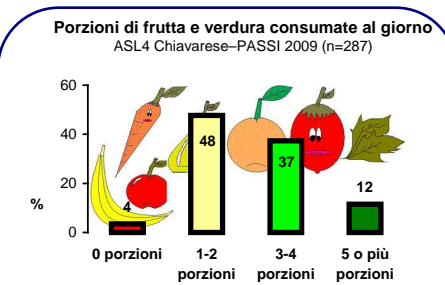
- il 37,3% ha riferito di mangiare 3-4 porzioni al giorno (dato in calo 46% nel biennio 2007-2008)
- solo l'11,5% consuma le 5 porzioni raccomandate**

L'abitudine a consumare 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno è più diffusa

nelle persone sopra ai 50 anni

nelle donne (10,7 vs 7,1% uomini)

Non emergono differenze legate alla condizione economica, al livello di istruzione ed al sovrappeso.



** Una Porzione di frutta corrisponde al quantitativo di frutta contenuta in un palmo della mano
** Una porzione di verdura corrisponde a mezzo piatto di verdura cotta o cruda

Adesione al "5 a day" Consumo di frutta e verdura
ASL4 Chiavarese -PASSI 2007-2008 (n=481)
PASSI 2009 (n=287)

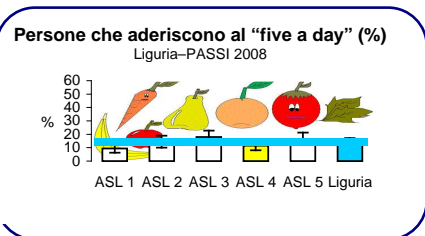
Caratteristiche	%	(IC95%)
Totale	2007-2008	8,9 5,6-11,9
	2009	11,5 8,0-15,8
	2007-2008	2009
Classi di età		
18-34	10,2	11,3
35-49	3,6	6,3
50-69	12,7	15,8
Sesso		
uomini	7,1	6,3
donne	10,7	16,7
Istruzione		
Bassa	nessuna/elementare	12,0
	media inferiore	10,3
Alta	media superiore	6,4
	laurea	11,9
Difficoltà economiche		
Si	molte	11,6
	qualche	7,8
No	nessuna	9,5
Stato nutrizionale		
	sotto/normopeso	8,7
	sovrappeso	9,0
	obeso	10,4
	2007-2008	2009
	8,7	11,9
	9,0	11,1
	10,4	11,1

* Consumo di almeno 5 porzioni** al giorno di frutta e verdura

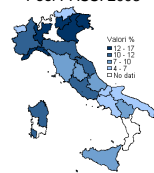
In Liguria il 15% tuttavia riferisce di consumare le 5 porzioni raccomandate.

Oltre ad essere mediamente modesta la percentuale di persone che consumano almeno cinque porzioni di frutta e verdura in Liguria, vi sono alcune ASL nelle quali meno del 10% delle persone adulte aderiscono al "five a day"

Tra le ASL partecipanti al sistema a livello nazionale, aderisce al "five a day" il 10,1% del campione e la nostra Regione presenta uno dei valori più elevati



Pool PASSI 2008



Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di perdere peso dagli operatori sanitari e con quale effetto?

Nella ASL4 Chiavarese nel biennio 2007-2008 il 56,5% (IC 48,3-64,5) delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare hanno riferito questo consiglio il 52% delle persone in sovrappeso e il 74,2% degli obesi.

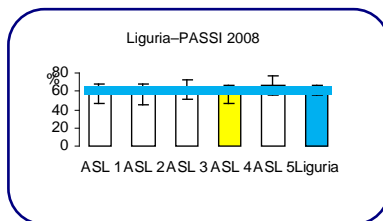
Nel 2009 tale valore risulta in calo in particolare ha riferito di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o di un altro operatore sanitario il 50,0% (IC 40,2-59,8) delle persone in eccesso ponderale; hanno ricevuto questo consiglio il 43,4% delle persone in sovrappeso e il 72,0% degli obesi

Consiglio di perdere peso alle persone sovrappeso/obese da parte degli operatori sanitari (%)

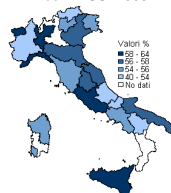
In Liguria il 61% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o di un altro operatore sanitario;

Tra le ASL della Regione non emergono differenze significative nella percentuale di persone in eccesso ponderale che riferiscono di aver ricevuto il consiglio di perdere peso. Tale quota varia dal minimo dell'ASL 2 (57%) al massimo dell'ASL 5 (67%).

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 57,2% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto questo consiglio (in particolare il 48,6% delle persone in sovrappeso e l'82,2% delle persone obese).



Pool PASSI 2008



Nel 2009 il 29,9% (IC 21,8-39,1) delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso (25,6% nei sovrappeso e 44,4% negli obesi)

Tale valore è in aumento rispetto al biennio 2007-2008 dove hanno seguito una dieta il 26,5% dei soggetti in eccesso ponderale, il 24% dei sovrappeso e 35,4% degli obesi

Nel 2009 la proporzione di persone con eccesso ponderale che seguono una dieta è significativamente più alta:

- nelle donne (50% vs 21,0% degli uomini)
- negli obesi (44,4% vs 25,6% nei sovrappeso)
- nelle persone sovrappeso (esclusi gli obesi) che ritengono il proprio peso "troppo alto" (31,9%) rispetto a quelle che ritengono il proprio peso "giusto" (15,3%)
- in coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (44,5% vs 18,5% che non ha ricevuto alcun consiglio).

Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di fare attività fisica dagli operatori sanitari e con quale effetto?

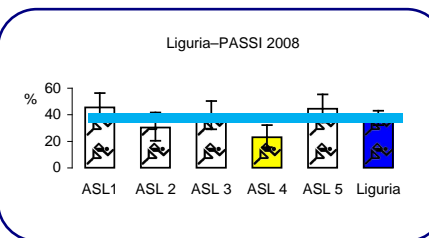
Nella ASL4 Chiavarese nel 2009 il 27,6 (IC 19,7-36,7) delle persone in eccesso ponderale è sedentario (23,6% nei sovrappeso e 40,7% negli obesi), tali valori risultano in aumento rispetto al biennio 2007-2008 dove la proporzione dei soggetti sedentari era del 18,9% (18,8% nei sovrappeso e 19,1% negli obesi).

Il 28,6% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 25,9% delle persone in sovrappeso e il 37,5% di quelle obese.

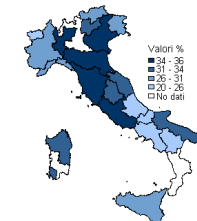
Tra le persone in eccesso ponderale che hanno riferito il consiglio, il 63,3% pratica un'attività fisica almeno moderata, rispetto al 77% di chi non lo ha ricevuto (differenza non significativa).

Consiglio di fare attività fisica alle persone sovrappeso/obese da parte degli operatori sanitari (%)

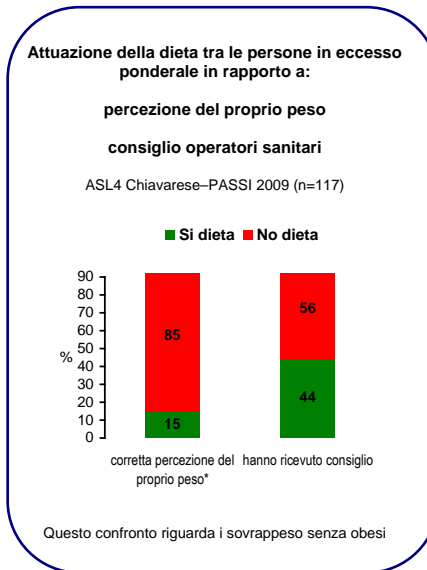
Nel 2008 nelle cinque ASL liguri, la percentuale di persone sovrappeso/obese che ha riferito di aver ricevuto il consiglio varia in modo rilevante dal 23% dell'ASL4 al 46% dell'ASL1.



Pool PASSI 2008



Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 37,9% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto questo consiglio, in particolare il 34,7% delle persone in sovrappeso e il 47,3% degli obesi.



Quante persone hanno cambiato peso nell'ultimo anno?

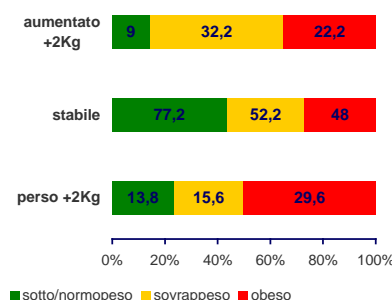
Nella ASL4 Chiavarese nel 2009 il **17,6%** degli intervistati ha riferito di essere aumentato di almeno 2 kg di peso nell'ultimo anno. La proporzione di persone aumentate di peso è più bassa rispetto al biennio 2007-2008 (19.1%). Risultano aumentare di peso le seguenti categorie:

• persone già in sovrappeso **32,2%** (22,2% obesi e 9% normopeso).

• gli uomini (19,0%) vs donne (16, 1%) [chi quadro non significativo]

• nella fascia di età tra, 35-49 anni **22,9%** (12,9% 18-34 anni e 16,0% 50-69 anni)

Cambiamenti ponderali negli ultimi 12 mesi
ASL4 Chiavarese-PASSI 2009 (n=287)



Conclusioni e raccomandazioni

In letteratura è ampiamente documentata una sottostima nel rilevare la prevalenza dell'eccesso ponderale attraverso indagini telefoniche analoghe a quelle condotte nel sistema di Sorveglianza PASSI; nonostante questa verosimile sottostima, nella ASL4 Chiavarese due persone adulte su cinque presentano un eccesso ponderale (41%). 🧑🏻 🧑🏻 🧑🏻 🧑🏻 🧑🏻

Una particolare attenzione nei programmi preventivi va posta, oltre alle persone obese, alle persone in sovrappeso. In questa fascia di popolazione emerge infatti una sottostima del rischio per la salute legato al proprio peso: nei maschi più di una persona in sovrappeso su due percepisce il proprio peso come "giusto" 🧑🏻 🧑🏻, la maggior parte giudica la propria alimentazione in senso positivo e meno di una persona su quattro è aumentata di peso nell'ultimo anno.

La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata dal **29,9%** delle persone in eccesso ponderale, mentre è più diffusa la pratica di un'attività fisica moderata (**72,4%**).

La maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura: quasi due persone su cinque (37,3%) ne assumono oltre 3 porzioni, ma solo una piccola quota aderisce al "five a day" ovvero le 5 porzioni al giorno raccomandate per un'efficace prevenzione delle neoplasie.

I risultati indicano la necessità di interventi multisettoriali per promuovere un'alimentazione corretta accompagnata da un'attività fisica svolta in maniera costante e regolare; per aumentare l'efficacia degli interventi appare fondamentale l'approccio multidisciplinare, nel quale la Sanità Pubblica gioca un ruolo importante nel promuovere alleanze e integrazioni.

Rilevante risulta inoltre il consiglio ed il sostegno del Medico di Medicina Generale, spesso il primo operatore a confrontarsi con il problema legato al peso del proprio assistito.

Dall'informazione all'azione

Pulcini a tavola è una Linea guida prodotta da un gruppo di lavoro costituito da diversi professionisti impegnati a vario titolo nella tutela della salute dei bambini dell'ASL 4. Esso rappresenta uno strumento divulgativo ed operativo ad uso di operatori sanitari, servizi di ristorazione pubblici e privati e famiglie ed educatori degli asili nido e materne e contiene la revisione delle più recenti indicazioni scientifiche nell'ambito della nutrizione infantile. L'obiettivo è quello di diffondere alcuni principi di buona e sana alimentazione e di favorirne l'adozione sia a livello scolastico che familiare, nell'ambito di un più ampio progetto di educazione nutrizionale.



Malnutrizione in ospedale e nelle case di cura

E' ormai risaputo come la **malnutrizione** (Protein-Energy Malnutrition **MPE**) rappresenti un rilevante fattore di morbilità, mortalità, qualità della vita e risparmio economico. Nelle situazioni patologiche acute, sub-acute o croniche la malnutrizione ha effetti di ordine metabolico in grado di innescare un circolo vizioso tra malattia, ipercatabolismo, anoressia determinando un calo dell'immunità, ritardo della guarigione delle ferite e sovrainfezioni polmonari. Lo stato nutrizionale di ogni soggetto è legato al mantenimento di un equilibrio costante tra apporto e fabbisogno. Nella nostra ASL i dati relativi alla prevalenza della MPE, da uno studio svolto in alcuni Reparti Ospedalieri nel 2005 risultavano sovrapponibili ai dati della letteratura (dal 30 al 60%) Al fine di diffondere consapevolezza a tutti i livelli sull'importanza della Nutrizione come atto terapeutico, nella ASL4 è stato istituito un Team Nutrizionale Ospedaliero coordinato dalla Struttura Dipartimentale di Dietetica e Nutrizione Clinica (SSD), che si propone di svolgere un' azione di prevenzione e di controllo della MPE, attraverso un utilizzo appropriato e ottimizzato della nutrizione naturale ed artificiale.

Il problema della MPE è presente in maniera rilevante nelle Strutture residenziali (RSA) o assimilabili (lungo-degenze) di anziani non autosufficienti, con patologie croniche e frequenti ospedalizzazioni, affliggendo l'85% degli individui istituzionalizzati. A tale proposito la SSD di Dietetica e Nutrizione Clinica in collaborazione con la S.S. Controllo strutture semiresidenziali anziani ha elaborato un progetto di Prevenzione, sorveglianza e controllo della malnutrizione nel paziente istituzionalizzato in Rsa/Residenza Protetta.

Il progetto si prefigge di migliorare le conoscenze e le azioni in ambito nutrizionale attraverso la formazione dei singoli operatori della struttura residenziale; identificando un metodo univoco di valutazione dello stato nutrizionale degli ospiti e conseguente calo della prevalenza della malnutrizione tra gli ospiti.

La Struttura di Dietetica e Nutrizione Clinica ha validato e utilizzato un parametro biochimico, la Prealbumina, unitamente ad una attenta valutazione clinica, come parametro per individuare precocemente e monitorare attentamente la Malnutrizione.

Consumo di alcol



Nonostante l'enorme impatto sulla salute pubblica per i rischi connessi ad un uso eccessivo di bevande alcoliche, questo problema rimane ancora sottostimato: all'accettazione sociale del bere si aggiunge una marcata comunicazione commerciale che spesso copre i messaggi della prevenzione.

In Europa si stima che l'alcol uccida circa 115.000 persone l'anno e 25.000 in Italia: cirrosi epatica e incidenti stradali sono le principali cause di morte alcol-correlate.

L'alcol è una sostanza tossica dannosa per l'organismo: non è fissato un livello soglia di "non pericolosità" e studi recenti confutano la considerazione diffusa che un consumo leggero di alcolici sia benefico per la salute e protegga il cuore. L'abuso di alcol porta più frequentemente a comportamenti a rischio per se stessi e per gli altri (quali ad esempio guida pericolosa di autoveicoli, infortuni e lavoro in condizioni psico-fisiche inadeguate, comportamenti sessuali a rischio, violenza); il danno causato dall'alcol si estende pertanto alle famiglie e alla collettività.

Si stima che i problemi di salute indotti dal consumo/abuso di prodotti alcolici siano responsabili del 9% della spesa sanitaria.

Il Piano Nazionale Alcol e Salute si propone di coordinare tutte le attività di prevenzione per ridurre i danni causati dall'alcol. L'emergere infatti di nuove culture del bere (dallo sballo del fine settimana alla moda degli aperitivi) sollecita la realizzazione di sistemi di monitoraggio adeguati a orientare le azioni, per contribuire in maniera efficace alla riduzione del rischio alcol-correlato sia nella popolazione generale sia nei sottogruppi target più vulnerabili.

Secondo la definizione dell'OMS, le persone a rischio particolare di conseguenze sfavorevoli per l'alcol sono i **forti consumatori** (più di 3 unità alcoliche al giorno per gli uomini e più di 2 per le donne), le persone che bevono abitualmente **fuori pasto** e quelle che indulgono in grandi bevute o **binge drink** (consumo di almeno una volta al mese di 6 o più unità di bevanda alcolica in un'unica occasione).

L'**unità alcolica** corrisponde ad una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.



La **definizione** della quantità soglia per il consumo forte di alcol è stata recentemente abbassata dall'**INRAN** (Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione), in accordo con lo stato dell'arte della ricerca scientifica sull'argomento: in base alla nuova definizione sono da considerare **forti bevitori** gli uomini che bevono più di **due unità al giorno** e le donne che bevono **più di una unità**.

Nel presente rapporto i dati relativi al forte consumo vengono rappresentati attraverso il confronto tra le due differenti definizioni.

Forte bevitore

■ Vecchia definizione OMS ■ Nuova definizione INRAN

3 unità alcoliche al giorno	2 unità alcoliche al giorno
2 unità alcoliche al giorno	1 unità alcoliche al giorno
6 in una volta sola binge drink	
bevitori abituali fuori pasto	

Quante persone consumano alcol?

Nella ASL4 Chiavarese nell'anno 2009 la percentuale di persone intervistate che ha riferito di aver bevuto nell'ultimo mese almeno una unità di bevanda alcolica è risultata del **63,2%**.

Si sono osservate percentuali più alte di consumo:

nella fascia di età tra i 18-34 anni **73,9% (IC 63,5-84,3)** in aumento rispetto al biennio 2007-2008 (64,1%)

negli uomini (77% vs 49,3% delle donne)

nelle persone con livello di istruzione alto e senza difficoltà economiche.

Il **63,4%** (IC 55,8-70,6) degli intervistati, che consumano alcol, ha riferito di consumarlo durante tutta la settimana, mentre

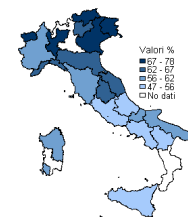
il **36,6%** prevalentemente durante il fine settimana.

Consumo di alcol (ultimo mese)			
ASL4 Chiavarese -PASSI 2007-2008 (n=481)			
PASSI 2009 (n=287)			
Caratteristiche	Persone che hanno bevuto almeno un'unità di bevanda alcolica% (IC95%)		
	2007-2008	2009	2009
Totale	62,5	63,2	57,9-66,8
			57,2-68,9
			2007-2008 2009
Classi di età			
18-34	18-24	57,8	73,9
	25-34	68,1	
	35-49	64,8	60,9
	50-69	59,5	58,6
Sesso			
	uomini	74,8	77
	donne	50,2	49,3
Istruzione			
Bassa	nessuna/elementare	52,0	60,2
	media inferiore	56,3	
Alta	media superiore	69,0	65,2
	laurea	62,7	
Difficoltà economiche **			
Si	molte	53,5	55,7
	qualche	58,3	
No	nessuna	68,3	70,9

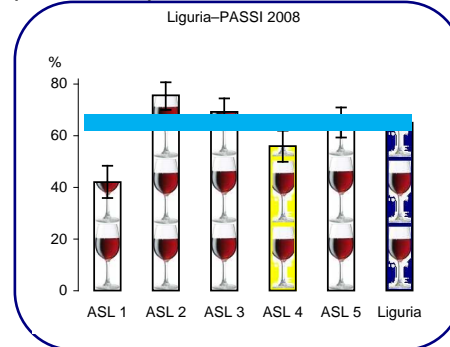
*una unità di bevanda alcolica equivale a una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.

Consumo di alcol (ultimo mese)

Pool PASSI 2008



Liguria-PASSI 2008



Nelle ASL della Regione nel 2008 i valori relativi alla percentuale di "bevitori" (cioè, non astemi) sono molto disomogenei, con un range che va dal 42% della ASL 1 al 76% della ASL 2; il valore riscontrato risulta significativamente inferiore alla media regionale nelle ASL 1 e 4 e significativamente superiore alla media regionale nella ASL 2.

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di bevitori è del 59,3%.

Quanti sono bevitori a rischio? 🍷 🍷

Complessivamente il **15,7%** (IC 11,6–20,6) degli intervistati può essere ritenuto un consumatore a rischio (forte bevitore e/o bevitore fuori pasto e/o bevitore "binge").

🍷 l'**8,8%** può essere considerato un bevitore "binge" 🍷 🍷 🍷 🍷 🍷 🍷 (ha bevuto cioè nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione).

🍷 il **7,6%** ha riferito di aver bevuto nell'ultimo mese prevalentemente o solo fuori pasto.

Sulla base della **vecchia definizione INRAN** di "forte bevitore":

■ il **3,2%** (IC 1,5-6,1) può essere considerato un **forte bevitore**

Sulla base della **nuova definizione INRAN** di "forte bevitore":

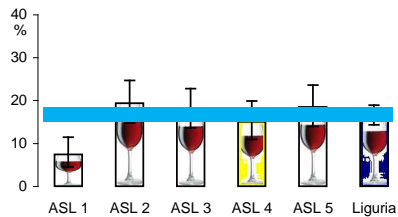
■ il **9%** (IC 5,9–13%) può essere considerato un **forte bevitore**

🍷 Considerando la nuova definizione di bevitore a rischio, nelle ASL regionali è emersa una differenza statisticamente significativa per le modalità di assunzione dell'alcol ritenuto a rischio tra range dall'11% della ASL 1 al 29% della ASL 2.

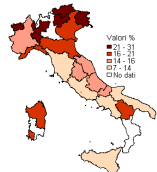
🍷 Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di bevitori a rischio è risultata del 19,6% (10,3% consumo forte, 6,3% consumo binge, 8,2% consumo fuori pasto) con un evidente gradiente territoriale. La Liguria, con il suo 25%, si colloca nella fascia medio-alta del range italiano.

Bevitori a rischio (%)

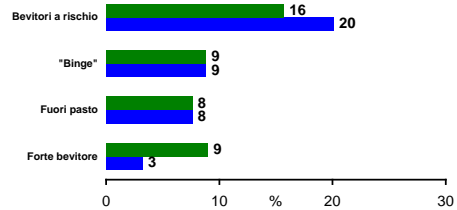
Vecchia definizione INRAN di "forte bevitore"
Liguria-PASSI 2008



Pool PASSI 2008



Bevitori a rischio* e forti bevitori per categorie
Confronto nuova vs. vecchia classificazione INRAN
ASL4 Chiavarese-PASSI 2009 (n=287)



I bevitori a rischio possono essere presenti in più di una delle tre categorie di rischio (fuoripasto/binge/forte bevitore)

N.B.:

■ la barra verde nelle categorie "bevitori a rischio" e "forte bevitore" indica le percentuali delle suddette categorie, calcolate sulla base della nuova definizione INRAN (Forte bevitore >2 unità alcoliche/giorno per gli uomini; >1 unità alcolica/giorno per le donne).

■ la barra blu nelle categorie "bevitori a rischio" e "forte bevitore" indica le percentuali delle suddette categorie, calcolate sulla base della vecchia definizione INRAN (Forte bevitore >3 unità alcoliche/giorno per gli uomini; >2 unità alcolica/giorno per le donne).

Quali sono le caratteristiche dei bevitori "binge"?

🍷 🍷 🍷 🍷 🍷 🍷 in una volta sola

Nell'ASL4 nel 2009 questo modo di consumo di alcol ritenuto ad alto rischio riguarda l'**8,8%** degli intervistati (dato stabile rispetto al biennio 2007-2008); e risulta significativamente più diffuso tra:

🍷 tra i più giovani nella fascia di 18-34 anni **21,7%** (chi-square p value **0,0001**). Tale dato mostra un incremento rispetto al biennio 2007-2008 (13,9%).

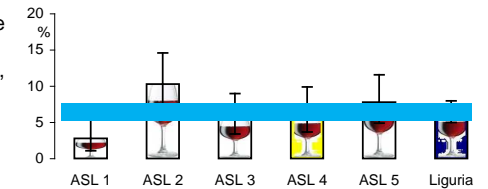
🍷 negli uomini (**14,6%** vs **2,9%** nelle donne).

Non si rilevano differenze significative riguardo il livello di istruzione e le condizioni economiche.

Consumo "binge" (ultimo mese) ASL4 Chiavarese -PASSI 2007-2008 (n=39 su 466) PASSI 2009 (n=24 su 273)			
Caratteristiche	bevitori "binge" % (IC95%)%		
Totale	2007-2008	8,4	6,1-11,4
	2009	8,8	5,7 12,8
		2007-2008	2009
Classi di età			
18-34	18-24	13,6	21,7
	25-34	14,1	
	35-49	6,8	3,3
	50-69	6,3	5,3
Sesso			
	uomini	13,9	14,6
	donne	3,0	2,9
Istruzione			
Bassa	nessuna/elementare	4,0	9
	media inferiore	7,9	
Alta	media superiore	11,4	8,6
	laurea	3,1	
Difficoltà economiche **			
Si	molte	9,3	6,5
	qualche	8,1	
No	nessuna	8,5	11,5

*consumatore binge: ha bevuto nell'ultimo mese alme no una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione

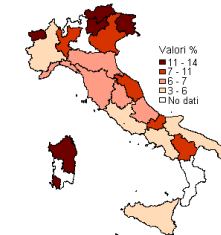
Percentuale di bevitori "binge"
Liguria-PASSI 2008



• Nelle ASL regionali la percentuale di bevitori "binge" non mostra differenze statisticamente significative rispetto alla media regionale (range dal 3% della ASL 1 al 10 della ASL 2), a livello di ASL si riscontra una differenza statisticamente significativa tra la ASL 1 e la ASL 2.

• Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di bevitori binge è risultata del 6,3%.

Bevitori "binge"
Pool PASSI 2008



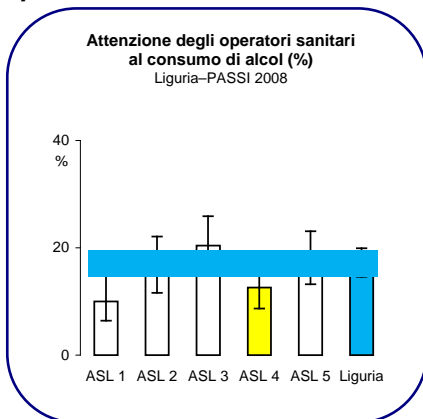


A quante persone sono state fatte domande in merito al loro consumo di alcol da parte di un operatore sanitario?

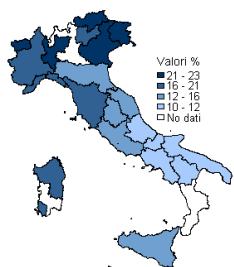
Nella ASL4 Chiavarese nell'anno 2009 solo il **10,4%** degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol (dato in calo rispetto al biennio 2007-2008 **12,7%**)

Tra le ASL non emergono differenze statisticamente significative rispetto alla media regionale (range dal 10,0% della ASL 1 al 20,4% della ASL 3), tuttavia emerge una differenza statisticamente significativa tra la ASL 1 e la ASL 3.

Nelle ASL partecipanti al sistema a livello nazionale, il 16% del campione ha riferito che un operatore sanitario si è informato sul consumo dell'alcol; il 6% dei consumatori a rischio ha riferito di aver ricevuto il consiglio di ridurre il consumo da parte di un operatore sanitario.



Attenzione degli operatori sanitari al consumo di alcol
Pool PASSI 2008

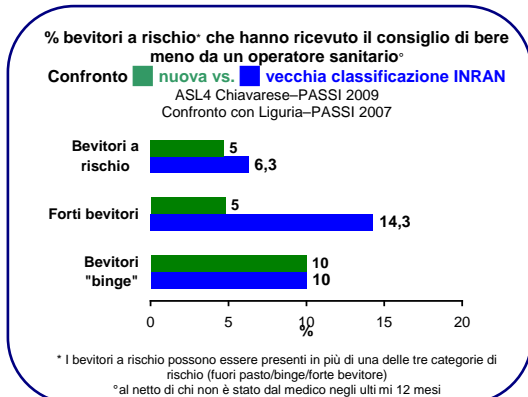


Il **6,3%** dei bevitori a rischio ricorda di aver ricevuto il consiglio di bere meno (vecchia definizione INRAN)

In particolare:

- 14,3% nei forti bevitori,
- 10% nei bevitori "binge"

Considerando la nuova definizione INRAN la percentuale di forti bevitori che ricorda di aver ricevuto il consiglio di bere meno si riduce al **5%**.



Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL4 Chiavarese si stima che quasi tre persone su cinque di 18-69 anni consumino bevande alcoliche (63,2%) e meno di una su cinque (15,7%) abbia abitudini di consumo considerabili a rischio per quantità o modalità di assunzione.

Nonostante la stabilità del dato complessivo (nel biennio 2007-2008 consumavano bevande alcoliche il 62,4%), si segnala un aumento del consumo di alcol nella fascia di età giovanile 18-34 sia nel dato del consumo di una unità alcolica (**73,9% vs 64,1%** del biennio 2007-2008), sia per il fenomeno binge drink (**21,7% vs 13,9%** del biennio 2007-2008).

I risultati sottolineano l'importanza di diffondere maggiormente la percezione del rischio collegato al consumo dell'alcol sia nella popolazione generale aumentandone il livello di informazione e consapevolezza sia negli operatori sanitari che raramente si informano sulle abitudini dei loro assistiti in relazione all'alcol e pure raramente consigliano di moderarne l'uso nei bevitori a rischio.

Le strategie d'intervento, come per il fumo, devono mirare a realizzare azioni coordinate nell'ambito delle attività di informazione/educazione (con il coinvolgimento di famiglia, scuola e società) supportate dai mass-media. Le azioni devono essere finalizzate da un lato a promuovere comportamenti rispettosi della sicurezza (es. limite dei 0,5 gr/litro di alcolemia per la guida) e dall'altro all'offerta di sostegno efficace per chi desidera uscire dalla dipendenza alcolica.

Dall'informazione all'azione

Per essere efficaci i programmi di prevenzione dei problemi alcol correlati devono necessariamente essere multiprofessionali e intersettoriali. Pertanto è preliminare la costituzione a livello regionale e aziendale di gruppi di lavoro coinvolgenti i principali portatori di interesse: esperti dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze e di altri Dipartimenti delle ASL, rappresentanti di Enti Territoriali, delle Istituzioni Scolastiche e delle Associazioni.

Nella nostra regione si sta valutando l'opportunità di inserire tra gli obiettivi della programmazione regionale alcune delle seguenti linee d'azione:

- Coinvolgere i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta in attività di prevenzione volte a singoli individui o famiglie in cui esistono situazioni di rischio, in un quadro di "medicina di iniziativa".
- Sensibilizzare gli operatori sanitari (dipendenti o convenzionati) attraverso la somministrazione di questionari sugli stili di vita e la restituzione dei relativi risultati.
- Implementare le attività di sensibilizzazione rivolte ai giovani, attraverso la presenza degli operatori nei luoghi di aggregazione e di svago, ad esempio mediante Unità Mobili dotate di etilometro nelle sagre estive, concerti, fiere...
- Sperimentare nuove modalità di comunicazione basate sulla Media Education, con particolare riferimento al target più difficilmente raggiungibile (giovani ed adolescenti).



Rischio cardiovascolare

Nel mondo occidentale le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte: in Italia in particolare sono responsabili del 44% di tutte le morti.

I fattori correlati al rischio di malattia cardiovascolare sono numerosi (fumo, diabete, obesità, sedentarietà, valori elevati della colesterolemia, ipertensione arteriosa): la probabilità di sviluppare malattia dipende dalla rilevanza dei singoli fattori di rischio e dalla loro combinazione.

Valutare le caratteristiche di diffusione di queste patologie consente di effettuare interventi di sanità pubblica mirati nei confronti di sottogruppi di popolazione specifici maggiormente a rischio.

In questa sezione si forniscono i risultati dell'indagine relativi alla diffusione di ipertensione arteriosa e ipercolesterolemia nonché quelli riguardanti l'utilizzo da parte dei medici della carta e del punteggio individuale per calcolare il rischio cardiovascolare.

Definizioni:

Ipertesi: persone che dichiarano di essere ipertese.

L'indagine PASSI si basa su dati auto-riferiti e non su misurazioni di parametri oggettivi. La variabile indagata è la conoscenza da parte dell'intervistato di una diagnosi medica relativa alla condizione patologica/fattore di rischio, senza precisare i valori effettivamente riscontrati, che hanno condotto a tale diagnosi.

Per quanto riguarda la frequenza dei controlli della Pressione Arteriosa nella popolazione generale, sono state prese come riferimento le raccomandazioni della U.S. Task Force on Community Preventive Services (<http://www.pnlg.it/>)

Ipercolesterolemici: persone che dichiarano di essere ipercolesterolemici.

L'indagine PASSI si basa su dati auto-riferiti e non su misurazioni di parametri oggettivi. La variabile indagata è la conoscenza da parte dell'intervistato di una diagnosi medica relativa alla condizione patologica/fattore di rischio, senza precisare i valori effettivamente riscontrati, che hanno condotto a tale diagnosi.

Per quanto riguarda la frequenza dei controlli della colesterolemia, sono state prese come riferimento le raccomandazioni della U.S. Task Force on Community Preventive Services (<http://www.pnlg.it/>) che suggeriscono differenti intervalli in base alle categorie di rischio cardiovascolare complessivo.

Rischio cardiovascolare globale: Probabilità di andare incontro ad un evento cardio-cerebrovascolare grave (infarto del miocardio ed ictus) nei successivi 10 anni calcolata mediante la Carta di rischio cardiovascolare o Calcolo del Punteggio individuale; tali algoritmi di calcolo possono fornire risultati dissimili.

La Carta può essere utilizzata fra i 40 e i 69 anni, mentre il Calcolo del Punteggio può essere realizzato dai 35 ai 69 anni.

Siccome non abbiamo modo di sapere quale tipo di calcolo è stato utilizzato, non possiamo giudicarne la rispettiva appropriatezza, anche riguardo alle diverse fasce d'età.

E' possibile solo una valutazione complessiva, indicativa dell'attenzione dei medici verso il problema del rischio Cardio Cerebro Vascolare.

Ipertensione arteriosa

L'ipertensione arteriosa è un fattore di rischio cardiovascolare molto diffuso che si correla con malattie rilevanti quali ictus, infarto miocardico, scompenso cardiaco, insufficienza renale.

Il costo dell'ipertensione sia in termini di salute sia dal punto di vista economico è assai rilevante e pertanto la prevenzione e il trattamento adeguato di questa condizione sono fondamentali: trattare le complicanze dell'ipertensione costa, oltre tutto, circa il triplo di quanto costerebbe il trattamento adeguato di tutti gli ipertesi.

L'attenzione al consumo di sale, la perdita di peso nelle persone con eccesso ponderale e l'attività fisica costituiscono misure efficaci per ridurre i valori pressori, sebbene molte persone con ipertensione necessitino anche di un trattamento farmacologico.

L'identificazione precoce delle persone ipertese costituisce un intervento efficace di prevenzione individuale e di comunità.

A quando risale l'ultima misurazione della pressione arteriosa?

Nella ASL 4, nel biennio 2007-2008

Il **86,7%** degli intervistati riferisce di aver avuto la misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni e

il **4,6%** più di 2 anni fa.

Il restante **8,7%** non l'ha mai controllata o non ricorda a quando risale l'ultima misurazione.

In particolare la misurazione della pressione negli ultimi 2 anni è più diffusa:

nelle fasce d'età più avanzate e

nelle persone con livello istruzione pari alla scuola media inferiore.

Nel 2009 la quota di intervistati che ha misurato la PA negli ultimi anni è calata in maniera non statisticamente significativa (83,6%). Hanno misurato la PA più di due anni fa il 10,1% (IC 6,9-14,2 l'aumento è significativo).

Il 6.3% degli intervistati non ha mai misurato la PA.

Nel 2009 di rilievo è il calo del 16% nei giovani (18-34 anni) di coloro che hanno misurato la PA negli ultimi due anni.

Tale fenomeno risulta anche tra coloro che non hanno difficoltà economiche

Pressione arteriosa misurata negli ultimi due anni
ASL4 Chiavarese -PASSI 2007-2008 (n=481)
PASSI 2009 (n=287)

Caratteristiche	PA misurata negli ultimi due anni% (IC95%)		
	2007-2008	2009	2009
Totale	86,7	83,6	78,8-87,7
		2007-2008	2009
Classi di età			
18-34	84,7 (78-91)		69,0
35-49	86,1		88,5
50-69	88,3		88,3
Sesso			
uomini	86,1		83,2
donne	87,2		84,0
Istruzione			
Bassa	nessuna/elementare	82,0	90,0
	media inferiore	89,7	
Alta	media superiore	85,3	79,0
	laurea	88,1	
Difficoltà economiche **			
Si	molte	88,4	89,6
	qualche	87,6	
No	nessuna	85,5 (81-90)	77,9

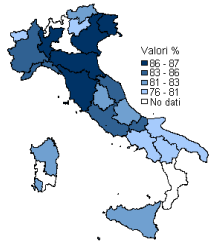
** con le risorse finanziarie a sua disposizione (da reddito proprio o familiare) come arriva a fine mese?"

NO: Arrivano a fine mese "Molto e/o Abbastanza facilmente"

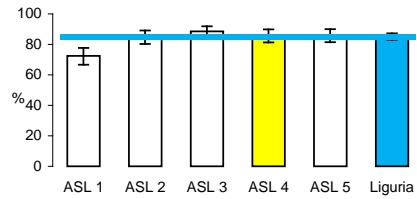
SI: Arrivano a fine mese con "qualche e/o con molta difficoltà"

Nella ASL 1 si registra una percentuale significativamente inferiore sia alla media ligure che ai valori delle altre ASL (range dal 73% dell'ASL 1 all'89% dell'ASL 3)

Persone a cui è stata misurata la PA negli ultimi due anni (%)
Pool PASSI 2008



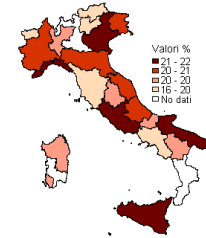
Persone a cui è stata misurata PA negli ultimi due anni (%)
Liguria-PASSI 2008



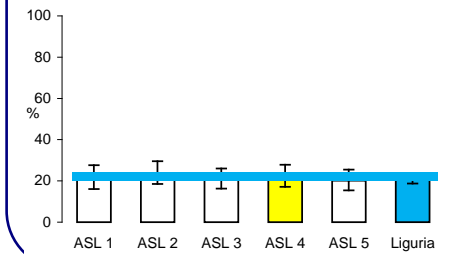
Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni è pari all'83,7% e sembra emergere un gradiente territoriale a svantaggio delle regioni meridionali.

Si stima che in Liguria il 21% delle persone tra 18 e 69 anni sia iperteso. Tra le ASL regionali, la percentuale di persone che riferisce una diagnosi di ipertensione non differisce in modo significativo e varia dal 21% di Genova e Imperia al 24% di Savona.

Persone con diagnosi riferita di ipertensione arteriosa (%)
Pool PASSI 2008



Persone con diagnosi riferita di ipertensione arteriosa (%)
Liguria-PASSI 2008



Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che riferisce una diagnosi di ipertensione è sovrapponibile alla media ligure e pari al 20,7%.

Quante persone sono ipertese e quali sono le loro caratteristiche?

Nella ASL 4, sia nel biennio 2007-2008 che nel 2009, la proporzione degli intervistati, che hanno avuto misurata la PA, e che riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa risulta pari al **24,5%**

In particolare l'ipertensione riferita risulta più diffusa:

- al crescere dell'età (41,0% nella fascia 50-69 anni)
- nelle persone con livello istruzione molto basso (dato non significativo)
- nelle persone con difficoltà economiche (dato non significativo)
- nelle persone con eccesso ponderale, per cui nella nostra ASL si stimano 36-37 ipertesi ogni 100 obesi, contro i 14-15 ipertesi ogni 100 soggetti normopeso.

Odds Ratio

Nei soggetti intervistati di età tra i 18 ed i 69 anni, il rischio di sviluppare ipertensione nei soggetti sovrappeso obesi è 3,5 volte superiore a quello dei normopeso (valore significativo).

Persone con diagnosi riferita di ipertensione
ASL4 Chiavarese -PASSI 2007-2008 (n=439)
PASSI 2009 (n=269)

Caratteristiche	Ipertesi% (IC95%)
Totale	2007-2008 24,6 (20,7-29,0) 2009 24,5 (19,5-30,1)
Classi di età	2007-2008 2009
18-34	6,5 4,9
35-49	17,1 16,5
50-69	41,9 41,0
Sesso	
uomini	24,7 25,5,2
donne	24,5 23,5
Istruzione	
Bassa nessuna/elementare	44,2 29,3
media inferiore	27,5
media superiore	20,2
Alta laurea	18,3 20,9
Difficoltà economiche	
Si molte	35,0 29,0
qualche	28,1
No nessuna	19,2 20,3
Stato nutrizionale	
sovrappeso/obeso	36,5 37,1
sotto/normopeso	14,0 15,1
Odds Ratio	3,6 (2,2-5,9) 3,3 (1,8-6,2)

* Tra coloro a cui è stata misurata la pressione arteriosa



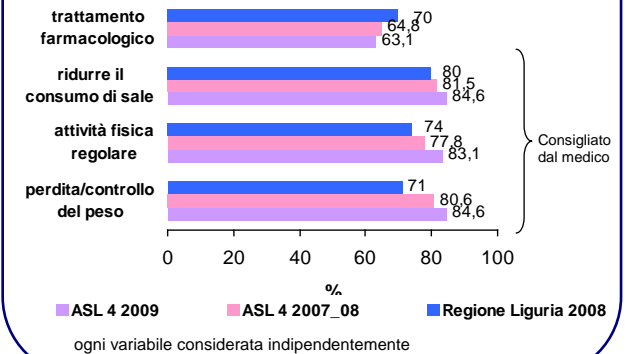
Quante persone ipertese sono in trattamento farmacologico e quante hanno ricevuto consigli dal medico?

Nella ASL4 Chiavarese Il **63%** (IC 50-74,7) degli ipertesi riferisce di essere in trattamento farmacologico.

Rispetto alla Regione Liguria, pur non essendoci differenze statisticamente significative, c'è una leggera propensione ai consigli non farmacologici in particolare:

Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, gli ipertesi hanno ricevuto consigli dal medico di ridurre il consumo di sale (**81,5%** nel biennio vs **84,6%** del 2009), ridurre o mantenere il peso corporeo (**80,6%** vs **84,6%**) e svolgere regolare attività fisica (**77,8%** vs **83,1%**).

Trattamenti dell'ipertensione consigliati dal medico *
ASL4 PASSI 2007-2008 (n=108 ipertesi) 2009 (n= 66 ipertesi)



Tra le ASL regionali, non si osservano differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di ipertesi in trattamento con farmaci (range dal 66% dell'ASL4 Chiavarese al 78% dell'ASL 1 Imperiese).

Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL4 si stima che siano ipertesi circa **24,5** soggetti ogni 100 residenti di età compresa tra 18 e 69 anni (il dato è stabile dal 2007), il **41,0%** degli ultracinquantenni e circa il **4,9%** dei giovani con meno di 35 anni.

Pur risultando modesta la proporzione di persone alle quali non è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 24 mesi, è importante ridurre ancora questa quota per migliorare il controllo dell'ipertensione nella popolazione. Da segnalare nei giovani un calo significativo della quota a cui viene misurata la pressione (nel 2009 la quota nei giovani (18-34 anni) di coloro che hanno misurato la PA negli ultimi due anni è risultata del 69% ovvero il 16% in meno rispetto al biennio 2007-2008)

L'identificazione precoce delle persone ipertese grazie a controlli regolari dei valori della pressione arteriosa (specie sopra ai 35 anni) costituisce un intervento efficace di prevenzione individuale e di comunità.

Le linee guida internazionali raccomandano la misurazione della pressione arteriosa al di sopra dei 18 anni con periodicità non superiore a due anni nei soggetti normotesi e ad un anno in quelli con valori borderline (pressione sistolica di 120-140 mmHg e/o diastolica di 80-90).

Si stima che circa una persona su dieci non sia stata sottoposta a misurazione della pressione arteriosa negli ultimi due anni (dato statisticamente significativo dal biennio 2007-2008). Un ruolo determinante per individuare precocemente e trattare adeguatamente i soggetti ipertesi può essere svolto dai Medici di Medicina Generale e dall'**empowerment** dei cittadini.

L'attenzione al consumo di sale, la perdita di peso nelle persone con eccesso ponderale e l'attività fisica costante rappresentano misure efficaci per ridurre i valori pressori, indipendentemente dalla necessità anche di un trattamento farmacologico. Il consiglio di adottare misure comportamentali e dietetiche per ridurre la pressione negli ipertesi viene fornito a circa 3 ipertesi su quattro.

Dall'informazione all'azione

Il termine **empowerment**, "accrescere potere" di una libera scelta consapevole, nasce nei secoli XVIII e XIX negli Stati Uniti d'America in riferimento ai concetti sociali dell'autodeterminazione, dell'autonomia e della responsabilità personale. In questo processo di self empowerment o autodeterminazione del paziente, viene a modificarsi la relazione paziente-medico per cui quest'ultimo diviene consulente e coordinatore di iniziative che il cittadino incomincia ad assumersi in maniera autonoma informata e motivata dal proprio "sentire" nella vita individuale e sociale (M.D. Medicinae Doctor n. 17 del 12 Maggio 2010).



**Guadagnare salute riducendo il sale:
l'impegno dei panificatori
(Ministero della salute)**

Nei forni artigianali e nei supermercati, accanto al pane sciapo della tradizione umbra e toscana, sarà disponibile pane che, mantenendo inalterate fragranza e sapore, avrà comunque un ridotto contenuto di sale, a beneficio della nostra salute.



Colesterolemia

Una concentrazione elevata di colesterolo nel sangue rappresenta uno dei principali fattori di rischio per cardiopatia ischemica. Nella maggior parte dei casi l'ipercolesterolemia è legata a una non corretta alimentazione, a sovrappeso, fumo, sedentarietà e diabete, raramente è dovuta ad un'alterazione genetica. La compresenza di fattori di rischio accresce il rischio cardiovascolare.

Si stima che una riduzione del 10% della colesterolemia totale possa ridurre la probabilità di morire di una malattia cardiovascolare del 20% e che un abbassamento del 25% dimezzi il rischio di infarto miocardico.

Un ruolo determinante per individuare precocemente e trattare adeguatamente i soggetti ipercolesterolemici può essere svolto dai Medici di Medicina Generale.

E' possibile intervenire per ridurre la colesterolemia attraverso un'alimentazione a basso contenuto di grassi di origine animale, povera di sodio e ricca di fibre (verdura, frutta, legumi).

Quante persone hanno effettuato almeno una volta la misurazione del colesterolo?

Nella ASL4 chiavarese sia nel biennio 2007-2008 che nel 2009 :

- 📌 circa il **77%** degli intervistati riferisce di aver effettuato almeno una volta la misurazione della colesterolemia
- 📌 il **58-59%** nel corso dell'ultimo anno
- 📌 il **11-12 %** tra 1 e 2 anni precedenti l'intervista
- 📌 il **7-8%** da oltre 2 anni.

Il **23%** non ricorda o non ha mai effettuato la misurazione della colesterolemia.

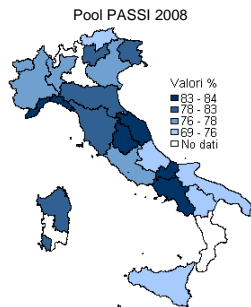
La misurazione del colesterolo è più frequente:

1. al crescere dell'età (dal 52% della fascia 18-34 anni all'88% di quella 50-69 anni)
2. nelle persone con basso livello di istruzione

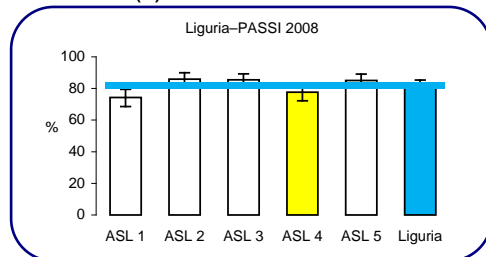
Colesterolo misurato almeno una volta			
ASL4 Chiavarese -PASSI 2007-2008 (n=481)			
PASSI 2009 (n=287)			
Caratteristiche	Colesterolo misurato		
	2007-2008	%	(IC95%)
Totale	2007-2008	77,5	73,5-81,1
	2009	77,0	71,7-81,7
		2007-2008	2009
Classi di età			
18-34	55,9		52,1
35-49	82,5		81,3
50-69	86,3		88,3
Sesso			
uomini	74,1		77,6
donne	81,0		76,4
Istruzione			
Bassa	nessuna/elementare	80,0	
	media inferiore	78,8	80,8
Alta	media superiore	77,1	
	laurea	74,6	74,3
Difficoltà economiche **			
Si	molte	76,7	
	qualche	76,0	79,2
No	nessuna	79,2	74,3

**con le risorse finanziarie a sua disposizione (da reddito proprio o familiare) come arriva a fine mese?
NO: Arrivano a fine mese "Molto e/o Abbastanza facilmente"
SI: Arrivano a fine mese con "qualche e/o con molta difficoltà"

Persone a cui è stato misurato il colesterolo (%) almeno una volta



Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone controllate almeno una volta è pari al **78,4%**, valore più basso della media ligure.



In Liguria l'83% degli intervistati ha riferito di aver effettuato almeno una volta nella vita la misurazione della colesterolemia. Tra le ASL regionali quella Imperiese presenta la più bassa percentuale di persone che riferiscono di aver misurato la colesterolemia, l'ASL Savonese presenta invece il valore più elevato (range dal 74% dell'ASL 1 all'86% dell'ASL 2).

Quante e quali persone hanno alti livelli di colesterolemia?

Nel biennio 2007-2008 tra coloro che riferiscono di essere stati sottoposti a misurazione del colesterolo, il **29,0%** ha avuto diagnosi di ipercolesterolemia.

Nel 2009 tale valore risulta del **32,3%** (differenza non significativa).

L'ipercolesterolemia riferita appare una condizione più frequente:

- nelle classi d'età più alte, anche se nel 2009 il valore nei giovani è salito in maniera statisticamente significativa passando dal 10,6% al **27%**

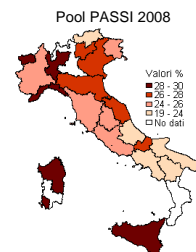
- nelle persone con sovrappeso obesità
- il basso livello di istruzione e la presenza di difficoltà economica nel 2009 non risultano in relazione con i riferiti elevati livelli di colesterolo

Odds ratio
Nei soggetti intervistati di età tra i 18 ed i 69 anni, il rischio di sviluppare ipercolesterolemia nei soggetti sovrappeso obesi è 1,6 volte superiore a quello dei normopeso. Tale valore risulta statisticamente significativo nel biennio 2007-2008.

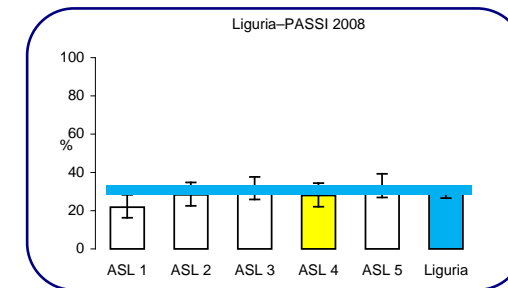
Caratteristiche		Ipercolesterolemia % (IC95%)	
		2007-2008	2009
Totale		29,0	23,5-35,9
		2009	32,3
			26,1-38,9
		2007-2008	2009
Classi di età			
	18-34	10,6 (3,2-18%)	27%
	35-49	15,3	24,7
	50-69	47,1	39,6
Sesso			
	uomini	26,6	27,3
	donne	31,1	37,3
Istruzione			
Bassa	nessuna/elementare	42,5	27,8
	media inferiore	36,5	
	media superiore	22,6	
Alta	laurea	22,0	35,8
Difficoltà economiche **			
Si	molte	48,5	29,8
	qualche	27,9	
No	nessuna	26,3	35,9
Stato nutrizionale			
	sovrappeso/obeso	34,2	38,8
	sotto/normopeso	23,9	27,3
	Odds Ratio	1,6 (1,05-2,6)	1,7 (0,95-3,03)

Tra coloro ai quali è stato misurato il colesterolo

Persone con ipercolesterolemia riferita (%)



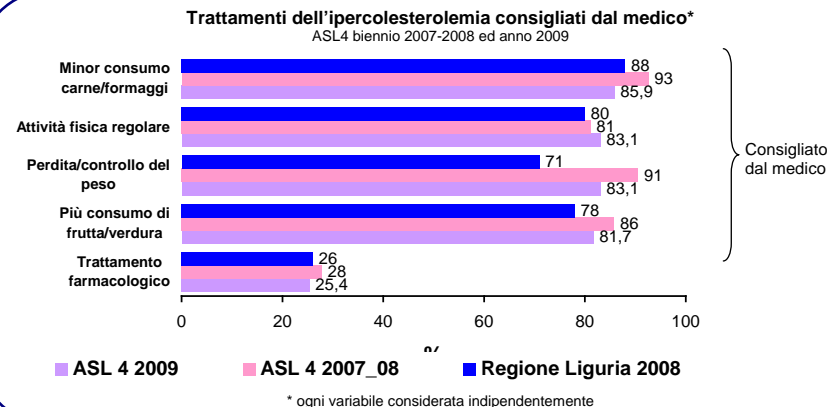
Nel confronto con le ASL partecipanti al sistema a livello nazionale, la nostra Regione mostra una prevalenza di ipercolesterolemia superiore alla media (30% vs 25%).



Tra le 5 ASL della Liguria circa il **30%** degli intervistati (ai quali è stato misurato il colesterolo) ha riferito di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia. Nonostante la variabilità non trascurabile, non si osservano differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone con alti livelli di colesterolo riferiti (range dal 22% dell'ASL 1 al 33% dell'ASL 5).



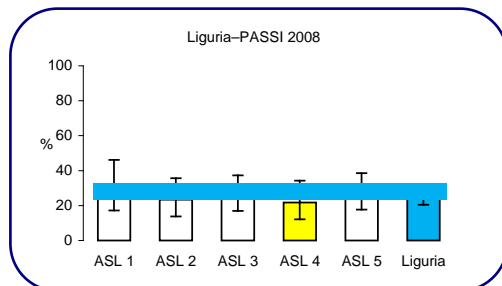
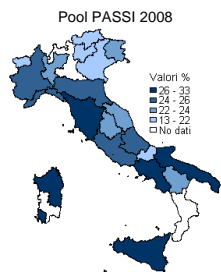
Cosa è stato consigliato per trattare l'ipercolesterolemia?



Nella ASL4 nel 2009 il **25%** delle persone con elevati livelli di colesterolo nel sangue ha riferito di essere in trattamento farmacologico. Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, le persone con ipercolesterolemia hanno riferito di aver ricevuto da parte di un sanitario il consiglio di:

- l'86% ridurre il consumo di carne e formaggi (dato in calo rispetto al biennio 2007-2008),
- l'82% aumentare il consumo di frutta e verdura (dato in calo rispetto al biennio 2007-2008),
- l'83% ridurre/controllo il proprio peso corporeo (dato in calo rispetto al biennio 2007-2008),
- l'83% svolgere regolare attività fisica (dato in leggero aumento)

Persone con ipercolesterolemia in trattamento con farmaci (%)



Tra le ASL partecipanti al sistema a livello nazionale, la percentuale di persone con colesterolo alto in trattamento è risultata pari al 25% (22% Nord-Est Italia).

Tra le ASL regionali non si osservano differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di ipercolesterolemici in trattamento con farmaci, anche per la ridotta numerosità campionaria.

Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che nella ASL 4, nella fascia d'età 18-69 anni, quasi una persona su tre (32%) abbia valori elevati di colesterolemia, fino a salire a quasi una persona su due sopra ai 50 anni. Tale valore sembra essere in salita nei giovani che sono passati dal 11% del biennio 2007-2008 al 27% del 2009.

L'identificazione precoce delle persone con ipercolesterolemia grazie a controlli regolari (specie sopra ai 40 anni) costituisce un intervento efficace di prevenzione individuale e di comunità: circa una persona su quattro (23%) non è mai stata sottoposta alla misurazione del livello di colesterolo.

Tra le persone con diagnosi di ipercolesterolemia circa una su quattro (25%) ha riferito di effettuare una terapia farmacologica; questa non deve comunque essere considerata sostitutiva dell'adozione di stili di vita corretti: in molti casi i valori di colesterolo nel sangue possono essere controllati semplicemente svolgendo attività fisica regolare e/o seguendo una dieta appropriata.

Ad una proporzione di persone con ipercolesterolemia stimata tra l'**82** e l'**86%** è stato consigliato da un sanitario di adottare misure dietetiche e comportamentali; variabilità rilevata relativa ai consigli suggerisce l'opportunità di ricorrere ad un approccio di consiglio maggiormente strutturato.

Nella nostra Regione la quota di popolazione adulta tra 18 e 69 anni che effettua la misurazione del colesterolo è molto elevata e superiore alla media nazionale.

Tuttavia tra gli uomini, le persone più giovani e quelle economicamente più svantaggiate la percentuale di persone che non si sottopone al controllo del colesterolo non è affatto trascurabile.

Dall'informazione all'azione

Un ruolo determinante per individuare precocemente e trattare adeguatamente i soggetti ipercolesterolemici può essere svolto dai Medici di Medicina Generale con il ricorso ad un approccio al consiglio maggiormente strutturato, per esempio con l'utilizzo di consigli educazionali brevi (CEB) cartacei che in molte Regioni si stanno diffondendo con esiti positivi.

Carta e punteggio individuale del rischio cardiovascolare: persone di 35-69 anni

La carta e il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono strumenti semplici e obiettivi utilizzabili dal medico per stimare la probabilità che il proprio paziente ha di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi.

I Piani della Prevenzione nazionale e regionale ne promuovono una sempre maggior diffusione anche mediante l'organizzazione di iniziative di formazione rivolte ai medici di medicina generale.

Nella determinazione del punteggio si utilizzano i valori di sei fattori principali (sesso, presenza di diabete, abitudine al fumo, età, valori di pressione arteriosa sistolica e colesterolemia) allo scopo di pervenire ad un valore numerico rappresentativo del livello di rischio del paziente: il calcolo del punteggio può essere ripetuto nel tempo, consentendo di valutare variazioni del livello di rischio legate agli effetti di specifiche terapie farmacologiche o a variazioni apportate agli stili di vita.

Il calcolo del rischio cardiovascolare è un importante strumento per la comunicazione del rischio individuale al paziente, anche allo scopo di promuovere la modifica di abitudini di vita scorrette.



A quante persone è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare?

Nella ASL4 Chiavarese nel biennio 2007-2008, **12** soggetti ogni 100 intervistati nella fascia 35-69 anni hanno riferito di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare.

Nel 2009 tale valore risulta in calo **8,7%** con un effetto evidente nella fascia d'età più bassa (35-49 anni **5,4%** nel 2009 vs 10,6 del biennio 2007-2008).

In particolare, il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultato più frequente, anche se con valori sempre molto bassi:

1. nelle classi d'età più elevate
2. nelle persone con almeno un fattore di rischio cardiovascolare.

Il livello di istruzione e la presenza di difficoltà economiche non sembrano influire sulla somministrazione della carta del rischio cardiovascolare.

In Liguria, nel 2008, solo il 7% degli intervistati nella fascia 35-69 anni ha riferito di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare.

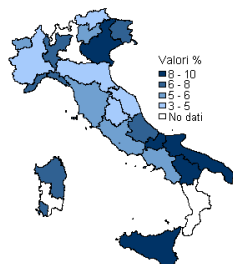
Persone di 35-69 anni (senza patologie cardiovascolari) a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare
ASL4 Chiavarese -PASSI 2007-2008 (n=342)
PASSI 2009 (n=208)

Caratteristiche	Punteggio calcolato % (IC95%)		
	2007-2008	2009	
Totale	12,4	8,7	
		5,2-13,4	
		2007-2008	
Classi di età			
35-49	9,1	10,6	
40-49	11,1		
50-69	13,3	11,3	
60-69	14,6		
Sesso			
uomini	11,3	9,1	
donne	13,4	8,3	
Istruzione			
Bassa	nessuna/elementare media inferiore	12,2	9,4
Alta	media superiore laurea	12,5	8,1
Difficoltà economiche			
Si	molte qualche	14,0	8,0
No	nessuna	10,4	9,8
Almeno un fattore di rischio cardiovascolare			
Si	14,5	10,5	
No	6,0	3,7	

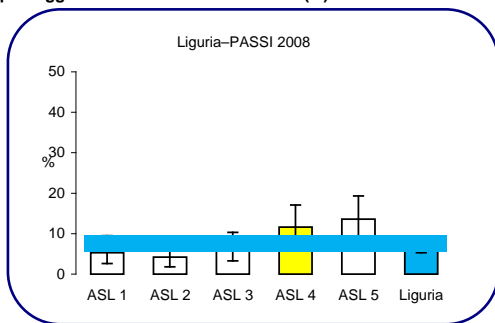
Fattori di rischio cardiovascolare considerati: fumo, ipercolesterolemia, ipertensione, eccesso ponderale e diabete

Persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardiovascolare (%)

Pool PASSI 2008



Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni è pari al 6%.



Sebbene il confronto tra le ASL regionali sia condizionato dalla limitata numerosità campionaria, esso mette in evidenza che l'ASL Chiavarese e quella Spezzina presentano nel 2008 valori superiori alla media regionale; nella ASL 5 tale differenza è statisticamente significativa, e in netto aumento rispetto al precedente anno.

Conclusioni e raccomandazioni

La prevenzione delle malattie cardiovascolari è uno degli obiettivi del Piano della Prevenzione; la carta o il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono strumenti utili per identificare le persone a rischio, alle quali mirare trattamento e consigli specifici. Nella ASL4 Chiavarese, i migliori risultati ottenuti nel biennio 2007-2008 rispetto ai dati riferibili alla Liguria non sono stati confermati nel 2009. La carta del rischio cardiovascolare non è comunque ancora sufficientemente utilizzata da parte dei medici; il Piano della Prevenzione prevede di promuovere la diffusione dell'utilizzo della carta o del punteggio di rischio attraverso un percorso formativo rivolto ai medici di medicina generale e agli specialisti già in corso di attuazione sul territorio regionale.

Dall'informazione all'azione

Più in generale, sarebbe opportuno utilizzare i dati di PASSI insieme con quelli derivanti da altre fonti (ricoveri, prescrizioni farmacologiche, dati di mortalità) per costruire un sistema integrato utile al governo clinico e al miglioramento dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali nel campo delle patologie cardiovascolari.

Regione Liguria

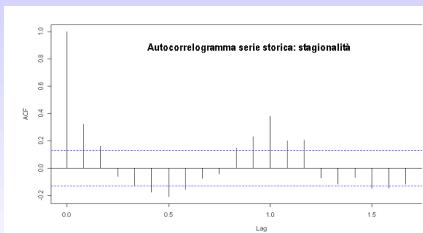


Il Piano della Prevenzione prevede di promuovere la diffusione dell'utilizzo della carta o del punteggio di rischio attraverso un percorso di formazione e intervento rivolto ai medici di medicina generale e agli specialisti programmato per il biennio 2009-2010 sul territorio regionale. In questo contesto occorrerebbe sensibilizzare i MMG agli aspetti di comunicazione, finalizzata all'empowerment, connessi con il calcolo del rischio cardiovascolare.

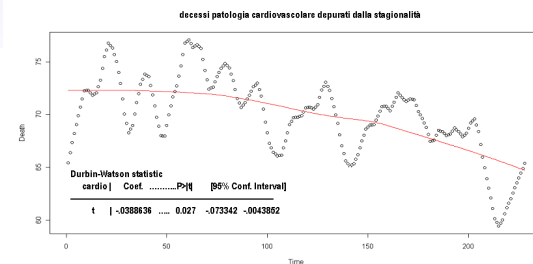
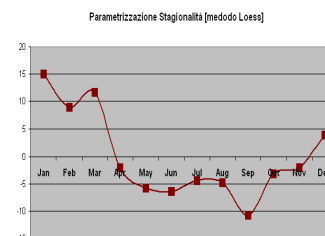
Approfondimento sul tema: Decessi per patologia Cardiovascolare (analisi delle serie storiche)

L'analisi sull'andamento nel tempo dei decessi per patologia cardiovascolare nel nostro territorio dal 1998, indagato con il metodo dell'autocorrelazione e della media mobile, mostra un intreccio interessante di fenomeni. L'approccio "Box and Jenkins" della serie storica evidenzia una **netta stagionalità della mortalità per cause cardio vascolari**.

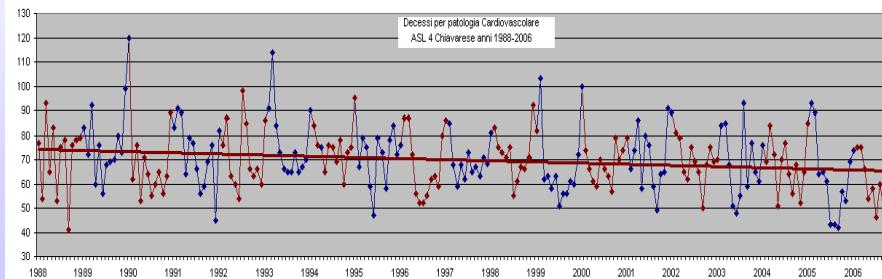
La decomposizione per stagionalità delle serie storiche con il metodo Loess permette una stima della stagionalità basata su una perequazione di tipo Loess partendo da un effetto medio mensile e mostra la seguente parametrizzazione stagionale (**sintesi andamento annuale**):

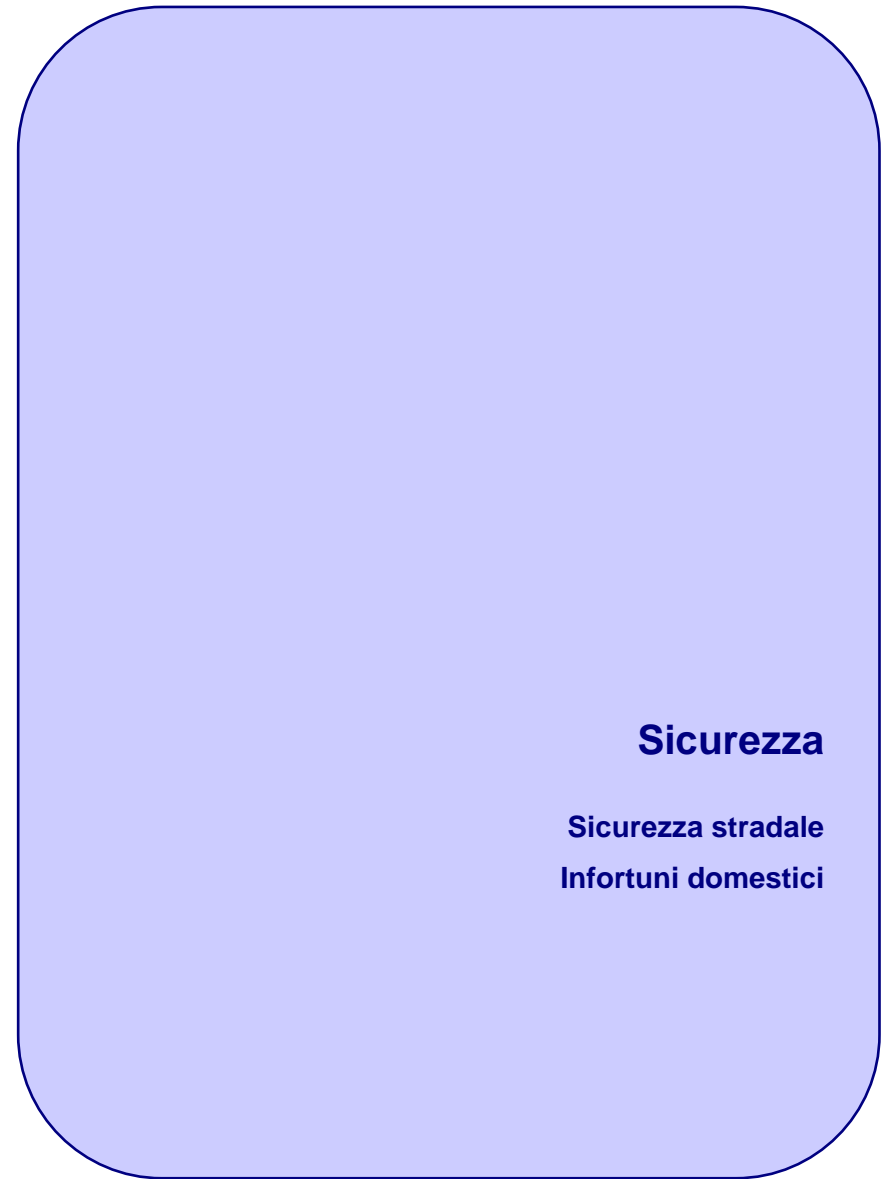


- picchi positivi invernali
- picchi negativi estivi



Analizzando il trend depurato dalla componente auto regressiva e stagionale emerge una correlazione temporale significativa per cui, **a partire dal 1988, ogni due anni abbiamo, in media, un decesso in meno per patologia cardiovascolare**





Sicurezza

Sicurezza stradale

Infortuni domestici

Sicurezza stradale



Gli incidenti stradali rappresentano un problema di sanità pubblica prioritario nel nostro Paese: sono infatti la principale causa di morte e di disabilità nella popolazione sotto ai 40 anni.

L'obiettivo dell'Unione Europea è dimezzare nel 2010 il numero di morti da incidente stradale rispetto al 2003. In merito a tale obiettivo si può osservare che in Italia, nel periodo 2000-2008, il numero di morti a seguito di incidente stradale è diminuito del 33%, il numero degli incidenti è sceso del 14,6% e quello dei feriti del 13,7%.

Nel 2007 in Italia sono stati registrati 230.871 incidenti stradali con circa 5.131 morti e 325.850 feriti; agli incidenti stradali sono inoltre imputabili annualmente circa 170.000 ricoveri ospedalieri, 600.000 prestazioni di pronto soccorso e 20.000 casi di invalidità.

In Liguria nel 2007 gli incidenti stradali sono stati 9987 con 91 morti e 12902 feriti. Il trend rispetto al 2003 (125 morti) è in calo progressivo, con l'eccezione dell'anno 2006, in cui si è verificato un numero di morti quasi uguale a quello del 2004 (rispettivamente: 118 e 119).

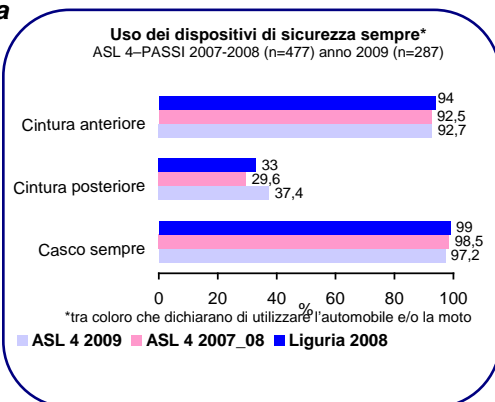
Gli incidenti stradali più gravi sono spesso provocati dall'alcol che è responsabile di oltre un terzo della mortalità sulle strade. A livello preventivo, oltre agli interventi a livello ambientale-strutturale, sono riconosciute come azioni di provata efficacia il controllo della guida sotto l'effetto dell'alcol o di sostanze stupefacenti da parte delle Forze dell'ordine e l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza (casco, cinture e seggiolini).

L'uso dei dispositivi di sicurezza

Nella ASL4 Chiavarese la percentuale di intervistati che ha riferito di usare sempre i dispositivi di sicurezza è risultata pari al:

- 97,2% per l'uso del casco (tra coloro che vanno in moto)
- 92,7% per la cintura anteriore di sicurezza (tra coloro che vanno in macchina)
- 37,4% per l'uso della cintura posteriore.

Rispetto al biennio 2007-2008 sembrano aumentati i soggetti che utilizzano la cintura di sicurezza posteriore.

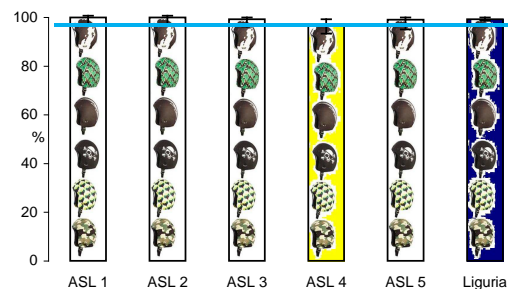


Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza ha mostrato alcune differenze a livello Regionale:

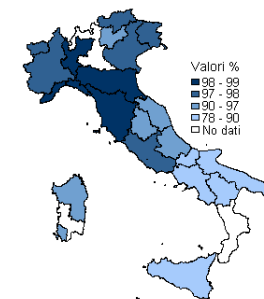
- per il casco range dal 97% della ASL4 al 100% delle ASL 1 e 2)
- per la cintura range dal 89% della ASL 2 al 97% della ASL 1
- per la cintura posteriore range dal 22 della ASL 2 al 39 della ASL 3), ma l'uso è molto basso in tutte le ASL.

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che si stima utilizzare i diversi dispositivi di sicurezza è risultata inferiore al dato regionale ligure: 93,7% per il casco, 83,2% per la cintura anteriore e 19,3% per la cintura posteriore.

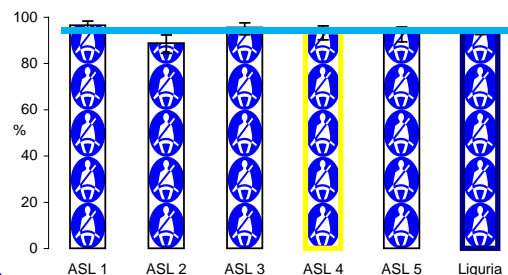
Uso del casco sempre (%)
Liguria-PASSI 2008



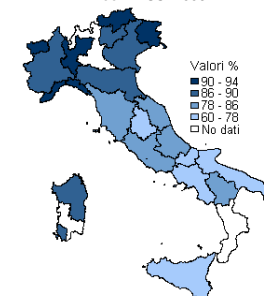
Uso del casco sempre (%)
Pool PASSI 2008



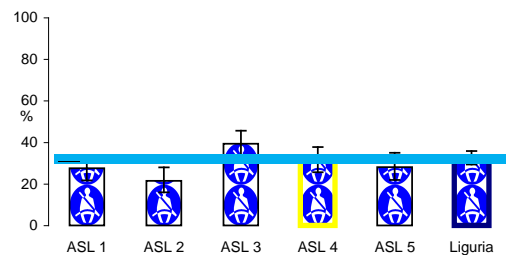
Uso della cintura anteriore sempre
Liguria-PASSI 2008



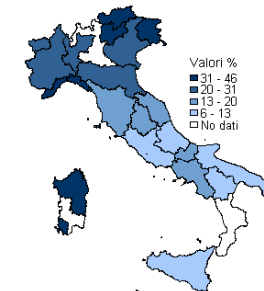
Uso della cintura anteriore sempre (%)
Pool PASSI 2008



Uso della cintura posteriore sempre
Liguria-PASSI 2008



Uso della cintura posteriore sempre (%)
Pool PASSI 2008



Quante persone guidano sotto l'effetto dell'alcol?

(coloro che hanno dichiarato di aver guidato entro un'ora dall'aver bevuto almeno 2 unità di bevanda alcolica)

Il **7,3%** (IC 4,6-11,0) degli intervistati ha dichiarato di aver guidato dopo aver bevuto almeno due unità alcoliche nell'ora precedente.

Se si considerano solo le persone che nell'ultimo mese hanno effettivamente guidato, la percentuale sale al **12,7%**.

L'abitudine a guidare sotto l'effetto dell'alcol sembra essere meno diffusa tra i 18 ed 24 anni,

mentre è più frequente tra gli uomini rispetto alle donne e tra le persone senza difficoltà economiche.

Il **9,2%** degli intervistati ha riferito di essere stato trasportato da un conducente che guidava sotto effetto dell'alcol (11,8% a livello delle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale).

Rispetto al biennio 2007-2008 sono in aumento le donne che guidano sotto l'effetto dell'alcol.

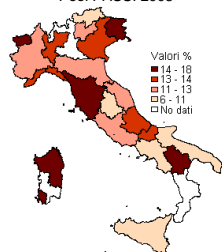
Tra le ASL regionali, non sono emerse differenze statisticamente significative (anche in ragione della ridotta numerosità campionaria) riguardo alla percentuale di persone che riferisce di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol (range dall'11% della ASL4 al 14% della ASL 3).

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che ha dichiarato di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol è stata del 11,8%.

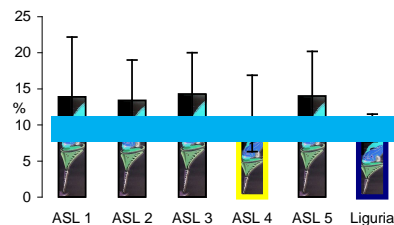
Guida sotto l'effetto dell'alcol*				
ASL4 Chiavarese -PASSI 2007-2008 (n=287)				
PASSI 2009 (n=166)				
Caratteristiche		%	(IC95%)	
Totale	2007-2008	12,5	8,9-16,9	
	2009	12,7	8,0-18,7	
			2007-2008	2009
Classi di età				
18-34	18-24	3,8	10,0	
	25-34	18,8		
	35-49	11,7	14,8	
	50-69	12,7	12,9	
Sesso				
	uomini	18,9	15,9	
	donne	2,7	6,8	
Istruzione				
Bassa	nessuna/elementare	8,0	17,5	
	media inferiore	9,2		
	media superiore	15,9		
Alta	laurea	9,8	9,7	
Difficoltà economiche				
Sì	molte	22,7	8,2	
	qualche	8,9		
	nessuna	14,1	16,5	
No				

*il denominatore di questa analisi comprende solo le persone che nell'ultimo mese hanno bevuto e guidato
*coloro che dichiarano di aver guidato entro un'ora dall'aver bevuto due o più unità di bevanda alcolica

Guida sotto l'effetto dell'alcol (%)
Pool PASSI 2008



Guida sotto l'effetto dell'alcol (%)
Liguria-PASSI 2008



Modulo opzionale di approfondimento sulla sicurezza stradale

(interviste raccolte in valle d'Aosta, Prov. Aut. Trento, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana e Lazio).

In Liguria circa il 46% degli intervistati ha dichiarato di essere stato fermato dalle Forze dell'ordine—da guidatore o da passeggero—nel corso dell'ultimo anno.

Nelle persone fermate (come guidatore o passeggero) i controlli sono stati in media 2 negli ultimi 12 mesi.

In Liguria solo il 10% dei fermati ha riferito che il guidatore fermato è stato sottoposto anche all'etilotest. Nell'ASL4 Chiavarese ha effettuato l'etilotest il 15,5% dei soggetti fermati.

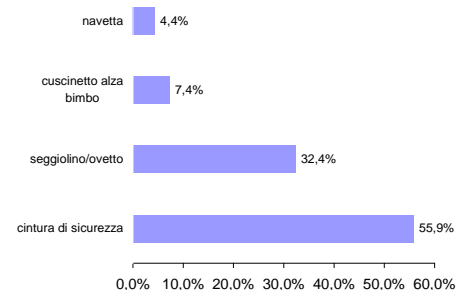
La percentuale di persone che hanno dichiarato l'effettuazione di un controllo con etilotest appare maggiore nei più giovani: dal 19% dei 18-24enni al 5% dei 50-69enni;

Una quota non trascurabile di intervistati (nel cui nucleo familiare è presente un minore sotto ai 14 anni) ha riferito di non far indossare sempre il dispositivo di sicurezza al minore (Liguria 4%, Pool PASSI 12%).

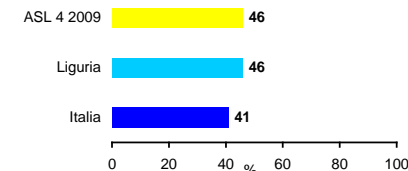
Circa la metà degli intervistati (nel cui nucleo familiare è presente un minore sotto ai 14 anni) ha riferito di aver visto/sentito campagne informative o pubblicitarie sull'uso corretto dei dispositivi (ASL4 Chiavarese 2009 45%, Liguria 59%, Pool PASSI 54%).

Nell'ASL4 Chiavarese il 56% dei ragazzi viaggiano con le cinture di sicurezza, il 32,4% con il seggiolino ed il restante 12% con la navetta od il cuscinetto.

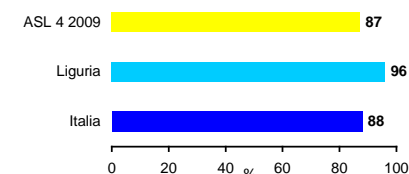
Quali dispositivi di sicurezza sono utilizzati abitualmente
ASL4 Chiavarese 2009



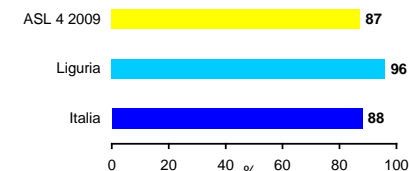
Controllo da parte delle Forze dell'ordine (%)
PASSI Liguria 2008, ASL4 Chiavarese 2009



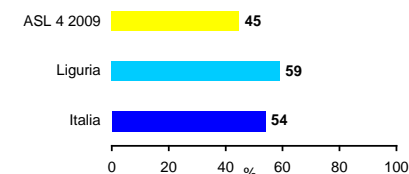
Etilotest effettuato al guidatore (%)
PASSI Liguria 2008, ASL4 Chiavarese 2009



Utilizzo sempre dei dispositivi di sicurezza (%)
PASSI Liguria 2008, ASL4 Chiavarese 2009



Intervistati che hanno visto/sentito campagne sull'uso corretto dei dispositivi di sicurezza (%)
PASSI Liguria 2008, ASL4 Chiavarese 2009



Conclusioni e raccomandazioni

L'uso dei dispositivi di sicurezza è efficace nel ridurre la gravità delle conseguenze degli incidenti stradali. Nell'ASL4 Chiavarese si registra un buon livello dell'uso del casco e della cintura anteriore, mentre quasi due persone su cinque utilizzano la cintura di sicurezza posteriore (37,4%). La guida sotto l'effetto dell'alcol Nell'ASL4 Chiavarese è un problema rilevante che non riguarda solo i giovani: circa un guidatore su sette è classificabile come guidatore con comportamento a rischio per l'alcol.

I controlli delle Forze dell'ordine sono abbastanza diffusi soprattutto sulla fascia giovanile, anche se rimane un margine di miglioramento nella diffusione di tali pratiche di prevenzione e di contrasto, la cui efficacia è ampiamente riconosciuta.

Dall'informazione all'azione

Per essere efficaci i programmi di prevenzione degli incidenti stradali devono essere il frutto di una programmazione condivisa, tendente a coinvolgere i principali portatori di interesse: esperti dei Dipartimenti di Prevenzione, di Salute Mentale e Dipendenze e di altri Dipartimenti delle Asl, operatori sociali e tecnici degli Enti locali, Forze dell'ordine, Scuola e Associazioni.

Sul piano pratico le azioni prioritarie sono attività educative svolte nel contesto scolastico:

progetto **Pedibus**, avviato nel corso del 2009, nel quale ci si propone di aumentare le conoscenze e modificare atteggiamenti e comportamenti dei bambini, delle loro famiglie e degli insegnanti nel campo della sicurezza stradale, della moderazione del traffico e della mobilità sostenibile, nonché in quello della acquisizione di uno stile di vita meno sedentario.

"**Tanto a me non succede...**" 118 Tigullio soccorso svolge un corso teorico pratico dedicato ai ragazzi dagli 11 ai 18 anni sulla sicurezza stradale e prevenzione dei comportamenti a rischio a carattere annuale nelle Scuole Medie Superiori e pluriennale, per le Scuole Medie Inferiori. Obiettivi: cosa fare quando ci si trova ad essere vittima o spettatore di un incidente stradale, come evitare i comportamenti a rischio e utilità dei dispositivi di protezione. Nel 'anno scolastico 2009-2010 sono stati coinvolti 510 ragazzi della Scuola Media Inferiore e 284 della Scuola Media Superiore.

Vuoi bene al tuo bambino?
Allaccia al seggiolino



Nel contesto territoriale si prevedono le seguenti azioni:

il Dipartimento di Prevenzione dell'ASL4 Chiavarese in collaborazione con 118 Tigullio soccorso, Polizia Stradale Chiavari, Polizia Provinciale di Genova, Polizia Municipale dei comuni di Chiavari, Lavagna, Rapallo, Santa Margherita Ligure e Sestri Levante, ha prodotto un **opuscolo informativo** sul corretto uso dei dispositivi di sicurezza per viaggiare sicuri con il proprio bambino.

coinvolgimento dei pediatri di libera scelta in attività di prevenzione volte a singoli individui o famiglie e finalizzate a promuovere atteggiamenti e comportamenti responsabili nel campo sicurezza stradale: uso corretto dei seggiolini per i bambini più

piccoli e degli altri dispositivi di protezione individuale; consapevolezza dei rischi connessi con la velocità, l'alcol e le sostanze in genere

Sicurezza domestica

Gli incidenti domestici rappresentano un fenomeno di grande rilevanza nell'ambito dei temi legati alla prevenzione degli eventi evitabili e, secondo quanto riferisce anche il Piano Sanitario Nazionale, un fenomeno in costante aumento.

La portata complessiva di questo problema è descritta, in Italia, da dati forniti da indagini campionarie di popolazione; dati ISTAT mettono in evidenza come il numero delle persone colpite da questo tipo di eventi, nel corso dell'anno, sia stimabile in 3 milioni e 48 mila (il 53,3% della popolazione) per un totale di ben 3 milioni e 672 mila incidenti. A questi dati, presumibilmente, si devono aggiungere quelli relativi ai cosiddetti "infortuni nascosti", cioè le lesioni di media e lieve entità che, non richiedendo prestazioni ospedaliere, non vengono denunciati e pertanto sfuggono a qualsiasi controllo.

Il fenomeno riguarda soprattutto le persone che trascorrono più tempo in casa: le donne, gli anziani ma anche i bambini piccoli, per i quali, come osserva l'Organizzazione Mondiale della Sanità, gli incidenti tra le pareti domestiche rappresentano, nei paesi sviluppati, la prima causa di morte. In Italia la materia della prevenzione degli infortuni domestici ha avuto, a livello nazionale, una sua sistematizzazione normativa con l'emanazione della legge 3 dicembre 1999, n. 493, ("Norme per la tutela della salute nelle abitazioni e istituzione dell'assicurazione contro gli infortuni domestici"). Tale legge sancisce che è compito del Servizio Sanitario Nazionale, attraverso i Dipartimenti di Prevenzione delle Unità Sanitarie Locali, promuovere a livello territoriale la sicurezza e la salute negli ambienti di civile abitazione.



Qual è la percezione del rischio di subire un infortunio domestico?

Nella ASL4 Chiavarese la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico appare scarsa: il **92,3%** degli intervistati ha dichiarato infatti di considerare questo rischio basso o assente.

La presenza di persone potenzialmente a rischio (bambini e anziani) nel nucleo familiare non sembra aumentare la percezione del rischio di infortunio domestico.

Il dato globale in Liguria rappresenta una quasi totale inconsapevolezza del rischio domestico; emerge solo una piccola differenza, statisticamente significativa, tra la ASL 3 (92%) e la ASL 1 (97%).

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone con una bassa percezione del rischio di infortunio domestico è pari al 92,4%.

Definizione di infortunio domestico: compromissione temporanea o definitiva delle condizioni di salute caratterizzato dall'accidentalità dell'evento, verificatosi in una abitazione privata (della famiglia dell'intervistato o di terzi), sia al suo interno che al suo esterno (es. giardino, garage, cantina, terrazzo).

Bassa percezione del rischio infortunio domestico ASL4
Chiavarese -PASSI 2007-2008 (n=481)
PASSI 2009 (n=287)

Caratteristiche	%		(IC95%)
	2007-2008	2009	
Totale	2007-2008	89,0	85,8-91,6
	2009	92,3	88,6-95,1
Classi di età	2007-2008	2009	
	18-34	88,1	93
	35-49	89,2	88,5
	50-69	89,3	95
Sesso	uomini	94,1	91,5
	donne	83,9	93,1
Istruzione	nessuna/elementare	94,0	95,8
	media inferiore	88,4	
	media superiore laurea	89,0 86,6	89,8
Difficoltà economiche	molte	88,4	92,3
	qualche	88,9	
	nessuna	89,1	92,9
Presenza in famiglia di persone potenzialmente a rischio*	si	89,4	91,7
	no	89,0	92,6

* possibilità di subire un infortunio domestico assente o bassa
*presenza di anziani e/o bambini



Quanti hanno ricevuto informazioni per prevenire gli infortuni domestici e da parte di chi?

Nella ASL4 Chiavarese il **37,3%** degli intervistati ha dichiarato di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi informazioni per prevenire gli infortuni domestici. In particolare la percentuale di persone che hanno riferito di aver ricevuto informazioni è più elevata:

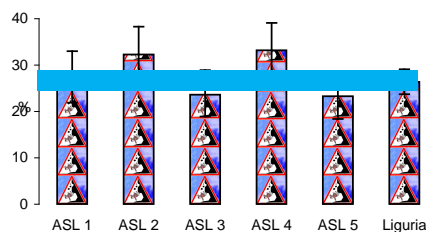
- nella classe di età 35-49 anni (con aumento anche nei giovani 35,2)

- nelle donne

Nelle ASL regionali, non emergono differenze statisticamente significative riguardo alla percentuale di persone che ha riferito di aver ricevuto informazioni negli ultimi 12 mesi sulla prevenzione degli incidenti domestici (range dal 23% della ASL 5 al 33% della ASL 4).

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che ha riferito di aver ricevuto le informazioni è pari al 26,4%.

Informazioni ricevute sulla prevenzione degli infortuni domestici (%)
Liguria - PASSI 2008



Nell'ASL4 Chiavarese nell'anno 2009

- le principali fonti di informazione sugli infortuni domestici sono risultate gli opuscoli ed i mass media (**20%**).

- Valori molto bassi sono riportati per personale sanitario (5%)

Rispetto al biennio 2007-2008 sono in aumento coloro che hanno ricevuto informazione dai "tecnici"

*Tecnici: operai dei servizi di GAS, acqua, elettricità e vigili del fuoco

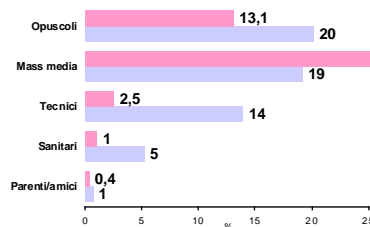
Informazioni ricevute negli ultimi 12 mesi
ASL4 Chiavarese -PASSI 2007-2008 (n=481)
PASSI 2009 (n=287)

Caratteristiche	%	(IC 95%)	
Totale	2007-2008	34,7	30,5-39,2
	2009	37,3	31,7-43,2
Classi di età			
	2007-2008	2009	
18-34	23,7	35,2	
35-49	33,7	38,5	
50-69	42,1	37,5	
Sesso			
uomini	35,6	29,4	
donne	33,9	45,1	
Istruzione			
Bassa	nessuna/elementare	38,0	35,0
	media inferiore	33,6	
Alta	media superiore	34,9	38,9
	laurea	34,3	
Difficoltà economiche **			
Si	molte	37,2	39,6
	qualche	31,8	
No	nessuna	37,1	35,0
Presenza in famiglia di persone potenzialmente a rischio			
	si	34,4	41,3
	no	34,9	34,5
Percezione del rischio			
	alta	34,0	18,2
	bassa	34,8	38,6

*presenza di anziani e/o bambini

Fonti di informazione (%)

ASL 4-PASSI 2007-2008 (n= 481) 2009 (n=287)



Chi ha riferito di aver ricevuto informazioni, ha adottato misure per rendere l'abitazione più sicura?

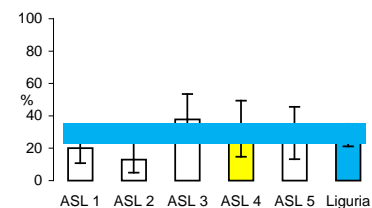
- Il **57%** delle persone che hanno ricevuto informazioni sulla prevenzione ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura.

- L'adozione di misure preventive è risultata maggiore tra le persone che in famiglia hanno persone potenzialmente a rischio.

- Il basso numero di persone che hanno dichiarato di aver ricevuto informazioni sul rischio domestico (35) non ci permette di trarre conclusioni sull'efficacia dei mezzi comunicativi adottati nel cambiare il comportamento.

- Nelle ASL regionali (dati 2008) non emergono differenze statisticamente significative riguardo all'adozione di misure preventive (range dal 13% della ASL 2 al 38% della ASL 3).

Adozione di misure di sicurezza su chi ha ricevuto informazioni (%)
Liguria-PASSI 2008

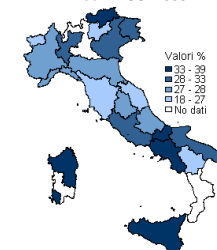


Persone che dichiarano di aver adottato misure di sicurezza per l'abitazione
ASL4 Chiavarese-PASSI 2007-2008 (n=63) 2009 (n=35)

Caratteristiche	%	(IC95%)	
Totale	2007-2008	38,1	26,1-51,2
	2009	57,1	39,4-73,7
Classi di età			
	2007-2008	2009	
18-34	37,5	28,6	
35-49	57,9	72,2	
50-69	25,0	50	
Sesso			
uomini	38,1	73,7	
donne	38,1	37,5	
Istruzione			
Bassa	nessuna/elementare	11,1	60
	media inferiore	53,3	
Alta	media superiore	40,0	55
	laurea	33,3	
Difficoltà economiche **			
Si	molte	37,5	50
	qualche	37,5	
No	nessuna	38,7	69,2
Presenza in famiglia di persone potenzialmente a rischio*			
	si	57,9	75,0
	no	29,5	42,1
Percezione del rischio			
	alta	12,5	100
	bassa	41,8	54,5

*presenza di anziani e/o bambini

Adozione di misure di sicurezza su chi ha ricevuto informazioni (%)
Pool PASSI 2008



Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che ha modificato comportamenti o adottato misure preventive è del 30,1%.

Conclusioni e raccomandazioni

Sebbene gli incidenti domestici siano sempre più riconosciuti come un problema emergente di sanità pubblica, i risultati del Sistema di Sorveglianza mostrano che la maggior parte delle persone ha una bassa consapevolezza del rischio infortunistico in ambiente domestico.

Le informazioni sulla prevenzione risultano ancora insufficienti. Si stima infatti che poco più di persona su tre ne abbia ricevute. Prevalentemente le informazioni sono mediate da opuscoli e mass media, solo in minima parte da operatori sanitari e tecnici.

Circa la metà delle persone che ha ricevuto informazioni sulla prevenzione degli infortuni domestici, ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura; questo dato suggerisce che la popolazione, se adeguatamente informata, è sensibile al problema. Si evidenzia pertanto la necessità di una maggiore attenzione alla prevenzione degli infortuni domestici, come previsto dal Piano di Prevenzione Regionale, con la messa in campo di un ventaglio di attività informative e preventive per migliorare la sicurezza strutturale delle abitazioni in particolare tra i gruppi di popolazione più vulnerabili.

Dall'informazione all'azione

In considerazione dell'alta prevalenza di popolazione anziana nel territorio della ASL 4 Chiavarese, è stato ritenuto opportuno privilegiare la prevenzione delle cadute dell'anziano, utilizzando come riferimento tecnico-scientifico la linea guida nazionale ISS "Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani".

Il Dipartimento di Prevenzione, la S.c. Geriatria e la Medicina dello Sport di questa ASL hanno operato su diverse direttrici:

- attività di sensibilizzazione per l'individuazione e la eliminazione dei fattori di rischio alla base degli incidenti domestici,
- collaborazione con Associazioni senza fini di lucro, incontri con cittadini anziani per la sensibilizzazione ed educazione alla salute, tenute da personale sanitario dei Servizi che partecipano al Progetto
- promozione dell'attività fisica, quale fattore favorente la prevenzione delle cadute.

Nei giovani invece:

"Tanto a me non succede..." 118 Tigullio soccorso svolge un corso teorico pratico dedicato ai ragazzi a carattere pluriennale per le Scuole Medie Inferiori integrato con interventi per la prevenzione degli incidenti domestici e tecniche di rianimazione cardiopolmonare.

Programmi di prevenzione:screenings

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero

Screening mammografico

Screening cancro colon retto

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero

Il carcinoma del collo dell'utero a livello mondiale è il secondo tumore maligno della donna, con circa 500.000 nuovi casi stimati all'anno, l'80% dei quali nei Paesi in via di sviluppo. Nei Paesi dove lo screening viene effettuato, in modo organizzato o spontaneo, si è assistito negli ultimi decenni a un importante decremento di incidenza della neoplasia e della mortalità specifica.

In base ai dati AIRTUM (Associazione Italiana Registri Tumori) in Italia si stimano circa 3.400 nuovi casi all'anno. Nel periodo 1988-2002 il tasso di incidenza standardizzato per 100.000 è diminuito da 10 a 8.

In Liguria sono diagnosticati circa 120 nuovi casi ogni anno, la metà dei quali in donne di età superiore a 64 anni. Il trend temporale di incidenza mostra una diminuzione costante fino alla fine degli anni '80. A partire dal 1990 si osservano aumenti o diminuzioni non significativi che rendono incerta la definizione del trend (Stato di salute dei Liguri, 2009).

Il tasso standardizzato di incidenza per il periodo 1998-2002 è pari a 8,6 per 100.000 donne.

Per quanto riguarda la mortalità, i dati AIRTUM riferiti al periodo 1988-2002, consentono una stima di circa 1.000 decessi all'anno in Italia, corrispondenti a un tasso standardizzato pari a circa 1 per 100.000 donne nell'ultimo quinquennio del periodo considerato (1998-2002). Il trend mostra una significativa riduzione, considerato che il tasso del primo quinquennio (1988-1992) era di poco inferiore a 2.

In Liguria l'unico dato disponibile per quanto riguarda i tumori della cervice uterina è quello proveniente dal Registro Tumori di Genova, da cui si ricava che il tasso standardizzato di mortalità nel quinquennio 1998-2002 è pari a 1,4.

La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è pari al 65% nel Pool dei Registri Tumori e al 61% per la provincia di Genova.

In considerazione dei dati di morbosità e mortalità, in molte regioni, tra cui la Liguria, sono stati implementati programmi di prevenzione primaria basati sulla vaccinazione contro il Papilloma Virus Umano, rivolti alle adolescenti e alle giovani donne.

Nel campo della prevenzione secondaria, lo screening, se correttamente programmato ed eseguito, è di dimostrata efficacia nel ridurre incidenza e mortalità di questa neoplasia e nel rendere meno invasivi i trattamenti correlati. Esso prevede l'offerta attiva di un Pap-test ogni tre anni alle donne nella fascia d'età di 25-64 anni. La gratuità e l'offerta attiva favoriscono l'equità di accesso a tutte le donne interessate e costituiscono un riconoscimento del valore e del significato sociale dello screening.

Nel 2006 le donne italiane di 25-64 anni inserite in un programma di screening sono state oltre 11 milioni (69% della popolazione target); l'estensione dei programmi sta gradualmente aumentando anche nelle regioni che non avevano ancora sufficientemente implementato questa pratica.

In Liguria il primo atto deliberativo volto a migliorare la qualità dei programmi di screening delle neoplasie del collo dell'utero si è avuto nel 2004 e solo con il Piano Regionale della Prevenzione 2005-2007 si è arrivati alla definizione di un piano attuativo della campagna di screening; tale piano ha individuato per il 2008 l'obiettivo di costituire un registro regionale informatizzato dei Pap test che consenta di identificare la popolazione non registrata o con una storia di pap test irregolare e quindi eleggibile per l'invito in un programma di screening organizzato.

Tale registro è stato effettivamente istituito, opera su piattaforma web ed è disponibile, per i Laboratori di Anatomia Patologica delle Asl, delle Aziende Ospedaliere e IRCCS all'indirizzo <https://clinicaltrials.istge.it/ist/paptest/>.

Il sistema prevede un set di controlli al momento dell'inserimento dei dati da parte degli Operatori, allo scopo di garantire standard qualitativi adeguati nel rispetto dei criteri di inclusione/esclusione dei pazienti definiti nel Programma di Promozione della Qualità del Pap Test in Liguria.

Quante donne hanno eseguito un Pap-test in accordo alle linee guida?

Nella ASL4 Chiavarese, nel triennio 2007-2008-2009 (dato stabile) circa il **74,7%** delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver effettuato un Pap-test preventivo (in assenza di segni e sintomi) nel corso degli ultimi tre anni, come raccomandato dalle linee guida internazionali e nazionali.

La copertura stimata nell'ASL4 Chiavarese, rappresenta un atteggiamento culturale delle donne tra i 25-64 anni in quanto non è ancora attivo uno screening organizzato ed

è superiore sia al livello di copertura ritenuto "accettabile" (65%) ma non al livello "desiderabile" (80%) dalle indicazioni nazionali.

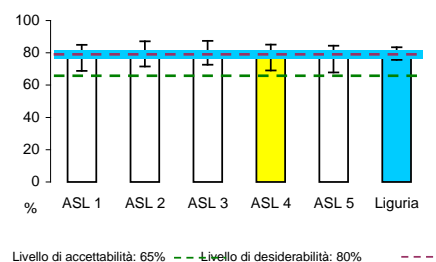
In particolare l'effettuazione del Pap-test nei tempi raccomandati è risultata più alta nelle donne:

- nella fascia 35-49 anni
- con alto livello d'istruzione (la probabilità di eseguire il Pap test nelle donne con alto livello di istruzione è il doppio rispetto a quelle con livello basso)
- senza nessuna difficoltà economiche.

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero (25-64 anni) ASL 4-PASSI 2007-2008-2009 (n=302)	
Caratteristiche	donne che hanno effettuato il Pap-test negli ultimi tre anni% (IC95%)
Totale	74,7 (IC 69,3-79,5)
Classi di età	
25-34	66,7
35-49	81,9
50-64	70,6
Stato civile	
coniugata	77,7
non coniugata	69,2
Convivenza	
convivente	78,6
non convivente	66,0
Istruzione	
Alta	80,2
Bassa	66,1
Odds Ratio	2,08 (IC 1,23-3,57)**
Difficoltà economiche	
Sì	70,5
No	80,3

*in assenza di segni o sintomi

Pap-test negli ultimi 3 anni (%)
Donne di 25-64 anni
Liguria-PASSI 2008 (n = 444)

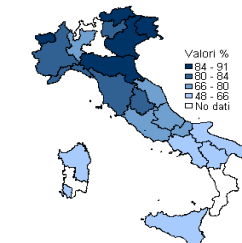


Livello di accettabilità: 65% - - Livello di desiderabilità: 80%

Tra le ASL regionali la percentuale di donne che ha riferito di aver effettuato il Pap-test preventivo negli ultimi 3 anni è abbastanza elevata (range dal 77% della ASL 5 all'81% della ASL 3).

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 75% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver effettuato un Pap-test negli ultimi 3 anni (85% nel Nord-Est Italia), con un evidente gradiente territoriale.

Pap-test negli ultimi 3 anni (%)
Donne di 25-64 anni
Pool PASSI 2008



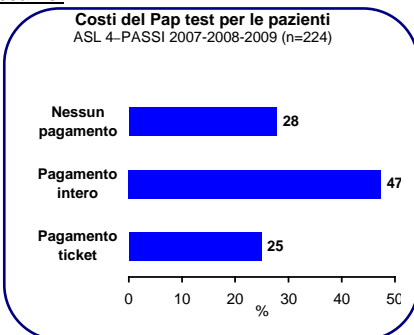
Quante donne hanno sostenuto un costo all'ultimo Pap test

Rientrano nel programma di screening organizzato tutte quelle donne che hanno fatto una Pap-test negli ultimi tre anni senza pagare (usufruendo quindi della Legge Finanziaria 2001), mentre si parla di programma di prevenzione individuale nel caso in cui le donne abbiano effettuato il Pap-test negli ultimi tre anni, pagando il ticket o l'intero costo dell'esame.

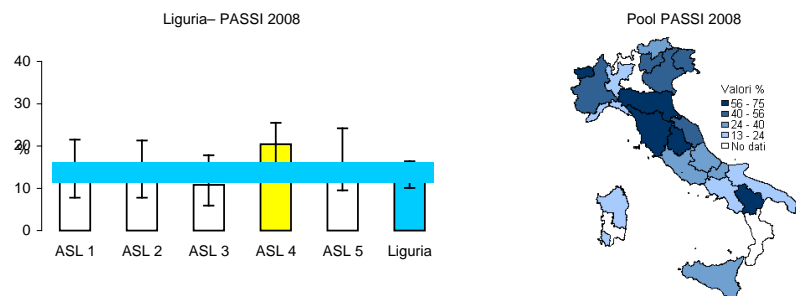
Tra le donne intervistate di 25-64 anni nella ASL4 Chiavarese, il

- 27,8% ha effettuato il Pap-test non ha sostenuto alcun pagamento,
 - 47% ha pagato il costo intero
 - 25% ha pagato il ticket
- } **72%**

In Liguria non è ancora stato attivato il programma di screening organizzato; a conferma di ciò dalla sorveglianza PASSI risulta che l'**81%** delle donne che hanno effettuato un Pap-test in accordo con le Linee Guida, ha sostenuto un costo.



Donne di 25-64 anni che non hanno sostenuto alcun costo per effettuare il Pap-test (%)



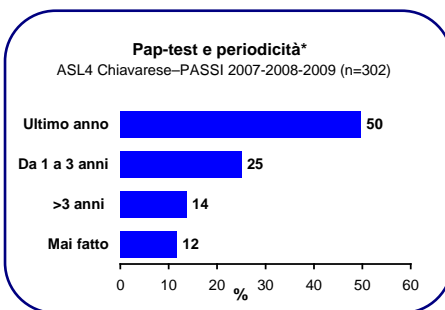
Nella ASL4 Chiavarese la percentuale delle donne che non hanno sostenuto alcun costo è maggiore rispetto a quella delle altre ASL .

Qual è la periodicità di esecuzione del Pap-test?

Rispetto all'ultimo Pap-test preventivo effettuato:

- il 50% delle donne di 25-64 anni ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
- il 25% da uno a tre anni
- il 14% da più di tre anni
- Il 12% delle donne ha riferito di non aver mai eseguito un Pap-test preventivo.

* La campagna di screening prevede la ripetizione del Pap-test ogni 3 anni per le donne nella fascia d'età di 25 -64 anni.



Quale promozione per l'effettuazione del Pap-test?

Nella ASL4 Chiavarese:

- il 10% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL
- il 49% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa di promozione del Pap-test
- il 53% ha riferito di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di effettuare con periodicità il Pap-test.



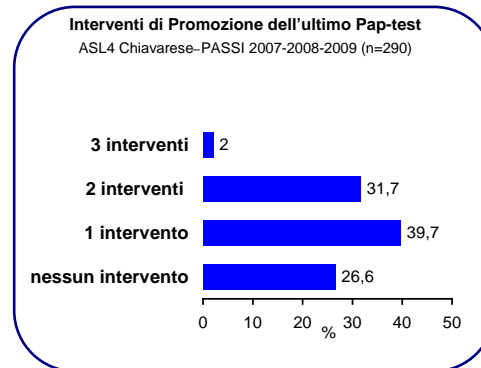
Nelle ASL regionali non si sono rilevate differenze statisticamente significative relative a:

- lettera d'invito (range dal 2% della ASL 5 al 7% della ASL 4)
- consiglio dell'operatore sanitario (range dal 51% della ASL 5 al 66% della ASL 2)
- campagna informativa (range dal 52% della ASL4 al 64% della ASL 5).

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 53,5% delle donne ha ricevuto la lettera dell'ASL, il 61,4% il consiglio dell'operatore sanitario ed il 64,7% ha visto una campagna informativa.

Nell'ASL4 Chiavarese nel triennio 2007-2008-2009

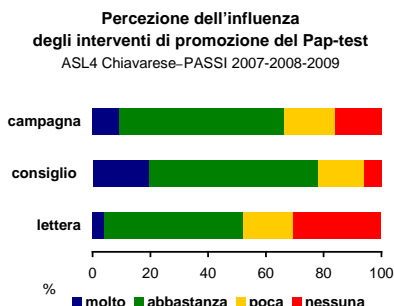
- il 2% delle donne è stata raggiunta da tutti gli interventi di promozione del Pap-test considerati (lettera dell'ASL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa),
- il 32% da due interventi
- il 40% da un solo intervento;
- il 27% delle donne ha riferito di non essere stata raggiunta da alcun intervento



Quale percezione dell'influenza degli interventi di promozione del Pap-test?

Nell'ASL4 Chiavarese nel triennio 2007-2008-2009 tra le donne che hanno riferito di aver ricevuto la lettera di invito da parte dell'ASL:

- il 52,1% ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap-test (4,3% molta e 47,8% abbastanza)
- il 17,4% poca influenza
- il 30,4% nessuna influenza.



Tra le donne che hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di un operatore sanitario:

- il 78% ritiene che questo abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap-test (19,7% molta e 58% abbastanza)
- il 15,9% poca influenza
- il 6,1% nessuna influenza.



Tra le donne che hanno riferito di aver visto o sentito una campagna informativa:

- il 66,3% ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap-test (9,2% molta e 57,1% abbastanza)
- il 17,6% poca influenza
- il 16,0% nessuna influenza.

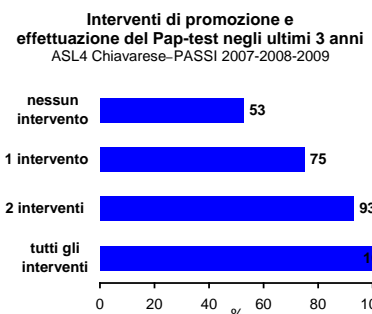


Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, viene riferita un'influenza positiva del:

- 70,1% per la lettera di invito
- 79,5% per il consiglio dell'operatore sanitario
- 66,7% per la campagna comunicativa

Quale efficacia degli interventi di promozione del Pap-test?

- Nella ASL4 Chiavarese la percentuale di donne di 25-64 che hanno effettuato il Pap-test negli ultimi tre anni è del 53% tra le donne non raggiunte da alcun intervento di promozione; sale al 93% tra le donne raggiunte da due interventi di promozione.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, si è rilevato lo stesso andamento, che conferma l'efficacia degli interventi di promozione, in particolare se associati come avviene all'interno dei programmi organizzati.



Perché non è stato effettuato il Pap-test a scopo preventivo?

Nella ASL4 Chiavarese il 25,3% delle donne di 25-64 anni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero in quanto o non ha mai effettuato il Pap-test (11,7%) o l'ha effettuato da oltre tre anni (13,7%).

La non effettuazione dell'esame pare associata ad una molteplicità di fattori, tra cui una non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo principale: il 59% ritiene infatti di non averne bisogno.

Motivazione della non effettuazione del Pap-test
ASL 4-PASSI 2007-2008-2009 (n=65)*



* esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo" (13%)

Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL4 Chiavarese la copertura stimata nelle donne di 25-64 anni relativa al Pap-test (74,7%) raggiunge e supera i valori consigliati; il sistema PASSI informa sulla copertura complessiva, sia delle donne che hanno effettuato l'esame senza sostenere alcun costo (27,8%) sia della quota rilevante di adesione spontanea con pagamento del ticket o del costo intero (72%). La non effettuazione dell'esame pare associata ad una molteplicità di fattori, tra cui la non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo determinante.

E' comunque necessario organizzare una campagna di screening per la prevenzione del cancro della cervice uterina, rivolto alla popolazione femminile di età compresa tra i 25 ed i 64 anni.

Circa una donna su due ha riferito di aver eseguito il Pap-test nel corso dell'ultimo anno rispetto a quanto atteso in base alla periodicità triennale dell'esame (atteso una su tre); esiste pertanto una quota di donne che effettua l'esame con frequenza maggiore a quanto raccomandato (fenomeno di "sovracopertura"), verosimilmente per consigli inappropriati degli operatori sanitari.

E' stato accertato che alcuni tipi di Papillomavirus (HPV) sono responsabili dell'insorgenza del cancro del collo dell'utero, in particolare il ceppo 16 e il ceppo 18 causano il 70% di questi tumori. La ricerca scientifica ha messo a punto un vaccino in grado di prevenire efficacemente le infezioni da HPV. E' stato dimostrato, che tale vaccino (contenente i ceppi 16 e il 18) ha la capacità di prevenire le lesioni precancerose determinate da tali virus. Si ritiene pertanto che una strategia di vaccinazione estesa porti ad una progressiva riduzione dell'incidenza del cervicocarcinoma pari al 70-80% dei casi.

L'OMS ha indicato le preadolescenti come obiettivo primario della vaccinazione, che appare particolarmente vantaggiosa prima del debutto sessuale, in quanto induce una protezione elevata prima di un eventuale contagio.

Il Ministero della Salute, recependo le indicazioni del Consiglio Superiore di Sanità, ha introdotto in Italia, primo paese europeo, un'offerta attiva e gratuita della vaccinazione contro il Papillomavirus per tutte le ragazze nel dodicesimo anno di vita.

Sulla base delle indicazioni della Regione Liguria, pertanto, **questa ASL ha iniziato dal 2007-2008 una Campagna di vaccinazione contro il Papillomavirus** indirizzata a tutti i soggetti di sesso femminile nel dodicesimo anno di vita.⁴

La copertura vaccinale, a settembre 2010 dei soggetti nati dal 1995 al 1999 è mediamente del 75%.

⁴ <http://www.ASL4.liguria.it/ovinternet/servlet/urd/run/portal.show?c=395>

Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella 50-69 anni



Nei Paesi industrializzati il carcinoma mammario è al primo posto tra i tumori maligni della popolazione femminile sia per incidenza sia per mortalità.

In Italia rappresenta la neoplasia più frequente nelle donne, con oltre 36.000 nuovi casi all'anno (pari ad un tasso d'incidenza di 152 casi ogni 100.000 donne) e 11.000 decessi all'anno.

In Liguria si stimano circa 1200 nuovi casi di neoplasia della mammella all'anno (corrispondenti a un tasso grezzo di 163, e a un tasso standardizzato di 125/100.000 donne), circa un terzo di tutti i nuovi casi di tumore nelle donne, e circa 250 morti (corrispondenti a un tasso grezzo di 34, e a un tasso standardizzato di 25/100.000 donne), pari a un sesto delle morti per tumore nelle donne. La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi, limitatamente alla città di Genova, è pari all'82%. (Fonte: I tumori in Italia).

Lo screening mammografico, consigliato con cadenza biennale nelle donne di 50-69 anni, è in grado sia di rendere gli interventi di chirurgia mammaria meno invasivi sia di ridurre di circa il 25% la mortalità da tumore mammario in questa fascia d'età (beneficio di comunità); a livello individuale la riduzione di mortalità nelle donne che hanno effettuato lo screening mammografico è stimata essere del 50% (British Journal of Cancer 2008).

Nel 2007 le donne italiane 50-69enni inserite in un programma di screening sono state circa 6 milioni (81% della popolazione target).

In Liguria il programma, iniziato nel 2000, è stato progressivamente esteso a tutta la Regione, limitatamente ad alcune coorti di nascita, ma si sono evidenziati numerosi problemi organizzativi tuttora irrisolti, che causano discontinuità dell'attività e carente valutazione del percorso diagnostico e del successivo eventuale percorso terapeutico.

L'obiettivo del programma di screening per il 2008 prevedeva di offrire l'intervento alle donne 50-65enni, pari a circa 177.000 (rispetto alle 225.000 dell'intera fascia 50-69 anni). L'intervallo di screening doveva essere quello raccomandato, cioè 24 mesi.

Nel 2008, a fronte di una popolazione bersaglio annua di 111.000 donne ne sono state invitate 37.361 (33,7%) e sono state effettuate 21.257 mammografie (tasso grezzo di adesione 56,9%, tasso corretto per le esclusioni effettuate dopo l'invito 67,8%). L'elevato tasso di adesione a livello regionale è dettato dal fatto che in due Asl (ASL 1 e ASL 3) vengono invitate solo le donne che effettuano re-screening e l'adesione è pari all'85% e al 91%, rispettivamente.

Il tasso di copertura della popolazione bersaglio con l'invito varia dal 15% nella ASL 3 al 75% nella ASL4 (Fonte del dato: Osservatorio Screening). Esso dovrà quindi essere aumentato, soprattutto in alcune Asl, in quanto l'offerta attiva e gratuita della mammografia favorisce la qualità tecnica del programma e l'equità di accesso a tutte le donne interessate, residenti e domiciliate, e costituisce un riconoscimento del valore e del significato sociale dello screening.

Nella ASL4 Chiavarese il programma di screening, ha avuto ufficialmente inizio il 1° luglio 2002 presso il Servizio di Radiologia dei Poli di Sestri Levante e Santa Margherita Ligure.⁵

⁵ <http://www.ASL4.liguria.it/ovinternet/servlet/urd/run/portal.show?c=290>

Quante donne hanno eseguito una Mammografia in accordo con le linee guida?

Nella ASL4 Chiavarese nel triennio 2007, 2008 e 2009 circa l'**81%** delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato una Mammografia preventiva (in assenza di segni e sintomi) nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida internazionali e nazionali.

La copertura stimata è superiore sia al livello di copertura ritenuto "accettabile" (60%) sia al livello "desiderabile" (75%).

In particolare l'effettuazione della Mammografia nei tempi raccomandati è risultata più alta nelle donne:

- nella fascia 50-59 anni
- con alto livello di istruzione
- senza rilevanti difficoltà economiche.

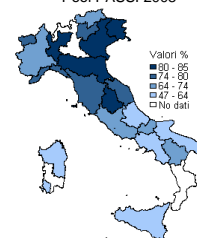
L'età media alla prima Mammografia preventiva è risultata essere 45 anni (risposta ottenuta dalle donne in età compresa tra 50 e 69 anni).

Nella fascia pre-screening (40-49 anni), il **63,7%** delle donne ha riferito di aver effettuato una Mammografia preventiva almeno una volta nella vita.

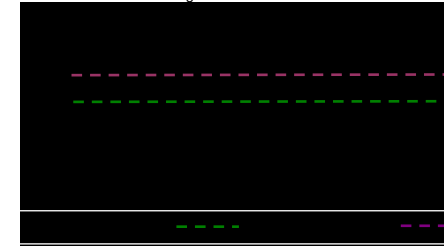
L'età media della prima Mammografia è 39 anni.

Mammografia negli ultimi 2 anni (%) Donne di 50-69 anni

Pool PASSI 2008



Liguria-PASSI 2008



Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, circa il 71% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato una Mammografia preventiva negli ultimi 2 anni, con un evidente gradiente territoriale.

Nella maggior parte delle ASL della Regione la percentuale di donne che ha riferito di aver effettuato la Mammografia preventiva negli ultimi 2 anni è abbastanza elevata (range dal 69% della ASL 1 all'80% della ASL 5).

Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella (50-69 anni)

ASL4 Chiavarese-PASSI 2007-2008-2009 (n=163)

Caratteristiche	donne che hanno effettuato la Mammografia negli ultimi due anni* % (IC95%)	
	81,1	74,2-86,9
Totale	81,1	74,2-86,9
Classi di età		
50-59		87,5
60-69		74,7
Stato civile		
coniugata		81,0
non coniugata		81,6
Convivenza		
convivente		83,3
non convivente		75,6
Istruzione		
bassa		78,3
alta		85,1
Difficoltà economiche		
si		76,4
no		87

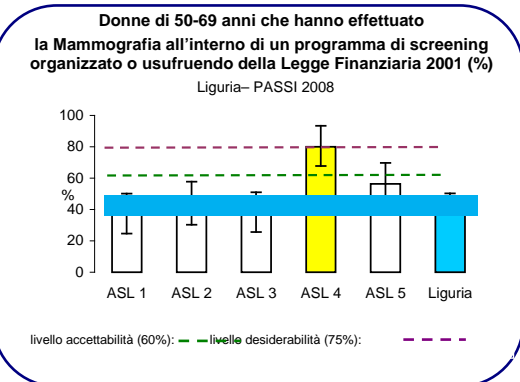
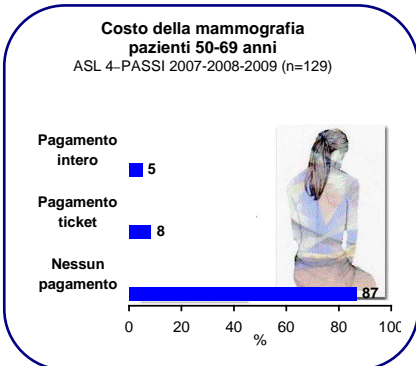
*in assenza di segni o sintomi

Quante donne hanno sostenuto un costo all'ultima Mammografia

Rientrano nel programma di screening organizzato tutte quelle donne che hanno fatto una Mammografia negli ultimi due anni senza pagare (usufruendo quindi della Legge Finanziaria 2001 o dello screening), mentre si parla di programma di prevenzione individuale nel caso in cui le donne abbiano effettuato la mammografia negli ultimi due anni, pagando il ticket o l'intero costo dell'esame.

Tra le donne intervistate tra i 50-69 anni nella ASL4 Chiavarese, nel triennio 2007-2008-2009 il

- ❖ **86,8%** di coloro che hanno effettuato la mammografia non ha sostenuto alcun pagamento.
 - ❖ **69,5%** ha aderito allo screening organizzato
 - ❖ **10,6%** ha aderito allo screening spontaneo
 - ❖ **5%** ha pagato il costo intero
 - ❖ **8,3%** ha pagato il ticket
- 13.3**

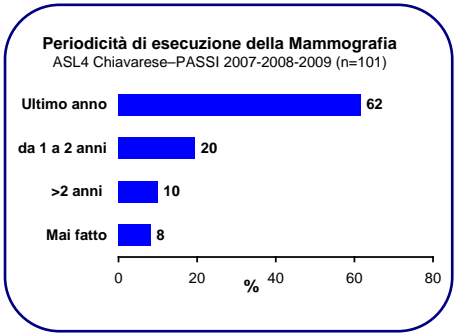


❖ Nelle 5 Asl della Regione la percentuale di donne che ha effettuato la Mammografia all'interno di un programma di screening organizzato o usufruendo della Finanziaria 2001 è disomogenea e insoddisfacente, considerati i livelli di "desiderabilità" e "accettabilità"; tuttavia si nota una **differenza significativa a favore della ASL4 nei confronti della media ligura**.

Qual è la periodicità di esecuzione della Mammografia*?

Rispetto all'ultima Mammografia preventiva effettuata:

- ❖ il **62%** delle donne di 50-69 anni ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
- ❖ il **20%** da uno a due anni
- ❖ il **10%** da più di due anni
- ❖ l'**8,2%** delle donne ha riferito di non aver mai eseguito una mammografia preventiva.



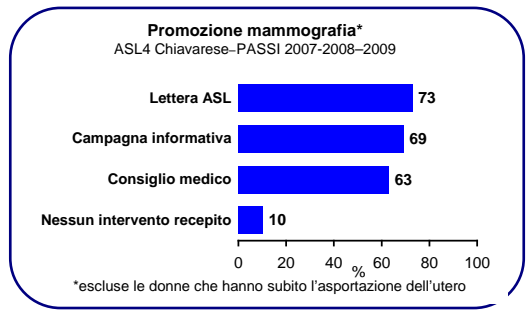
* La campagna di screening prevede la Mammografia ogni 2 anni per le donne nella fascia d'età di 50 -69 anni.



Quale promozione per l'effettuazione della Mammografia?

Nella ASL4 Chiavarese nel triennio 2007-2008-2009:

- ❖ il **73%** delle donne intervistate tra i 50-69 anni ha riferito di aver **ricevuto una lettera di invito dall'ASL**
- ❖ il **69%** ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa di promozione della mammografia
- ❖ il **63%** ha riferito di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di effettuare con periodicità la mammografia



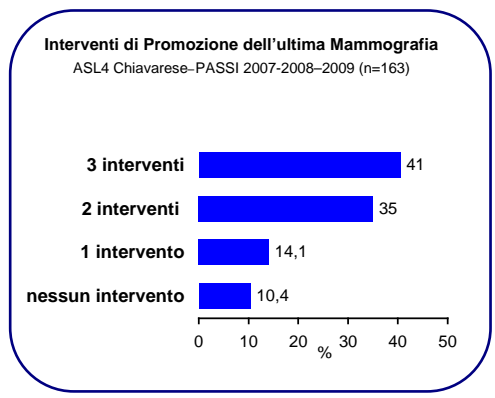
Nelle ASL regionali si sono rilevate differenze statisticamente significative relative a:

- ❖ lettera d'invito (ASL 1: 41%, ASL 2: 56%, ASL 3: 34%, **ASL 4: 72%**, ASL 5: 70%)
 - ❖ campagna informativa (range dal 69% della ASL4 al 91% della ASL 5).
- Non vi sono differenze significative
- ❖ nell'aver ricevuto il consiglio dell'operatore sanitario (range dal 66% della ASL 1 al 77% della ASL 3)

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 64,3% delle donne ha ricevuto la lettera dell'ASL, il 61,9% il consiglio dell'operatore sanitario e il 71,1% ha visto o sentito una campagna informativa.

Nell'ASL4 Chiavarese nel triennio 2007-2008-2009

- ❖ il **40,5%** delle donne è stata raggiunta da tutti gli interventi di promozione della Mammografia considerati (lettera dell'ASL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa),
- ❖ il **35%** da due interventi
- ❖ il **14%** da un solo intervento;
- ❖ il **10,4%** delle donne ha riferito di non essere stata raggiunta da alcun intervento



Quale percezione dell'influenza degli interventi di promozione della Mammografia?

Nell'ASL4 Chiavarese nel triennio 2007-2008-2009 tra le donne che hanno riferito di aver ricevuto la lettera di invito da parte dell'ASL:

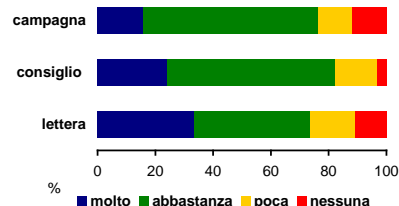
il **73,8%** ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare la mammografia (33,3% molta e 40,5% abbastanza)

il **15,3%** poca influenza

il **10,8%** nessuna influenza.



Percezione dell'influenza degli interventi di promozione della Mammografia
ASL4 Chiavarese-PASSI 2007-2008-2009



Tra le donne che hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di un operatore sanitario:

il **82,4%** ritiene che questo abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare la mammografia (24,2% molta e 58,2% abbastanza)

il **14,3%** poca influenza

il **3,3%** nessuna influenza.



Tra le donne che hanno riferito di aver visto o sentito una campagna informativa:

il **76,5%** ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare la mammografia (15,7% molta e 60,8% abbastanza)

il **11,8%** poca influenza

il **11,8%** nessuna influenza.



Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, viene riferita un'influenza positiva del:

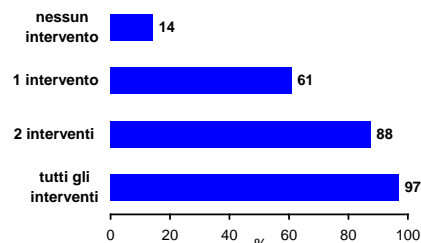
- 75,4% per la lettera di invito
- 83,5% per il consiglio dell'operatore sanitario
- 72,3% per la campagna comunicativa

Quale efficacia degli interventi di promozione della Mammografia?

Nella ASL4 Chiavarese la percentuale di donne di 50-69 che ha effettuato la Mammografia negli ultimi due anni è solo del 14% tra le donne non raggiunte da alcun intervento di promozione; sale all'97% tra le donne raggiunte da tutti e tre gli interventi di promozione.

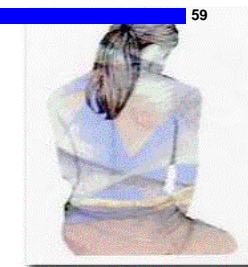
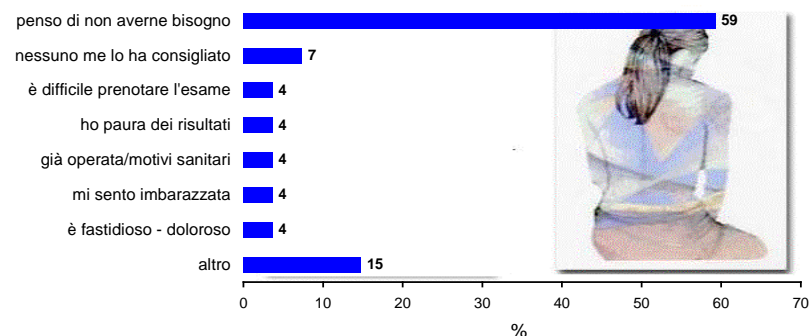
Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI si è rilevato lo stesso andamento, che conferma l'efficacia degli interventi di promozione, in particolare se associati come avviene all'interno dei programmi organizzati.

Interventi di promozione e effettuazione della Mammografia negli ultimi 2 anni
ASL4 Chiavarese-PASSI 2007-2008-2009



Perché non è stata effettuata la Mammografia a scopo preventivo?

Motivazione della non effettuazione della Mammografia secondo le linee guida
ASL4 Chiavarese



* esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo" (24%)

Nella ASL4 Chiavarese il **18,9%** delle donne di 50-69 anni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore della mammella o perché non ha mai effettuata la Mammografia (**8,3%**) o perché l'ha effettuata da oltre due anni (**10,7%**).

La non effettuazione dell'esame pare associata ad una molteplicità di fattori, tra cui la non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo principale: il **59%** ritiene infatti di non averne bisogno.

Conclusioni e raccomandazioni

Nella ASL4 Chiavarese la copertura stimata nelle donne di 50-69 anni relativa all'effettuazione della Mammografia (81%) raggiunge i valori consigliati; il sistema PASSI informa sulla copertura complessiva in questa popolazione, comprensiva sia delle donne che hanno effettuato l'esame all'interno dei programmi di screening organizzati (69,5%) sia della quota di adesione spontanea (**10,6%**) usufruendo quindi della Legge Finanziaria 2001.

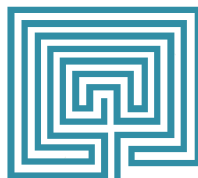
I programmi organizzati si confermano correlati ad una maggior adesione; lettera di invito, consiglio dell'operatore sanitario e campagne informative, ancor più se associati come avviene all'interno dei programmi di screening, sono gli strumenti più efficaci: una donna su tre li giudica molto importanti per l'esecuzione della Mammografia e tra le donne raggiunte da questi interventi la percentuale di effettuazione dell'esame cresce significativamente.

La non effettuazione dell'esame pare associata ad una molteplicità di fattori, tra cui una non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo principale.

Più di una donna su due ha riferito di aver eseguito la Mammografia nel corso dell'ultimo anno, secondo quanto atteso (vista la periodicità biennale dell'esame).

L'età media della prima Mammografia rilevata è di 45 anni ed indica un rilevante ricorso all'esame preventivo prima dei 50 anni.

Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto



Le neoplasie del colon-retto rappresentano la seconda causa di morte per tumore sia negli uomini (10% dei decessi oncologici) sia nelle donne (12%) e a livello europeo sono in costante aumento. In Italia ogni anno si stimano circa 38.000 nuovi casi di carcinoma coloretale e oltre 16.000 morti.

Il rischio cumulativo, da 0 a 74 anni, di sviluppare un tumore del colon-retto nel corso della vita è pari al 4-5% negli uomini e al 3-4% nelle donne.

In Liguria la stima relativa al 2010 è di circa 700 nuovi casi nell'uomo e 600 nella donna (tasso standardizzato di incidenza: 73 ogni 100.000 uomini e 57 ogni 100.000 donne) e circa 500 decessi (300 nei maschi e 200 nelle femmine) pari al 13% dei decessi oncologici (tasso standardizzato di mortalità: 32 ogni 100.000 uomini e 18 ogni 100.000 donne). (Fonte: i tumori in Italia)

La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi (limitatamente alla città di Genova) è pari al 51% negli uomini e 56% nelle donne.

Sebbene sia difficile riconoscere quali singoli fattori dietetici siano implicati, si può sostenere che la dieta "occidentale" sia responsabile per più del 65-70% del tumore coloretale. E' ormai riconosciuto, invece, il ruolo protettivo in questo senso di una dieta ricca di frutta e verdura e povera di carne, grassi, cibi raffinati e calorie, e di una costante attività fisica. La promozione di scelte salutari, sia nutrizionali che nel campo del movimento, dovrebbe quindi essere il cardine su cui imperniare la prevenzione primaria del tumore del colon-retto.

La storia familiare di cancro è un importante fattore di rischio per i tumori coloretali. I familiari di primo grado di soggetti affetti da carcinoma coloretale hanno un rischio aumentato di 2-4 volte di sviluppare sia carcinomi che adenomi coloretali. L'entità del rischio varia in relazione al numero di parenti affetti e all'età alla diagnosi della malattia nei parenti: è più elevato in presenza di un affetto giovane (<45 anni) e di più familiari affetti. L'entità del rischio è, quindi, associata al "peso della storia familiare". Si stima che in Italia, il 3-5% dei soggetti sani abbia almeno un familiare di primo grado affetto. Si tratta quindi di una popolazione di dimensioni contenute ma che necessita di particolare attenzione

Dal punto di vista della prevenzione secondaria, il programma di screening organizzato rappresenta un efficace strumento per ridurre non solo la mortalità, ma anche l'incidenza della neoplasia coloretale. I principali test di screening per la diagnosi in soggetti asintomatici sono la ricerca di sangue occulto nelle feci, la rettoscopia e la colonscopia; questi esami sono in grado di diagnosticare il tumore negli stadi più precoci, quando maggiori sono le probabilità di guarigione o addirittura di impedirne lo sviluppo grazie alla rimozione endoscopica degli adenomi.

Il Piano Nazionale di Prevenzione propone come strategia di screening per le neoplasie coloretali il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci nelle persone nella fascia 50-69 anni con frequenza biennale. Nel 2007 in Italia le persone di 50-69 anni inserite in un programma di screening organizzato per il carcinoma coloretale sono state oltre 6 milioni (47% della popolazione target); l'estensione dei programmi mostra un evidente gradiente Nord-Sud.

In Liguria i programmi di screening per le neoplasie del colon-retto sono stati pianificati nel 2007 con l'istituzione di un gruppo regionale per l'attuazione dello screening mediante ricerca di sangue occulto nelle feci (SOF) biennale.

Nella ASL4 Chiavarese il programma di screening per le neoplasie del colon-retto è stato avviato dal 19 gennaio 2009 con una popolazione obiettivo da invitare ogni due anni di circa 40.000 persone (il 27% della popolazione adulta). Il programma di screening regionale prevede la ricerca biennale del sangue occulto fecale nelle persone di 50-69 anni.

Nel 2009 è partita con lo screening anche la ASL 5 di La Spezia seguita nel 2010 da altre ASL Liguri.

Quante persone hanno eseguito un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali in accordo alle linee guida?

Nella ASL4 Chiavarese, nel biennio 2007-2008, circa il **17,7%** (IC 12,6-23,1) delle persone intervistate nella fascia di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali, in accordo con le linee guida (sangue occulto ogni due anni o colonscopia ogni cinque anni).

Nel 2009 hanno eseguito un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali il **28%**. Degli intervistati. Ciò è dovuto all'inizio della campagna di screening organizzato nell'ASL4 Chiavarese, che ha incominciato a chiamare la popolazione più anziana. Infatti il **31%** dei 60-69enni ha eseguito la ricerca del sangue occulto fecale.

La copertura stimata è ancora inferiore al livello di copertura "accettabile" (45% ogni due anni).

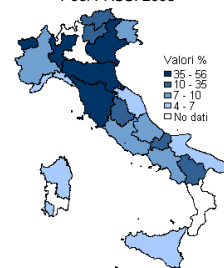
Diagnosi precoce delle neoplasie secondo le Linee Guida					
Colon-retto (50-69 anni)					
ASL4 Chiavarese-		PASSI 2007-2008 (n=197)			
		PASSI 2009 (n=120)			
Caratteristiche		Sangue occulto fecale% (IC95%)		Colonscopia% (IC95%)	
Totale	2007-2008	8,5	4,9-13,4	9,4	5,7-14,4
	2009	21,6	14,5-30,1	6,7	2,9-12,8
		Sangue occulto fecale%		Colonscopia%	
		2007-2008	2009	2007-2008	2009
Classi di età					
50-59		8,8	13,1	9,7	8,2
60-69		8,2	31	9,1	5,2
Sesso					
uomini		6,4	24,6	6,5	12,1
donne		10,5	18,6	12,1	1,6
Istruzione					
nessuna/elementare		2,5	28,6	7,1	4,8
media inferiore		9,4	17,8	13,6	6,3
media superiore		10,4	25,0	6,0	11,1
laurea		11,1	14,3	11,8	0
Difficoltà economiche					
molte		15,0	8,3	21,7	8,3
qualche		8,3	16,3	7,1	5,7
nessuna		7,1	27,8	8,3	7,5

*in assenza di segni o sintomi

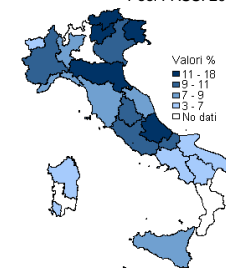
Nel confronto fra le 5 ASL regionali, la percentuale di persone che ha riferito di aver effettuato la colonscopia negli ultimi 5 anni è risultata significativamente maggiore nella ASL 5 rispetto alla media regionale e rispetto al valore della ASL 3 (range dal 4% della ASL 3 al 18% della ASL 5).

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, circa il 22,6% delle persone di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto e il 9% la colonscopia, con un evidente gradiente territoriale.

Persone di 50-69 anni che hanno eseguito almeno una ricerca di Sangue occulto negli ultimi 2 anni (%)
Pool PASSI 2008



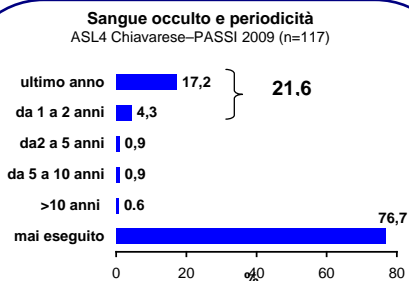
Persone di 50-69 anni che hanno eseguito almeno una Colonscopia negli ultimi 5 anni (%)
Pool PASSI 2008



Qual è la periodicità di esecuzione degli esami per la diagnosi precoce dei tumori colorettrali?

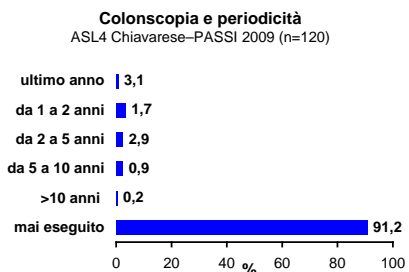
La campagna di screening nazionale prevede l'esecuzione del test per la ricerca di sangue occulto ogni due anni nella fascia d'età 50-69 anni.

Nell'ASL4 Chiavarese il 21,6% degli intervistati ha riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto fecale negli ultimi due anni.



Nell'ASL4 Chiavarese nell'anno 2009:

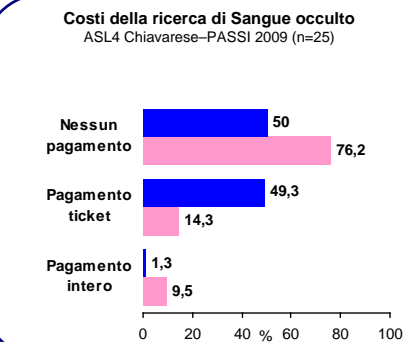
9 persone su 10 hanno riferito di non aver mai eseguito una colonscopia a scopo preventivo.



Ha avuto un costo l'ultimo esame effettuato?

Nell'ASL4 Chiavarese il 76,2% degli intervistati ha riferito di non aver sostenuto alcun costo per l'esecuzione del sangue occulto fecale.

ha pagato il costo del ticket per eseguire la colonscopia il 57,1% degli intervistati



Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, circa il 19% delle persone di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto a pagamento, e circa il 53% ha riferito di aver effettuato la colonscopia a pagamento



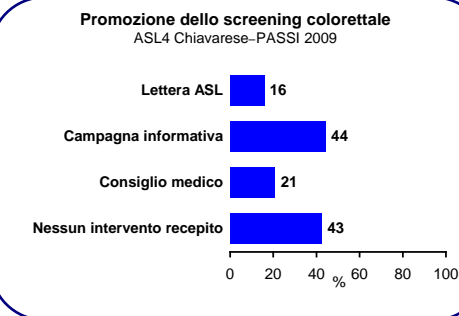
Quale promozione per l'effettuazione degli screening per la diagnosi precoce dei tumori colorettrali?

Nella ASL4 Chiavarese nel 2009:

il 16% delle persone intervistate tra i 50-69 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL

il 44% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa di promozione dello screening dei tumori colorettrali

il 21% ha riferito di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di effettuare con periodicità il sangue occulto fecale o colonscopia



Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 28,3% delle persone ha ricevuto la lettera dell'ASL, il 24,7% il consiglio dell'operatore sanitario e il 41,6% ha visto una campagna informativa.

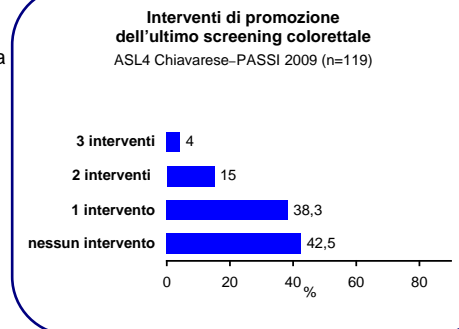
Nell'ASL4 Chiavarese nell'anno 2009

il 4% degli intervistati è stato raggiunto da tutti gli interventi di promozione dello screening colorettrale considerati (lettera dell'ASL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa),

il 15% da due interventi

il 38,3% da un solo intervento;

il 42,5 ha riferito di non essere stato raggiunto da alcun intervento



Quale efficacia degli interventi di promozione dello screening colorettrale?

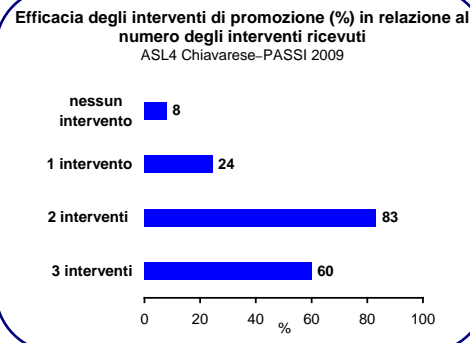
Nell'ASL4 Chiavarese la percentuale di persone tra i 50-69 che ha effettuato l'esame per lo screening colorettrale nei tempi raccomandati è:

del 8% tra le persone non raggiunte da alcun intervento di promozione;

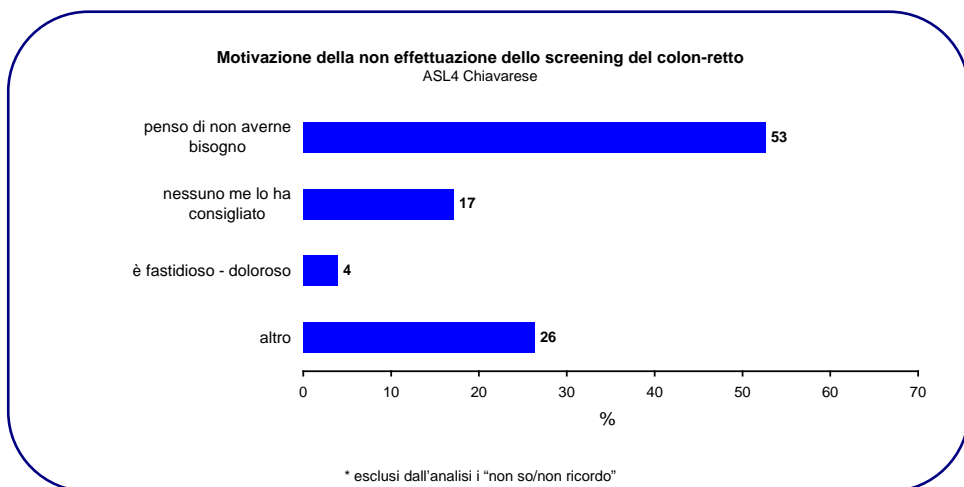
sale all'83% tra le persone raggiunte da due interventi di promozione;

Gli interventi di promozione, specie se associati, confermano la loro efficacia.

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, lo screening è effettuato dal 5,4% dei soggetti non raggiunti da alcun intervento, dal 31,7% dei soggetti raggiunti da un intervento, dal 64,7% dei soggetti raggiunti da due, e dal 79,2% da tre interventi (lettera, consiglio di un operatore, campagna informativa).



Perché non sono stati effettuati esami per la diagnosi precoce dei tumori coloretali a scopo preventivo?



Nella ASL4 Chiavarese nel 2009 il **72,0%** dei soggetti intervistati tra i di 50-69 anni non è risultato coperto per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore del colon retto, non avendo mai effettuato né la ricerca di sangue occulto né la colonscopia.

La non effettuazione dell'esame pare associata ad una molteplicità di fattori, tra cui la non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo principale: il **53%** ritiene infatti di non averne bisogno.

Conclusioni e raccomandazioni

Nel corso del 2009 si è registrato un significativo aumento dei soggetti che hanno eseguito un esame per la diagnosi precoce dei tumore del colonretto (**28%**) rispetto al biennio 2007-2008 (**18%**).

Ciò è dovuto all'inizio della campagna di screening organizzato nell'ASL4 Chiavarese, che ha incominciato a chiamare la popolazione più anziana. Infatti il **31%** dei 60-69 ha eseguito la ricerca del sangue occulto fecale.

Nell'ASL4 Chiavarese il **76,2%** degli intervistati ha riferito di non aver sostenuto alcun costo per l'esecuzione del sangue occulto fecale.

Il **16%** delle persone intervistate tra i 50-69 anni ha riferito di aver **ricevuto una lettera di invito dall'ASL**.

Dall'informazione all'azione

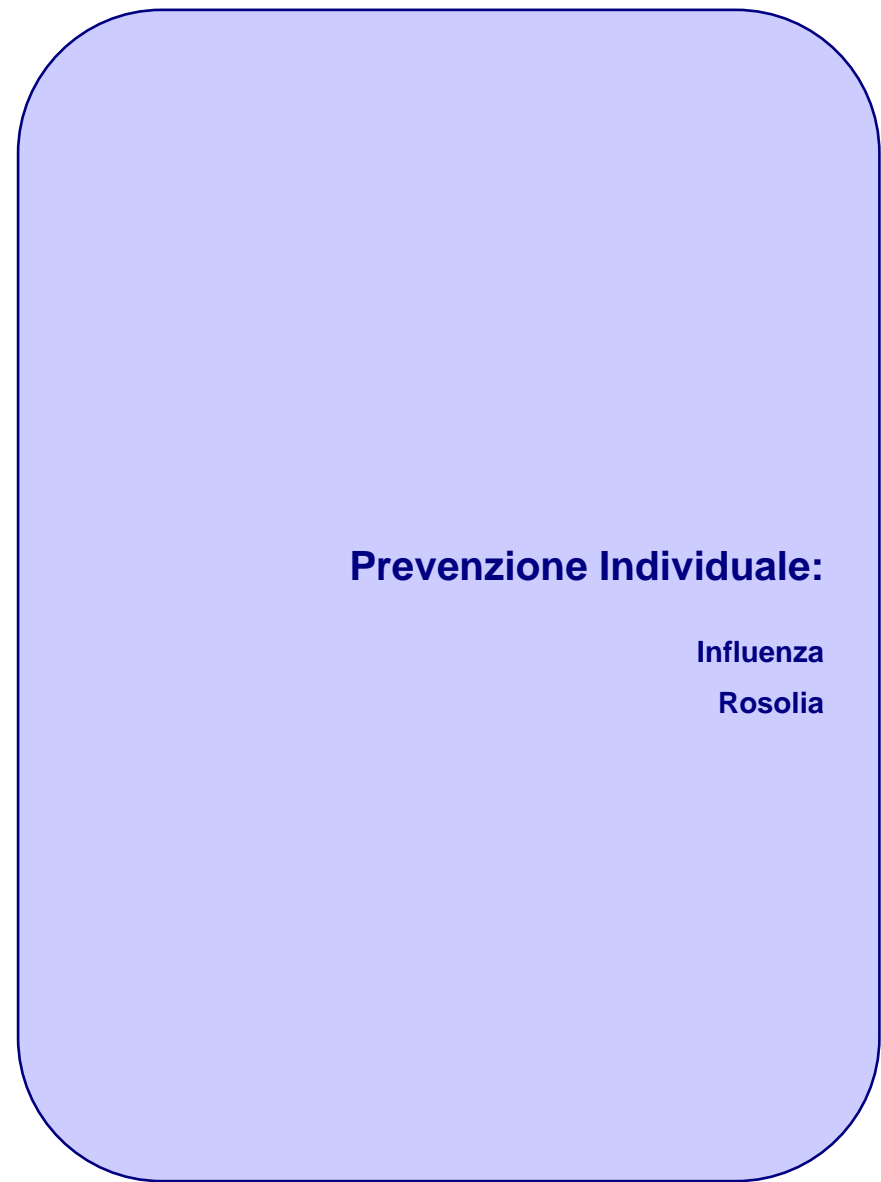
INVESTI IN PREVENZIONE GUADAGNERAI IN SALUTE

SCREENING TUMORE COLON RETTO
programma per la diagnosi precoce
biennio 2009-2010 [dati preliminari]
ASL 4 Chiavarese

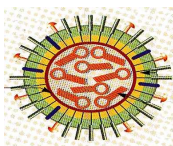
2009-2010

Standard accettabile GISCOR

N° persone invitate	27961	-
% popolazione invitata (~40.000 residenti)	69,9%	80%
adesione all'invito (primo invito: escluso richiamo inadeguati)	11330	-
% adesione invito	40,52%	45%
N° persone positive	1260	-
% positivi al primo livello	11,12%	6%
		-
Adenocarcinoma/Adenoma cancerizzato	22	-
Tasso identificazione * 1000 sottoposti a screening	1,9‰	2‰
		-
Adenoma avanzato (diametro > 10mm, componente villosa o tubulo villosa >20%, displasia alto rischio)	105	-
Tasso identificazione * 1000 sottoposti a screening	9,3‰	7,5‰
		-
VPP del SOF alla colonscopia per adenoma avanzato o carcinoma	25,3%	>25%
		-
Adenoma iniziale (adenoma tubulare displasia basso grado, diametro < 10mm)	152	
Polipo non neoplastico	45	
Non alterazioni	174	



Vaccinazione antinfluenzale



La vaccinazione contro l'influenza è inserita nel Piano nazionale della Prevenzione. Il Ministero della Salute raccomanda di vaccinare almeno il 75% delle persone appartenenti alle categorie a rischio tra le quali rientrano principalmente le persone sopra ai 65 anni e le persone con almeno una patologia cronica.

Quante persone si sono vaccinate per l'influenza durante l'ultima campagna antinfluenzale? Anni 2007-2008-2009

Nella ASL4 Chiavarese il **10,3%** delle persone intervistate di età 18-64 anni ha riferito di essersi vaccinato durante la campagna antinfluenzale.

La percentuale di persone di 18-64 anni vaccinate per l'influenza è risultata più elevata:

- nelle fasce 35-49 anni (**10,1%**) e 50-64 anni (**13,9%**) vs 18-34 anni
- negli uomini (**12,3%**) rispetto alle donne (**8,2%**)
- nei soggetti con basso livello di istruzione (**15%**) verso quelle con alto livello di istruzione (**7,9%**)

Nella ASL4 Chiavarese nelle persone di 18-64 anni portatrici di almeno una **patologia cronica**, la percentuale sale al **26%**, valore ancora inferiore a quello raccomandato (75%).

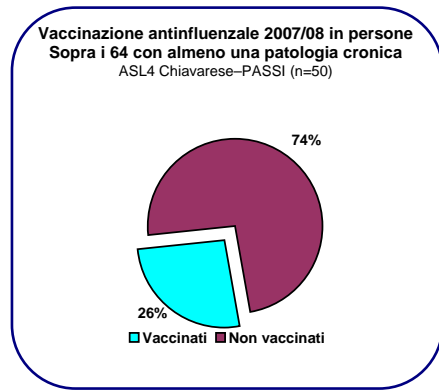
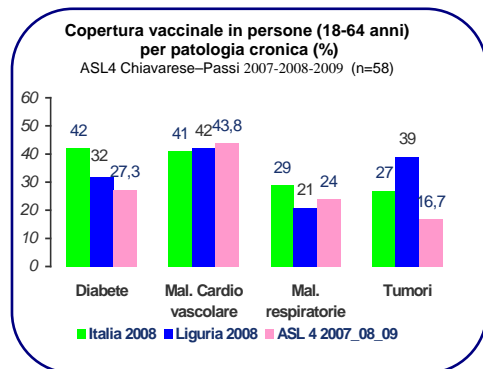
La copertura vaccinale è risultata diversa in base al tipo di patologia diagnosticata:

- basse coperture tra gli ammalati di tumore (**16,7%**), di patologie respiratorie croniche (**24%**) e diabete (**27,3%**).
- poco più elevati i valori tra le persone affette da malattie cardiovascolari (**43,8%**)

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone di 18-64 anni portatrici di almeno una patologia cronica vaccinate contro l'influenza è risultata del **29,8%**.

Caratteristiche	Vaccinati % (IC95%)	
Totale	10,3	7,3,0-14,4
Classi di età		
18-34	6,7	
35-49	10,1	
50-64	13,9	
Sesso		
uomini	12,3	
donne	8,2	
Istruzione		
bassa	15	
alta	7,9	
Difficoltà economiche		
sì	11,3	
no	9,3	
Patologie severe^s		
almeno una	26	
assente	7,3	

^salmeno una delle seguenti patologie: ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie



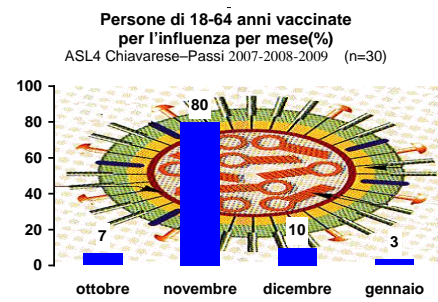
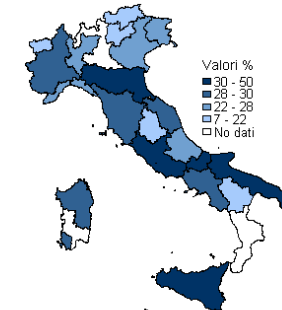
- In accordo con i tempi della campagna vaccinale antinfluenzale, i residenti nell'ASL4 Chiavarese hanno dichiarato di esser stati vaccinati prevalentemente nel mese di novembre (**80%**).

Nella ASL4 Chiavarese il **33,3%** delle persone intervistate di età 65-69 anni ha riferito di essersi vaccinato durante la campagna antinfluenzale.

La percentuale di persone di 65-69 anni vaccinate per l'influenza è risultata più elevata negli uomini (**36,4%**) rispetto alle donne (**30,0%**)

Nella ASL4 Chiavarese nelle persone di 65-69 anni portatrici di almeno una **patologia cronica**, la percentuale di persone vaccinate risulta del **27,8%**.

Vaccinazione antinfluenzale 2006-07 in persone di 18-64 anni con almeno una patologia cronica
Pool PASSI 2008



Caratteristiche	Vaccinati % (IC95%)	
Totale	33,3	19,1-47,6
Sesso		
uomini	36,4	
donne	30	
Patologie severe^s		
almeno una	27,8	
assente	37,5	

^salmeno una delle seguenti patologie: ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie

Conclusioni e raccomandazioni

Per ridurre significativamente la morbosità per influenza e le sue complicanze è necessario raggiungere coperture vaccinali molto elevate. Le strategie vaccinali adottate in questi anni in Liguria hanno permesso di raggiungere la maggior parte delle persone sopra ai 65 anni: sulla base dei registri vaccinali infatti la maggioranza delle ASL è prossima al 75% di copertura in questa fascia di popolazione. Questi rilevanti risultati sono stati ottenuti grazie alla proficua collaborazione dei Medici di Medicina Generale, nei cui ambulatori vengono eseguite le vaccinazioni.

I dati PASSI mostrano come nelle persone sotto ai 65 anni affette da patologie croniche la copertura stimata risulti invece essere ancora insufficiente rispetto all'obiettivo prefissato: si stima infatti che solo una persona su quattro si sia vaccinata in questo sottogruppo a rischio.

Dall'informazione all'azione

Igiene e protezione individuale

<http://www.salute.gov.it/influenza/paginaInternalInfluenza.jsp?id=719&lingua=italiano&menu=igiene>

La trasmissione interumana del virus dell'influenza si può verificare per via aerea attraverso le gocce di saliva di chi tossisce o starnutisce, i droplets, ma anche per via indiretta attraverso il contatto con mani contaminate dalle secrezioni respiratorie. Per questo, una buona igiene delle mani e delle secrezioni respiratorie può giocare un ruolo nel limitare la diffusione dell'influenza. Recentemente il CDC Europeo ha valutato le evidenze sulle **misure di protezione personali (non-farmacologiche)** utili per ridurre la trasmissione del virus dell'influenza, ed ha raccomandato le seguenti azioni:

1. Lavaggio delle mani (in assenza di acqua, uso di gel alcolici) - **Fortemente raccomandato**
2. Buona igiene respiratoria (coprire bocca e naso quando si starnutisce o tossisce, trattare i fazzoletti e lavarsi le mani) **Raccomandato**
3. Isolamento volontario a casa delle persone con malattie respiratorie febbrili specie in fase iniziale - **Raccomandato**
4. Uso di mascherine da parte delle persone con sintomatologie influenzali, quando si trovano in ambienti sanitari (ospedali) - **Raccomandato**.

Tali misure si aggiungono a quelle basate sui presidi farmaceutici (vaccinazioni e uso di antivirali).

Una campagna di comunicazione sulla prevenzione dell'influenza potrà quindi includere informazioni sulle misure non farmaceutiche.

Come sopra riportato, tra i messaggi da privilegiare vi sono l'igiene respiratoria (contenimento degli starnuti, dei colpi di tosse, con la protezione della mano o di un fazzoletto, evitando contatti ravvicinati se ci si sente influenzati).

Un gesto semplice, ed economico, come il lavarsi spesso le mani, in particolare dopo essersi soffiati il naso o aver tossito o starnutito, costituisce un rimedio utile per ridurre la diffusione dei virus influenzali, così come di altri agenti infettivi.

Sebbene tale gesto sia sottovalutato, esso rappresenta sicuramente l'intervento preventivo di prima scelta, ed è pratica riconosciuta, dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, tra le più efficaci per il controllo della diffusione delle infezioni anche negli ospedali.

Altri messaggi dovrebbero essere indirizzati ad informare la popolazione che è bene evitare di recarsi al lavoro, se si è affetti da una sintomatologia influenzale confermata dal medico curante, per evitare di contribuire alla diffusione del contagio.

Vaccinazione antirosolia

La rosolia è una malattia benigna dell'età infantile che, se è contratta dalla donna in gravidanza, può essere causa di aborto spontaneo, feti nati morti o con gravi malformazioni fetali (sindrome della rosolia congenita).

La vaccinazione antirosolia, la cui notifica è stata resa obbligatoria con il decreto Ministeriale 14 ottobre 2004, costituisce un'azione preventiva di provata efficacia, finalizzata all'eliminazione dei casi di rosolia congenita; per raggiungere questo obiettivo del Piano Nazionale di eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita è necessario immunizzare almeno il 95% delle donne in età fertile.

La strategia che si è mostrata più efficace a livello internazionale consiste nel vaccinare tutti i bambini nel 2° anno di età e nell'individuare (attraverso un semplice esame del sangue detto rubeotest) le donne in età fertile ancora suscettibili d'infezione per somministrare loro il vaccino antirosolia.

Quante donne sono vaccinate per la rosolia? Anni 2007-2008-2009

Nell'ASL4 Chiavarese il **40,5%** delle donne di 18-49 anni intervistate ha riferito di essere stata vaccinata per la rosolia.

La percentuale di donne vaccinate è significativamente più elevata nelle donne più giovani, in particolare nella fascia 18-24 anni (**60%**)

Tra le ASL regionali, la ASL 2 ha mostrato una percentuale di donne vaccinate più bassa rispetto alla media regionale; la ASL 1 e la ASL 2 hanno livelli significativamente minori rispetto la ASL 4.

Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale stimata di donne vaccinate è pari al 33,3%.

Vaccinazione antirosolia (donne 18-49 anni)

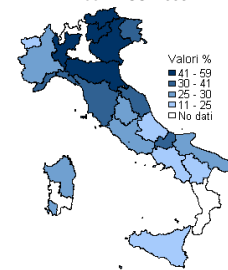
ASL4 Chiavarese -PASSI 2007-2008-2009 (n=223)

Caratteristiche	Vaccinate	
	%	(IC95%)
Totale	40,5	34,0-47,3
Classi di età		
18-24	60,0	
25-34	46,3	
35-49	32,0	
Istruzione		
bassa	36,5	
alta	42,1	
Difficoltà economiche		
sì	38,6	
no	42,7	

§almeno una delle seguenti patologie: ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie

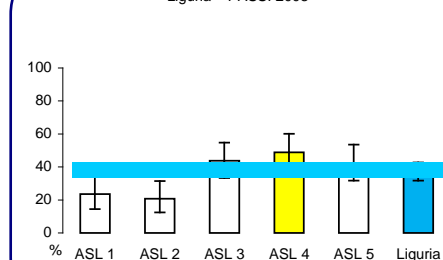
Vaccinazione antirosolia (donne 18-49 anni) (%)

Pool PASSI 2008



Vaccinazione antirosolia (donne 18-49 anni) (%)

Liguria - PASSI 2008



Quante donne sono immuni e quante suscettibili alla rosolia?

Nell'ASL4 Chiavarese il **59%** delle donne di 18-49 anni è risultato immune alla rosolia in quanto:

- ha effettuato la vaccinazione (**40,5%**)
- ha una copertura naturale da pregressa infezione rilevata dal rubeotest positivo (**18,5%**).

Ha riferito un rubeo_test negativo l'1,8 delle donne tra i 18-49 anni. Tale valore risulta sovrapponibile alle rilevazioni al momento del parto effettuate presso il Reparto di Ostetricia dell'Ospedale di Lavagna.

Il **39%** delle donne intervistate non risulta valutabile in quanto non ha effettuato la vaccinazione o ha un rubeo test non effettuato o effettuato ma sconosciuto.

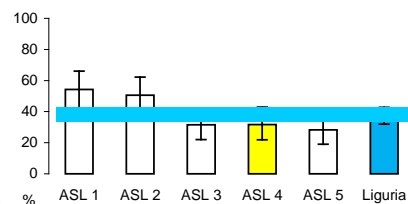
Stato immunitario (donne 18-49 anni)
ASL4 Chiavarese –PASSI 2007-2008-2009 (n=223)

Caratteristiche	%	IC95%
Immuni		
Totale	59,0	52,2-65,5
Vaccinate	40,5	34,0-47,3
Non rubeo_test positivo	18,5	13,6-24,2
Suscettibili/stato sconosciuto		
Totale	41,0	34,5-47,8
Non vaccinate		
Rubeo_test Negativo	1,8	0,5-4,5
Rubeo_test fatto ma sconosciuto	2,3	0,7-5,2
Rubeo_test Non effettuato	36,9	30,6-43,7
Non ricorda		

Tra le ASL regionali, la ASL 5 ha mostrato la più bassa percentuale di donne stimate suscettibili alla rosolia (range dal 28% della ASL 5 al 54,2 della ASL 1), distinguendosi in maniera significativa dalla ASL 1, ma non dalla media regionale

Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale stimata di donne suscettibili all'infezione o con stato immunitario sconosciuto è pari al 43,8%.

Suscettibilità/stato sconosciuto alla Rosolia (donne 18-49 anni) (%)
Liguria-PASSI 2008

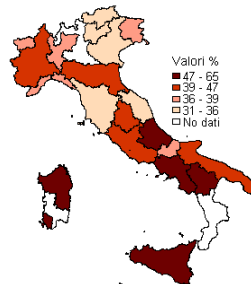


Conclusioni e raccomandazioni

A livello regionale si stima che circa quattro donne in età fertile su dieci siano ancora suscettibili alla rosolia; è pertanto necessario migliorare le attuali strategie di offerta attiva dei vaccini in età adulta attraverso un maggior coinvolgimento delle diverse figure professionali "più vicine" alla popolazione a rischio (Medici di Medicina Generale, ginecologi ed ostetriche).

Il sistema di Sorveglianza PASSI può consentire di monitorare alcuni indicatori di processo del Piano Nazionale di eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita, contribuendo alla valutazione di efficacia dello stesso.

Donne 18-49 anni suscettibili la Rosolia
Pool PASSI 2008



Appendice

Obiettivi

Metodi

Monitoraggio

Utilizzo della pesatura

Autori

Obiettivi

Obiettivo generale: monitorare alcuni aspetti della salute della popolazione dell'ASL4 Chiavarese, di età compresa fra i 18 e i 69 anni in rapporto ad interventi di prevenzione (in atto o in via di realizzazione) relativi ai principali fattori di rischio comportamentali.

Obiettivi specifici

1. Aspetti socio-demografici

- valutazione della qualità del sistema di sorveglianza attraverso indicatori di monitoraggio (tasso di risposta, di sostituzione, di rifiuto, di non reperibilità, di eleggibilità, distribuzione dei motivi di non eleggibilità e modalità di reperimento del numero telefonico);
- descrivere le variabili socio-demografiche principali del campione (età, sesso, livello di istruzione, cittadinanza, stato civile) e valutare eventuali correlazioni con i fattori di rischio indagati.

2. Benessere

Percezione dello stato di salute

- stimare lo stato di salute percepito e la media dei giorni in cattiva salute per cause fisiche e mentali e dei giorni limitanti le abituali attività.

Sintomi di depressione

- stimare la prevalenza di persone che riferiscono di aver avuto sintomi di depressione ed eventuali limitazioni nelle attività abituali.
- stimare la prevalenza di persone con sintomi di depressione che hanno fatto ricorso a qualche figura per aiuto e quali.

3. Guadagnare salute

Attività fisica

- stimare la proporzione di persone che praticano attività fisica moderata o intensa raccomandata;
- stimare la proporzione di persone sedentarie e individuare i gruppi a rischio per sedentarietà ai quali indirizzare gli interventi di promozione;
- stimare la prevalenza di persone ai quali è stato chiesto/conigliato di svolgere attività fisica.

Abitudine al fumo

- stimare la prevalenza di fumatori, fumatori in astensione (che hanno smesso da meno di 6 mesi), non fumatori ed ex-fumatori;
- stimare il livello di attenzione degli operatori sanitari al problema del fumo;
- stimare la prevalenza di fumatori ai quali è stato rivolto il consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e per quali motivi;
- frequenza di fumatori che hanno cercato di smettere negli ultimi 12 mesi, senza riuscirci e modalità con cui hanno condotto l'ultimo tentativo di smettere;
- modalità con cui hanno smesso di fumare gli ex-fumatori;
- descrivere l'abitudine al fumo in ambito domestico;
- stimare il livello del rispetto delle norme anti-fumo sul posto di lavoro nei luoghi pubblici.

Stato nutrizionale e abitudini alimentari

- stimare le prevalenze riferite di soggetti sottopeso, normopeso, sovrappeso ed obesi tramite il calcolo dell'indice di massa corporea e la relativa auto-percezione;
- valutare la percezione relativa alla correttezza della propria alimentazione;
- stimare la proporzione di persone che hanno ricevuto consigli da operatori sanitari riguardo al peso corporeo, che hanno tentato di perdere o mantenere il peso e che hanno intrapreso azioni (dieta, attività fisica) per farlo;
- stimare l'efficacia del consiglio nelle persone in eccesso ponderale rispetto all'effettuazione della dieta o dello svolgimento dell'attività fisica.

Consumo di frutta e verdura

- stimare la proporzione di persone che consumano giornalmente frutta e verdura;
- stimare la proporzione di persone che consumano almeno 5 porzioni di frutta/verdura ogni giorno.

Consumo di alcol

- stimare la proporzione di persone che consumano alcol;
- stimare la frequenza di consumo a rischio (binge, consumo fuori pasto e forte consumatore);
- valutare il grado di attenzione degli operatori sanitari all'uso dell'alcol;
- stimare la prevalenza di consumatori di alcol ai quali è stato consigliato di ridurre il consumo.

4. Rischio cardiovascolare

Iperensione

- stimare la proporzione di persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa, la colesterolemia e quando è avvenuto l'ultimo controllo.

Colesterolo

- stimare la prevalenza di persone che riferiscono di essere affette da ipertensione o ipercolesterolemia e che stanno seguendo un trattamento (farmaci e altre misure, come perdita di peso e attività fisica).

Carta del rischio cardiovascolare

- stimare la prevalenza di persone a cui è stato calcolato il rischio cardiovascolare da parte di un medico utilizzando la carta del rischio di recente introduzione.

5. Sicurezza

Sicurezza stradale

- stimare la prevalenza di persone che utilizzano i dispositivi di sicurezza (cintura anteriore, cintura posteriore, casco);
- stimare la proporzione di persone che riferiscono di aver guidato dopo assunzione di alcolici;
- stimare la proporzione di persone trasportate da chi ha assunto alcolici.

Infortunati domestici

- stimare la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico;
- stimare la prevalenza di persone che riferiscono di aver ricevuto informazioni per prevenire gli infortuni domestici e se sono stati adottati comportamenti/misure per rendere più sicura l'abitazione.

6. Programmi di prevenzione: Screenings

- stimare la prevalenza di donne 25-64 anni che hanno effettuato un **Pap test** e di donne 50-69 anni che hanno effettuato una **mammografia** a scopo preventivo, la periodicità dell'esecuzione e se è stato effettuato all'interno del programma di screening (2 anni per il Pap test e 3 anni per la mammografia);
- stimare la prevalenza di donne 25-64 anni e di donne 50-69 anni, rispettivamente per **Pap test** e **mammografia**, che riferiscono di aver ricevuto una lettera dall'ASL, consigli da operatore sanitario o di aver visto/sentito campagne informative e quanta influenza hanno avuto nell'esecuzione dell'esame.
- **Colon retto:** stima della prevalenza di persone ≥ 50 anni che riferiscono di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL, consigli da operatore sanitario o di aver visto/sentito campagne informative, quanta influenza hanno avuto nell'esecuzione della ricerca del sangue occulto nelle feci e/o la sigmoido-colonosopia.
- stimare la prevalenza di persone ≥ 50 anni che hanno effettuato la ricerca del sangue occulto nelle feci e/o la sigmoido-colonosopia, la periodicità dell'ultima effettuazione e se è stato fatto all'interno di un programma di screening;

7. Prevenzione individuale

Vaccinazione antinfluenzale

- stimare la prevalenza di persone di età 18-64 vaccinate contro l'influenza durante l'ultima campagna antinfluenzale;
- stimare la prevalenza di persone di 18-64 anni affetti da almeno una patologia cronica che hanno effettuato la vaccinazione antinfluenzale raccomandata.

Vaccinazione antirosolia

- stimare la prevalenza di donne in età fertile (18-49 anni) vaccinate verso la rosolia;
- stimare la prevalenza di donne in età fertile (18-49 anni) che si sono sottoposte al rubeo-test;
- stimare la prevalenza di donne in età fertile (18-49 anni) immuni alla rosolia;
- stimare la prevalenza di donne in età fertile (18-49 anni) potenzialmente suscettibili all'infezione da rosolia.

Monitoraggio

Per la valutazione della qualità del sistema di sorveglianza si utilizzano alcuni indicatori di processo forniti dal monitoraggio, ricavati dal sito internet di servizio della sorveglianza PASSI (www.passidati.it): gli indicatori sono stati adottati prendendo a modello gli standard internazionali.

Si riportano di seguito le principali definizioni adottate:

- **Popolazione indagata:** persone residenti nell'ASL, di età 18-69 anni, registrate nell'anagrafe sanitaria degli assistiti, presenti nel mese di indagine, che abbiano la disponibilità di un recapito telefonico e siano capaci di sostenere una conversazione in italiano (o in altra lingua ufficiale della Regione/PA).
- **Eleggibilità:** si considerano eleggibili tutti gli individui campionati di età compresa tra 18 e 69 anni, residenti nel comune di riferimento per la ASL, in grado di sostenere una intervista telefonica.
- **Non eleggibilità:** le persone non-eleggibili sono coloro che sono state campionate e quindi inserite nel diario dell'intervistatore, ma che successivamente sono state escluse dal campione per i motivi previsti dal protocollo, cioè residente altrove, senza telefono, istituzionalizzato, deceduto, non conoscenza della lingua italiana, grave disabilità, età minore di 18 oppure maggiore di 69 anni.
- **Non reperibilità:** si considerano non reperibili le persone di cui si ha il numero telefonico, ma per le quali non è stato possibile il contatto nonostante i 6 e più tentativi previsti dal protocollo (in orari e giorni della settimana diversi).
- **Rifiuto:** è prevista la possibilità che una persona eleggibile campionata non sia disponibile a collaborare rispondendo all'intervista, per cui deve essere registrata come un rifiuto e sostituita.
- **Senza telefono rintracciabile:** le persone che non sono in possesso di un recapito telefonico o di cui non è stato possibile rintracciare il numero di telefono seguendo tutte le procedure indicate dal protocollo.
- **Sostituzione:** coloro i quali rifiutano l'intervista o sono non reperibili devono essere sostituiti da un individuo campionato appartenente allo stesso strato (per sesso e classe di età).

La tabella seguente mostra i valori dei tassi per la Regione Liguria e le singole ASL:

ASL	Tasso di risposta	Tasso di sostituzione	Tasso di rifiuto	Tasso di non reperibilità	Tasso di eleggibilità
ASL 1 Imperiese	87,1	12,9	10,6	2,3	95,6
ASL 2 Savonese	80,7	19,3	12,6	6,7	93,3
ASL 3 Genovese	77,5	22,5	14,4	8,1	95,6
ASL4 Chiavarese	86,8	13,2	10,7	2,5	96,6
ASL 5 Spezzino	91,4	8,6	6	2,6	93,6
Regione Liguria	84,3	15,7	11,1	4,6	95

Per meglio comprendere il significato dei dati sopra riportati, si riportano le descrizioni degli indicatori utilizzati:

• Tasso di risposta

Questo indicatore, che fa parte degli indicatori standard internazionali, misura la proporzione di persone intervistate su tutte le persone eleggibili (intervistati e non).

Si tratta di un indicatore fondamentale, anche se generico, per valutare l'adesione all'indagine.

• Tasso di sostituzione

Questo indicatore, che fa parte degli indicatori standard internazionali, misura la proporzione di persone eleggibili sostituite per rifiuto o non reperibilità sul totale delle persone eleggibili.

Pur avendo i sostituiti lo stesso sesso e la stessa classe di età dei titolari, un numero troppo elevato di sostituzioni potrebbe ugualmente alterare la rappresentatività del campione.

• Tasso di rifiuto

Questo indicatore, che fa parte degli indicatori standard internazionali, misura la proporzione di persone che hanno rifiutato l'intervista su tutte le persone eleggibili

Nel caso in cui il tasso dovesse risultare troppo alto viene raccomandato di verificare:

–la percentuale di lettere ricevute (se è bassa ridurre i rifiuti attraverso una maggiore diffusione delle lettere),

–il grado di coinvolgimento del medico di medicina generale (se risulta poco interpellato si potrebbe tentare di ridurre i rifiuti coinvolgendo maggiormente il medico per convincere la persona a partecipare).

Nel monitoraggio si verifica inoltre che i rifiuti siano distribuiti uniformemente e che non ci siano realtà, quali regioni, ASL, intervistatori, con livelli particolarmente elevati di rifiuti o grosse differenze tra uomini e donne e/o tra classi di età diverse.

• Tasso di non reperibilità

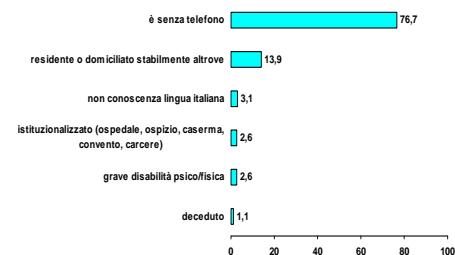
Questo indicatore misura la proporzione di persone eleggibili che non sono state raggiunte telefonicamente su tutte le persone eleggibili.

Nel caso in cui il tasso risulti troppo alto viene raccomandato di verificare che i non reperibili si distribuiscano uniformemente e che non ci siano realtà (regioni, ASL, intervistatori) con livelli particolarmente elevati di non reperibili o con grosse differenza tra uomini e donne e/o tra classi di età diverse.

• Tasso di eleggibilità "e"

Questo indicatore misura la proporzione di persone eleggibili contattate sul totale delle persone di cui si ha un'informazione certa circa la condizione di eleggibilità. Per stimare gli eleggibili tra le persone che risultano "non reperibili" o "senza telefono rintracciabile" si moltiplica per "e" il numero di individui classificati in queste due categorie. Queste stime sono importanti per il calcolo di indicatori più complessi.

• Distribuzione percentuale dei motivi di non eleggibilità



E' la distribuzione percentuale dei motivi che hanno portato alla esclusione dal campione di persone inizialmente campionate. In questo caso il rimpiazzo del non eleggibile non viene considerato una sostituzione vera e propria.

E' un indicatore che serve per verificare la qualità e l'aggiornamento dell'anagrafe da cui è stato fatto il campionamento (deceduti, cambi di residenza); la proporzione di persone che risulta "senza telefono rintracciabile", seguendo tutte le procedure indicate dal protocollo e la presenza di altri motivi di esclusione.

• Modalità di reperimento del numero telefonico

Questo indicatore riflette il lavoro associato al reperimento del numero di telefono. Assume una particolare importanza in caso di un'alta percentuale di "senza telefono rintracciabile". L'indicatore può variare molto da realtà a realtà per cui eventuali azioni correttive vanno contestualizzate alla situazione locale.

• Distribuzione delle interviste per orari/giorni

La distribuzione oraria e settimanale delle interviste serve soprattutto a stimare la proporzione di interviste svolte in ore e/o giorni presumibilmente da considerare "fuori orario di lavoro" dell'intervistatore.

%

%

Utilizzo della pesatura

Il sistema di sorveglianza nasce soprattutto per fornire informazioni sulle condizioni di salute e gli stili di vita della popolazione a livello delle ASL, quindi è stato effettuato un campionamento a rappresentatività aziendale. Il tipo di campionamento scelto per la sorveglianza PASSI è stratificato proporzionale per sesso e classi di età (18-34, 35-49, 50-69) direttamente effettuato sulle liste delle anagrafi sanitarie delle ASL.

Al fine di un confronto tra i dati di ciascuna realtà locale a quella complessiva della regione di appartenenza, è importante ottenere delle stime anche a livello regionale, aggregando i dati delle singole ASL, così come a livello complessivo è stato fatto per l'intero "pool PASSI".

L'analisi dei dati a livello regionale richiede perciò meccanismi complessi di controllo e pesatura dei dati. La pesatura migliora l'affidabilità delle stime, soprattutto per le variabili con forte eterogeneità interaziendale, e la procedura di pesatura influenza l'ampiezza degli intervalli di confidenza (garantisce la correttezza delle stime pur accettando, di solito, una minor precisione).

La modalità di pesatura è dipendente dal tipo di campionamento stabilito.

In considerazione del fatto che la sorveglianza PASSI ha utilizzato un campionamento stratificato proporzionale, i pesi sono stati dipendenti, quindi calcolati uno per ogni singolo strato, perciò ogni ASL avrà sei valori di peso.

La variabile peso rappresenta quanto il singolo strato di ASL "pesa" sul campione aggregato di regione. Ad ogni intervista andrà associato il peso relativo allo strato di appartenenza dell'individuo intervistato.

Sono stati calcolati due diversi pesi, uno che riporta i dati all'universo di riferimento ("Peso 1") e un altro che invece mantiene la numerosità campionaria ("Peso 2").

Il "Peso_1" è dato dal rapporto tra la proporzione di popolazione iP_k (prendendo come riferimento quella ISTAT al 31/12/2007) dello strato k-esimo della ASL i-esima rispetto alla regione di appartenenza e la proporzione delle interviste effettivamente svolte $i\hat{P}_k$ in quel dato periodo dello strato k-esimo della ASL i-esima rispetto a quelle svolte nell'intera regione, formalmente:

$$iPeso1_k = \frac{iP_k}{i\hat{P}_k}$$

$$i\hat{P}_k = \frac{pop_strato_k_ASL_i}{pop_strato_k_Re g}$$

e

$$i\hat{P}_k = \frac{numero_int_strato_k_ASL_i}{numero_int_strato_k_Re g}$$

Il "Peso2" è l'inverso della frazione campionaria, dato dal rapporto tra la popolazione ISTAT della i-esima ASL dello strato k e il numero di interviste della i-esima ASL dello strato k, formalmente :

$$iPeso2_k = \frac{pop_strato_k_ASL_i}{numero_int_strato_k_ASL_i}$$

Per quelle sezioni del rapporto PASSI 2008 in cui il target di popolazione analizzato è relativo ad età differenti da quelle sopra citate, quali screening con Pap test (25-64 anni), vaccinazione influenzale (18-64 anni) e carta del rischio cardiovascolare (40-69 anni), sono stati ricalcolati appositamente entrambi i pesi per le rispettive classi.

Come il dato regionale deriva da una sintesi pesata delle varie ASL appartenenti alla Regione, così i valori per l'intero Pool PASSI 2008 sono il risultato di un'aggregazione di tutte le Aziende Sanitarie Locali partecipanti alla sorveglianza PASSI (che hanno raggiunto un livello minimo di rappresentatività), utilizzando le stesse procedure impiegate a livello regionale.

Calcolo degli "anni di vita persi" (Years Life Lost YLL)

La durata del tempo perso dovuto alla morte (YLL) è stata calcolata in base all'età dell'individuo al momento del decesso rispetto ad una popolazione standard, la West Level 26, scelta negli studi condotti ad Harvard come tavola specifica per la sopravvivenza, per cui una donna alla nascita ha una speranza di vita di 82.5 anni ed un uomo di circa 81 anni.

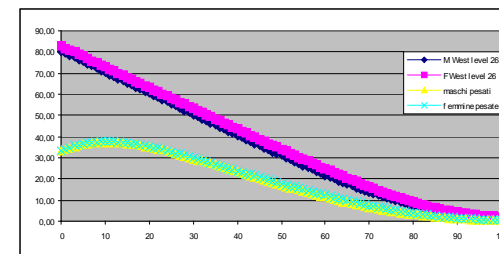
I decessi sono stati aggregati secondo le seguenti cause principali i decesso:

Tabella 2 - Aggregazione di cause di morte (1)

Codice	Descrizione
0010 — 1399	Malattie infettive e parassitarie
1400 — 2399	Tumori
1510 — 1519	Tumori maligni dello stomaco
1530 — 1549, 1590	Tumori maligni dell'intestino (colon e retto)
1550 — 1569	Tumori maligni del fegato
1570 — 1579	Tumori maligni del pancreas
1620 — 1629	Tumori maligni del polmone
1630 — 1639	Tumori maligni della pleura
1720 — 1729	Melanoma
1740 — 1749	Tumori maligni della mammella
1830 — 1839	Tumori maligni dell'ovaio
1790 — 1809	Tumori maligni dell'utero (collo)
1820 — 1829	Tumori maligni dell'utero (corpo)
1850 — 1859	Tumori maligni della prostata
1880 — 1889	Tumori maligni della vescica
2000 — 2038	Linfomi (hodgkin e non, mielomi)
2040 — 2089	Leucemie
2400 — 2799	Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari
2500 — 2599	Diabete e altre malattie endocrine
2791	AIDS
2800 — 2899	Malattie del sangue e degli organi ematopoietici
2900 — 3199	Disturbi psichici
3040 — 3049	Overdose
3200 — 3899	Malattie del SN e degli organi dei sensi
3320 — 3321	Morbo di Parkinson
3352	Sclerosi laterale amiotrofica
3900 — 4599	Malattie del sistema circolatorio
4010 — 4050	Iperensione arteriosa
4100 — 4149	Cardiopatía ischemica
4100 — 4109	Infarto del miocardio
4300 — 4389	Malattie cerebrovascolari
4600 — 5199	Malattie dell'apparato respiratorio
4800 — 4870	Polmoniti
4900 — 4939	Bronchite, enfisema ed asma
5000 — 5089	Pneumoconiosi ed altre malattie del polmone da agenti esterni
5200 — 5799	Malattie dell'apparato digerente
5400 — 5430	Appendicite
5710 — 5719	Cirrosi epatica
5800 — 6299	Malattie del sistema genitourinario
5850 — 5860	Insufficienza renale cronica
8000 — 9999	Cause accidentali

La figura n°1 mostra la differenza tra l'aspettativa di vita espressa nello standard (West Level 26) e l'aspettativa di vita aggiustata per età e tasso di sconto.

Figura 1 - Valore degli anni di vita persi per morte al variare dell'età e secondo lo standard (west level 26) e con pesatura per età e tasso di sconto



L'aggregazione per quinquennio consente di appianare le fluttuazioni casuali della mortalità dovute ai piccoli numeri che caratterizzano la nostra realtà locale.

AUTORI



A cura di:

Maura Ferrari Bravo*

*ASL4 Chiavarese, S.C. Igiene e sanità Pubblica, Dipartimento di Prevenzione–Direttore Dr. Antonio Manti

Redazione e impaginazione a cura di:

Barbara Pianto ASL4 Chiavarese, Dipartimento di Prevenzione–S.C. Igiene e sanità Pubblica

Tullio Torreggiani ASL4 Chiavarese, Dipartimento di Prevenzione–S.C. Igiene e sanità Pubblica

Hanno contribuito alla realizzazione dello studio

a livello nazionale:

Paolo D'Argenio, Nicoletta Bertozzi, Giuliano Carrozzi, Sandro Baldissera, Barbara De Mei, Gianluigi Ferrante, Valentina Minardi, Giada Minelli, Valentina Possenti, Stefano Campostrini, Pirus Fateh-Moghadam, Angelo D'Argenzio, Massimo Oddone Trinito, Stefania Vasselli, Stefano Menna, Alberto Perra, Stefania Salmaso
Gruppo Tecnico Nazionale PASSI

Gruppo Tecnico Regionale PASSI

Roberto Carloni Referente Regionale PASSI ARS Liguria–Area Epidemiologia e Prevenzione

Rosamaria Cecconi ASL 3 Genovese–Dipartimento di Prevenzione– Epidemiologia

Claudio Culotta ASL 3 Genovese–Dipartimento di Prevenzione– Epidemiologia

Roberta Baldi ASL 5 Spezzino–Dipartimento di Prevenzione–Epidemiologia

Francesco Mignone, Anna Bertagnin

Anagrafe Sanitaria Regionale–Datasiel Sistemi e Tecnologie di Informatica SpA

Maura Ferrari Bravo–ASL4 Chiavarese, Dipartimento di Prevenzione

Marco Picasso–ASL 1 Imperiese, Dipartimento di Prevenzione

Gianna Elisa Ferrando–ASL 3 Genovese, Dipartimento di Prevenzione

Patricia Fortini–ASL 3 Genovese, Dipartimento di Prevenzione

Luigina Bonelli–IST Genova

a livello aziendale:	Intervistatori e Collaboratori
ASL 1 Imperiese	Coordinatore: Marco Picasso Intervistatrici: Valeria Boeri, Francesca Ghislotti, Piera Grado, Eliana Laura, Carmelina Loconte, Federica Lorigo, Elena Martini, Giovanna Raibauda, Enza Sileo
ASL 2 Savonese	Coordinatore: Roberto Carloni Intervistatrici: Raffaella Capuzzo, Marinella Giuliano, Rosanna Giuliano, Donata Pavese
ASL 3 Genovese	Coordinatore: Rosamaria Cecconi Coordinamento interviste: Patrizia Crisci Intervistatrici: Raffaella Castiglia, Patrizia Crisci, Maria Concetta Curti, Luciana Frigerio, Gabriella Maggiali, Caterina Manca, Claudia Marchese, Luciana Musti.
ASL4 Chiavarese	Coordinatore: Maura Ferrari Bravo Coordinamento interviste: Barbara Pianto Intervistatrici: Andreina Costa, Daniela Gesmundo, Barbara Pianto, Maria Pierluca
ASL 5 Spezzino	Coordinatore: Roberta Baldi Coordinamento interviste: Ester Bazzali Intervistatrici: Ester Bazzali, Antonella Ferrari, Anna Maria Patrone Raggi, Stefania Tarantello

Stampa

Colombo Grafiche– Genova

Si ringraziano i Direttori Generali e i Direttori Sanitari delle ASL, i Medici di Medicina Generale per la preziosa collaborazione fornita.

Un ringraziamento particolare a tutte le persone intervistate, che ci hanno generosamente dedicato tempo e attenzione.