

Il rischio cardiovascolare nell'ASL 5 "Spezzino"

Dati del sistema di sorveglianza Passi 2009-12



Autori

Ester Bazzali, Roberta Baldi, Elisa Raggio
Asl 5 Spezzino - Dipartimento di Prevenzione, SSD Epidemiologia

Sistema di Sorveglianza PASSI ASL 5 Spezzino:

Coordinatore aziendale	Roberta Baldi	Dipartimento di Prevenzione, SSD Epidemiologia
Intervistatrici e collaboratrici	Ester Bazzali Adriana Colombo Laura Castiglioni Elisa Raggio Floriana Pensa	Dipartimento di Prevenzione, SSD Epidemiologia
	Anna Maria Pastorini	Dipartimento di Prevenzione, SSD Attività Amministrative
	Cristina Mantovani	Dipartimento Cure Primarie e Attività Distrettuali, Assistenza Domiciliare
Referente regionale	Roberto Carloni	ARS Liguria, Area Epidemiologia e Prevenzione
Coordinatore regionale	Claudio Culotta	ASL 3 Genovese, Dipartimento di Prevenzione, Epidemiologia

Si ringraziano:

- *i Direttori Generali e i Direttori Sanitari delle ASL Liguri per il sostegno decisionale al sistema di sorveglianza Passi*
- *i Medici di Medicina Generale per la preziosa collaborazione fornita*
- *il Gruppo Tecnico Nazionale del Sistema di sorveglianza PASSI per il continuo supporto*
- *il Gruppo Tecnico Regionale del Sistema di sorveglianza PASSI per i suggerimenti*
- *il personale del Registro di Mortalità Regionale della Liguria per la collaborazione nell'analisi di mortalità*

Un ringraziamento particolare a tutte le persone intervistate, che ci hanno generosamente dedicato tempo e attenzione

Indice

A colpo d'occhio: i fattori di rischio e la mortalità	Pag.	4
Quello che protegge e raccomandazioni	Pag.	6
Attività fisica	Pag.	7
L'eccesso di peso e le abitudini alimentari	Pag.	8
Abitudine al fumo	Pag.	10
Iperensione arteriosa	Pag.	12
Ipercolesterolemia	Pag.	13
Diabete	Pag.	15
Carta e punteggio del rischio cardiovascolare	Pag.	17
Mortalità per malattie cardio e cerebrovascolari	Pag.	18
Dall'informazione all'azione	Pag.	21
Cos'è PASSI e note metodologiche	Pag.	22
Bibliografia	Pag.	23

A colpo d'occhio: i fattori di rischio e la mortalità

Nell'ASL 5 Spezzino, come in Liguria e nel resto d'Italia, i fattori di rischio cardiovascolare sono molto diffusi.

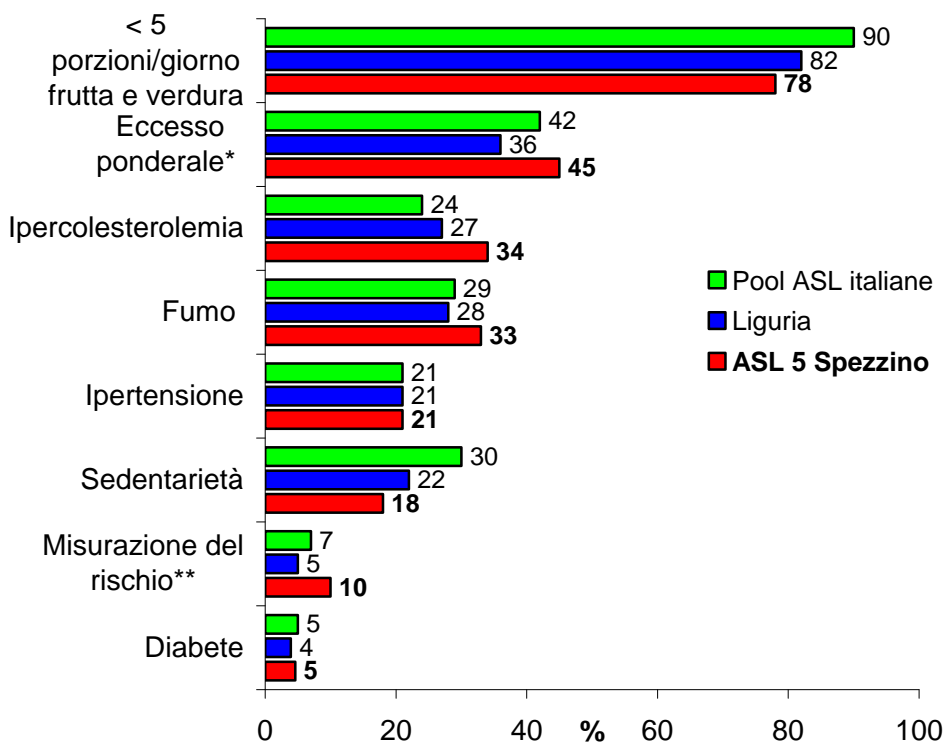
L'abitudine di consumare meno di 5 porzioni di frutta e/o verdura al giorno è al primo posto per frequenza e riguarda più di 3 persone su 4. Quasi la metà degli adulti spezzini è in eccesso di peso (soprappeso e obesi), mentre il colesterolo elevato e il fumo interessano circa un terzo degli adulti.

L'ipertensione, al pari di quanto avviene in Liguria e in Italia, si riscontra in circa due persone su dieci.

La sedentarietà e il diabete, pur essendo fattori di rischio cardiovascolare molto importanti, sono meno frequenti.

Un discorso a parte merita la misurazione del rischio cardiovascolare: è un semplice strumento di valutazione del rischio di incorrere in un infarto o in un ictus, ma è utilizzato in proporzioni ancora molto modeste da medici e pazienti.

Diffusione dei fattori di rischio cardiovascolare. Adulti 18-69 anni (%) Passi 2007-12[^]



[^] Rilevazione 2007-12 e, a seconda dei temi, periodi differenti.

* Indice di massa corporea > 25.5

** Misurazione tramite carte o punteggio del rischio cardiovascolare

Mortalità per malattie cardiovascolari – anno 2010

Mortalità *	ASL 5 Spezzino**		Liguria		Italia	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
Malattie cardiovascolari (totale)	34	27	34	25	36	26
Malattie ischemiche cuore	15	10	13	6	14	7
Malattie cerebrovascolari	9	8	8	7	9	8

* Fonte ISTAT; Tassi standardizzati *10.000 abitanti - Standard Italia 2001

Malattie cardiovascolari (ICD 9 390-459)

Malattie ischemiche cuore (ICD 9 410-414)

Malattie cerebrovascolari (ICD 9 430-438)

** Dato provinciale

Negli ultimi 20 anni la mortalità per malattie cardiovascolari nell'ASL 5 Spezzino è diminuita in modo marcato di quasi 3 punti percentuali ogni anno in entrambi i sessi.

Nonostante questo vistoso progresso essa rimane, come accade nel resto del Paese, la prima causa di morte.

Nel 2010 la mortalità per il complesso delle malattie dell'apparato circolatorio ha fatto registrare 426 decessi tra gli uomini e 670 tra le donne con tassi in linea o superiori alla media italiana e a quella ligure. La mortalità per malattie ischemiche del cuore (infarti) mostra livelli superiori sia ai valori liguri che a quelli italiani, mentre quella per eventi cerebrovascolari (ictus ed emorragie cerebrali) è in linea col dato regionale e nazionale.



Quello che protegge e raccomandazioni

Le malattie cardiovascolari hanno un'eziologia multifattoriale, ossia più fattori di rischio concorrono contemporaneamente al loro sviluppo. I fattori di rischio sono caratteristiche che aumentano la probabilità di insorgenza della malattia.

Fattori di rischio non modificabili:

- età: il rischio aumenta progressivamente con l'avanzare dell'età
- sesso maschile: gli uomini sono più a rischio delle donne. Nella donna il rischio aumenta sensibilmente dopo la menopausa
- familiarità: parenti con eventi cardiovascolari in età giovanile (meno di 55 anni negli uomini e di 65 nelle donne).

Fattori di rischio modificabili:

- ipertensione arteriosa



- Ipercolesterolemia



- diabete



- fumo di tabacco



- sedentarietà








- sovrappeso/obesità

- dieta inadeguata

**FRUTTA
E VERDURA**

Per i fattori di rischio comportamentali la letteratura fornisce importanti evidenze sull'efficacia preventiva della modifica degli stili di vita.

EFFICACIA NEL RIDURRE LA PRESSIONE ARTERIOSA SISTOLICA (PAS) DI ALCUNI INTERVENTI SUGLI STILI DI VITA		
Intervento	Raccomandazione	Riduzione attesa della PAS
Riduzione del peso 	Ottenere l'IMC ideale (20-25 kg/m ²)	5-10 mmHg ogni 10 kg persi
Dieta DASH* 	Avere una alimentazione di tipo mediterraneo con consumo elevato di frutta e verdura e basso consumo di grassi saturi	8-14 mmHg
Riduzione del consumo di alcol 	Non assumere più di 30 ml/die di alcol pari a 250 ml di vino (circa 2 bicchieri)	2-4 mmHg
Attività fisica 	Attività fisica regolare (almeno 30 minuti di cammino sostenuto più volte alla settimana)	4-9 mmHg
Riduzione del sodio 	Non consumare più di 5 g/die di sale da cucina (NaCl)	6-8 mmHg
*Dietary Approaches to Stop Hypertension. Modificata da: JNC VII, 2003.		

Un lavoro fondamentale in questo ambito è il JNC 7(The 7th report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure; 2003) da cui risulta che ad ogni cambiamento in positivo dello stile di vita nell'alimentazione, nel consumo di alcol e nell'attività fisica corrisponde una riduzione quantificabile della pressione arteriosa.

Essere fisicamente attivi con almeno 30 minuti di attività fisica moderata al giorno, mantenere il peso forma consumando almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno e non più di due bicchieri di vino al giorno, non fumare, misurare e controllare la pressione, misurare e controllare il colesterolo, promuovere l'utilizzo della "carta del rischio cardiovascolare" sono dunque misure efficaci per contrastare l'insorgenza delle malattie dell'apparato cardiocircolatorio.

Attività Fisica

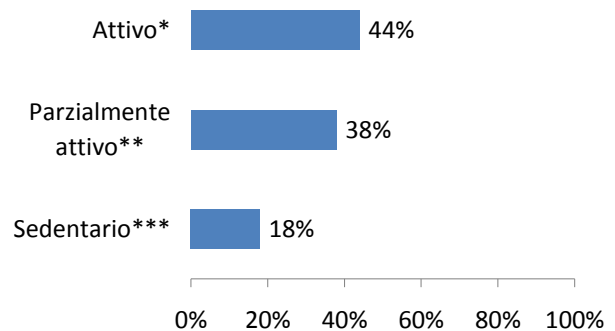
L'esercizio fisico praticato con regolarità, comprensivo di tutti i movimenti del corpo che comportano un dispendio energetico, riduce significativamente il rischio di avere: ipertensione, ipercolesterolemia, malattie cardiovascolari (ictus e malattie coronariche), diabete tipo 2, osteoporosi, depressione, traumi da caduta degli anziani e alcuni tipi di tumore come quello del colonretto, del seno e dell'endometrio

Quante persone sono attive fisicamente e quante sedentarie?

Nella nostra ASL quasi la metà delle persone intervistate riferisce di essere attiva. La quota di sedentari è abbastanza contenuta, infatti solo meno di due adulti su dieci non pratica alcuna attività fisica. Tuttavia la sedentarietà sembra in aumento nel periodo in esame ed è più diffusa nelle persone più anziane e tra quelle che riferiscono difficoltà economiche. La promozione dell'attività fisica da parte degli operatori sanitari è ancora poco frequente, infatti solo un terzo degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sull'attività fisica svolta o di aver ricevuto il consiglio di farla regolarmente.

Livelli di attività fisica- Adulti 18-69 anni

ASL 5 "Spezzino" PASSI 2009-12 (n=1101)



- * **Attivo**: lavoro pesante o adesione linee guida (30 min. di attività moderata per almeno 5 gg/settimana, o più di 20 min. di attività intensa per più 3 gg)
- ** **Parzialmente attivo**: non fa lavoro pesante, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati
- *** **Sedentario**: non fa un lavoro pesante né attività fisica nel tempo libero.



Stile di vita sedentario e compresenza di altre condizioni di rischio

Lo stile di vita sedentario, che complessivamente interessa il 18% della popolazione tra 18 e 69 anni, si associa spesso ad altre condizioni di rischio; in particolare la prevalenza di sedentari è risultata più elevata tra le persone con sintomi di depressione, tra i fumatori e tra gli ipertesi.



* Prevalenza di sedentari tra le persone con altri fattori di rischio

Raccomandazioni



L'Organizzazione mondiale della sanità nel 2010 ha elaborato raccomandazioni per la pratica dell'attività fisica in funzione di 3 fasce di età (Global recommendations on physical activity for health http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/index.html)

Nell'infanzia e nell'adolescenza (5-17 anni): almeno un'ora/giorno di esercizio fisico moderato + **esercizi per il rafforzamento muscolare e scheletrico 3 volte/settimana**. Questo obiettivo è raggiunto sia con l'attività sportiva strutturata che con il gioco libero.

Nell'adulto (18-64 anni): almeno 150 minuti di attività fisica **moderata** (corrispondenti a 30 minuti per almeno 5 giorni) oppure **almeno 75 minuti** di attività fisica **intensa** (corrispondenti a più di 20 minuti per almeno 3 giorni) **nell'arco della settimana**.

Nell'anziano dopo i 65 anni: **stesse indicazioni dell'adulto** con la raccomandazione di praticare anche **esercizi per l'equilibrio almeno 3 volte la settimana**, in modo da prevenire le cadute. Le indicazioni per l'anziano possono essere personalizzate in base alle condizioni di salute.

Eccesso di peso e abitudini alimentari

Le malattie più diffuse e rilevanti nei paesi industrializzati (cardiopatie ischemiche, alcuni tipi di neoplasia, ictus, ipertensione, obesità e diabete mellito non insulino-dipendente) sono associate all'eccesso di peso e ad una dieta sbilanciata.

E' dimostrato che l'eccesso di peso, favorisce l'insorgenza di tali malattie o le peggiora e quindi riduce la durata della vita e ne peggiora la qualità. Inoltre lo scarso consumo di frutta e verdura è responsabile, in tutto il mondo, di circa il 31% della malattia coronaria e di circa l'11% dell'ictus cerebrale.

In una persona adulta i chili sono di troppo quando l'indice di massa corporea (peso in Kg/statura in m²) è uguale o maggiore di 25.

Frutta e verdura sono alimenti con poche calorie, pochi grassi, un grande potere saziante e capaci di ridurre l'assorbimento del colesterolo.

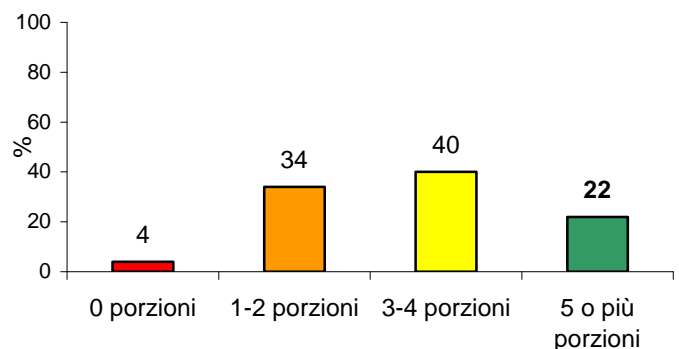
Il consumo di frutta e verdura è sempre benefico ma per una prevenzione efficace se ne raccomandano almeno 5 porzioni al giorno.

Quanto è diffuso il consumo delle 5 porzioni di frutta e verdura al giorno

Sebbene quasi tutte le persone intervistate riferiscano di consumare almeno una porzione al giorno di frutta e/o verdura, **solo 2 persone su 10 ne mangiano 5 porzioni.**

Si tratta di una percentuale bassa ma significativamente più elevata della media ligure (18%) e italiana (meno del 10%). Questa abitudine è più diffusa tra i più anziani (50-69enni) e tra le donne.

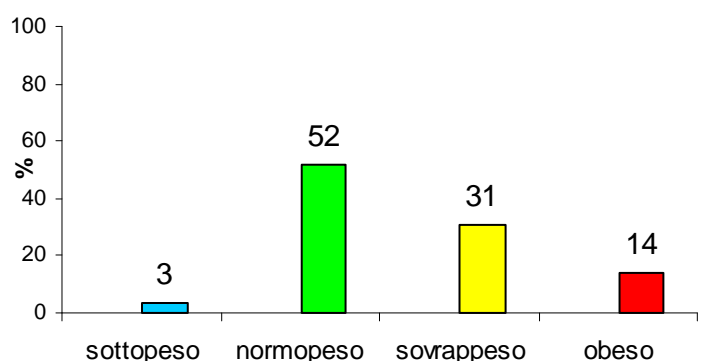
Consumo quotidiano di frutta e verdura (%)
ASL 5 "Spezzino" PASSI 2009-12 (n=1101)



Situazione nutrizionale degli adulti

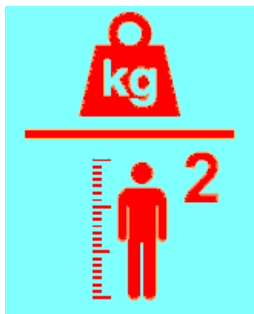
Nell'Asl 5 poco **più di 4 persone su 10 tra 18 e 69 anni risultano in eccesso ponderale** (14% obesi, 31% soprappeso). E' una percentuale superiore sia alla media regionale (36% di eccesso ponderale) che a quelle delle ASL italiane (42%). Tuttavia la quota di eccesso ponderale risulta in calo nel quadriennio analizzato, passando dal 53% nel 2009 al 39% nel 2012.

Situazione nutrizionale adulti 18-69 anni
ASL 5 "Spezzino" PASSI 2009-12 (n=1101)



Raccomandazioni

Le caratteristiche ponderali di una persona adulta sono definite in base all'**indice di massa corporea (Body Mass Index - BMI)**, calcolato dividendo il peso (in kg) per la statura (in m²)



Il BMI è classificato in 4 categorie:

Sottopeso	BMI < 18,5
Normopeso	BMI 18,5-24,9
Soprappeso	BMI 25-29,9
Obeso	BMI ≥ 30

E' importante mantenere un peso forma (BMI compreso tra 18,5 e 24,9) per essere protetti nei confronti di importanti condizioni o malattie croniche come:

- ipertensione
- diabete mellito
- cardiopatie ischemiche (infarti e angine)
- ictus
- alcune neoplasie
- cadute



Se ogni cittadino dell'Unione europea consumasse 600 grammi di frutta e verdura al giorno, si eviterebbero più di 135.000 morti all'anno per malattie cardiovascolari.

Diversi studi, tra cui uno dell'Harvard School of Public Health di Boston, hanno dimostrato che il consumo di cinque o più porzioni al giorno di frutta e verdura (five a day) è in grado di proteggere dalle più importanti malattie cardiovascolari.

Anche le linee guida italiane per una sana alimentazione hanno recepito queste evidenze e raccomandano il consumo di **almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno**. Una

porzione è la quantità che sta sul palmo di una mano.

Abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è il principale fattore di rischio evitabile di morte precoce, di malattia e di handicap.

Le conseguenze dell'abitudine al fumo sulla salute sono assai gravi, in quanto comportano una riduzione complessiva dell'aspettativa di vita stimata pari a 10 anni rispetto ai non fumatori.

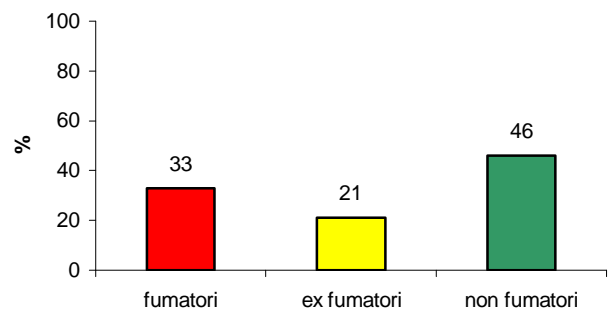
Il fumo di tabacco è tra le principali cause di morte: in Italia il 15% di tutti i decessi può essere direttamente attribuibile all'abitudine al fumo; parliamo di circa 80.000 persone all'anno, quante ne può contenere uno stadio.

Quanto è diffusa l'abitudine al fumo

Nel periodo 2009-12 nell'ASL 5 Spezzino, tra le persone adulte di 18-69 anni poco meno della metà non fuma, il 21% è ex-fumatore e **una persona su tre fuma**.

L'abitudine al fumo non è distribuita in modo omogeneo. Risulta infatti che a fumare sono soprattutto i giovani tra 18 e 24 anni, fascia d'età in cui fuma quasi un giovane su due, gli uomini e le persone culturalmente ed economicamente svantaggiate.

Abitudine al fumo. Adulti 18-69 anni (%)
ASL 5 "Spezzino" PASSI 2009-12 (n=1101)

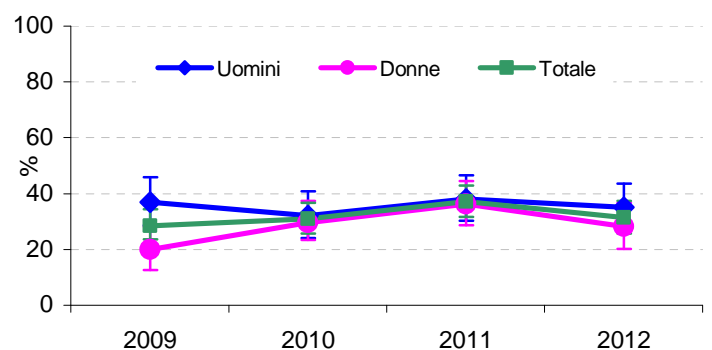


Andamenti temporali

Nella nostra ASL l'abitudine al fumo è complessivamente aumentata, ma dal 2011 si intravede un'inversione di tendenza.

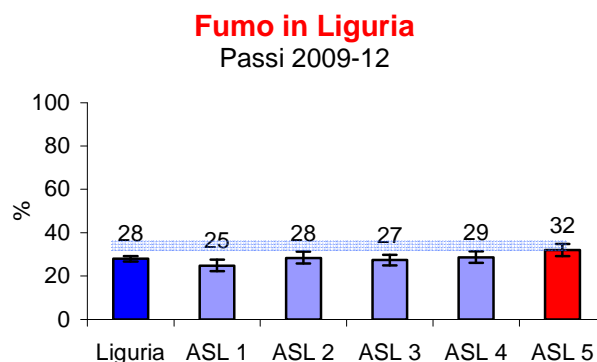
Le donne, dopo aver quasi annullato lo scarto che avevano rispetto agli uomini, sembrano riprendersi il vantaggio che avevano nel 2009.

Andamento dell'abitudine al fumo nei due sessi
ASL 5 "Spezzino" PASSI 2009-12 (n=1101)



Confronti geografici

Tra le ASL liguri, l'Asl 5 mostra una percentuale di fumatori significativamente maggiore rispetto alla media regionale, con un adulto su tre che fuma (range dal 25% di Asl 1 al 32% di Asl 5).



Raccomandazioni

E' stato dimostrato in modo schiacciante che per il benessere fisico e psicologico è importante **non fumare**.

Oltre la metà dei fumatori italiani continua a iniziare prima dei 18 anni e solo una quota modesta (10%) comincia dopo i 20. A fronte di ciò è stato provato che un 15enne che fuma ha una probabilità di morire di cancro tre volte maggiore rispetto a chi inizia a fumare dieci anni più tardi.

L'influenza sociale è determinante nell'acquisire questa abitudine e per i ragazzi è importante avere strumenti per fronteggiare le pressioni dei compagni, senza ridursi a fare cose che non si vorrebbero solo per sentirsi accettati e uguali agli altri.

Per chi invece ha iniziato a fumare **ogni momento è buono**

per smettere: la cessazione dimezza il rischio di infarto al miocardio già dopo un anno di astensione e dopo 15 anni il rischio diventa pari a quello di un non fumatore. Inoltre la questione economica: un fumatore di 20 sigarette al giorno ha un risparmio di circa € 120,00 al mese, oltre € 1.400,00 all'anno!

Quando la scelta di smettere deriva da un proprio desiderio e non da costrizione, vi è un senso di soddisfazione verso se stessi: spezzare la dipendenza rafforza l'autostima.

Esistono **trattamenti efficaci** che aumentano le probabilità di smettere e di successo:

- intervento clinico breve (consiglio e assistenza del medico) di circa 10 min.;
- counseling (individuale, di gruppo, o telefonico);
- terapie comportamentali intensive;
- trattamenti farmacologici: prodotti sostitutivi a base di nicotina, sotto qualsiasi forma (cerotti, gomme o inalatori).
- La combinazione di farmaci e counseling è più efficace dei trattamenti da soli.

Smettere è particolarmente benefico per alcune categorie di persone più suscettibili ai danni del fumo: oltre i giovani, le donne in gravidanza e le persone con patologie croniche come le malattie cardiovascolari (cardiopatía ischemica, ictus, vasculopatie ecc.), le malattie respiratorie (bronco-pneumopatie croniche, enfisema polmonare ecc.) e le neoplasie (carcinoma polmonare, tumori di testa e collo, della vescica, della cervice uterina, del colon ecc.).



Ipertensione arteriosa

L'ipertensione arteriosa è un fattore di rischio per molte malattie, in particolare ictus, infarto del miocardio e scompenso cardiaco.

Il costo delle complicanze, in termini economici e di salute, si stima essere 2-3 volte più grande di quello necessario per trattare tutti gli ipertesi nello stesso periodo di tempo. L'identificazione precoce delle persone ipertese costituisce un intervento efficace di prevenzione individuale e di comunità.

Quante persone sono ipertese?

Il 21 % degli intervistati (tra coloro che hanno misurato la pressione) riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa.

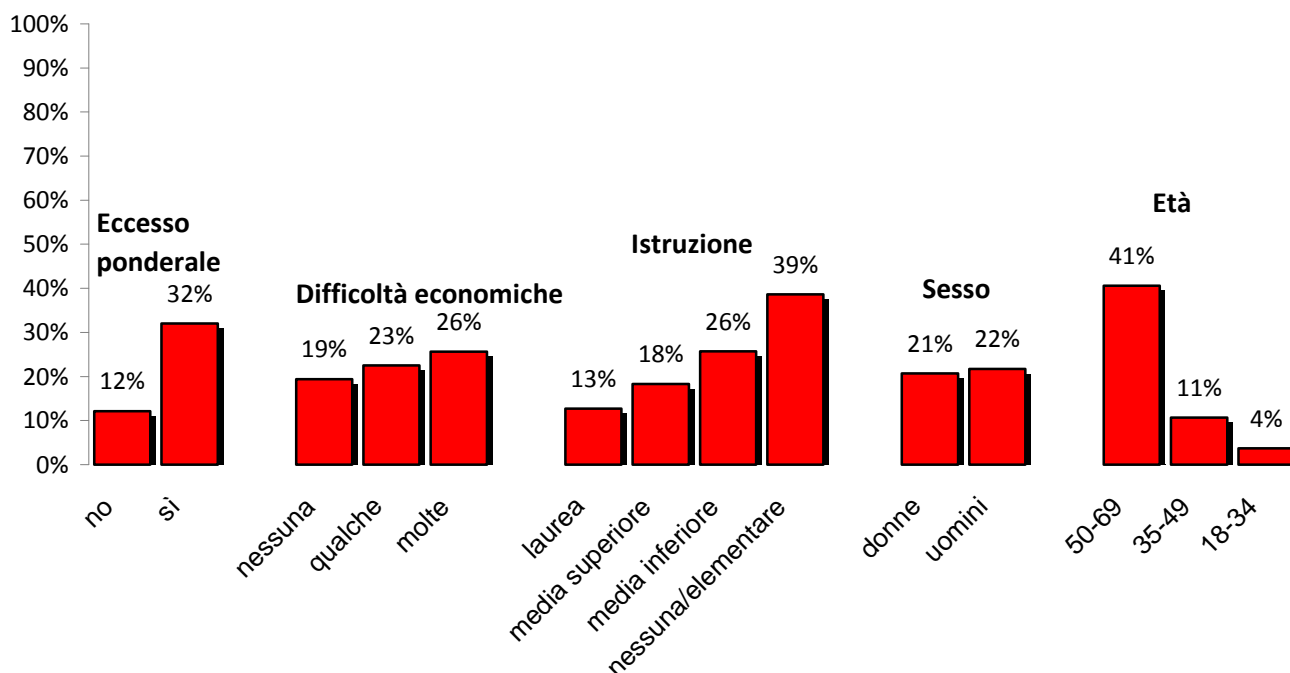
Tradotto in termini assoluti, si stima dunque che oltre 30.000 persone tra 18 e 69 anni sia interessato da questa condizione in ASL 5.

La percentuale di persone ipertese cresce progressivamente con l'età ed è particolarmente elevata tra le persone culturalmente svantaggiate e tra coloro che sono in eccesso di peso.

Ipertensione e caratteristiche sociosanitarie

ASL 5 "Spezzino" PASSI 2009-12 (n=1100)

Totale: 21,2% (IC 95%: 18,8%-23,8%)

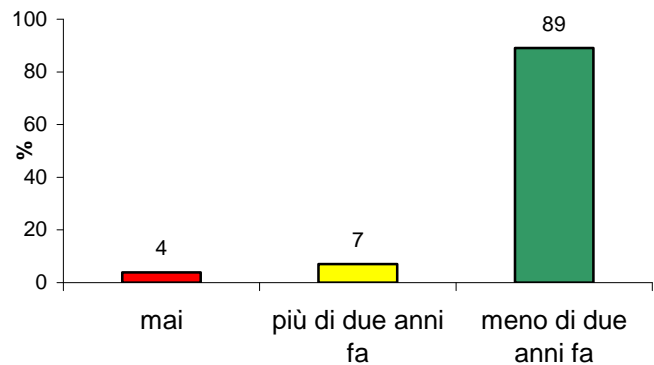


La misurazione della pressione

La maggior parte delle persone intervistate (89%) dichiara di aver misurato la pressione negli ultimi 2 anni, mentre una quota esigua (4%) non l'ha mai controllata. La percentuale di chi non l'ha mai misurata è più elevata tra i giovani sotto i 35 anni e tra gli stranieri (11% circa).

Tre ipertesi su quattro assumono farmaci e 4 su 5 ricevono consigli medici di ridurre il consumo di sale, ridurre o mantenere il peso corporeo e svolgere regolare attività fisica.

Misurazione della pressione
ASL 5 "Spezzino" PASSI 2009-12 (n=1100)



Raccomandazioni



L'identificazione precoce delle persone ipertese tramite controlli regolari della pressione (specie sopra ai 35 anni) è un intervento efficace di prevenzione individuale e di comunità. Le linee guida internazionali raccomandano la misurazione della pressione dai 18 anni ogni due anni nei soggetti normotesi e una volta all'anno in quelli con valori ai limiti della normalità (pressione sistolica di 120-140 mmHg e/o diastolica di 80-90).

L'attenzione al consumo di sale, la perdita di peso nelle persone con eccesso ponderale e l'attività fisica costante sono misure efficaci per ridurre i valori pressori, sebbene molte persone ipertese necessitino anche di farmaci.

Ipercolesterolemia

Anche il colesterolo alto è un fattore di rischio per le cardiopatie ischemiche e le malattie cerebrovascolari e l'adozione di abitudini corrette come una regolare attività fisica e un'alimentazione a basso contenuto di carne, grassi di origine animale, povera di sodio e ricca di fibre (verdura, frutta, legumi) contribuisce a ridurre la colesterolemia. L'eccesso di rischio dovuto all'ipercolesterolemia aumenta in presenza di altri fattori come fumo e ipertensione.

Quante persone hanno alti livelli di colesterolo?

Nella nostra ASL, il 32% degli intervistati (tra coloro che hanno misurato il colesterolo) ha riferito di avere il colesterolo alto.

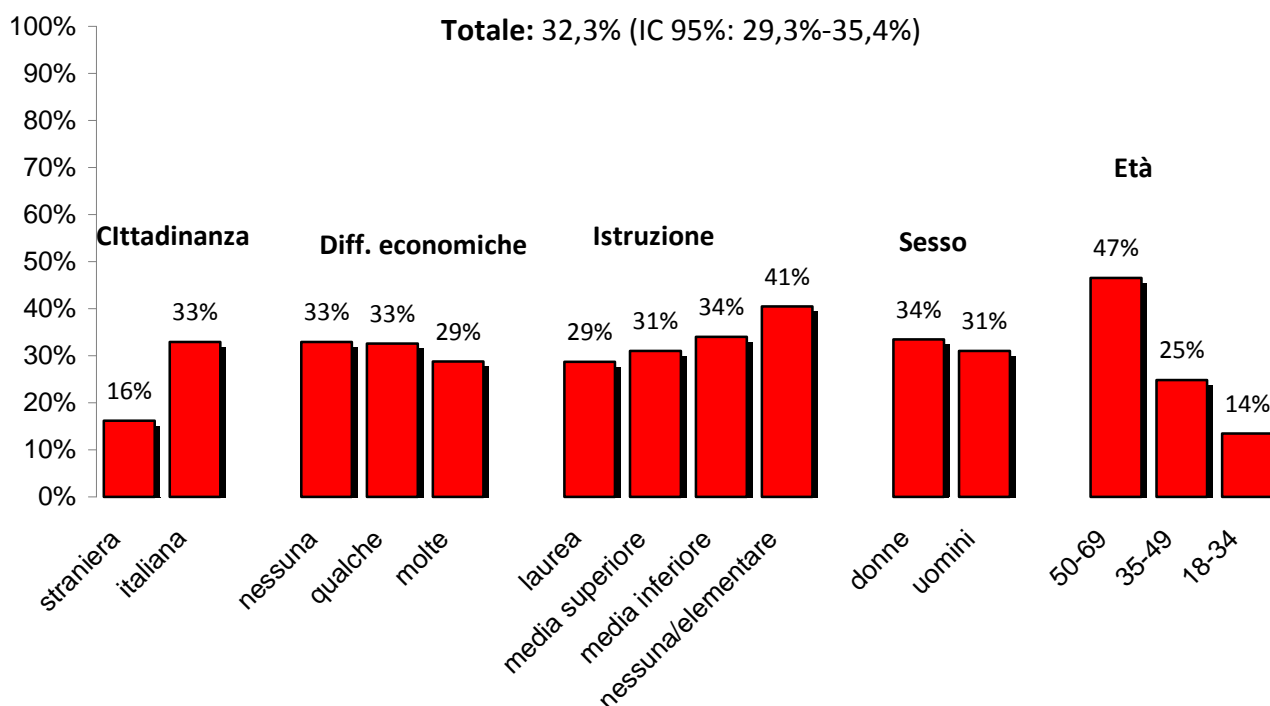
Si tratta di un dato elevato se confrontato con la media ligure (27%) e con quella italiana (24%).

In termini assoluti si stima che nel nostro territorio oltre 49.000 persone tra 18 e 69 anni presentino questo fattore di rischio.

Inoltre l'ipercolesterolemia sembra una condizione più diffusa tra le donne, tra le persone più anziane, tra quelle con basso livello di istruzione e tra quelle di cittadinanza italiana.

Ipercolesterolemia e fattori sociodemografici

ASL 5 "Spezzino" PASSI 2009-12 (n=1100)



La misurazione del colesterolo

Tra le persone intervistate la maggior parte (86%) dichiara di aver effettuato almeno una volta nella vita la misurazione della colesterolemia, ma una quota non trascurabile (14%) non l'ha mai effettuata, in particolare tra i giovani 18-34enni.

Circa un quarto delle persone con elevati livelli di colesterolo nel sangue ha riferito di essere in trattamento farmacologico e i consigli relativi alla correzione di stili di vita (riduzione di carni rosse e formaggi, controllo del peso, attività fisica regolare, aumento di frutta e verdura) sono molto diffusi.

Raccomandazioni



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.

Viene raccomandata la misurazione periodica e regolare della colesterolemia e delle sue due frazioni principali: l'HDL (il cosiddetto "colesterolo buono") e l'LDL (il "colesterolo cattivo").

L'età in cui iniziare misurazioni regolari è 40 anni per gli uomini e 50 per le donne, ma l'età deve essere anticipata nel caso di compresenza di altri fattori di rischio cardiovascolari.

E' possibile intervenire per ridurre la colesterolemia attraverso lo svolgimento di una regolare attività fisica e un'alimentazione a basso contenuto di carne, grassi di origine animale, povera di sodio e ricca di fibre (verdure, frutta, legumi).



Diabete

Il diabete mellito è una patologia a forte impatto sulle condizioni di salute della popolazione, con un carico assistenziale e una ricaduta economica importanti per



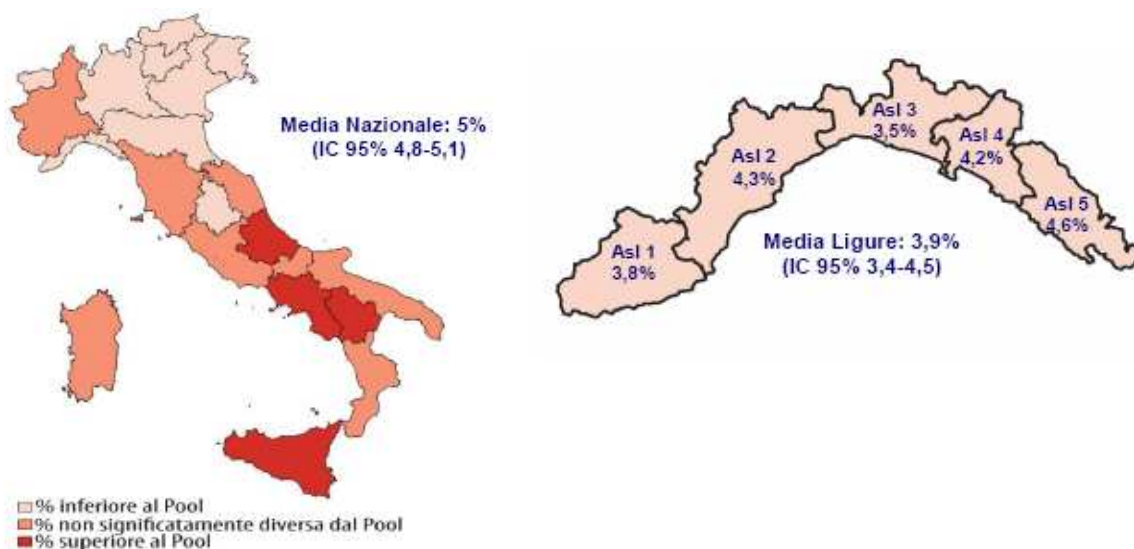
il sistema sanitario. Mentre il diabete di tipo 1 (insulino-dipendente) colpisce prevalentemente le persone giovani, quello di tipo 2 (molto più diffuso) compare per lo più in età adulta ed è correlato sia a fattori socioeconomici sia a fattori comportamentali individuali quali l'inattività fisica, l'eccessivo apporto calorico, l'eccesso ponderale.

Il decorso del diabete è contrassegnato da numerose complicanze; particolarmente frequenti e gravi sono quelle cardiovascolari, come l'infarto e l'ictus, la retinopatia, l'insufficienza renale e l'amputazione degli arti inferiori.

Quante persone hanno il diabete?

Nel pool di Asl del sistema di sorveglianza Passi, la percentuale delle persone che riferiscono una diagnosi di diabete è del 5%. In Liguria tale quota sfiora il 4%, con una certa variabilità tra le diverse ASL. In termini assoluti si tratta di circa 41.500 persone con questa condizione in tutta la regione. Si tratta di una stima che coincide con quanto rilevato dal sistema "Nocchiero" che integra più fonti informative relative ai pazienti con diabete (esenzioni, schede di dimissione ospedaliera, prestazioni di specialistica ambulatoriale e farmaceutica).

Prevalenza di persone (18-69 anni) con diabete
Passi 2007-2010 Liguria (n=5243) e Pool Asl (n=118611)

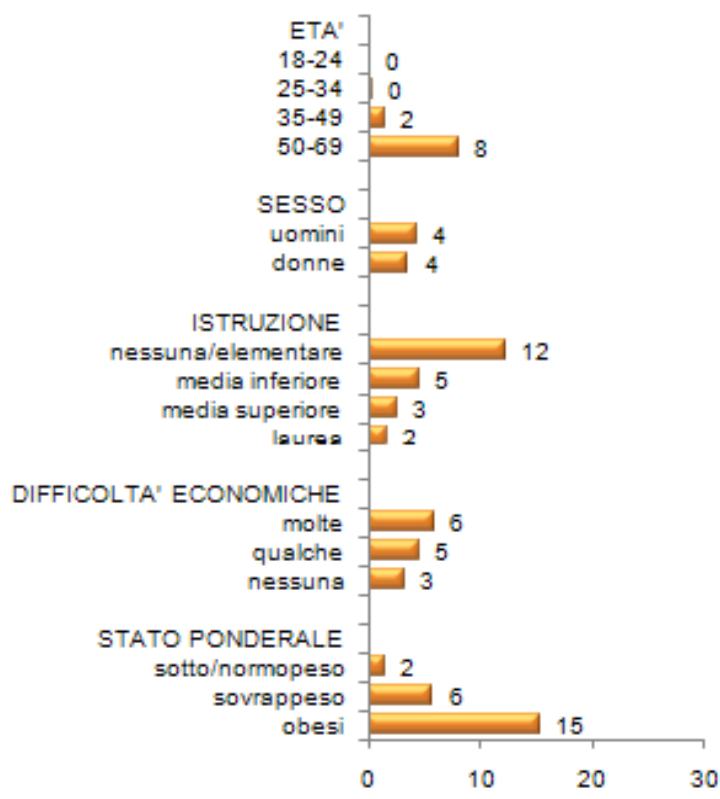


Le caratteristiche dei soggetti diabetici

Come accade per molte malattie e fattori di rischio, anche nel caso del diabete le differenze in base alle caratteristiche socio-economiche, in particolare istruzione, occupazione e reddito sono marcate: la frequenza di diabete tra le persone con basso livello di istruzione è 6 volte quella riscontrata tra le persone laureate. Inoltre gioca un ruolo chiave anche la situazione nutrizionale: la frequenza di diabete nei soggetti sovrappeso è 3 volte quella dei soggetti normopeso e negli obesi raggiunge il 15%.

Diabete e caratteristiche socio-sanitarie

Passi 2007-2010 Liguria (n=5243) e Pool Asl (n=118611)



Raccomandazioni



L'insorgenza del diabete può essere prevenuta con uno stile di vita adeguato che comprende l'attività fisica regolare, l'alimentazione corretta e il controllo del peso corporeo.

Per chi invece è già affetto dal diabete, è importante prevenire le complicanze sia con l'adozione di stili di vita salutari, sia con adeguate terapie e controlli periodici presso il medico di medicina generale e i centri diabetologici.

Carta e punteggio del rischio cardiovascolare

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 (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi.

Nel calcolo del punteggio si utilizzano 6 fattori: sesso, presenza di diabete, abitudine al fumo, età, valori pressori e colesterolemia.

E' un importante strumento per la comunicazione del rischio individuale al paziente anche allo scopo di promuovere la modifica di abitudini di vita scorrette. Per maggiori informazioni consultare il sito del Progetto Cuore (<http://www.cuore.iss.it/default.asp>).

A quante persone è stato calcolato il rischio cardiovascolare?

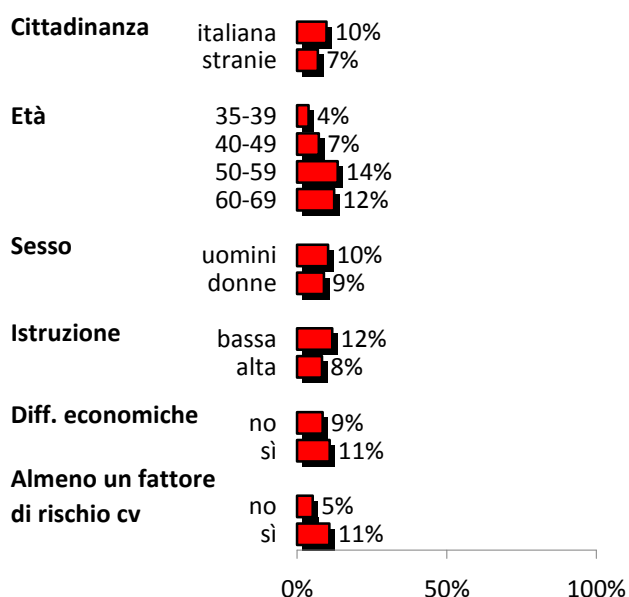
Nella nostra ASL l'11% degli intervistati nella fascia d'età 35- 69 anni ha riferito che un medico gli ha calcolato e comunicato il punteggio di rischio cardiovascolare.

Sebbene la frequenza di utilizzo di questo strumento di prevenzione sia significativamente più elevata rispetto alla media ligure e a quella italiana, si tratta di una pratica ancora poco usata anche se un po' più diffusa tra le persone più anziane e tra coloro che presentano almeno un fattore di rischio cardiovascolare.

Calcolo del rischio e fattori sociodemografici

ASL 5 "Spezzino" PASSI 2009-12 (n=1100)

Totale: 9,7% (IC 95%: 7,8%-12,1%)



Raccomandazioni

La carta o il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono strumenti utili per monitorare i profili di rischio degli individui e della comunità.

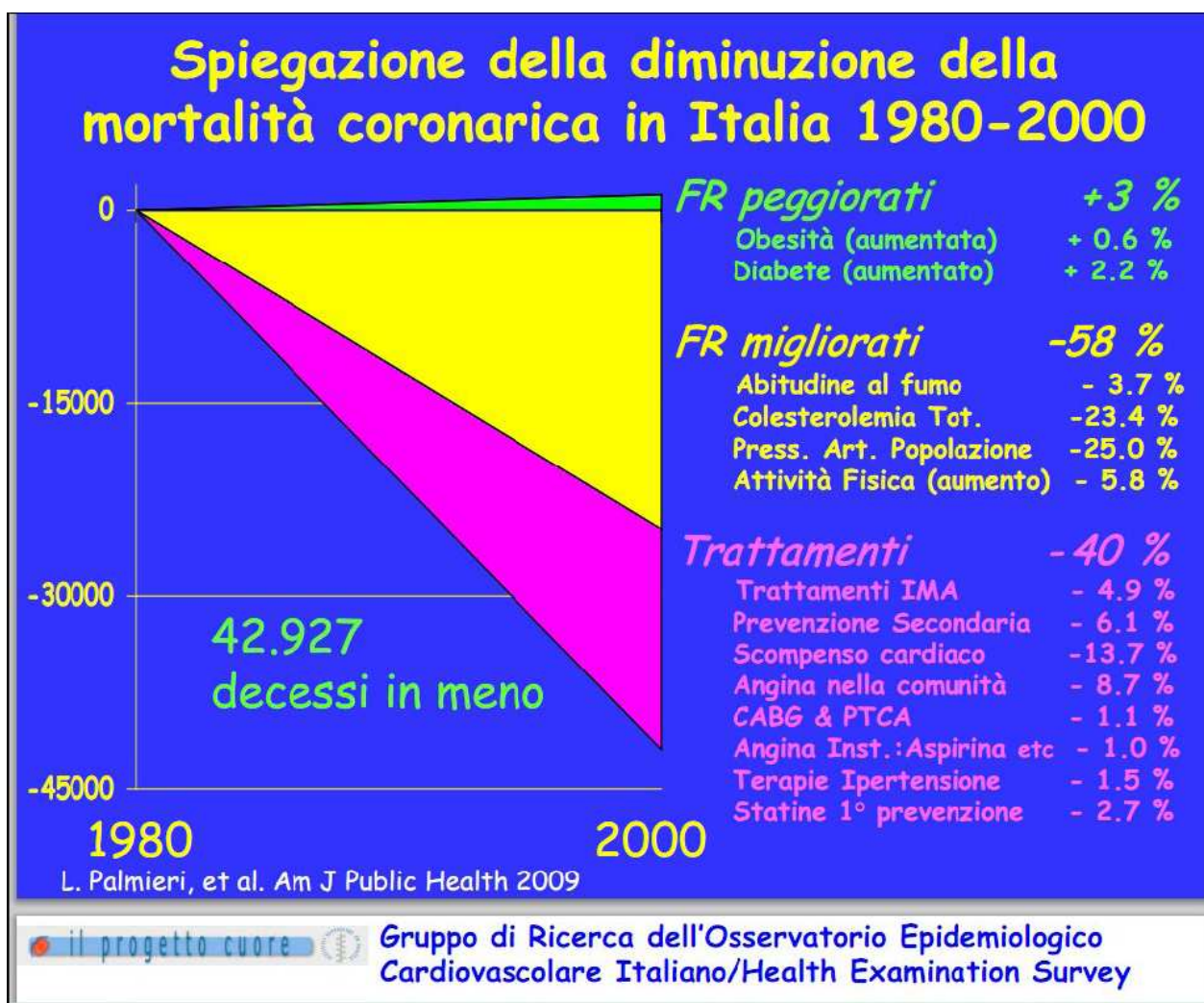
La Liguria, nel Piano della Prevenzione, ha previsto la diffusione della carta o del punteggio di rischio tra i medici di medicina generale e gli specialisti seguito da:

- un intervento di riduzione del rischio attraverso terapia educativa, counseling motivazionale o intervento farmacologico.
- L'istituzione di un percorso diagnostico-terapeutico per i soggetti a rischio accompagnato da interventi di informazione della popolazione.
- Conferenze stampa ed eventi pubblici
- Coinvolgimento delle farmacie e dei Dipartimenti di Prevenzione.

Mortalità' per malattie cardio e cerebrovascolari

In Italia nel periodo 1980-2000 i decessi per malattia coronarica sono diminuiti di 42.927 unità.

Quasi il 60% di tale diminuzione è riconducibile alla riduzione della pressione arteriosa e della colesterolemia e al cambiamento degli stili di vita (fumo e attività fisica).



Nonostante questo sensibile miglioramento, la mortalità per malattie dell'apparato cardiocircolatorio mantiene il primo posto per importanza.

Confronti geografici

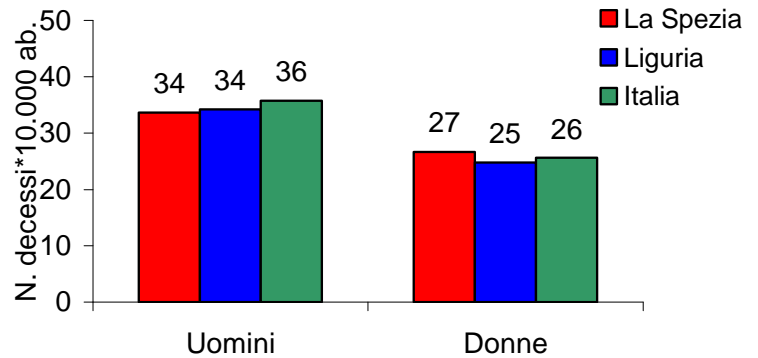
Nel 2010 la mortalità per il complesso delle malattie dell'apparato cardiocircolatorio è marcatamente superiore negli uomini in tutte le realtà messe a confronto.

La provincia spezzina, con circa 1090 decessi, mostra livelli di mortalità in linea o inferiori alla media ligure e italiana tra gli uomini, mentre per le donne si è registrato un valore poco superiore sia a quello regionale che a quello nazionale.

Scendendo al dettaglio della mortalità per malattie ischemiche del cuore (come infarto e angina), il confronto geografico mostra uno svantaggio della nostra provincia in entrambi i sessi, più marcato per le donne che mostrano tassi pari a circa 10 decessi ogni 10.000 donne. In termini assoluti le morti per queste cause sono state pari a 434 nei due sessi.

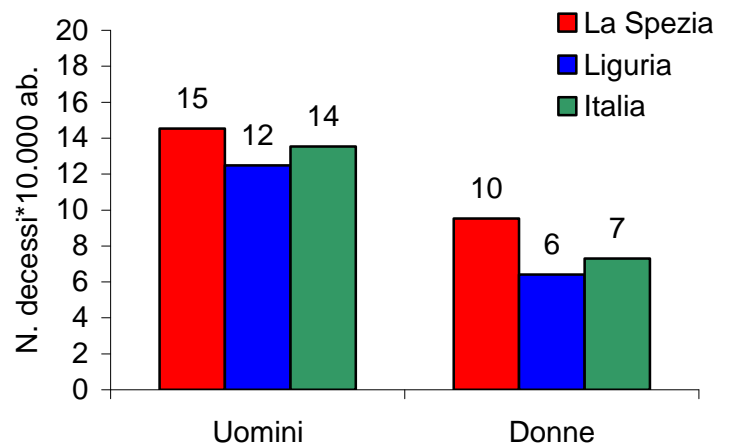
La mortalità dovuta a malattie cerebrovascolari, come ictus ed emorragie, evidenzia, per la provincia spezzina, livelli simili a quelli liguri e italiani in entrambi i sessi con oltre 300 decessi complessivi.

Malattie dell'apparato cardiocircolatorio* (Anno 2010 - ICD 9 390-459)



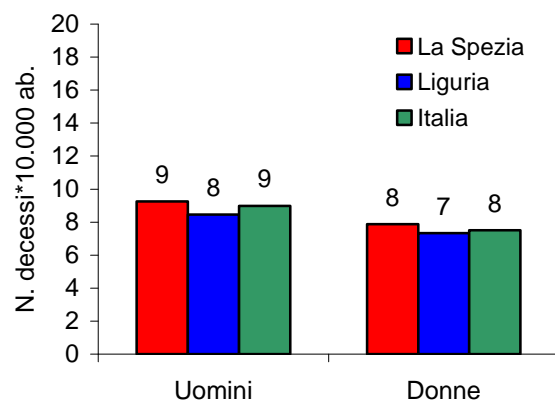
* Tassi standardizzati * 10.000 Standard Italia 2001 Fonte: ISTAT

Malattie ischemiche del cuore* (Anno 2010 - ICD 9 410-414)



* Tassi standardizzati * 10.000 Standard Italia 2001 Fonte: ISTAT

Disturbi circolatori dell'encefalo* (Anno 2010 - ICD 9 430-438)



* Tassi standardizzati * 10.000 Standard Italia 2001 Fonte: ISTAT

Tendenze temporali

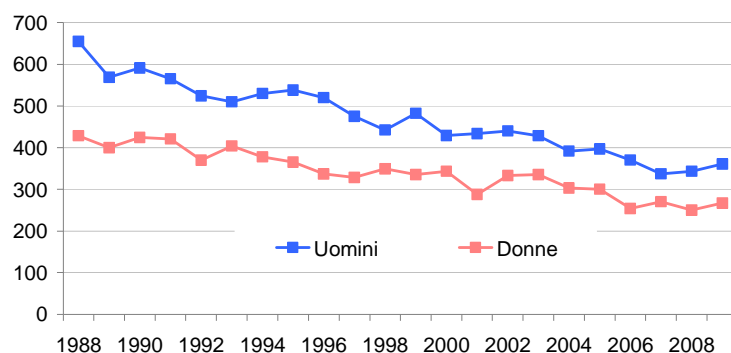
Analizzando gli andamenti nel tempo della mortalità per malattie cardiovascolari nella nostra ASL, emerge una chiara e marcata tendenza alla diminuzione in entrambi i sessi: dal 1988 al 2006 i tassi sono scesi da circa 400 ogni 100.000 abitanti a circa 260 tra le donne e da 650 a 360 tra gli uomini.

Anche la mortalità per malattie ischemiche del cuore è in deciso calo nel periodo 1988-2006 in entrambi i sessi, ma il decremento è meno deciso per le donne.

Anche la mortalità per malattie cerebrovascolari mostra una rilevante diminuzione nel periodo in esame, ma le donne mantengono un vantaggio pressoché costante.

Mortalità per malattie cardiovascolari*

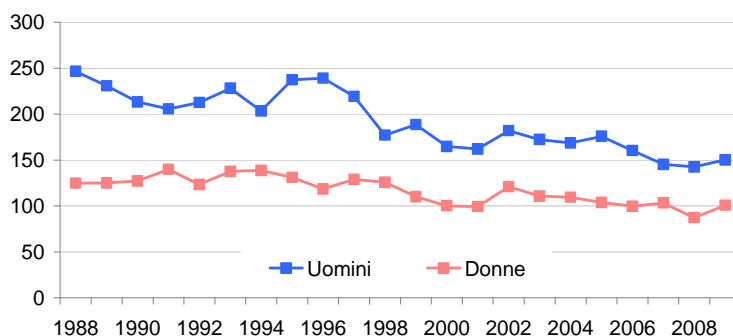
ASL 5 – Spezzino 1988-2009



*Tassi standardizzati per 100.000 ab. Standard Italia 200
Fonte: Registro di Mortalità Ligure

Mortalità per malattie ischemiche del cuore*

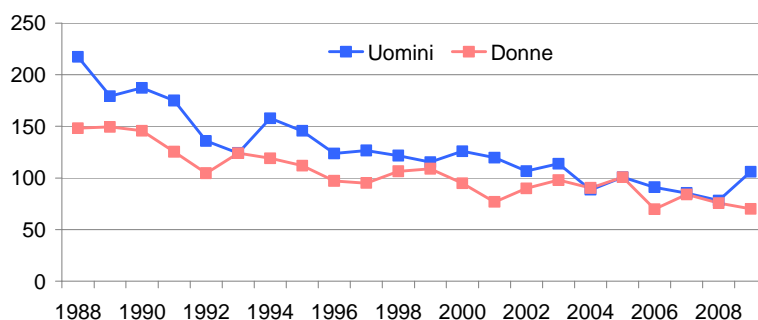
ASL 5 – Spezzino 1988-2009



*Tassi standardizzati per 100.000 ab. Standard Italia 200
Fonte: Registro di Mortalità Ligure

Mortalità per malattie cerebrovascolari

ASL 5 – Spezzino 1988-2009



*Tassi standardizzati per 100.000 ab. Standard Italia 200
Fonte: Registro di Mortalità Ligure

Dall'informazione all'azione

Attività fisica

Per gli adulti e gli anziani si segnalano i progetti **Liguria Cammina (Gruppi di cammino)** e **AFA (Attività Fisica Adattata)**. Iniziative in collaborazione con gli enti locali, l'Università (Corso di Laurea in Scienze Motorie) e le associazioni (UISP: Unione Italiana Sport per tutti, Auser ecc.).

Per informazioni: <http://www.asl5.liguria.it/Inevidenza/CamminiamoInsieme.aspx>



Per l'età evolutiva il progetto **Pedibus**: percorsi pedonali casa-scuola sicuri e piacevoli. Anche il Pedibus è frutto della collaborazione tra gli enti locali (LABTER), famiglie associazioni e scuole. Per informazioni:

http://pedibusliguria.it/allegati/spezzino/Pieghevole_Spezia.pdf

Alimentazione: prima si comincia a mangiare bene, meglio è.

Progetto **'OKkio alle 3A (Alimentazione, Abitudini, Attività fisica)**, rivolto ai bambini delle scuole dell'infanzia, promuove una corretta alimentazione e uno stile di vita attivo con una serie di attività ludico/educative progettate insieme da educatori, famiglie e bambini.

Per informazioni visita il sito: <http://okkio3a.liguria.it/index.html>



Controlla i tuoi fattori di rischio cardio e cerebro vascolari !



La campagna **Amico cuore** vuole diffondere fra i cittadini la cultura della promozione della salute e, in particolare, della prevenzione cardiovascolare. Guarda il depliant informativo:

http://www.liguriainformasalute.it/sanita/ep/risorse%20comuni/pdf/pieghevole_amicocuore.pdf

Impara a riconoscere i sintomi dell'infarto e dell'ictus!

Una volta che le malattie cardiovascolari insorgono è importante saper riconoscere i segnali d'allarme e tenere sotto controllo i più importanti fattori di rischio. Per maggiori informazioni:

<http://www.anmco.it/Periltuocuore/default.html#>

http://www.aliceitalia.org/cosa_e_l_ictus.php

<http://www.cuore.iss.it/valutazione/valutazione.asp>

Per tenerti aggiornato consulta i risultati del sistema di sorveglianza Passi sulla diffusione dei fattori di rischio cardio e cerebrovascolari:

<http://www.asl5.liguria.it/Home/PASSI/Risultati.aspx>



Che cos'è il sistema di sorveglianza PASSI e note metodologiche

Nel 2006, il Ministero della Salute ha affidato all'Istituto superiore di sanità il compito di sperimentare un sistema di sorveglianza della popolazione adulta (**PASSI, Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia**) con i seguenti **obiettivi**:

- stimare frequenza ed evoluzione dei fattori di rischio per la salute legati ai comportamenti individuali;
- stimare la diffusione delle misure di prevenzione.

Tutte le 21 Regioni/Province Autonome hanno aderito al progetto. Un campione di residenti di **18-69 anni** viene estratto con metodo casuale stratificato dagli elenchi delle anagrafi sanitarie. Personale delle Asl, specificamente formato, effettua interviste telefoniche (circa 25 al mese per ogni Asl) con un questionario standardizzato. I dati vengono successivamente trasmessi in forma anonima via internet e registrati in un archivio unico nazionale.

I criteri di esclusione dal campione sono:

- Assenza di telefono o telefono non rintracciabile da alcuna fonte (pagine bianche, CUP, altre fonti di ASL, anagrafi comunali, medici di famiglia, parenti/vicini)
- Residenza o domicilio stabile altrove
- Istituzionalizzazione (ospedale, RSA, RP, caserma, convento, carcere)
- Decesso
- Non conoscenza lingua italiana
- Grave disabilità psico/fisica

Il questionario è costituito da un nucleo fisso di domande, che esplora i principali fattori di rischio comportamentali ed interventi preventivi, da moduli opzionali (in uso solo in alcune regioni), e da moduli aggiuntivi (sommministrati in caso di eventi da esplorare in maniera tempestiva a livello nazionale).

Il sistema di sorveglianza presenta alcune caratteristiche positive quali:

- è rappresentativo della popolazione in studio
- fornisce tempestive informazioni sulle dinamiche dei fenomeni di interesse per la salute pubblica
- dà indicazioni per stabilire priorità nei programmi di salute
- fornisce elementi per la valutazione dei programmi o interventi messi in atto.
- offre un dettaglio di informazione fino al livello di Azienda Sanitaria Locale.

In Liguria tutte le ASL partecipano con un campione di rappresentatività aziendale stratificato per sesso e fasce d'età.

Nell'ASL 5 Spezzino dal 2008 al 2012 sono state effettuate 1375 interviste a persone tra 18 e 69 anni, il tasso di risposta¹ è risultato del 91%, il tasso di sostituzione² del 9% e quello di rifiuto³ dell'8%. I valori di questi indicatori evidenziano un'ottima qualità della rilevazione.

La numerosità del campione consente di stimare, con un buon grado di approssimazione, le principali caratteristiche in studio nella popolazione da cui il campione è stato estratto.

L'analisi delle informazioni raccolte è stata effettuata utilizzando il software EpiInfo 3.5, con metodi statistico-epidemiologici tali da fornire, oltre al dato di prevalenza della variabile analizzata, anche i limiti entro i quali quel valore oscilla (IC 95%).

Per maggiori informazioni, visita il sito www.epicentro.iss.it/passi o le pagine dedicate al sistema Passi nel sito dell'ASL 5: <http://www.asl5.liguria.it/Home/PASSI/Risultati.aspx> .

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

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

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

Bibliografia

- 1) World Health Organization - The European health report 2005. Public health action for healthier children and populations.
- 2) World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, Switzerland. WHO 2009.
http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/global_health_risks/en/
- 3) Iss - Progetto Cuore: Epidemiologia e prevenzione delle malattie cerebro e cardiovascolari <http://www.cuore.iss.it/>
- 4) World Health Organization - The Atlas of Heart Disease and Stroke
http://www.cdc.gov/dhdsp/atlas/heart_stroke_atlas/
- 5) Emberson J, Whincup P, Morris R, et al. Evaluating the impact of population and high-risk strategies for the primary prevention of cardiovascular disease European Heart Journal (2004) 25, 484–491
- 6) Ministero della Salute. Guadagnare salute - Rendere facili le scelte salutari.
<http://www.guadagnaresalute.it/default.asp>
- 7) Nelson DE, Holtzman D, Bolen J, Stanwyck CA, Mack KA. Reliability and validity of measures from the Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS). Social and Preventive Medicine, 2001;46 Suppl:S03-S42.
- 8) Progetto IGEA. Linee guida e raccomandazioni <http://www.epicentro.iss.it/igea/>
- 9) Yusuf HR, Giles WH, Croft JB, Anda RF, Casper ML. Impact of Multiple Risk Factor Profiles on Determining Cardiovascular Disease Risk. Preventive Medicine 27, 1–9 (1998)
- 10) Hahn RA, Heath GW, Chang Man-Huei. Cardiovascular Disease Risk Factors and Preventive Practices Among Adults – United States, 1994 A Behavioral Risk Factor Atlas. MMWR - Surveillance Summaries. December 11, 1998 / 47(SS-5);35-69
- 11) Whelton PK; He J, Appel LJ, et al. Primary Prevention of Hypertension: Clinical and Public Health Advisory From the National High Blood Pressure Education Program. JAMA. 2002;288(15):1882-1888 (doi:10.1001/jama.288.15.1882)
- 12) European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary. Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other Societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice. In: *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2007;14(suppl.2). National Cancer Institute, Physical Activity and Cancer; <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/prevention/physicalactivity>
- 13) Gaining health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases
http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/76526/E89306.pdf



Redazione e impaginazione a cura di:

Roberta Baldi, Ester Bazzali ed Elisa Raggio
Asl 5 Spezzino - Dipartimento di Prevenzione, SSD Epidemiologia

Stampato in proprio a Gennaio 2014 da

