



Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia



Sistema di sorveglianza Passi

Rapporto regionale 2008 Liguria



Redazione e impaginazione a cura di:

Rosamaria Cecconi (*Asl 3 Genovese, Dipartimento di Prevenzione – Epidemiologia*)

Raffaella Castiglia (*Università degli Studi di Genova*)

Tiziana Sasso (*ARS Liguria*)

Stampa

Colombo Grafiche - Maggio 2010

Copia del volume può essere richiesta a:

Rosamaria Cecconi

ASL 3 Genovese

Via Operai 80 – 16149 Genova

rosamaria.cecconi@asl3.liguria.it

oppure può essere scaricata dai siti internet:

www.asl3.liguria.it

www.arsliguria.it

www.epicentro.iss.it

Copia del questionario PASSI può essere richiesta a:

Patrizia Crisci

ASL 3 Genovese

Via Operai 80 - 16149 Genova

patrizia.crisci@asl3.liguria.it



A cura di:

Rosamaria Cecconi¹, Claudio Culotta¹, Roberta Baldi² – *Gruppo Tecnico Regionale PASSI*

Patrizia Crisci - Dipartimento di Prevenzione Asl 3 Genovese – Nucleo Epidemiologia

Tiziana Sasso - ARS Liguria – Area Epidemiologia e Prevenzione

Raffaella Castiglia - Corso di Laurea specialistica in Scienze Biologiche, Università degli Studi di Genova

¹ ASL 3 Genovese – Dipartimento di Prevenzione - Epidemiologia

² ASL 5 Spezzino – Dipartimento di Prevenzione - Epidemiologia

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, Pirous Fateh-Moghadam, Angelo D'Argenzio, Massimo Oddone Trinito, Stefania Vasselli, Stefano Menna, Alberto Perra, Stefania Salmaso
Gruppo Tecnico Nazionale PASSI

- a livello regionale:

Claudio Montaldo

Assessore alla Salute, Politiche della sicurezza dei cittadini - Regione Liguria

Paola Oreste

Regione Liguria - Dipartimento Salute e Servizi Sociali, Settore Prevenzione, Igiene e Sanità Pubblica

Roberto Carloni *Referente Regionale PASSI*

ARS Liguria – Area Epidemiologia e Prevenzione

Francesco Mignone, Anna Bertagnin

Anagrafe Sanitaria Regionale – Datasiel Sistemi e Tecnologie di Informatica SpA

Maura Ferrari Bravo – ASL 4 Chiavarese, Dipartimento di Prevenzione

Marco Picasso – ASL 1 Imperiese, Dipartimento di Prevenzione

GiannaElisa 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 Lorizzo, 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.
ASL 4 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

***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.***

La Regione Liguria, dopo una prima indagine trasversale condotta nel 2005 come progetto pilota, aderì al Sistema di Sorveglianza Nazionale PASSI fin dalla sua istituzione sperimentale nel 2006. Dopo la pubblicazione del Rapporto 2007, concomitante con la presentazione del primo Rapporto sullo Stato di Salute della Popolazione Ligure, vengono oggi messi a disposizione degli operatori del Sistema Salute e dell'intera comunità regionale i risultati relativi all'anno 2008.

Nel presente rapporto i dati sono suddivisi in 5 sezioni, che corrispondono ad altrettante aree di attività specifiche: Benessere, Guadagnare Salute, Rischio cardiovascolare, Sicurezza, Programmi di prevenzione individuale.

Il Sistema di Sorveglianza PASSI rappresenta allo stato attuale uno strumento scientifico validato per la valutazione puntuale degli stili di vita nella popolazione, nonché per la sorveglianza continua dei determinanti di salute e degli effetti che le attività di promozione della salute esercitano sui determinanti stessi. Ma PASSI non deve essere inteso unicamente come uno strumento funzionale ai programmi di prevenzione e promozione della salute: la lettura e l'utilizzo dei dati del sistema di sorveglianza, se integrata con quelli derivanti dai flussi regionali e dal sistema di valutazione delle performances, concorre infatti alla realizzazione della costruzione di un sistema sanitario basato sulla conoscenza, l'analisi dei dati e le evidenze.

Desidero infine esprimere un sentito ringraziamento sia agli operatori sanitari che a vario titolo hanno contribuito con il proprio lavoro, motivazione e passione alla realizzazione e mantenimento del Sistema di Sorveglianza PASSI, sia ai cittadini intervistati che, con la loro disponibilità, hanno contribuito a fornire utili informazioni per la salute della comunità.

Questo documento viene dunque messo oggi a disposizione della comunità quale segno di continuità con le azioni sviluppate nella precedente legislatura, con la certezza che le riflessioni indotte dalla sua lettura aumenteranno la consapevolezza dei molteplici aspetti che il lavorare in rete prevede, così come indicato dal Piano Socio Sanitario 2009-2011 in cui Prevenzione, Riabilitazione, Acuzie-emergenza e Cronicità vengono viste non come entità separate, ma integrate tra loro, volte al miglioramento dello stato di salute del singolo e della popolazione


Claudio Montaldo

*Assessore alla Salute, Politiche della Sicurezza dei Cittadini
Regione Liguria*

Indice

Sintesi dei risultati	pag 9
Profilo socio-demografico	
Il campione	14
Benessere	
Percezione dello stato di salute	20
Sintomi di depressione	24
Guadagnare salute	
Attività fisica	30
Situazione nutrizionale	35
Consumo di alcol	43
Abitudine al fumo	52
Fumo passivo	58
Rischio cardiovascolare	
Iperensione arteriosa	64
Ipercolesterolemia	68
Calcolo del rischio cardiovascolare	72
Sicurezza	
Sicurezza stradale	78
Sicurezza domestica	85
Programmi di prevenzione	
Diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero	94
Diagnosi precoce del tumore della mammella	101
Diagnosi precoce del tumore del colon-retto	109
Vaccinazione antinfluenzale	117
Vaccinazione antirosolia	120
Appendice	
Metodi	126
Monitoraggio	129
Utilizzo della pesatura	133

Sintesi dei risultati (PASSI 2008)

Il campione regionale

Nel 2008 il campione regionale è risultato costituito da 1.376 persone di 18-69 anni (pari a circa il 4% del campione nazionale), selezionate in modo casuale stratificato dalle liste delle anagrafi sanitarie delle 5 ASL liguri.

Il campione ha mostrato una buona rappresentatività per le principali caratteristiche socio-demografiche rispetto alla popolazione ligure da cui è stato selezionato.

Il 51% degli intervistati è rappresentato da donne e il 49% da uomini; l'età media è di 45 anni.

Il 62% degli intervistati ha un livello d'istruzione alto (diploma superiore o laurea). Nella fascia d'età 18-65 anni, il 72% ha un lavoro regolare; le donne hanno una minore occupazione in ogni classe d'età. Quasi la metà degli intervistati (45%) ha riferito difficoltà economiche (qualche o molte).

Le persone intervistate con cittadinanza straniera intervistate sono il 4% del campione.

Benessere

Percezione dello stato di salute

La maggior parte delle persone intervistate (64%) ha dichiarato di ritenere buono o molto buono il proprio stato di salute, ma le persone meno giovani, con una o più patologie croniche, con basso livello di istruzione o con molte difficoltà economiche hanno una percezione molto meno positiva del proprio stato di salute.

Sintomi di depressione

Il 10% delle persone intervistate ha riferito di aver avuto - nelle due settimane precedenti l'intervista - sintomi di depressione; tra queste, il 37% non ha chiesto aiuto a nessuno, e solo una su due (45%) si è rivolta a un sanitario per questo problema.

Guadagnare Salute

Attività fisica

4 intervistati su 10 (41%) hanno dichiarato di svolgere il livello di attività fisica raccomandato; il 38% è considerevole parzialmente attivo (cioè pratica attività fisica in quantità inferiore alle raccomandazioni) ed un 21% ha uno stile di vita completamente sedentario (era il 19% nel 2007). Solo in un terzo dei casi gli operatori sanitari si sono informati sull'attività fisica praticata (33%) o hanno consigliato di farla (30%).

Situazione nutrizionale

Circa un terzo degli intervistati è in sovrappeso (30%) ed il 7% è obeso. Complessivamente l'eccesso ponderale ha la stessa frequenza del 2007 (37%).

Il consumo di frutta e verdura è diffuso, ma solo il 15% ha aderito alle raccomandazioni internazionali consumandone almeno cinque porzioni al giorno.

Il 28% delle persone con eccesso ponderale ha riferito che un operatore sanitario gli ha consigliato di fare una dieta per perdere peso ed il 38% ha dichiarato di aver ricevuto il consiglio di fare regolarmente attività fisica.

Consumo di alcol

Il 17% del campione è classificabile come bevitore a rischio secondo la vecchia definizione INRAN (Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione): il 3% è un forte bevitore, il 10% beve fuori pasto ed il 6% è un bevitore "binge" (una stessa persona può avere più comportamenti a rischio).

Secondo le dichiarazioni degli intervistati, gli operatori sanitari si sono informati poco frequentemente (17%) sulle abitudini di consumo alcolico dei loro assistiti e solo raramente hanno consigliato ai bevitori a rischio di moderare il consumo di alcol (6%).

Abitudine al fumo

I fumatori costituiscono il 29% del campione (era il 26% nel 2007); circa due fumatori su tre (64%) hanno riferito di essere stati interpellati da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo.

Nel corso dell'ultimo anno, quattro fumatori su dieci hanno tentato di smettere (42%).

La quasi totalità degli ex fumatori ha smesso di fumare senza alcun aiuto (93%).

Fumo passivo

La maggior parte delle persone intervistate considera il divieto di fumare nei luoghi pubblici rispettato sempre o quasi sempre (91%), come pure la maggior parte dei lavoratori considera il divieto di fumare nel luogo di lavoro rispettato sempre o quasi sempre (88%).

Il 72% degli intervistati ha dichiarato che nelle proprie abitazioni non è permesso fumare.

Rischio cardiovascolare

Iperensione arteriosa

L'85% degli intervistati ha misurato la pressione arteriosa negli ultimi due anni; circa un quinto di questi (21%) ha dichiarato di essere iperteso. Il 7% non ha mai misurato la pressione o non ricorda di averlo fatto.

La maggior parte degli ipertesi (70%) ha riferito di essere trattato con farmaci antipertensivi e la stessa percentuale di aver ricevuto da parte del medico il consiglio di adottare cambiamenti del proprio stile di vita.

Ipercolesterolemia

L'83% degli intervistati ha misurato la colesterolemia almeno una volta nella vita; circa un terzo di questi ha dichiarato di avere valori elevati di colesterolemia (30%).

Il 17% ha riferito di non aver mai misurato il colesterolo.

La maggior parte degli ipercolesterolemici ha riferito di aver ricevuto da parte dal medico il consiglio di adottare cambiamenti del proprio stile di vita; un quarto è in trattamento farmacologico (26%).

Calcolo del rischio cardiovascolare

La carta del rischio cardiovascolare è ancora poco utilizzata dai medici: solo il 7% degli intervistati di 35-69 anni ha riferito che il proprio medico gli ha valutato il rischio cardiovascolare con questo strumento.

Sicurezza

Sicurezza stradale

L'uso del casco e della cintura di sicurezza anteriore raggiungono livelli elevati (99% e 94% rispettivamente), mentre solo un terzo degli intervistati allaccia la cintura posteriore (33%).

Il 9% degli intervistati ha dichiarato di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol nel mese precedente all'intervista (14% se si considerano le persone che nell'ultimo mese hanno effettivamente guidato) e il 10% di essere stato trasportato da un conducente che guidava sotto l'effetto dell'alcol. 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, con una media di circa due controlli. Solo il 10% dei fermati ha riferito che il guidatore è stato sottoposto anche all'etilotest.

Infortunati domestici

La percezione del rischio infortunistico in ambito domestico non è elevata: il 93% degli intervistati ritiene infatti questo rischio basso o assente.

La percentuale degli intervistati che ha ricevuto - da varie fonti - informazioni sugli infortuni domestici è limitata al 26%: tra questi, il 28% ha messo in atto misure per rendere più sicura la propria abitazione.

Programmi di prevenzione

Diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero

Circa l'80% delle donne 25-64enni ha riferito di aver effettuato un Pap-test preventivo nel corso degli ultimi tre anni come raccomandato (il 15% in regime gratuito, il 65% sostenendone in toto o parzialmente il costo).

Diagnosi precoce del tumore della mammella

Circa il 76% delle donne 50-69enni ha riferito di aver effettuato una Mammografia preventiva nel corso degli ultimi due anni come raccomandato (il 44% in regime gratuito, il 32% sostenendone in toto o parzialmente il costo).

Diagnosi precoce dei tumori del colon retto

Circa il 14% delle persone intervistate nella fascia 50-69 anni ha riferito di aver effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali, in accordo con le linee guida; il 7% ha eseguito un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci negli ultimi due anni e l'8% una colonscopia negli ultimi cinque anni.

Vaccinazione antinfluenzale

Circa il 25% delle persone intervistate di età 18-64 anni portatrici di almeno una patologia cronica ha riferito di essersi vaccinato durante la campagna antinfluenzale 2007-2008, valore molto inferiore a quello raccomandato (75%), e identico a quello del 2007.

Vaccinazione antirosolia

Più della metà (63%) delle donne 18-49enni è stimata essere immune alla rosolia in quanto ha effettuato la vaccinazione (37,2%) oppure ha una copertura naturale da pregressa infezione rilevata dal rubeotest positivo (25,4%).

Un terzo delle donne in età fertile (33%) non è a conoscenza del proprio stato immunitario nei confronti del virus della rosolia.



profilo sociodemografico

il campione 2008

PROFILO SOCIODEMOGRAFICO

Descrizione del campione regionale

La popolazione della Liguria, costituita dai residenti iscritti nelle liste delle anagrafi sanitarie delle 5 ASL al 31-12-2007 è pari a 1.613.516 persone. La fascia 18-69 anni (popolazione in studio) è costituita da 1.058.235 individui.

Da gennaio 2008 a dicembre dello stesso anno, sono state intervistate 1376 persone nella fascia 18-69 anni, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età dalle anagrafi sanitarie.

Le ASL regionali hanno partecipato con un campione di rappresentatività aziendale.

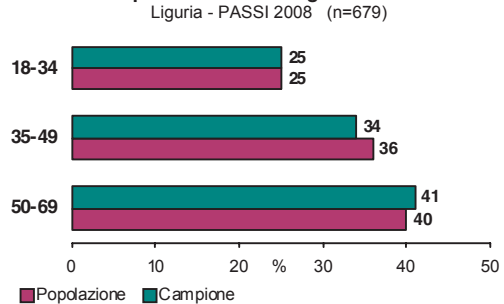
Rispetto ai soggetti inizialmente selezionati, 357 persone campionate non erano eleggibili, il tasso di risposta¹ è risultato dell'84,3%, il tasso di sostituzione² del 15,7% e quello di rifiuto³ dell'11,1% (ulteriori indicatori di monitoraggio sono mostrati in Appendice).

Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

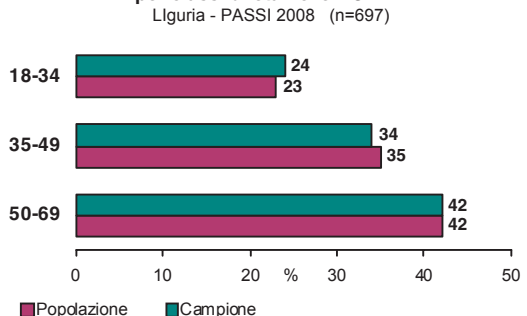
L'età e il sesso

- In Liguria il 51% del campione intervistato (1376 persone) è costituito da donne e l'età media complessiva è di 45 anni.
- Il campione è risultato costituito per:
 - il 24% da persone nella fascia 18-34 anni
 - il 35% da persone nella fascia 35-49 anni
 - il 41% da persone nella fascia 50-69 anni.
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale queste percentuali sono rispettivamente 28,9%, 34,1% e 37%.
- La distribuzione per sesso e classi di età del campione selezionato è risultata sovrapponibile a quella della popolazione di riferimento dell'anagrafe regionale, indice di una buona rappresentatività del campione selezionato.

Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età negli UOMINI



Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età nelle DONNE



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)

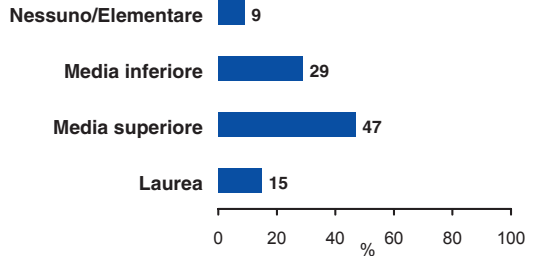
³ Tasso di rifiuto = numero di rifiuti/(numero di interviste+rifiuti+non reperibili)

Il titolo di studio

- In Liguria il 38% della popolazione ha un basso livello di istruzione (nessuno/elementare/media inferiore) e il 62% ha titoli di studio più elevati (media superiore/laurea/diploma universitario).
- Non ci sono differenze statisticamente significative nel livello di istruzione fra uomini e donne.
- 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 mediante apposite analisi statistiche (*regressione logistica*).

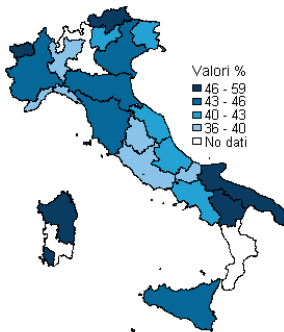
Campione per titolo di studio (%)

Liguria - PASSI 2008 (n=1375)



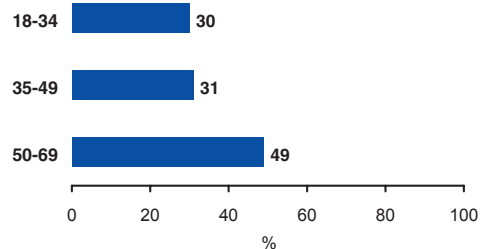
Prevalenza di scolarità bassa

Pool PASSI 2008



Prevalenza di scolarità bassa (%)

Liguria PASSI 2008 (n=1375)

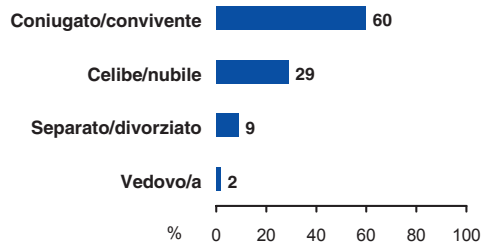


Lo stato civile

- In Liguria i coniugati/conviventi rappresentano il 60% del campione, i celibi/nubili il 29%, i separati/divorziati il 9% ed i vedovi il 2%.
- A livello delle ASL partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale, queste percentuali sono rispettivamente del 61,3%, 31,4%, 4,6% e 2,7%.

Campione per categorie stato civile (%)

Liguria - PASSI 2008 (n=1376)

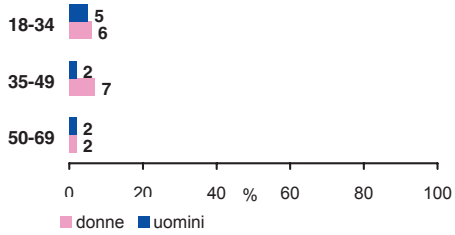


La cittadinanza

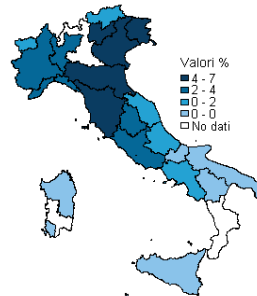
- In Liguria la popolazione straniera nella fascia 18-69 anni rappresenta circa il 4% della popolazione. La percentuale di stranieri stimata in Liguria dall'ISTAT (popolazione totale) è pari al 6,5% della popolazione residente.
- Gli stranieri sono più rappresentati nelle classi di età più giovani e nel sesso femminile: in particolare nella fascia 35-49 anni il 7% delle donne ha cittadinanza straniera.
- Il protocollo del sistema di Sorveglianza PASSI prevede la sostituzione degli stranieri non in grado di sostenere l'intervista telefonica in italiano. PASSI pertanto fornisce informazioni solo sugli stranieri più integrati o da più tempo nel nostro paese.

A livello delle ASL partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale, le persone con cittadinanza straniera hanno rappresentato il 2,9% degli intervistati con differenze territoriali.

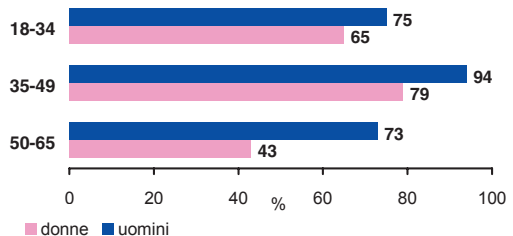
Stranieri per sesso e classi di età (%)
Liguria - PASSI 2008



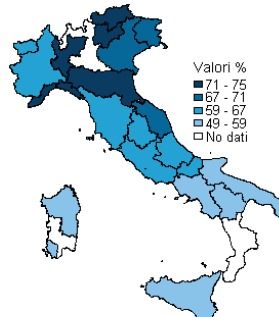
Cittadinanza straniera (%)
Pool PASSI 2008



Lavoratori regolari per sesso e classi di età (%)
Liguria- PASSI 2008



Lavoratori regolari (%)
Pool PASSI 2008



Il lavoro

- In Liguria il 72% di intervistati nella fascia d'età 18-65 anni ha riferito di lavorare regolarmente.
- Le donne sono risultate complessivamente meno "occupate" rispetto agli uomini (62% contro 81%).
- A livello delle ASL partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale, nella fascia 18-65 anni ha riferito di lavorare regolarmente il 63,9% degli intervistati, con un rilevante gradiente Nord-Sud.

Difficoltà economiche

Nel sistema PASSI viene rilevata anche la percezione delle difficoltà economiche, vista l'importanza riconosciuta a livello internazionale dell'effetto dei determinati sociali sulla salute.

In Liguria:

- il 55% del campione non ha riferito alcuna difficoltà economica
- il 36% qualche difficoltà
- il 9% molte difficoltà economiche.

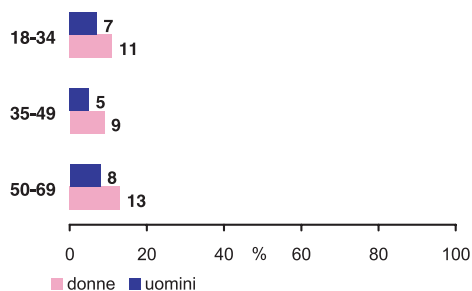
Le donne hanno dichiarato complessivamente maggiori difficoltà economiche rispetto agli uomini; in particolare quelle della fascia 50-69 anni. Le differenze per classi di età non raggiungono la significatività statistica.

Nelle ASL partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale:

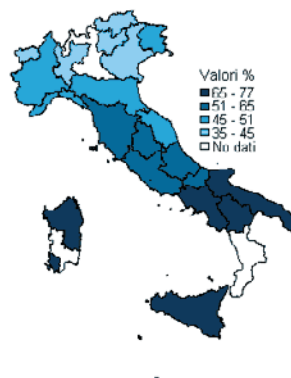
- il 44,9% del campione non ha riferito alcuna difficoltà economica
- il 41,4% qualche difficoltà
- il 13,7% molte difficoltà economiche.

La prevalenza di persone con molte difficoltà economiche ha mostrato un rilevante gradiente territoriale.

Persone con molte difficoltà economiche riferite per classi di età e sesso (%)
Liguria - PASSI 2008



Persone con qualche/molte difficoltà economiche riferite (%)
Pool PASSI 2008



Conclusioni

L'elevato tasso di risposta e le basse percentuali di sostituzione e di rifiuti indicano la buona qualità complessiva del sistema di sorveglianza PASSI, correlata sia al forte impegno e all'elevata professionalità degli intervistatori sia alla buona partecipazione della popolazione, che complessivamente ha mostrato interesse e gradimento per la rilevazione.

Il confronto del campione con la popolazione ligure in studio indica una buona rappresentatività della popolazione da cui è stato selezionato, consentendo pertanto di poter estendere le stime ottenute alla popolazione regionale.

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



benessere

percezione dello stato di salute
depressione

BENESSERE

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 propria salute); 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?

In Liguria circa il 64% degli intervistati ha giudicato in modo positivo il proprio stato di salute, riferendo di sentirsi bene o molto bene; il 32% ha riferito di sentirsi discretamente e solo il 4% ha risposto in modo negativo (male/molto male).

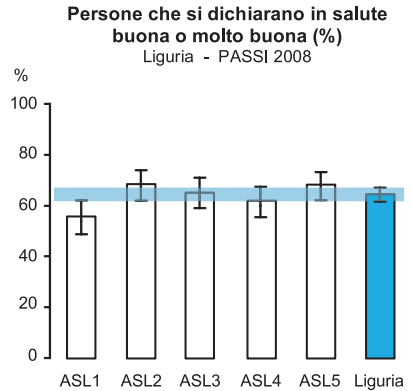
- In particolare si dichiarano più soddisfatti della propria salute:
 - i giovani nella fascia 18-34 anni
 - gli uomini
 - le persone con alta istruzione
 - le persone senza difficoltà economiche
 - le persone senza patologie severe.

Analizzando con una opportuna tecnica statistica (*regressione logistica*) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, si mantengono le significatività per tutte le variabili considerate.

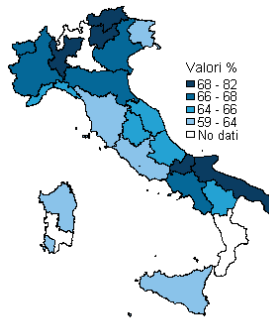
Stato di salute percepito positivamente°		
Liguria - PASSI 2008 (n=1376)		
Caratteristiche	%	IC95%
Totale	64,5	61,8-67,4
Età		
18 - 34	84,2	79,8-88,6
35 - 49	69,1	64,3-74,0
50 - 69	48,5	43,8-53,3
Sesso		
uomini	70,4	66,5-74,3
donne	59,0	55,0-62,9
Istruzione		
nessuna/elementare	35,7	26,6-44,8
media inferiore	60,0	54,7-65,2
media superiore	69,2	65,1-73,3
laurea	76,7	69,2-84,2
Difficoltà economiche		
molte	38,8	28,7-48,9
qualcuna	56,3	51,5-61,1
nessuna	74,4	70,8-78,0
Patologie severe°°		
almeno una	39,3	32,2-46,5
assente	70,3	67,3-73,3

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

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



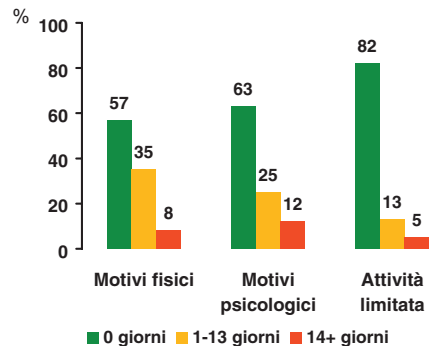
Persone che si dichiarano in salute buona o molto buona (%)
Pool PASSI 2008



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

- In Liguria la maggior parte delle persone intervistate ha riferito di essersi sentita bene per tutti gli ultimi 30 giorni (57% in buona salute fisica, 63% in buona salute psicologica e 82% senza alcuna limitazione delle attività abituali).
- Una piccola parte ha riferito più di 14 giorni in un mese di cattiva salute per motivi fisici (8%), per motivi psicologici (12%) e con limitazioni alle attività abituali (5%).

Distribuzione giorni in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività (%)
Liguria - PASSI 2008



Giorni percepiti in cattiva salute al mese Liguria - PASSI 2008 (n=1356)			
Caratteristiche	N° gg/mese per		
	Motivi fisici	Motivi psicologici	Attività limitata
Totale	3,5	4,2	1,9
Classi di età			
18 - 34	2,3	3,9	1,6
35 - 49	3,3	3,8	1,8
50 - 69	4,5	4,8	2,2
Sesso			
uomini	2,5	3,0	1,6
donne	4,5	5,4	2,2
Istruzione			
nessuna/elementare	6,5	6,6	3,5
media inferiore	3,9	4,7	2,1
media superiore	3,1	3,6	1,6
laurea	2,4	4,0	1,6
Difficoltà economiche			
molte	7,0	10,5	4,9
qualche	4,1	4,5	1,9
nessuna	2,6	3,0	1,1
Patologie severe^o			
almeno una	5,9	5,7	2,4
assente	3,0	3,9	1,8

^oalmeno una delle seguenti patologie: ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie, insufficienza renale, tumori

- La media dei giorni al mese in cattiva salute sia per motivi fisici sia per motivi psicologici è circa 4 giorni; le attività abituali sono risultate limitate in media per 2 giorni al mese.
- 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 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

La maggior parte delle persone intervistate a livello regionale ha riferito la percezione di essere in buona salute (64%). Questo valore è in linea con quanto rilevato nel 2007, ma risulta leggermente inferiore rispetto a quanto rilevato su base nazionale dall'indagine multiscopo dell'ISTAT 2005 (75%)

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; per questo l'utilizzo degli indicatori soggettivi dello stato di salute può fornire una misura dei servizi sociosanitari necessari a soddisfare la domanda.

La misura dello stato di salute percepito ed in particolare il suo monitoraggio nel tempo possono fornire indicazioni alla programmazione integrata sociosanitaria a livello di Aziende Sanitarie e Comuni, 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 di 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.

Bibliografia

- CDC. Healthy days methods. 1989. Disponibile all'indirizzo: <http://www.cdc.gov/hrqol/methods.htm#healthy>.
- WHO Preventing chronic diseases: a vital investment, 2005 WHO global report. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/italian%20full%20report.pdf.
- Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust. Assessing health status and quality of life instruments: attributes and review criteria. Quality of Life Research 2002;11:193-205.

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:

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

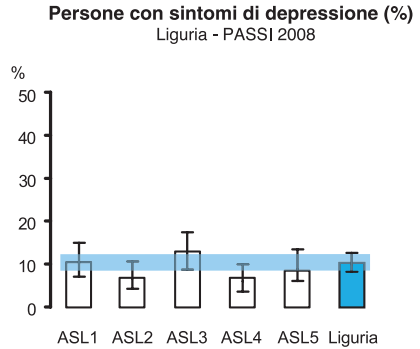
Il numero di giorni per i due gruppi di sintomi sono poi sommati e classificati in base ad uno score da 0 a 6; coloro che ottengono un score uguale o maggiore di 3 sono individuati come "persone con sintomi di depressione"; la diagnosi effettiva di depressione richiede ovviamente una valutazione clinica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

Quali sono le caratteristiche delle persone con sintomi di depressione?

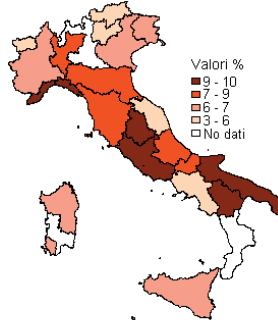
- In Liguria circa il 10% delle persone intervistate ha riferito sintomi di depressione; questi sintomi sono risultati più diffusi:
 - nelle fasce d'età più avanzate
 - nelle donne
 - nelle persone con basso livello d'istruzione
 - nelle persone con difficoltà economiche
 - nelle persone senza un lavoro continuativo
 - nelle persone con almeno una patologia severa.
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica (*regressione logistica*) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, la probabilità di aver avuto i sintomi di depressione risulta significativamente più elevata nella fascia 35-49 anni rispetto alla fascia 18-34, nelle persone con molte difficoltà economiche ed in quelle senza un lavoro continuativo.

Sintomi di depressione Liguria - PASSI 2008 (n=1347)		
Caratteristiche	Persone con i sintomi di depressione ° % (IC95%)	
Totale	10,5	8,5-12,5
Classi di età		
18 - 34	8,4	4,7-12,0
35 - 49	12,3	8,6-16,0
50 - 69	10,2	7,0-13,3
Sesso		
uomini	8,6	5,8-11,3
donne	12,3	9,3-15,3
Istruzione		
nessuna/elementare	15,7	8,0-23,3
media inferiore	13,0	8,9-17,0
media superiore	8,2	5,6-10,8
laurea	9,9	4,1-15,6
Difficoltà economiche		
molte	25,5	15,7-35,3
qualche	13,6	9,7-17,3
nessuna	5,8	3,8-7,9
Stato lavorativo		
lavora	8,6	6,3-10,9
non lavora	14,2	10,3-18,1
Patologie severe		
almeno una	14,1	8,9-19,3
nessuna	9,6	7,5-11,8
°Score PHQ-2 uguale o maggiore di 3		

- 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 (%)
Pool PASSI 2008

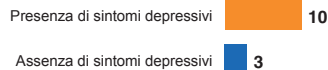


Quali conseguenze hanno i sintomi di depressione sulla vita di queste persone?

- 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 32% ha descritto il proprio stato di salute "buono" o "molto buono" rispetto al 69% delle persone che non hanno riferito i sintomi
 - la media di giorni in cattiva salute fisica e mentale o con limitazioni delle abituali attività (con riferimento all'ultimo mese) è risultata significativamente più alta tra le persone con sintomi di depressione.

Qualità di vita percepita e sintomi di depressione
Liguria - PASSI 2008 (n=1347)

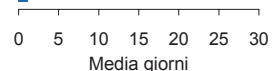
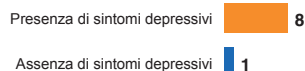
Giorni in cattiva salute fisica



Giorni in cattiva salute mentale

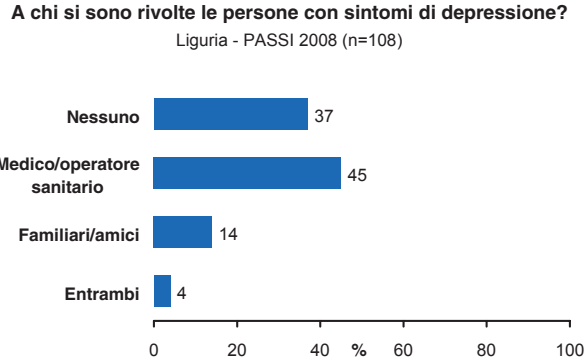


Giorni con limitazione di attività



A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione?

- Il 63% delle persone con sintomi di depressione ha riferito di essersi rivolta a figure di riferimento per risolvere questo problema, in particolare a medici/operatori sanitari (45%), a familiari/amici (14%) o ad entrambi (4%).
- Il 37% non ha chiesto alcun aiuto.



Conclusioni e raccomandazioni

In Liguria si stima che circa 1 persona su 10 abbia sintomi depressivi con valori più alti tra le donne, nelle persone con difficoltà economiche, senza lavoro e nelle persone con patologie severe.

I risultati evidenziano come le risposte a questa situazione di "malessere", che rimane in parte latente, non siano ancora soddisfacenti. E' possibile che un ruolo più attivo da parte degli operatori sociosanitari (ad esempio del medico di famiglia o del pediatra di libera scelta) possa favorire l'emersione di una parte maggiore di questo disagio. Ma non è facile definire quali ulteriori e appropriate azioni di sostegno e/o di assistenza sia possibile attivare.

Bibliografia

- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB "The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener" 2003 Nov;41(11):1284-92.
- De Girolamo G., Polidori G., Morosini P.L. et al "La prevalenza dei disturbi mentali in Italia. Il progetto ESEMeD-WMH" "Epidemiologia e Psichiatria Sociale" n. 4, 2005 <http://www.epicentro.iss.it/temi/mentale/esemed.pdf>
- European Commission "European Pact for Mental Health and well-being" 2008
- U.S. Preventive Services Task Force. Screening for depression: Recommendations and rationale. *Ann Intern Med* 2002;136:760-4
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The patient health questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med Care* 2003;41:1284-92.



guadagnare salute

attività fisica
situazione nutrizionale
consumo di alcol
abitudine al fumo
fumo passivo

GUADAGNARE SALUTE

Attività fisica

L'attività fisica praticata regolarmente svolge un ruolo di primaria importanza nella prevenzione di malattie cardiovascolari, diabete, ipertensione e obesità. Uno stile di vita sedentario contribuisce invece allo sviluppo di diverse malattie croniche, in particolare quelle cardiovascolari: per le cardiopatie ischemiche, ad esempio, si stima che l'eccesso di rischio attribuibile alla sedentarietà e i conseguenti costi sociali siano maggiori di quelli singolarmente attribuibili a fumo, ipertensione e obesità.

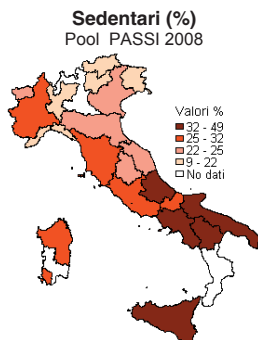
Esiste ormai un ampio consenso circa il livello dell'attività fisica da raccomandare nella popolazione adulta: 30 minuti di attività moderata al giorno per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni.

Promuovere l'attività fisica rappresenta pertanto un'azione di sanità pubblica prioritaria, ormai inserita nella programmazione sanitaria di 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 (2003-2008)* propone progetti per promuovere l'attività fisica.

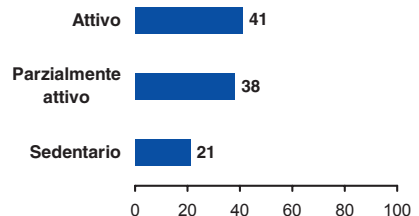
In Italia, sia nel Piano Sanitario Nazionale sia nel Piano della Prevenzione, si sottolinea l'importanza dell'attività fisica per la salute; il programma *Guadagnare Salute* si propone di favorire uno stile di vita attivo, col coinvolgimento di diversi settori della società allo scopo di "rendere facile"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

Quante persone attive fisicamente e quanti sedentari?

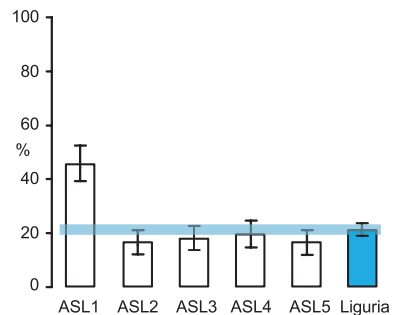
- In Liguria il 41% delle persone intervistate ha riferito uno stile di vita attivo, conduce cioè un'attività lavorativa pesante o pratica l'attività fisica raccomandata; il 38% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) ed il 21% è completamente sedentario (pari a circa 222.000 persone).
- Tra le ASL regionali non sono emerse differenze significative con la vistosa eccezione dell'ASL 1 Imperiese, nella quale la percentuale di sedentari risulta significativamente più elevata sia della media regionale sia dei valori delle altre ASL. I motivi di questa differenza dovranno essere approfonditi con l'analisi aziendale.



Livello di attività fisica (%)
Liguria - PASSI 2008 (n=1376)



Sedentari nelle ASL Liguri (%)
Liguria - PASSI 2008



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.

Tra chi è più diffusa la sedentarietà?

- La sedentarietà è più diffusa nelle persone con basso livello d'istruzione e con maggiori difficoltà economiche; non sono emerse differenze significative tra uomini e donne e tra le diverse fasce d'età.
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica (*regressione logistica*) l'effetto di ogni singolo fattore al netto di tutti gli altri, si conferma una più elevata frequenza di sedentari tra le persone meno istruite e tra quelle che riferiscono maggiori difficoltà economiche.

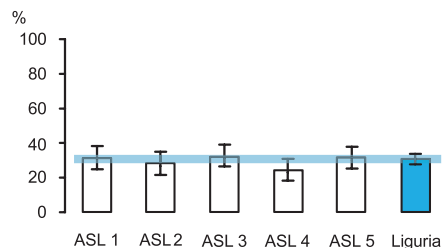
Sedentari		
Regione Liguria - PASSI 2008 (n=1376)		
Caratteristiche	%	(IC95%)
Totale	20,8	18,4-23,3
Classi di età		
18-34	21,3	16,5-26,3
35-49	18,1	14,2-22,1
50-69	22,8	18,9-26,8
Sesso		
uomini	21,2	17,7-24,7
donne	20,4	17,1-23,8
Istruzione		
nessuna/elementare	26,6	18,9-34,3
media inferiore	24,8	19,9-29,7
media superiore	18,9	15,4-22,4
laurea	15,8	10,0-21,7
Difficoltà economiche		
molte	25,6	16,9-34,2
qualche	23,9	19,6-28,1
nessuna	18,1	14,9-21,2

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

- Nella nostra Regione solo un terzo degli intervistati riferisce che un medico o un altro operatore sanitario gli ha chiesto se svolge attività fisica e circa il 30% riferisce di aver ricevuto il consiglio di farla regolarmente.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, questi valori sono sovrapponibili a quelli liguri e pari rispettivamente a 32,6% e 31,1%.



Consiglio di fare attività fisica da parte degli operatori sanitari (%)
Liguria - PASSI 2008



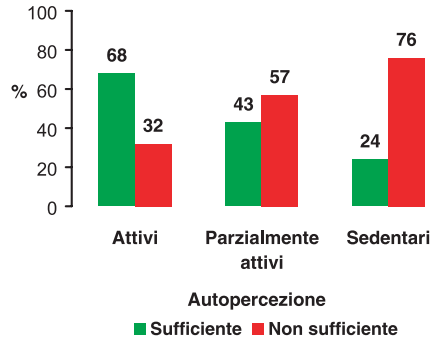
- Nelle 5 ASL della Regione non emergono differenze significative nella percentuale di persone che riferiscono di aver ricevuto il consiglio di svolgere attività fisica (range dal 23% dell'ASL 4 Chiavarese al 32% dell'ASL 3 "Genovese").

Come viene percepito il proprio livello di attività fisica?

- La percezione che la persona ha del proprio livello di attività fisica è importante nel condizionare eventuali cambiamenti verso uno stile di vita più attivo.
- Tra le persone attive, oltre due terzi (68%) hanno giudicato la propria attività fisica sufficiente.
- Tra le persone parzialmente attive, oltre quattro su dieci (43%) percepiscono il proprio livello di attività fisica come sufficiente.
- Anche tra le persone sedentarie, quasi un quarto (24%) pensa di praticare una sufficiente attività fisica.
- I dati regionali sono in linea con quelli rilevati a livello delle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale (23,3%).

Autopercezione e livello di attività fisica praticata (%)

Liguria - PASSI 2008 (n=1374)

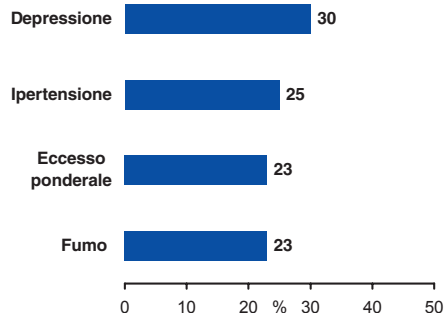


Stile di vita sedentario e compresenza di altre condizioni di rischio

- Lo stile di vita sedentario si associa spesso ad altre condizioni di rischio; in particolare è risultato essere sedentario:
 - Il 30% delle persone che riferiscono sintomi di depressione
 - il 25% degli ipertesi
 - il 23% delle persone in eccesso ponderale.
 - Il 23% dei fumatori

Sedentarietà (%) in persone con altri fattori di rischio

Liguria - PASSI 2008



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che nella nostra Regione circa due persone adulte su dieci siano completamente sedentarie e che altre quattro su dieci non pratichino una sufficiente attività fisica.

La percentuale di sedentari inoltre è maggiore nelle persone culturalmente ed economicamente più svantaggiate e in sottogruppi di popolazione che presentano altri fattori di rischio per l'insorgenza di malattie croniche (in particolare persone con sintomi di depressione, ipertesi, obesi o in sovrappeso).

Alla diffusione di uno stile di vita sedentario o solo parzialmente attivo si accompagna frequentemente una percezione distorta dell'attività fisica praticata: circa un sedentario su quattro ritiene infatti di praticare sufficiente movimento.

La correzione di tale percezione può rappresentare la prima tappa verso un cambiamento del proprio stile di vita e può costituire un obiettivo degli interventi di promozione dell'attività fisica in ambito sanitario.

A fronte di ciò gli operatori non sembrano promuovere ancora sufficientemente uno stile di vita attivo tra i loro assistiti.

Tuttavia l'opera del medico da sola non basta ed è stato dimostrato che è possibile accrescere la diffusione dell'attività fisica 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, opportunità di pratica dell'attività fisica ecc.).

Dall'informazione all'azione

Nell'area "Guadagnare Salute" del Piano Regionale di Prevenzione della Liguria si è tenuto in considerazione quanto evidenziato dalla letteratura scientifica e dai dati epidemiologici locali (PASSI e OKkio alla salute) e la promozione dell'attività fisica è stata inserita in diverse linee progettuali.

In particolare con riferimento all'età adulta e anziana è stato promosso, in collaborazione con gli enti locali, l'Università degli Studi di Genova (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.

In riferimento all'età evolutiva un altro progetto implementato in Liguria è il "Pedibus" (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" 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.

Bibliografia

- Gaining health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Disponibile all'indirizzo: http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20061003_1
- US Department of Health and Human Services. Healthy people 2010 Vol. 1 Understanding and Improving Health; Objectives for Improving Health (Part A: Focus Areas 1-14). Washington, DC Government Printing Office 2000. Disponibile all'indirizzo: <http://www.healthypeople.gov/Document/tableofcontents.htm#volume1>
- U.S. Department of health and human service. Physical activity guideline for Americans. 2008. Disponibile all'indirizzo: <http://www.health.gov/paguidelines/guidelines/default.aspx>
- Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults from American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Medicine & Science in Sports & Exercise 2007; 1423-1434.
- CDC. Guide to Community Preventive Services Physical activity. Disponibile all'indirizzo: <http://www.thecommunityguide.org/pa/>
- WHO. Collaboration between health and transport sectors in promoting physical activities. 2006. Disponibile all'indirizzo: <http://www.euro.who.int/Document/E90144.pdf>
- World Health Organization; Regional Office for Europe. Steps to health. A European Framework to promote physical activity for health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007. Disponibile all'indirizzo: <http://www.euro.who.int/Document/E90191.pdf>
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 4 maggio 2007. Documento programmatico "Guadagnare salute". Gazzetta Ufficiale n. 117 del 22-5-2007 - Suppl. Ordinario n.119.

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.

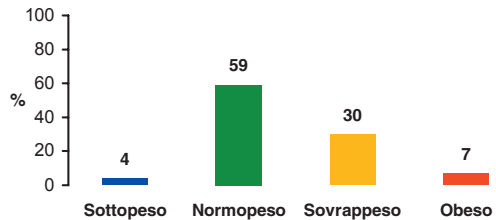
Le persone vengono classificate in 4 categorie in base al valore dell'Indice di massa corporea (*Body Mass Index* o BMI), calcolato dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato: sottopeso (BMI <18,5), normopeso (BMI 18,5-24,9), sovrappeso (BMI 25,0-29,9), obeso (BMI ≥ 30).

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 adulta (18-69 anni)?

- In Liguria il 4% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 59% normopeso, il 30% sovrappeso e il 7% obeso.
- Complessivamente dunque quasi quattro adulti su dieci presentano un eccesso ponderale. Applicando tale quota all'ammontare della popolazione ligure tra 18 e 69 anni si può stimare che nella nostra Regione siano circa 396.000 gli adulti che presentano questo importante fattore di rischio.

Situazione nutrizionale della popolazione adulta
Liguria - PASSI 2008 (n=1376)



Quali sono le caratteristiche delle persone in eccesso ponderale nella nostra Regione?

L'eccesso ponderale è significativamente più frequente:

- al crescere dell'età
- negli uomini (37% vs 23%)
- nelle persone con basso livello di istruzione e con maggiori difficoltà economiche autoriferite.

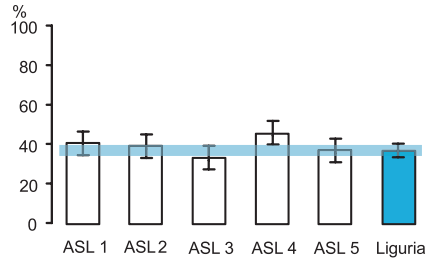
Analizzando con una opportuna tecnica statistica (*regressione logistica*) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, l'eccesso ponderale continua ad essere associato con l'età, il sesso maschile e lo svantaggio economico e culturale.

Popolazione in eccesso ponderale (BMI ≥ 25) Liguria - PASSI 2008 (n=1315)				
Caratteristiche	Sovrappeso		Obesi	
	%	IC95%	%	IC95%
Totale	29,8	27,0-32,6	6,9	5,5-8,4
Classi di età				
18 - 34	18,3	13,5-23,1	3,8	1,5-6,2
35 - 49	28,2	23,5-32,9	4,7	2,7-6,7
50 - 69	38,4	33,6-43,1	10,8	8,0-13,5
Sesso				
uomini	37,2	33,0-41,5	8,2	6,2-10,3
donne	22,6	19,0-26,2	5,7	3,6-7,7
Istruzione				
nessuna/elementare	45,2	35,3-55,2	18,4	11,1-25,7
media inferiore	35,3	30,1-40,4	9,6	6,5-12,7
media superiore	25,2	21,2-29,2	4,1	2,5-5,8
laurea	24,6	17,2-32,0	3,8	0,6-7,1
Difficoltà economiche				
molte	35,2	25,0-45,4	13,2	5,6-20,8
qualche	28,8	24,3-33,2	7,9	5,4-10,4
nessuna	29,6	25,8-33,4	5,3	3,6-6,9

Come varia la percentuale delle persone in eccesso di peso in Liguria e in Italia?

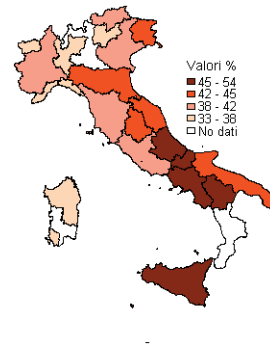
- Nelle cinque ASL della Regione la percentuale di persone in eccesso di peso varia dal minimo del 33% nell'ASL Genovese al massimo del 46% dell'ASL Chiavarese quest'ultima con un valore significativamente superiore alla media ligure.

Eccesso ponderale nelle ASL Liguri
Liguria - PASSI 2008



- 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.

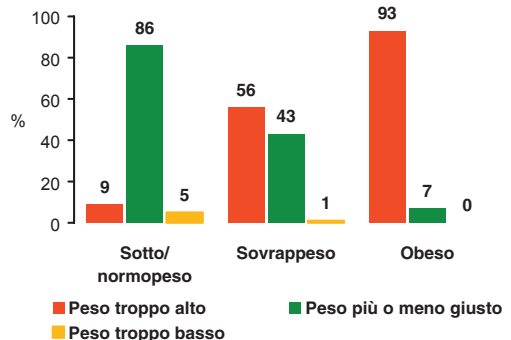
Persone in eccesso ponderale (%)
Pool PASSI 2008



Come considerano il proprio peso le persone intervistate?

- La percezione del proprio stato nutrizionale condiziona in modo rilevante la motivazione a controllare il peso corporeo.
- La percezione del proprio peso non sempre coincide con il BMI calcolato sulla base di peso ed altezza riferiti dagli stessi intervistati
- Nella nostra Regione si osserva un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e BMI negli obesi (93%) e nei normopeso (86%), mentre tra le persone in sovrappeso circa quattro su dieci considerano più o meno giusto il proprio peso.
- Emerge una diversa percezione del proprio peso nei due sessi; in particolare il 76% delle donne sovrappeso è consapevole che il proprio peso sia troppo alto rispetto al 44% degli uomini in sovrappeso.

Percezione del proprio peso
Liguria - PASSI 2008 (n=1363)



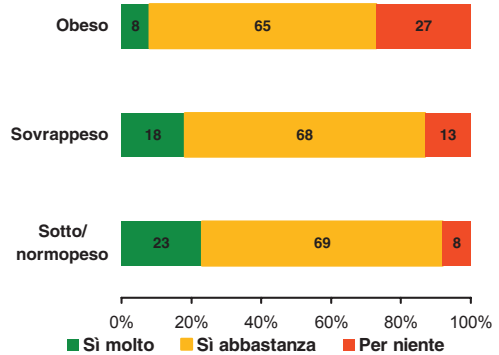
Come considerano la propria alimentazione?

- Mediamente nella nostra Regione la stragrande maggioranza (89%) degli adulti ritiene di avere una alimentazione positiva* per la propria salute in particolare:

- il 92% delle persone sottopeso e normopeso
- l'86% dei sovrappeso
- il 73% degli obesi.

* "Sì, abbastanza" o "Sì, molto"

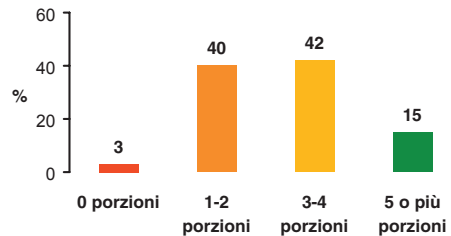
Quello che mangia fa bene alla sua salute?(%)
Liguria - PASSI 2008 (n=1364)



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

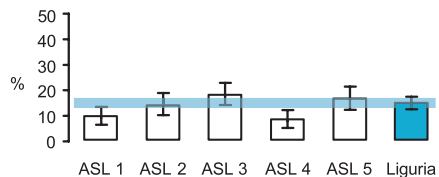
- In Liguria il 97% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno:
- Solo il 15% tuttavia riferisce di consumare le 5 porzioni raccomandate.

Numero di porzioni di frutta e verdura consumate al giorno
Liguria - PASSI 2008 (n=1376)

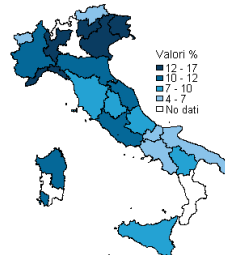


- Oltre ad essere mediamente modesta la percentuale di persone che consumano almeno cinque porzioni di frutta e verdura in Liguria, vi sono alcune ASL nelle quali meno del 10% delle persone adulte aderiscono al "five a day" (range dall'8% dell'ASL 4 al 18% dell'ASL 3)

Persone che aderiscono al "five a day" (%)
Liguria - PASSI 2008



Persone che aderiscono al "five a day" (%)
Pool PASSI 2008



- 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

Quali sono le caratteristiche delle persone che consumano le 5 porzioni al giorno?

- L'abitudine a consumare 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno è significativamente più diffusa tra le persone sopra ai 50 anni (20%) e tra le donne (19%).
- Non emergono differenze legate al livello di istruzione e alla condizione economica.
- Analizzando con un modello logistico tutti questi fattori insieme, l'adesione al "five a day" rimane significativamente associata con l'età più avanzata e il sesso femminile.

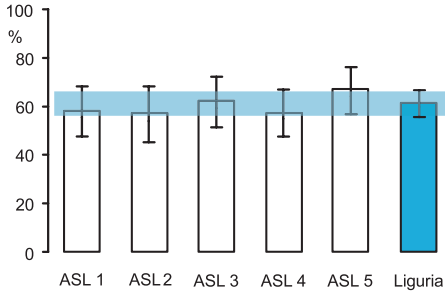
Consumo di frutta e verdura Liguria - PASSI 2008 (n=1376)			
Caratteristiche	Adesione al "5 a day" °		
	(%)	IC95%	
Totale	14,9	12,7-17,2	
Classi di età			
18 - 34	8,5	5,3-11,6	
35 - 49	13,4	9,7-17,2	
50 - 69	20,3	16,2-24,4	
Sesso			
uomini	11,1	8,3-13,9	
donne	18,7	15,2-22,2	
Istruzione			
nessuna/elementare	17,0	9,5-24,4	
media inferiore	15,3	11,0-19,6	
media superiore	13,4	10,2-16,5	
laurea	18,5	11,7-25,2	
Difficoltà economiche			
molte	15,7	7,5-23,9	
qualche	12,0	8,7-15,4	
nessuna	16,8	13,6-20,0	
Stato nutrizionale			
sotto/normopeso	14,3	11,5-17,1	
sovrappeso	16,8	12,4-21,2	
obeso	13,4	5,8-20,9	

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

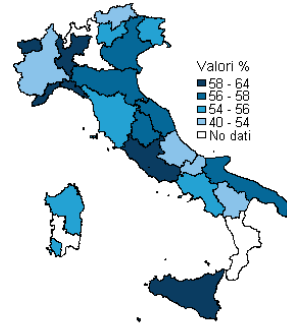
Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di perdere peso dagli operatori sanitari e con quale effetto?

- 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; in particolare ha riferito questo consiglio il 54% delle persone in sovrappeso e il 91% delle persone obese.
- 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).

Consiglio di perdere peso alle persone sovrappeso/obese da parte degli operatori sanitari (%)
Liguria - PASSI 2008

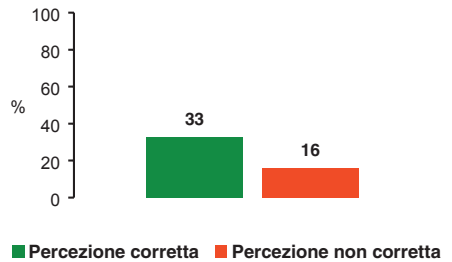


Consiglio di perdere peso alle persone sovrappeso/obese da parte degli operatori sanitari (%)
Pool PASSI 2008

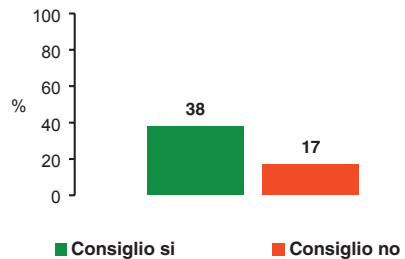


- Il 28% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso (27% nei sovrappeso e 35% negli obesi).
- La proporzione di persone con eccesso ponderale che seguono una dieta è significativamente più alta:
 - nelle donne (34% vs 24% negli uomini)
 - negli obesi (35% vs 27% nei sovrappeso)
- Nelle persone sovrappeso (esclusi gli obesi) con una percezione corretta del proprio peso (33%) rispetto a quelle con una percezione distorta (16%)
- In coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (38% vs 17%).

Attuazione della dieta in rapporto a percezione del proprio peso tra le persone in sovrappeso(%)
Liguria - PASSI 2008 (n=415)



Attuazione della dieta in rapporto ai consigli degli operatori sanitari tra le persone sovrappeso/obese(%)
Liguria - PASSI 2008 (n=533)

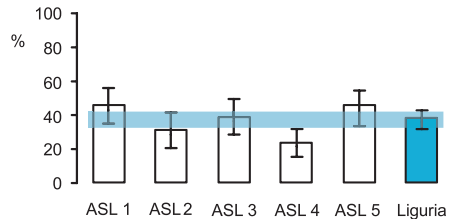


Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di fare attività fisica dagli operatori sanitari e con quale effetto?

- In Liguria il 23% delle persone in eccesso ponderale è sedentario (21% nei sovrappeso e 31% negli obesi) e il 38% pratica attività fisica insufficiente. Il 38% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica adeguata (almeno 30 minuti di attività moderata la maggior parte dei giorni della settimana) da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 34% delle persone in sovrappeso e il 54% di quelle obese.
- Tra le persone in eccesso ponderale che hanno riferito il consiglio, il 78% pratica un'attività fisica almeno moderata, rispetto al 77% di chi non l'ha ricevuto.

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

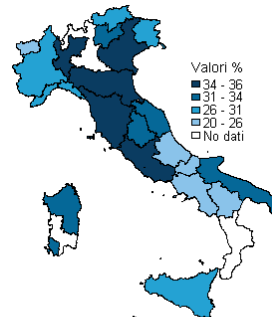
Liguria - PASSI 2008



- 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'ASL 4 al 46% dell'ASL 1.

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

Pool PASSI 2008



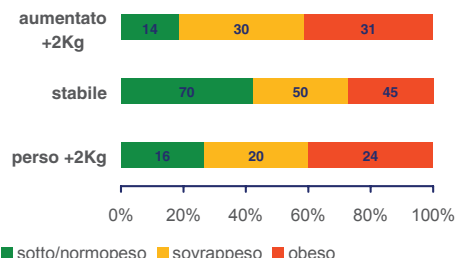
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 37,9% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto questo consiglio, in particolare il 34,7% delle persone in sovrappeso e il 47,3% degli obesi.

Quante persone hanno cambiato peso nell'ultimo anno?

- In Liguria il 20% degli intervistati ha riferito di essere aumentato di almeno 2 kg di peso nell'ultimo anno. Questa percentuale è maggiore nei soggetti in sovrappeso o obesi (rispettivamente 30% e 31%)
- La proporzione di persone aumentate di peso nell'ultimo anno è più elevata:
 - tra i 18-34enni
 - tra le donne
 - tra le persone già in eccesso ponderale

Cambiamenti ponderali negli ultimi 12 mesi

Liguria - PASSI 2008 (n=1347)



Conclusioni e raccomandazioni

In letteratura è ampiamente documentato il fatto che, attraverso indagini telefoniche analoghe a quelle condotte nel sistema di Sorveglianza PASSI, si tende a sottostimare la prevalenza dell'eccesso ponderale, soprattutto fra le donne.

Pur con questa verosimile sottostima, in Liguria quasi quattro persone adulte su dieci, cioè più di 400.000 persone, sono sovrappeso o francamente obese e questo dato configura l'eccesso di peso come un rilevante problema di sanità pubblica.

Quasi la metà delle persone in sovrappeso (specie gli uomini) ha una percezione distorta del proprio peso considerandolo infatti più o meno giusto e la maggior parte delle persone sovrappeso giudica la propria alimentazione come adeguata.

L'attenzione degli operatori sanitari verso il problema dell'eccesso ponderale (sovrappeso più obesità) sembra insufficiente: solo 6 persone su 10 riferiscono di aver avuto il consiglio di non aumentare di peso e solo 4 su 10 riferiscono di aver avuto il consiglio di praticare più attività fisica. Sia la corretta percezione del proprio peso sia il consiglio di non aumentare il peso influenzano favorevolmente il comportamento inducendo le persone a effettuare una dieta con una frequenza doppia rispetto a chi non ha consapevolezza del proprio peso o riferisce di non aver ricevuto consigli a tal proposito.

L'efficacia dei programmi di prevenzione sulle persone in eccesso ponderale (sovrappeso più obesi) risulta comunque insufficiente:

- una persona su tre pratica una dieta
- quattro su dieci praticano attività fisica adeguata
- quasi una su tre è aumentata di peso nell'ultimo anno (mentre è minore il numero di quelli che hanno registrato una diminuzione di peso: una persona su cinque tra i sovrappeso e una su quattro tra gli obesi).

In Liguria la maggior parte delle persone adulte consuma quotidianamente frutta e verdura, ma quasi la metà degli intervistati ne consuma meno di 3 porzioni e una percentuale davvero modesta (il 15%) ne mangia almeno 5 porzioni al giorno come raccomandato per un'efficace prevenzione delle neoplasie e di altre patologie croniche. La pratica del "five a day" non è significativamente più frequente nelle persone sovrappeso (17%) ed è addirittura meno frequente nelle persone obese (13%).

I risultati della sorveglianza OKkio alla salute della nostra Regione sui bambini di terza elementare confermano che il problema dell'eccesso ponderale unito allo scarso consumo di frutta e verdura, è altrettanto rilevante nei bambini.

Dall'informazione all'azione

Sulla base delle informazioni derivanti dai sistemi di sorveglianza, in Liguria è stato dato ulteriore impulso alle iniziative di promozione di sani stili di vita rivolte sia all'età evolutiva che alla popolazione adulta e anziana, già programmate nelle singole Aziende Sanitarie.

A livello regionale negli ultimi due anni sono state attivate iniziative rivolte a diverse fasce d'età, nelle quali si cerca di informare/coinvolgere tutti i portatori di interesse, ed in particolare i medici di famiglia ed i pediatri di libera scelta, anche al fine di aumentare la sensibilità di questi operatori nei confronti del problema in modo da indurli a rafforzare nella propria attività clinica i messaggi di prevenzione.

In particolare è stata attivata una collaborazione tra le ASL liguri e l'Istituto Gaslini (OKkio alle 3A) volta a realizzare specifiche attività curricolari nelle scuole materne nei campi relativi ad Alimentazione, Attività fisica e Abitudini, attraverso la formazione degli insegnanti e la partecipazione delle famiglie.

Nei bambini delle scuole elementari sono in corso di implementazione programmi di educazione a una corretta alimentazione abbinati a iniziative di promozione dell'attività fisica. Ad esempio, il programma di comunicazione conseguente a Okkio alla Salute e il Pedibus, percorsi sicuri casa-scuola.

Con riferimento alla popolazione adulta e anziana è stato implementato il progetto dei Gruppi di cammino, finalizzato all'acquisizione di stili di vita corretti, basati sull'incremento dell'attività fisica nella vita di tutti i giorni.

Bibliografia

- Gaining health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases
http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20061003_1
- WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity - Conference report
http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20070503_1
- Action Plan Oms 2008-2013 sulle malattie non trasmissibili
http://www.ccm-network.it/documenti/Ccm/prg_area2/GS_Action_plan_2008-2013.pdf
- WHO European Action Plan for food and nutrition policy 2007-2010
<http://www.euro.who.int/document/E91153>
- CDC Fruit and vegetable benefits
<http://www.fruitsandveggiesmatter.gov/benefits/index.html#>
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 4 maggio 2007. Documento programmatico "Guadagnare salute". Gazzetta Ufficiale n. 117 del 22-5-2007 - Suppl. Ordinario n.119.

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.

Quante persone consumano alcol?

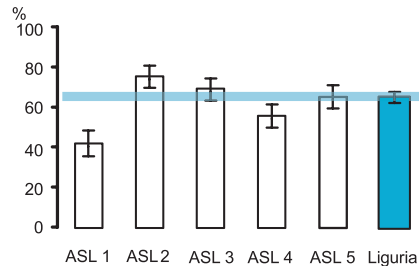
- In Liguria la percentuale di persone intervistate che ha riferito di aver bevuto nell'ultimo mese almeno una unità di bevanda alcolica è risultata del 65%.
- Si sono osservate percentuali più alte di consumo:
 - nella fascia 18-24 anni e 25-34 anni
 - negli uomini
 - nelle persone con livello di istruzione alto e senza difficoltà economiche.
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica (*regressione logistica*) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, si mantiene la significatività per sesso maschile, livello d'istruzione più elevato (laurea vs nessuna istruzione) e assenza di difficoltà economiche vs molte.
- Il 61% degli intervistati ha riferito di consumare alcol durante tutta la settimana, mentre il 39% prevalentemente durante il fine settimana.

Consumo di alcol (ultimo mese) °		
Liguria - PASSI 2008 (n=1357)		
Caratteristiche	%	IC95%
Totale	65,1	62,4-67,9
Classi di età		
18 - 24	69,2	59,8-78,5
25 - 34	70,4	63,9-76,9
35 - 49	64,3	59,7-71,4
50 - 69	62,9	58,4-67,3
Sesso		
uomini	79,3	75,9-82,6
donne	65,1	62,4-67,9
Istruzione		
nessuna/elementare	59,4	50,1-68,6
media inferiore	62,0	56,7-67,3
media superiore	64,8	60,6-69,0
laurea	75,6	68,3-82,8
Difficoltà economiche		
molte	52,9	42,3-63,6
qualche	62,5	57,8-67,2
nessuna	68,9	65,2-72,7

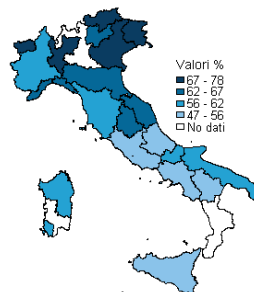
°Persone che hanno bevuto almeno un'unità di bevanda alcolica.
Una unità di bevanda alcolica equivale a una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.

- Nelle ASL della Regione 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 Asl2; 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%.

Consumo di alcol (ultimo mese)
Liguria - PASSI 2008



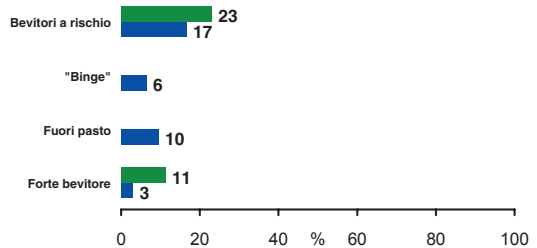
Consumo di alcol (ultimo mese)
Pool PASSI 2008



Quanti sono bevitori a rischio?

- Complessivamente, utilizzando la vecchia definizione di bevitore a rischio (che prevede per il forte bevitore più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne), il 17% degli intervistati può essere ritenuto un consumatore a rischio (forte bevitore e/o bevitore fuori pasto e/o bevitore "binge").
 - il 6% 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 10% ha riferito di aver bevuto nell'ultimo mese prevalentemente o solo fuori pasto.
 - il 3% può essere considerato un forte bevitore (più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne).

Bevitori a rischio* per categorie
Liguria - PASSI 2008 (n=1354)



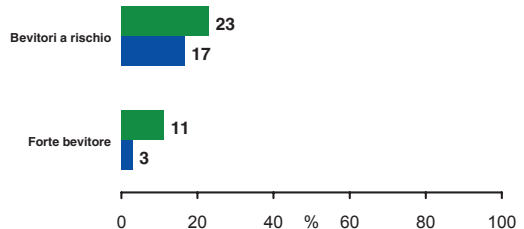
* I bevitori a rischio possono essere presenti in più di una delle tre categorie di rischio (fuoripasto/binge/forte bevitore)

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 di bevitore a rischio (>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 di bevitore a rischio (>3 unità alcoliche/giorno per gli uomini; >2 unità alcolica/giorno per le donne).

Bevitori a rischio e forti bevitori
Confronto nuova vs. vecchia classificazione INRAN di "forte bevitore"

Liguria - PASSI 2008 (n=1357)



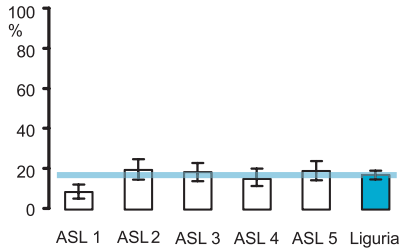
N.B.: la **barra verde** nelle categorie "bevitori a rischio" e "forte bevitore" indica le percentuali delle suddette categorie, calcolate sulla base della nuova definizione INRAN di bevitore a rischio (>2 unità alcoliche/giorno per gli uomini; >1 unità alcolica/giorno per le donne).

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

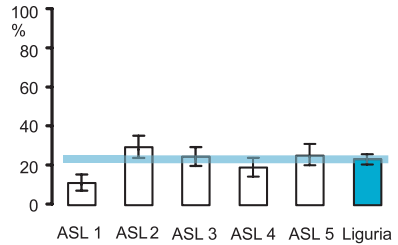
- Sulla base della nuova definizione INRAN di "forte bevitore" (più di 2 unità/giorno per gli uomini e più di 1 unità/giorno per le donne) la percentuale di bevitori a rischio è del 23%, mentre quella di forte bevitore è dell'11%.

- Considerando la nuova definizione di bevitore a rischio, nelle ASL regionali è emersa una differenza statisticamente significativa per le modalità di assunzione dell'alcol ritenute a rischio tra la Asl 1 e la media regionale, oltre che tra la Asl 1 e le Asl 2, 3 e 5 (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.

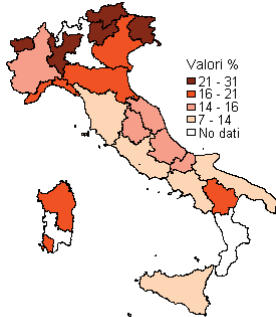
Bevitori a rischio (%)
Vecchia definizione INRAN di "forte bevitore"
Liguria - PASSI 2008



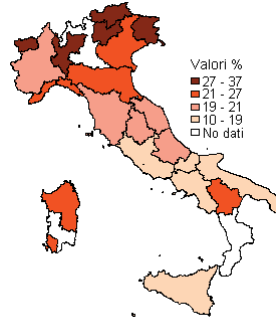
Bevitori a rischio (%)
Nuova definizione INRAN di "forte bevitore"
Liguria - PASSI 2008



Bevitori a rischio (%)
Vecchia definizione INRAN di "forte bevitore"
Pool PASSI 2008



Bevitori a rischio (%)
Nuova definizione INRAN di "forte bevitore"
Pool PASSI 2008



Quali sono le caratteristiche dei bevitori "binge"?

- Questo modo di consumo di alcol ritenuto ad alto rischio riguarda il 6% degli intervistati e risulta più diffuso:
 - tra i giovani, nelle fasce 25-34 e 18-24 anni (10 e 9%)
 - negli uomini (12% vs 2% nelle donne).

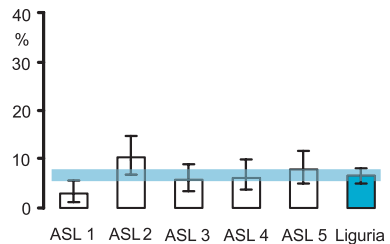
Non si rilevano differenze significative per nessuno dei fattori socio-demografici.

Consumo "binge" ^o (ultimo mese) Liguria - PASSI 2008 (n=1351)		
Caratteristiche	bevitori "binge" ^o	
	%	IC95%
Totale	6,5	5,0-8,0
Classi di età		
18 - 24	9,4	3,4-15,3
25 - 34	10,2	5,5-14,5
35 - 49	6,4	3,7-9,1
50 - 69	4,5	2,76-6,3
Sesso		
uomini	11,6	8,8-14,5
donne	1,6	0,6-2,5
Istruzione		
nessuna/elementare	4,9	1,6-8,1
media inferiore	6,2	3,5-8,9
media superiore	6,6	4,3-8,9
laurea	7,7	3,4-12,0
Difficoltà economiche		
molte	5,0	1,6-8,3
qualche	6,1	3,7-8,6
nessuna	7,0	4,8-9,1

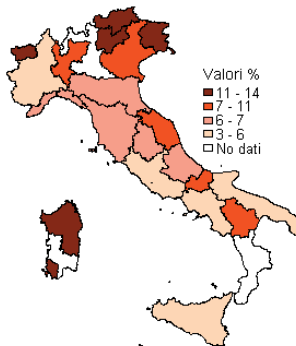
^oconsumatore binge: ha bevuto nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione

- 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%.

Percentuale di bevitori "binge"
Liguria - PASSI 2008

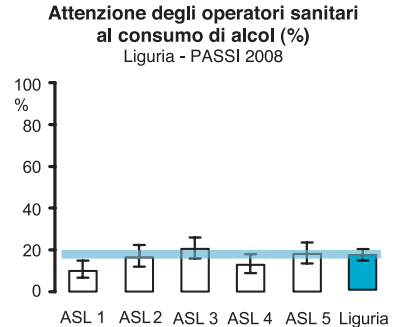


Bevitori "binge"
Pool PASSI 2008

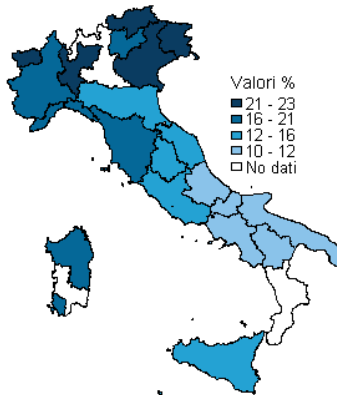


A quante persone sono state fatte domande in merito al loro consumo di alcol da parte di un operatore sanitario?

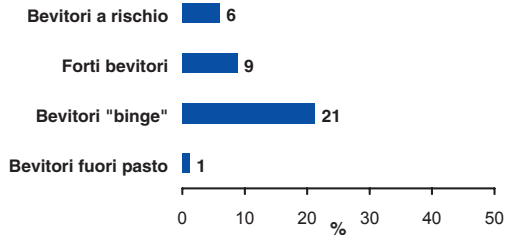
- In Liguria solo il 17% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol.
- Tra le ASL non emergono differenze statisticamente significative rispetto alla media regionale (range dal 10,0% della Asl 1 al 20,4% 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



Consiglio di bere meno ai bevitori a rischio da parte degli operatori sanitari (%)^a
Liguria - PASSI 2008 (n=1169)



- Il 6% dei bevitori a rischio ricorda di aver ricevuto il consiglio di bere meno (vecchia definizione INRAN, che prevede per il forte bevitore più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne);

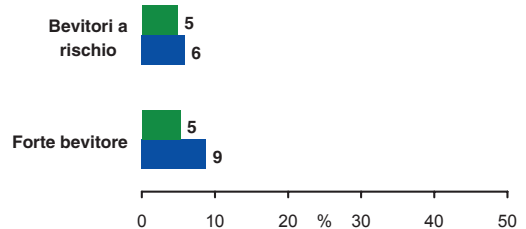
In particolare:

- 9% nei forti bevitori,
- 21% nei bevitori "binge"
- 1% nei bevitori fuori pasto

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

^a I bevitori a rischio possono essere presenti in più di una delle tre categorie di rischio (fuori pasto/binge/forte bevitore)
^o al netto di chi non è stato dal medico negli ultimi 12 mesi

Consiglio di bere meno ai bevitori a rischio da parte degli operatori sanitari (%)^a
Confronto nuova vs. vecchia classificazione INRAN di "forte bevitore"
Liguria - PASSI 2008 (n=1169)



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 di bevitore a rischio (>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 di bevitore a rischio (>3 unità alcoliche/giorno per gli uomini; >2 unità alcolica/giorno per le donne).

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

^o al netto di chi non è stato dal medico negli ultimi 12 mesi

Conclusioni e raccomandazioni

In Liguria si stima che una persona su 6 abbia abitudini di consumo considerabili a rischio per quantità o modalità di assunzione secondo la vecchia definizione INRAN (quasi una persona su quattro secondo la nuova definizione).

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).

Bibliografia

- Gaining health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Disponibile all'indirizzo: http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20061003_1
- WHO, Handbook for action to reduce alcohol-related harm, World Health Organization, 2009. Disponibile all'indirizzo: <http://www.euro.who.int/Document/E92820.pdf>
- WHO, Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm, World Health Organization, 2009. Disponibile all'indirizzo: http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20090918_2
- European Commission. Communication setting out strategy to support Member States in reducing alcohol related harm. 2006. Disponibile all'indirizzo: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/alcohol_com_en.htm
- European Commission. Alcohol in Europe. A public health perspective. 2006. Disponibile all'indirizzo: http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm
- Ministero della salute. Piano nazionale alcol 2007-2009. 2007. Disponibile all'indirizzo: <http://www.iss.it/binary/ofad/cont/piano%20nazionale%20alcol%20e%20salute%20Min%20Sal.1230630619.pdf>
- Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione Linee guida per il consumo di alcol. Disponibile all'indirizzo: http://www.inran.it/servizi_cittadino/per_saperne_di_piu/approfondimenti/approfondimenti/alcol.pdf
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 4 maggio 2007. Documento programmatico "Guadagnare salute". Gazzetta Ufficiale n. 117 del 22-5-2007 - Suppl. Ordinario n.119.
- Epicentro, Alcol: I piani d'azione e i programmi internazionali sull'alcol. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/alcol.asp>

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. Esso rappresenta un rilevante fattore di rischio anche per chi vi è esposto solo passivamente. Si stima che in Italia il 15-20% delle morti complessive sia attribuibile al fumo. In Liguria questa percentuale si traduce in una stima di circa 4.000 morti all'anno.

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.

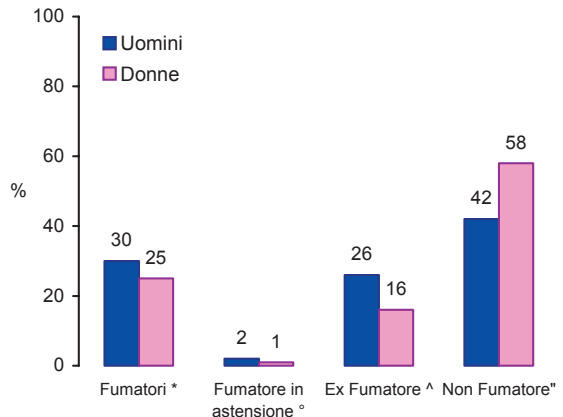
I medici e gli altri operatori sanitari rivestono un ruolo importante nell'informare gli assistiti circa i rischi del fumo; un passo iniziale è quello di intraprendere un dialogo con i propri pazienti sull'opportunità di smettere di fumare. Smettere di fumare significa infatti dimezzare il rischio di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

Come è distribuita l'abitudine al fumo di sigaretta?

- Rispetto all'abitudine al fumo di sigaretta in Liguria:
 - il 50% degli intervistati ha riferito di non fumare
 - il 27% di essere fumatore
 - il 21% di essere un ex fumatore.
 Il 2% degli intervistati ha dichiarato di aver sospeso di fumare da meno di sei mesi (i cosiddetti "*fumatori in astensione*", ancora considerati fumatori in base alla definizione OMS).
- L'abitudine al fumo è significativamente più alta tra gli uomini rispetto alle donne (considerando anche i fumatori in astensione 32 vs 26%); tra le persone che non fumano prevalgono le donne (58% versus 42%).

Abitudine al fumo di sigaretta per sesso (%)
Liguria - PASSI 2008 (n=1375)



* *Fumatore*: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno

° *Fumatore in astensione*: soggetto che attualmente non fuma, ma ha smesso da meno di 6 mesi

^ *Ex fumatore*: soggetto che attualmente non fuma, da oltre 6 mesi

" *Non fumatore*: soggetto che dichiara di non aver mai fumato o di aver fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e attualmente non fuma

Quali sono le caratteristiche dei fumatori di sigaretta?

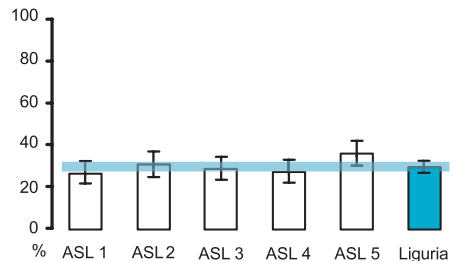
- Si è osservata una prevalenza più elevata di fumatori:
 - tra le persone sotto ai 50 anni (soprattutto nella fascia 25-34 anni)
 - tra gli uomini
 - tra persone con livello di istruzione di scuola media inferiore
 - tra le persone con molte difficoltà economiche.
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica (*regressione logistica*) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, queste categorie si confermano associate significativamente alla condizione di fumatore.
- I fumatori abituali hanno dichiarato di fumare in media 13 sigarette al giorno; tra questi, il 9% fuma oltre 20 sigarette al dì ("*forte fumatore*").

Fumatori		
Liguria - PASSI 2008 (n=1375)		
Caratteristiche	Fumatori ^a	
	%	(IC95%)
Totale	29,4	26,6-32,2
Classi di età		
18 - 24	35,0	25,1-44,9
25 - 34	42,3	34,5-50,0
35 - 49	29,8	25,0-34,6
50 - 69	22,6	18,5-26,7
Sesso		
uomini	32,5	28,4-36,6
donne	26,3	22,5-30,2
Istruzione		
nessuna/elementare	25,3	16,5-34,1
media inferiore	39,3	33,9-44,7
media superiore	26,8	22,7-30,8
laurea	21,1	14,0-28,2
Difficoltà economiche		
molte	48,5	37,9-59,1
qualcuna	27,4	23,1-31,8
nessuna	27,5	23,7-31,3

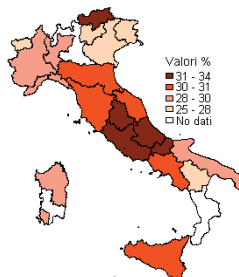
^aFumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno (sono inclusi anche i fumatori in astensione)

- 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%.

Fumatori (%)
Liguria - PASSI 2008

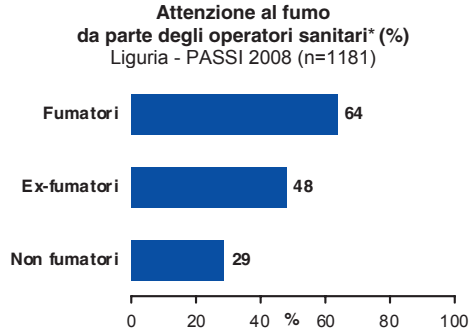


Fumatori (%)
Pool PASSI 2008

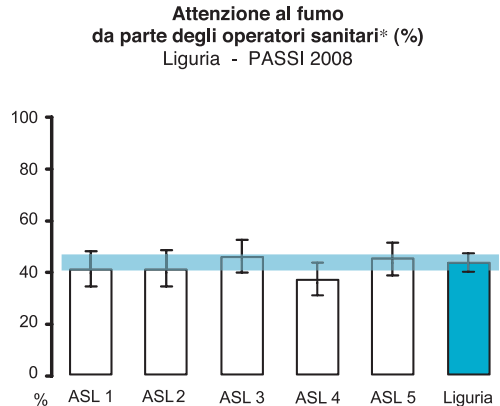


A quante persone sono state fatte domande in merito alla loro abitudine al fumo da parte di un operatore sanitario?

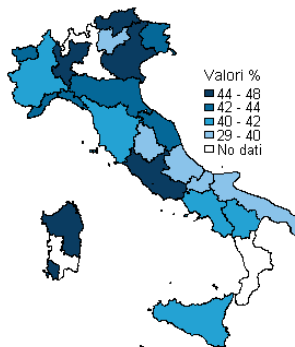
- Circa il 43% degli intervistati ricorda di aver ricevuto da un operatore sanitario domande sul proprio comportamento in relazione all'abitudine al fumo.
- In particolare ha riferito di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo:
 - il 64% dei fumatori
 - il 48% degli ex fumatori
 - il 29% dei non fumatori.



- Tra le ASL regionali, nessuna si differenzia significativamente dalla media regionale (range dal 37% della Asl 4 al 46% della Asl 3).
- 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

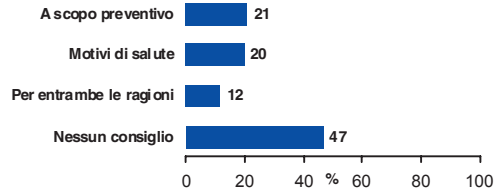


*Intervistati che hanno riferito di essere stati da un medico o da un operatore sanitario nell'ultimo anno

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

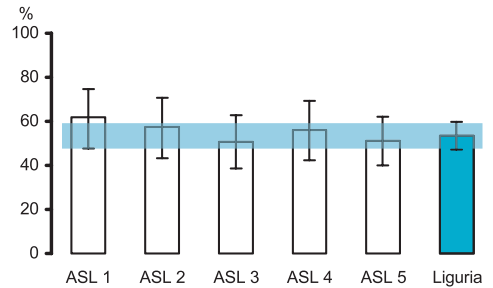
- Tra i fumatori, il 53% ricorda di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.
- Il consiglio è stato dato più o meno in ugual misura a scopo preventivo (21%) o per motivi di salute (20%).

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

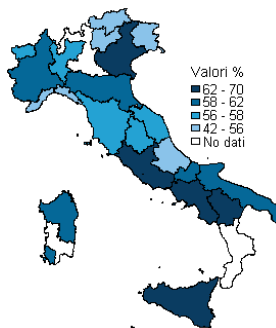


- Nelle ASL regionali non sono emerse differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di fumatori a cui è stato consigliato di smettere di fumare (range dal 51% della Asl 3 al 62% della Asl 1).
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di fumatori che ha riferito di aver ricevuto consiglio di smettere è risultata pari al 61,2%.

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



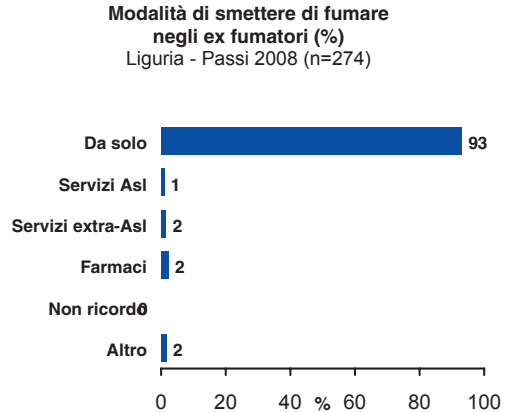
Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari* (%)
Pool PASSI 2008



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

Smettere di fumare: come è riuscito l'ex fumatore e come ha tentato chi ancora fuma

- Fra gli ex fumatori, ben il 93% ha dichiarato di aver smesso di fumare da solo; solo l'1% ha riferito di aver fruito di servizi dell'ASL.
- I valori rilevati sono in linea con il dato delle ASL partecipanti al PASSI a livello nazionale: il 95,7% degli ex fumatori ha riferito di aver smesso da solo.
- Fra i fumatori, nell'ultimo anno ha cercato di smettere di fumare il 42% (37,2% a livello nazionale).



Conclusioni e raccomandazioni

In Liguria, come a livello nazionale, si stima che circa una persona su tre sia classificabile come fumatore; in particolare le prevalenze più alte e preoccupanti si riscontrano in giovani e adulti nella fascia 18-49 anni.

Quasi due fumatori su tre hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari che può essere migliorabile.

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 delle ASL regionali.

Dall'informazione all'azione

A fronte della rilevanza epidemiologica del problema, l'attività di prevenzione volta a far smettere i fumatori o a non far intraprendere l'abitudine ai giovani si scontra con le scarse evidenze di letteratura in merito all'efficacia degli interventi disponibili. Nella nostra regione si sta valutando l'opportunità di inserire tra gli obiettivi della programmazione regionale alcune delle seguenti linee d'azione:

- Coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri nell'intervento clinico minimo delle 5A. Tale intervento consiste nell'attuare le 5 azioni seguenti: Ask (chiedere se fuma), Advise (raccomandare di smettere), Assess (identificare i fumatori motivati a smettere), Assist (aiutare a smettere), Arrange (pianificare il follow up). Dai dati della letteratura risulta che l'efficacia di questo intervento è pari al 2.5%, valore di per sé non elevato, ma potenzialmente importante in termini di salute pubblica. Nella realtà ligure possiamo stimare che l'applicazione di questo intervento al 50% dei fumatori in età 18-69 anni potrebbe produrre 3000-4000 cessazioni all'anno e, dopo un periodo adeguato, si potrebbe ottenere una riduzione della mortalità attribuibile al fumo quantificabile in circa 40 decessi in meno all'anno
- 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.
- Potenziamento delle attività dei centri di disassuefazione al fumo previa verifica dei risultati ottenuti sui fumatori che partecipano a tali attività
- Sperimentazione di nuove modalità educative basate sulla cosiddetta Media Education, con riferimento al target più difficilmente raggiungibile (giovani ed adolescenti).

Bibliografia

- Gaining health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Disponibile all'indirizzo: http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20061003_1
- WHO. Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package. 2008 http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf .
- ISS. Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo. 2008. Disponibile all'indirizzo: www.ossfad.iss.it .
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 4 maggio 2007. Documento programmatico "Guadagnare salute". Gazzetta Ufficiale n. 117 del 22-5-2007 - Suppl. Ordinario n.119.

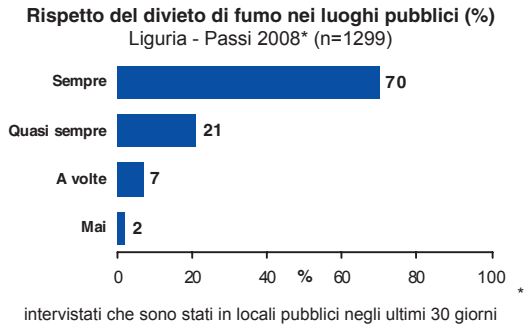
Fumo passivo

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.

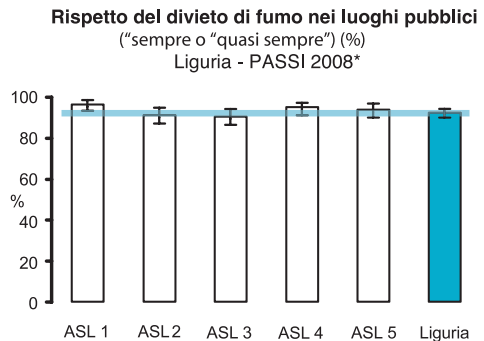
Con la legge "Tutela della salute dei non fumatori" (entrata in vigore il 10 gennaio 2005), l'Italia è stata uno dei primi paesi dell'Unione Europea a regolamentare il fumo nei locali chiusi pubblici e privati, compresi i luoghi di lavoro e le strutture del settore dell'ospitalità.

La percezione del rispetto del divieto di fumare nei luoghi pubblici

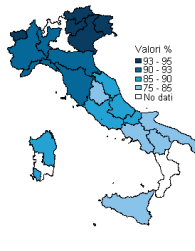
- La grande maggioranza delle persone intervistate ha dichiarato che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre (70%) o quasi sempre (21%).
- Il 9% ha invece dichiarato che il divieto non è mai rispettato (2%) o lo è raramente (7%).



- 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).
- 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.

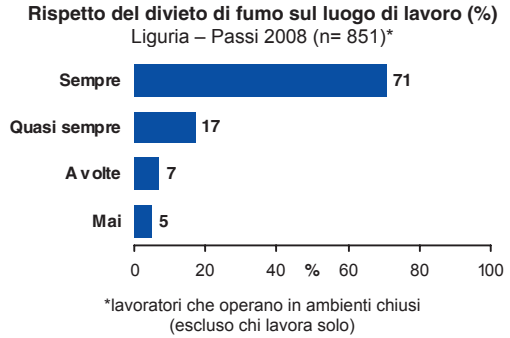


Rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici
("sempre" o "quasi sempre") (%)
Pool PASSI 2008

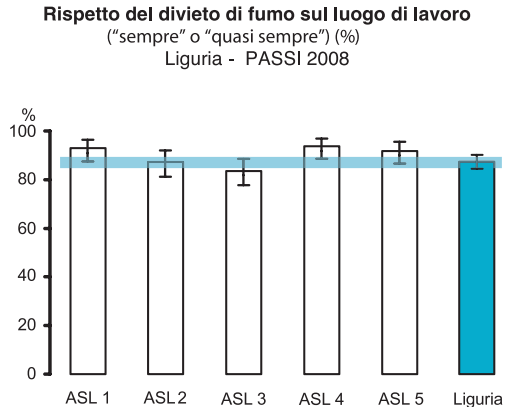


Percezione del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

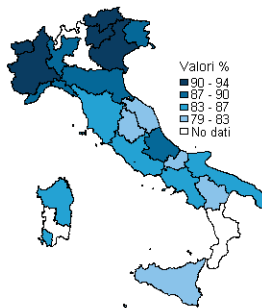
- Tra i lavoratori intervistati, l'88% ha dichiarato che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre (71%) o quasi sempre (17%).
- Il restante 12% dichiara che il divieto non è mai rispettato (5%) o lo è raramente (7%).



- 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.

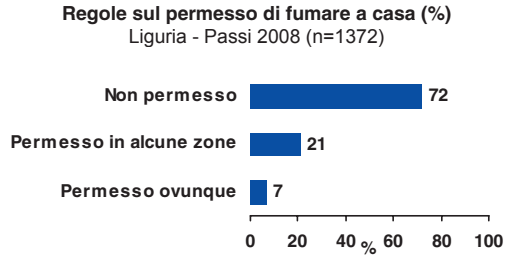


Rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro
("sempre" o "quasi sempre") (%)
Pool PASSI 2008



L'abitudine al fumo in ambito domestico

- Rispetto all'abitudine al fumo nella propria abitazione:
 - il 72% degli intervistati ha dichiarato che non si fuma in casa
 - il 21% che si fuma in alcuni luoghi
 - il 7% che si fuma ovunque.



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

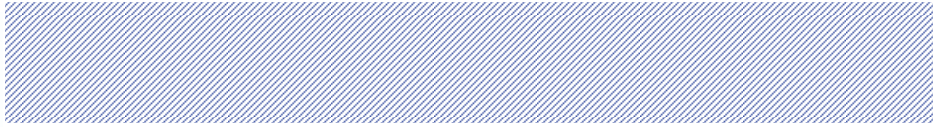
Alcune delle azioni incluse tra gli obiettivi della programmazione regionale concorrono in maniera diretta alla diminuzione del fumo passivo.

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.

Bibliografia

- LIBRO VERDE Verso un'Europa senza fumo: opzioni per un'iniziativa dell'Unione europea. Disponibile all'indirizzo: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/gp_smoke_it.pdf
- Legge 3 del 16 gennaio 2003 "Disposizioni ordinamentali in materia di pubblica amministrazione" art. 51 "Tutela della salute dei non fumatori".
- Ministero della Salute. Piano di applicazione del divieto di fumo nei locali chiusi. Rassegna degli effetti del fumo passivo sulla salute. Roma: Ministero della Salute. Disponibile all'indirizzo: http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_649_allegato.pdf.



rischio cardiovascolare

ipertensione

ipercolesterolemia

calcolo del rischio cardiovascolare

RISCHIO CARDIOVASCOLARE

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 suscettibili di essere modificati, che sono 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.

Conoscere la prevalenza di queste condizioni nella popolazione e la diffusione delle pratiche efficaci per contrastarle consente di effettuare interventi di sanità pubblica mirati nei confronti di sottogruppi di popolazione più 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.

Ipertensione arteriosa

L'ipertensione arteriosa è un fattore di rischio cardiovascolare molto diffuso correlato a 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 cospicuo 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.

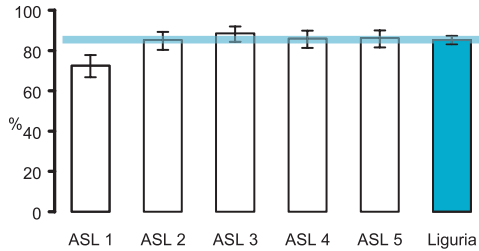
A quando risale l'ultima misurazione della pressione arteriosa?

- In Liguria l'85% degli intervistati ha riferito almeno una misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, l'8% più di 2 anni fa, mentre il restante 7% non l'ha mai controllata o non ricorda a quando risale l'ultima misurazione.
- La misurazione della pressione negli ultimi 2 anni non è risultata differente nei due sessi o nelle persone con un diverso livello socioculturale.
- La misurazione della pressione negli ultimi 2 anni è invece significativamente più diffusa nelle fasce d'età più avanzate (anche al netto di tutti gli altri fattori presi in considerazione)

Pressione arteriosa (PA) misurata negli ultimi 2 anni Liguria PASSI 2008 (n= 1376)		
Caratteristiche	PA misurata negli ultimi 2 anni % (IC95%)	
Totale	85,2	83,1-87,3
Classi di età		
18 - 34	79,3	74,9-83,8
35 - 49	85,5	81,8-89,2
50 - 69	88,6	85,5-91,6
Sesso		
uomini	85,1	82,2-88,0
donne	85,3	82,2-88,3
Istruzione		
nessuna/elementare	85,9	79,6-92,2
media	85,3	81,6-88,9
superiore	84,2	80,9-87,5
laurea	88,1	83,0-93,2
Difficoltà economiche		
molte	84,8	77,3-92,3
qualche	83,8	80,2-87,4
nessuna	86,1	83,4-88,9

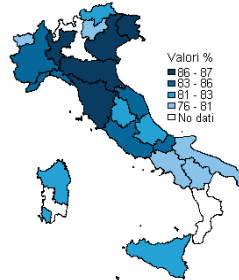
- Nella Asl 1 si registra una percentuale significativamente inferiore sia alla media ligure che ai valori delle altre ASL (range dal 73% dell'ASL 1 all'89% dell'ASL 3).

Persone a cui è stata misurata 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.

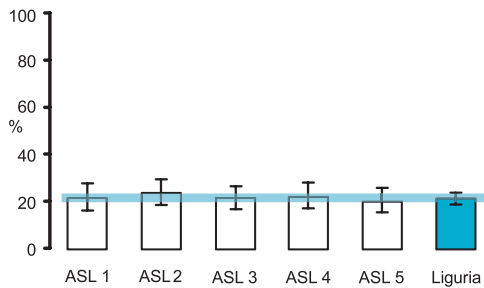
Persone a cui è stata misurata la PA negli ultimi due anni (%)
Pool PASSI 2008



Quante persone sono ipertese e quali sono le loro caratteristiche?

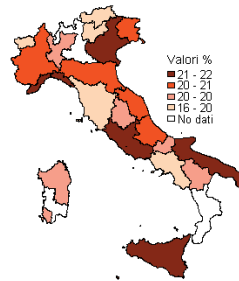
- Si stima che in Liguria il 21% delle persone tra 18 e 69 anni sia iperteso.
- Tra le ASL regionali, la percentuale di persone che riferisce una diagnosi di ipertensione non differisce in modo significativo e varia dal 21% di Genova e Imperia al 24% di Savona.

Persone con diagnosi riferita di ipertensione arteriosa (%)
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%.

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



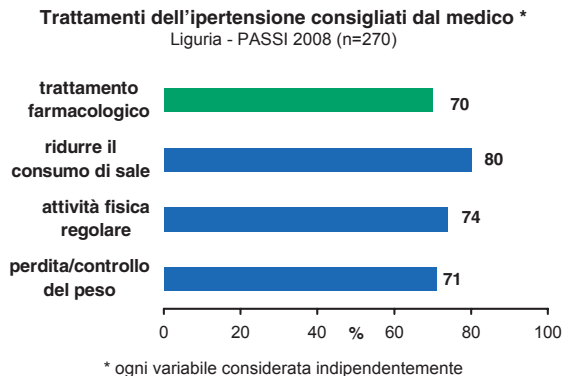
- L'ipertensione riferita risulta più diffusa:
 - al crescere dell'età (37% nei 50-69enni)
 - nelle persone poco istruite
 - nelle persone con difficoltà economiche
 - nelle persone con eccesso ponderale.
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica (*regressione logistica*) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, l'età avanzata e l'eccesso ponderale continuano ad essere fattori associati in modo significativo con l'ipertensione.

Persone con diagnosi riferita di ipertensione*		
Liguria - PASSI 2008 (n= 1251)		
Caratteristiche	Ipertesi	
	%	IC95%
Totale	21,3	18,7-23,8
Classi di età		
18 - 34	4,2	1,7-6,7
35 - 49	14,3	10,3-18,3
50 - 69	37,3	32,4-42,2
Sesso		
uomini	21,3	17,8-24,9
donne	21,2	17,6-24,7
Istruzione		
nessuna/elementare	40,9	30,7-51,0
media inferiore	21,5	16,9-26,1
media superiore	17,4	13,8-20,9
laurea	21,1	13,7-28,5
Difficoltà economiche		
molte	26,6	16,8-36,4
qualcuna	21,6	17,5-25,8
nessuna	20,1	16,6-23,7
Stato nutrizionale		
sotto/normopeso	12,5	9,7-15,2
sovrappeso/obeso	35,7	30,7-40,6

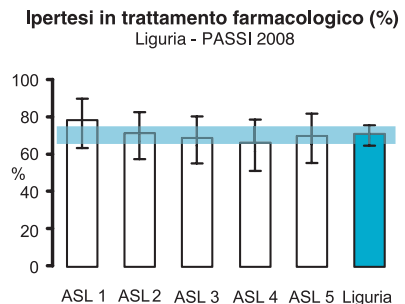
* Tra coloro a cui è stata misurata la pressione arteriosa

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

- In Liguria il 70 % circa degli ipertesi ha riferito di essere trattato con farmaci antipertensivi, una percentuale analoga al valore medio delle ASL partecipanti al sistema PASSI su scala nazionale.
- Indipendentemente dall'assunzione dei farmaci, gli ipertesi hanno dichiarato di aver ricevuto dal medico il consiglio di:
 - ridurre il consumo di sale (80%)
 - svolgere regolare attività fisica (74%)
 - ridurre o mantenere il peso corporeo (71%).

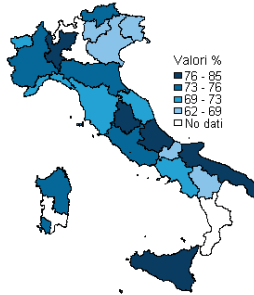


- Tra le ASL regionali, non si osservano differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di ipertesi in trattamento con farmaci (range dal 66% dell'ASL 4 Chiavarese al 78% dell'ASL 1 Imperiese).



Ipertesi in trattamento farmacologico (%)

Pool PASSI 2008

**Conclusioni e raccomandazioni**

Si stima che nella nostra Regione più di due persone su dieci tra 18 e 69 anni siano ipertese, ma questa proporzione aumenta fino a quasi quattro su dieci tra 50 e 69 anni.

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. In questo campo un ruolo determinante può essere svolto dai medici di Medicina Generale.

Si stima che in Liguria circa una persona su sette tra 18 e 69 anni non sia stata sottoposta a misurazione della pressione arteriosa negli ultimi due anni. Tale proporzione è risultata significativamente più alta nell'ASL Imperiese, pertanto occorrerà sorvegliare con attenzione questo fenomeno.

Il consiglio di adottare misure comportamentali e dietetiche per ridurre la pressione arteriosa nella nostra Regione viene fornito a una cospicua percentuale di persone ipertese.

In molti casi 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 trattamento farmacologico.

Il setting della Medicina Generale è la situazione ideale sia per individuare precocemente, sia per trattare adeguatamente i soggetti ipertesi sia infine per far comprendere che la terapia farmacologica da sola non sostituisce stili di vita corretti.

Colesterolo

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.

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 nella vita la misurazione del colesterolo e quali caratteristiche hanno?

- In Liguria l'83% degli intervistati ha riferito di aver effettuato almeno una volta nella vita la misurazione della colesterolemia:

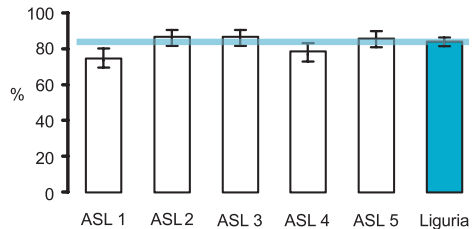
- il 60 % nel corso dell'ultimo anno
- il 14 % tra 1 e 2 anni precedenti l'intervista
- il 9 % da oltre 2 anni.

Il 17 % non ricorda o non ha mai effettuato la misurazione della colesterolemia.

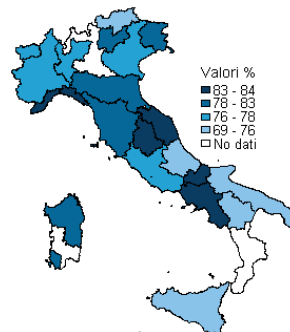
- Tra le ASL regionali quella Imperiese presenta la più bassa percentuale di persone che riferiscono di aver misurato la colesterolemia, l'ASL Savonese presenta invece il valore più elevato (range dal 74% dell'ASL 1 all'86% dell'ASL 2).

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

Persone a cui è stato misurato almeno una volta il colesterolo (%)
Liguria - PASSI 2008



Persone a cui è stato misurato almeno una volta il colesterolo (%)
Pool PASSI 2008



- La misurazione del colesterolo è più frequente:
 - al crescere dell'età (dal 63 % della fascia 18-34 anni al 91% di quella 50-69 anni)
 - nelle donne
 - nelle persone senza rilevanti difficoltà economica.
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica (*regressione logistica*) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, l'età avanzata, il sesso femminile e il reddito più elevato continuano ad essere associati in modo positivo alla misurazione del colesterolo.

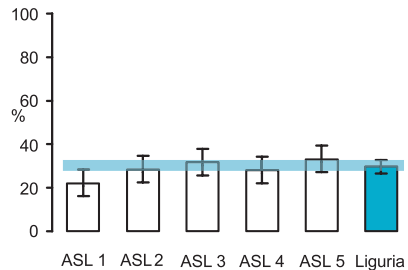
Colesterolo misurato almeno una volta nella vita Liguria - PASSI 2008 (n= 1376)		
Caratteristiche	Colesterolo misurato	
	%	IC95%
Totale	83,3	81,2-85,4
Classi di età		
18 - 34	62,6	56,6-68,5
35 - 49	89,9	86,7-93,0
50 - 69	90,6	88,0-93,1
Sesso		
uomini	80,4	77,2-83,5
donne	86,1	83,3-88,9
Istruzionee		
nessuna/elementare	88,0	82,5-93,4
media	79,8	75,5-84,1
superiore	84,0	80,9-87,2
laurea	85,2	78,9-81,4
Difficoltà economiche		
molte	77,6	68,7-86,5
qualche	82,7	79,1-86,3
nessuna	84,6	81,8-87,4

Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia e quali sono i gruppi più a rischio?

- In 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, tra le cinque ASL regionali 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).
- 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%).

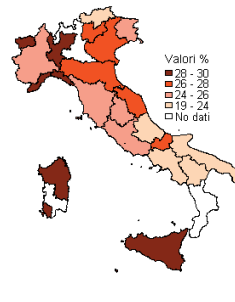
Ipercolesterolemia riferita (%)

Liguria - PASSI 2008



Ipercolesterolemia riferita (%)

Pool PASSI 2008



- L'ipercolesterolemia riferita risulta una condizione più diffusa:
 - nelle classi d'età più avanzate
 - nelle donne
 - nelle persone meno istruite
 - nelle persone con eccesso di peso
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica (*regressione logistica*) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, si mantengono associazioni significative tra l'ipercolesterolemia e l'età, il sesso, l'istruzione e lo stato nutrizionale.

Ipercolesterolemia riferita* Liguria - PASSI 2008 (n= 1125)		
Caratteristiche	Ipercolesterolemia	
	%	IC95%
Totale	29,7	26,6-32,7
Classi di età		
18 - 34	10,0	5,1-14,8
35 - 49	26,9	21,7-32,0
50 - 69	40,5	35,5-45,5
Sesso		
uomini	26,8	22,4-31,1
donne	32,3	28,0-36,6
Istruzione		
nessuna/elementare	52,5	41,9-63,1
media	31,2	25,4-37,1
superiore	24,3	19,9-28,6
laurea	29,4	20,7-38,1
Difficoltà economiche		
molte	34,3	22,8-45,8
qualche	27,0	22,1-31,9
nessuna	30,6	26,3-34,9
Stato nutrizionale		
sotto/normopeso	25,4	21,6-29,3
sovrappeso/obeso	36,0	30,8-41,2

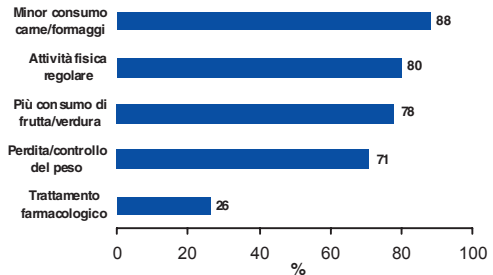
* Tra coloro ai quali è stato misurato il colesterolo

Cosa è stato consigliato per trattare l'ipercolesterolemia?

- In Liguria il 26 % 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 del medico il consiglio di:
 - ridurre il consumo di carne e formaggi (88%)
 - svolgere regolare attività fisica (80%)
 - aumentare il consumo di frutta e verdura (78%)
 - ridurre o controllare il proprio peso (71%).

Trattamenti dell'ipercolesterolemia consigliati dal medico*

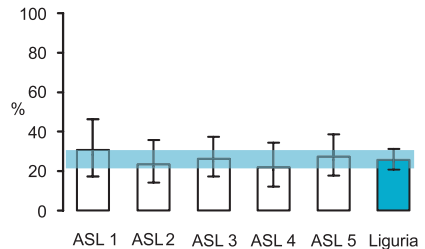
Liguria - PASSI 2008 (n=324)



* ogni variabile considerata indipendentemente

Persone con ipercolesterolemia in trattamento con farmaci (%)

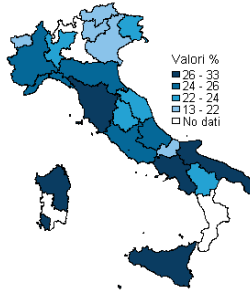
Liguria - PASSI 2008



- 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 (range dal 22% dell'ASL Chiavarese al 30% dell'ASL Imperiese).

Persone con ipercolesterolemia in trattamento con farmaci

Pool PASSI 2008

**Conclusioni e raccomandazioni**

Si stima che in Liguria circa tre persone su dieci tra 18-69 anni abbiano valori elevati di colesterolemia, fino a salire a oltre quattro persone su dieci sopra ai 50 anni.

Inoltre la presenza di questo importante fattore di rischio cardiovascolare è più elevata tra le donne, tra le persone obese o in sovrappeso e tra le persone culturalmente più svantaggiate. In particolare sembra rilevante lo svantaggio delle persone meno istruite: mediamente una su due riferisce alti livelli di colesterolo.

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.

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.

Tra le persone con ipercolesterolemia autoriferita circa un quarto ha riferito di assumere una terapia farmacologica. I dati liguri mostrano un buon livello di attenzione da parte degli operatori sanitari per quel che concerne l'attività di promozione di stili di vita corretti. Questa attività è particolarmente importante per tutti quei casi in cui i valori di colesterolo nel sangue possono essere controllati semplicemente svolgendo attività fisica regolare e/o seguendo una dieta appropriata.

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 di 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

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.

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.

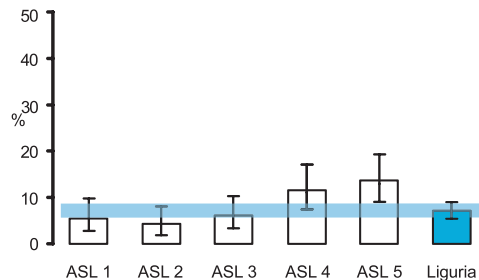
Il calcolo del rischio cardiovascolare è un importante strumento per la comunicazione del rischio individuale al paziente, anche allo scopo di promuovere la modifica di abitudini di vita scorrette.

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

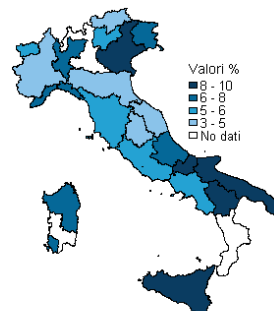
A quante persone è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare e a chi viene calcolato di più?

- In Liguria solo il 7% degli intervistati nella fascia 35-69 anni ha riferito di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare.
- 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 valori superiori alla media regionale; nella Asl 5 tale differenza è statisticamente significativa, e in netto aumento rispetto al precedente anno.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni è pari al 6%.

Persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardiovascolare (%)
Liguria - PASSI 2008



Persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardiovascolare (%)
Pool PASSI 2008



- Il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultato più frequente, anche se con valori ancora modesti:
 - nelle classi d'età più elevate
 - nelle persone con minore livello di istruzione
 - nelle persone con almeno un fattore di rischio cardiovascolare.
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica (*regressione logistica*) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, si conferma l'associazione significativa con età e presenza di fattore di rischio cardiovascolare.

Persone di 35-69 anni (senza patologie cardiovascolari) a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare	
Liguria - PASSI 2008 (n= 972)	
Caratteristiche	Punteggio calcolato % (IC95%)
Totale	7,1 (5,3-8,9)
Classi di età	
35 - 39	2,7
40 - 49	3,2
50 - 59	8,4
60 - 69	13,6
Sesso	
uomini	6,5
donne	7,6
Istruzione	
bassa	8,6
alta	6,1
Difficoltà economiche	
sì	7,7
no	6,6
Almeno un fattore di rischio cardiovascolare[°]	
sì	8,7
no	3,0

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

Conclusioni e raccomandazioni

La prevenzione delle malattie cardiovascolari è uno degli obiettivi del Piano della Prevenzione e 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. E' quindi importante non solo calcolare il punteggio, ma anche comunicarlo all'assistito nel contesto di un intervento di counselling individuale finalizzato ad adottare o mantenere corretti stili di vita.

La proporzione di persone a cui è stato calcolato e comunicato il punteggio del rischio è inoltre un indicatore utile e sensibile per il monitoraggio e la valutazione degli interventi a favore della prevenzione cardiovascolare.

In Liguria, come pure in ambito nazionale, questi strumenti sono ancora largamente inutilizzati da parte dei medici: mediamente neppure una persona su dieci tra 35 e 69 riferisce di avere avuto il calcolo del punteggio del rischio.

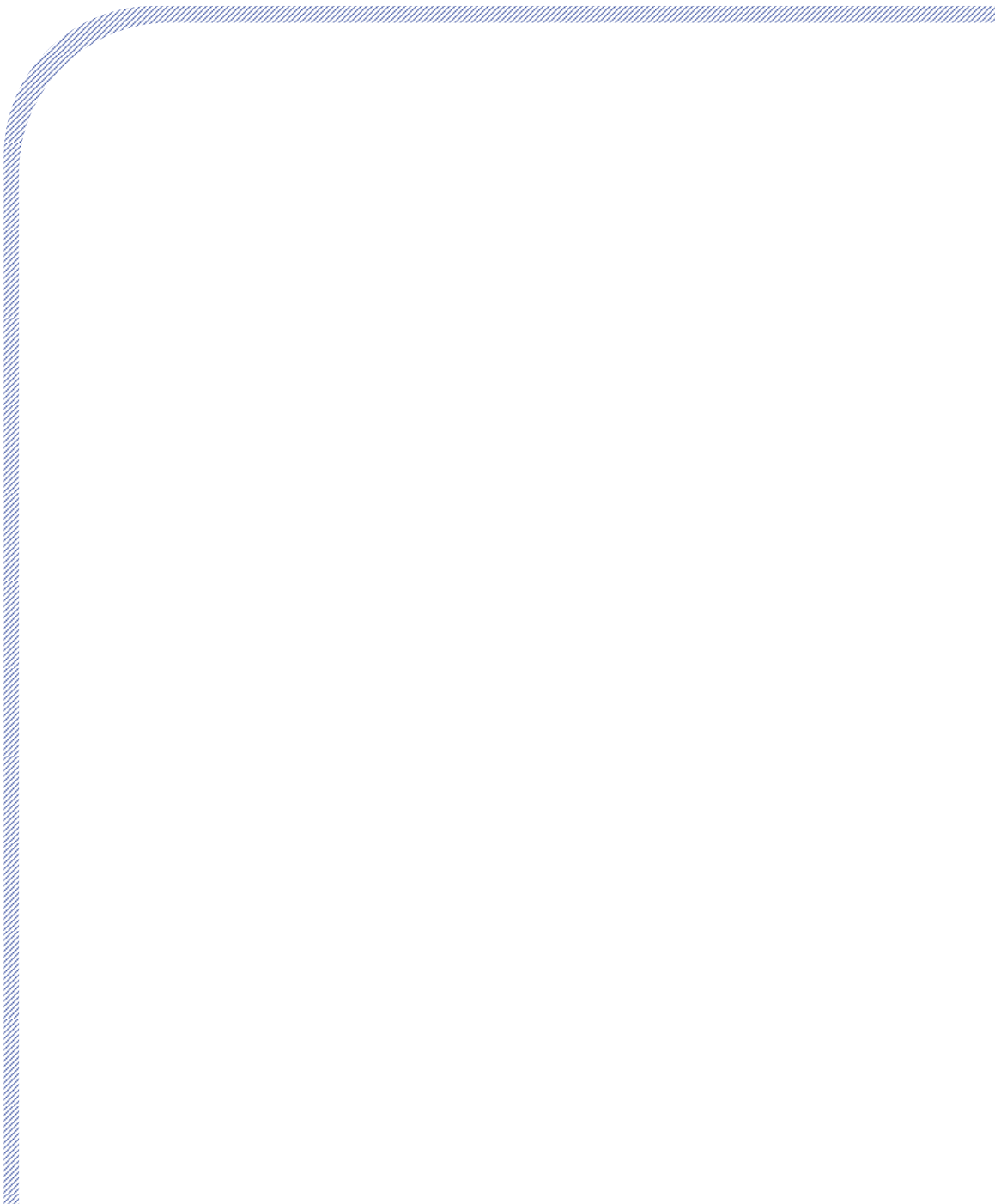
Dall'informazione all'azione

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.

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.

Bibliografia - Rischio cardiovascolare

- WHO. Prevention of cardiovascular disease. Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk. 2007.
- European Community . European cardiovascular disease statistics 2008. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ehnheart.org/content/sectionintro.asp?level0=1457>
- European Heart Network-EHN. Diponibile all'indirizzo: <http://www.ehnheart.org/content/default.asp>.
- CCM "Progetto cuore". Disponibile all'indirizzo: <http://www.cuore.iss.it/>.



sicurezza

sicurezza stradale
infortuni domestici

SICUREZZA

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. Rispetto 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%.

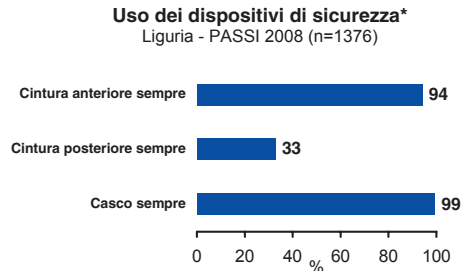
Nel 2007 in Italia sono stati registrati 230.871 incidenti stradali con circa 5.131 morti e 325.850 feriti; agli incidenti stradali sono inoltre imputabili annualmente circa 170.000 ricoveri ospedalieri, 600.000 prestazioni di pronto soccorso e 20.000 casi di invalidità.

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).

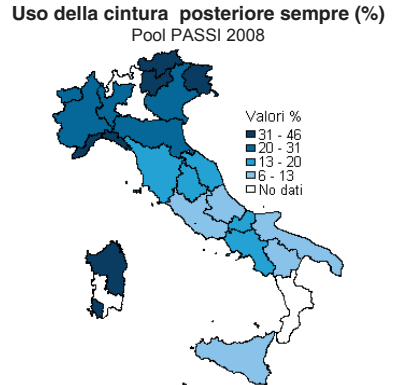
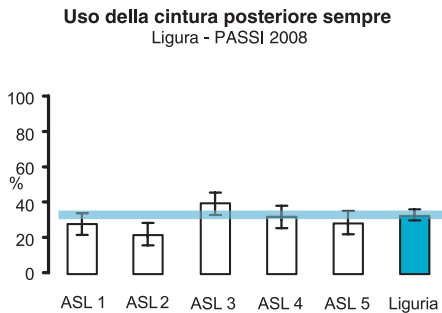
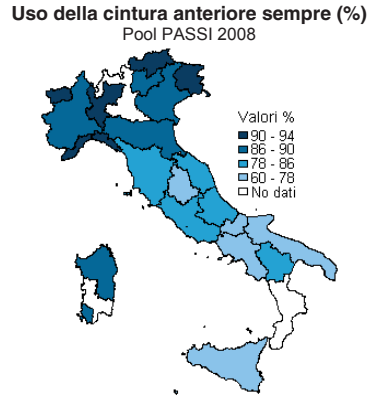
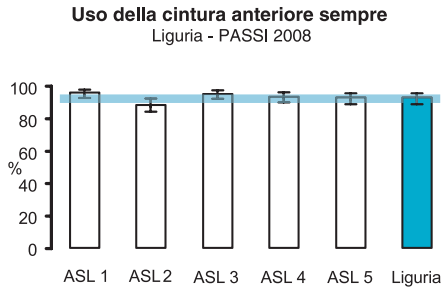
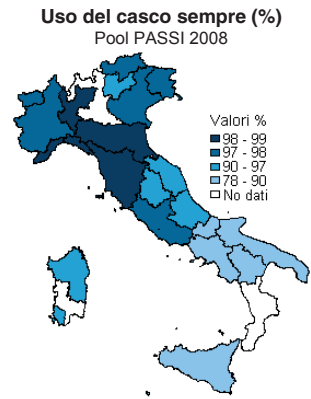
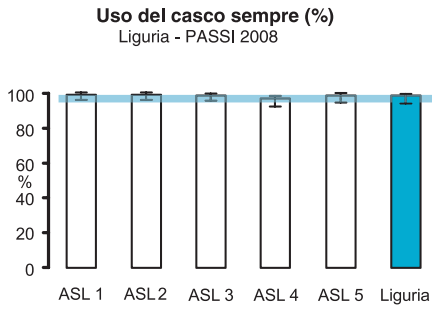
L'uso dei dispositivi di sicurezza

- In Liguria la percentuale di intervistati che ha riferito di usare sempre i dispositivi di sicurezza è risultata pari al:
 - 99% per l'uso del casco
 - 94% per la cintura anteriore di sicurezza
 - 33% per l'uso della cintura posteriore.



*tra coloro che dichiarano di utilizzare l'automobile e/o la moto

- L'utilizzo dei dispositivi di sicurezza ha mostrato alcune differenze a livello aziendale:
 - per il casco è significativamente inferiore nella Asl 4 rispetto alle Asl 1 e 2 (range dal 97% della Asl 4 al 100% delle Asl 1 e 2)
 - per la cintura anteriore è significativamente inferiore in Asl 2 rispetto alla Asl 1 (range dall'89% della Asl 2 al 97% della Asl 1)
 - per la cintura posteriore è significativamente inferiore nella Asl 2 rispetto alla Asl 3 (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.



Quante persone hanno guidato sotto l'effetto dell'alcol?

(coloro che hanno dichiarato di aver guidato, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto almeno 2 unità di bevanda alcolica)

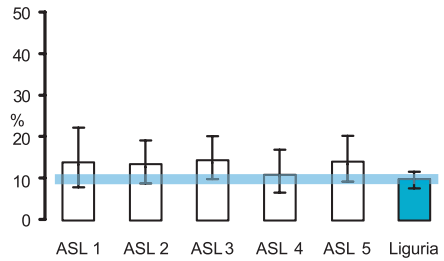
- Il 9% degli intervistati ha dichiarato di aver guidato, negli ultimi 30 giorni, dopo aver bevuto almeno due unità alcoliche nell'ora precedente.
- Se si considerano solo le persone che nell'ultimo mese hanno effettivamente guidato, la percentuale sale al 14%.
- L'abitudine a guidare sotto l'effetto dell'alcol sembra essere maggiormente diffusa:
 - nelle classi di età 18-24 e 25-34;
 - fra gli uomini (con differenze statisticamente significative);
 - tra le persone con poche difficoltà economiche.
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica (*regressione logistica*) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, rimane statisticamente significativa la differenza di comportamento rilevata tra uomini e donne.
- Il 10% degli intervistati ha riferito di essere stato trasportato da un conducente che guidava sotto effetto dell'alcol (8,3% a livello delle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale).

Guida sotto l'effetto dell'alcol [°] Liguria - PASSI 2008 (n=1376)		
Caratteristiche	Persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol ^{°°}	
	% (IC95%)	
Totale	13,7	11,0-16,5
Classi di età		
18 - 24	16,4	6,2-26,5
25 - 34	15,3	8,3-22,4
35 - 49	12,7	8,2-17,1
50 - 69	13,3	9,0-17,5
Sesso		
uomini	20,8	16,5-25,1
donne	2,8	0,7-4,9
Istruzione		
nessuna/elementare	15,1	3,4-26,3
media inferiore	12,1	7,5-16,7
media superiore	12,7	8,8-16,6
laurea	18,5	10,6-26,4
Difficoltà economiche		
molte	7,3	1,7-13
qualche	14,3	9,5-19,2
nessuna	14,2	10,5-17,9

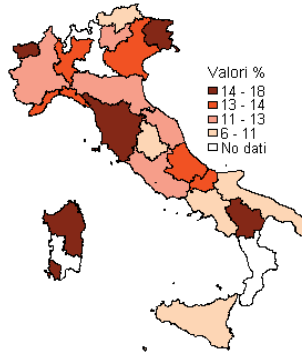
[°] il denominatore di questa analisi comprende solo le persone che nell'ultimo mese hanno bevuto e guidato
^{°°} coloro che dichiarano di aver guidato entro un'ora dall'aver bevuto due o più unità di bevanda alcolica

- 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 Asl 4 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 (%)
Liguria - PASSI 2008



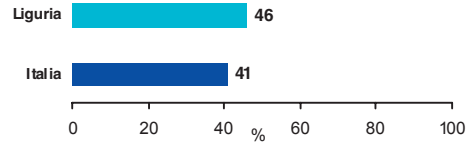
Guida sotto l'effetto dell'alcol (%)
Pool PASSI 2008



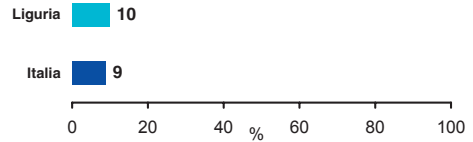
Nel 2008 in alcune regioni e province autonome è stato somministrato un modulo opzionale di approfondimento sulla sicurezza stradale (complessivamente 5.200 interviste raccolte in valle d'Aosta, Prov. Aut. Trento, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana e Lazio).

- 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.
- Solo il 10% dei fermati ha riferito che il guidatore fermato è stato sottoposto anche all'etilotest.
- 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 (Liguria 59%, Pool PASSI 54%)

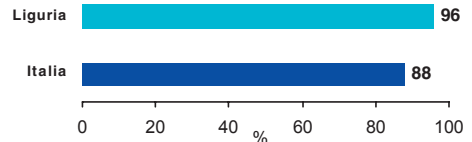
Controllo da parte delle Forze dell'ordine (%)
Passi 2008



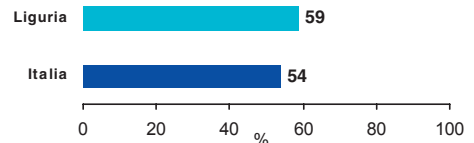
Etilotest effettuato al guidatore (%)
Passi 2008



Utilizzo sempre dei dispositivi di sicurezza (%)
Passi 2008



Intervistati che hanno visto/sentito campagne sull'uso corretto dei dispositivi di sicurezza dei minori (%)
Passi 2008



Conclusioni e raccomandazioni

L'uso dei dispositivi di sicurezza è efficace nel ridurre la gravità delle conseguenze degli incidenti stradali. In Liguria si registra un buon livello dell'uso del casco e della cintura anteriore, mentre solo una persona su tre utilizza la cintura di sicurezza posteriore.

La guida sotto l'effetto dell'alcol in Liguria 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, operatori della Scuola e delle Associazioni.

Questa metodologia di lavoro, già sperimentata ed in parte realizzata in Liguria sia a livello regionale che localmente, andrà ulteriormente consolidata ed estesa nei prossimi anni.

Sul piano pratico le azioni prioritarie sono le seguenti:

- aumentare il coinvolgimento dei pediatri di libera scelta (ed eventualmente anche dei medici di medicina generale) 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
- mantenere ed implementare le attività di sensibilizzazione rivolte ai giovani e realizzate attraverso la presenza degli operatori nei luoghi di aggregazione e di svago, ad esempio proponendo l'esecuzione di etilo-test in occasione di sagre estive, concerti, fiere, oppure potenziando l'attività dei "Centri giovani"
- proseguire e rafforzare le attività educative svolte nel contesto scolastico; in questo campo le azioni prioritarie sono rappresentate da:
 - implementazione ed estensione del progetto Pedibus, già 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:
 - sperimentazione di nuove e più efficaci modalità di comunicazione, che tengano conto anche di principi, metodi e contesti propri della Media Education, che possono essere particolarmente utili con riferimento al target costituito da giovani ed adolescenti.

Bibliografia

- WHO Global status report on road safety: time for action. Disponibile all'indirizzo: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563840_eng.pdf.
- Eurosafe Child Safety Report Card 2009. Disponibile all'indirizzo: <http://www.eurosafe.eu.com/csi/eurosafe2006.nsf/wwwVwContent/12europeanchildsafetyalliance.htm>.
- ISTAT Incidenti stradali, 2007. Disponibile all'indirizzo: http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20081120_00/testointegrale20081120.pdf.
- ISTAT Incidenti stradali, 2008. Disponibile all'indirizzo: http://noi-italia.istat.it/index.php?id=7&user_100ind_pi1%5Bid_pagina%5D=87
- Noi Italia ISTAT. 100 statistiche per capire il paese in cui viviamo, edizione 2010. Disponibile al sito: http://noi-italia.istat.it/fileadmin/user_upload/allegati/S12I03F03_20091201.xls

Sicurezza domestica

Il tema degli incidenti domestici è stato considerato importante dal punto di vista epidemiologico soprattutto negli ultimi anni ed è ancora poco indagato; nonostante sia riconosciuto come un problema di sanità pubblica rilevante, non sono disponibili molte informazioni riguardo all'incidenza né alle misure di prevenzione adottate, in particolare a livello locale.

In Italia si stimano ogni anno circa un 1.7 milioni di accessi al Pronto Soccorso, 130 mila ricoveri e 7.000 decessi da incidente domestico.

In Liguria durante l'anno 2007 si sono registrati circa 23.000 accessi al Pronto Soccorso per incidente domestico; il dato notevolmente inferiore rispetto all'atteso riflette l'esistenza di una rete di rilevamento che non applica in maniera uniforme alcuni standard qualitativi.

Solo alcuni Ospedali Liguri partecipano al sistema nazionale di rilevazione (SINIACA) degli accessi al Pronto Soccorso per incidente domestico: uno di questi centri è l'Ospedale Galliera presso il quale durante l'anno 2007, su un totale di circa 50.000 accessi al Pronto Soccorso, il 6%, pari a 3271 persone, riguardava incidenti domestici.

I gruppi di popolazione maggiormente a rischio sono bambini e anziani, in particolare sopra gli 80 anni; il principale carico di disabilità da incidente domestico è rappresentato dagli esiti di frattura del femore nell'anziano.

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

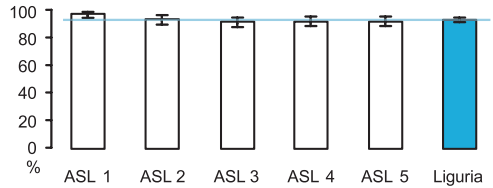
- In Liguria la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico appare scarsa: il 93% degli intervistati ha dichiarato infatti di considerare questo rischio basso o assente.
- In particolare hanno una più bassa percezione del rischio:
 - gli uomini
 - le persone senza difficoltà economiche
 - La presenza di persone potenzialmente a rischio (bambini e anziani) nel nucleo familiare è invece un fattore che aumenta la percezione del rischio di infortunio domestico.
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica (*regressione logistica*) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, si conferma che la scarsa percezione del rischio di infortunio domestico è associata significativamente al sesso maschile e all'assenza di persone potenzialmente a rischio in famiglia.

Bassa percezione del rischio infortunio domestico Liguria - PASSI 2008 (n=1376)		
Caratteristiche	persone che hanno riferito bassa possibilità di subire un infortunio domestico	
	%	(IC95%)
Totale	92,7	91,1-94,4
Classi di età		
18 - 34	93,6	90,4-96,8
35 - 49	91,1	87,9-94,4
50 - 69	93,6	91,2-96,0
Sesso		
uomini	94,7	92,5-96,9
donne	90,8	88,3-93,4
Istruzione		
nessuna/elementare	93,3	88,7-97,9
media inferiore	91,2	87,9-94,6
media superiore	93,0	90,5-95,5
laurea	94,6	91,1-98,1
Difficoltà economiche		
molte	90,6	83,8-97,5
qualche	90,6	87,6-93,6
nessuna	94,5	92,5-96,5
Presenza in famiglia di persone potenzialmente a rischio^{oo}		
si	88,9	85,2-92,6
no	94,6	93,0-96,3

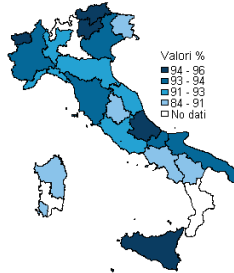
^o possibilità di subire un infortunio domestico assente o bassa
^{oo} presenza di anziani e/o bambini

- 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%.

Bassa percezione del rischio di infortunio domestico (%)
Liguria - PASSI 2008



Bassa percezione del rischio di infortunio domestico (%)
Pool PASSI 2008



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

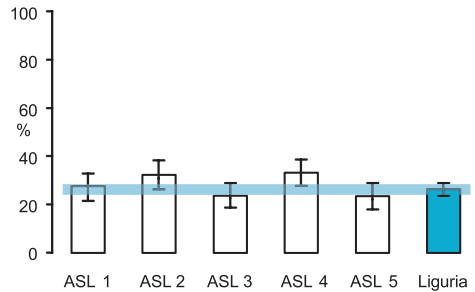
- In Liguria il 26% degli intervistati ha dichiarato di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi informazioni per prevenire gli infortuni domestici.
- In particolare la percentuale di persone che ha riferito di aver ricevuto informazioni è più elevata:
 - nelle classi di età 35-49 e 50-69 anni
 - nelle donne
 - nelle persone con molte difficoltà economiche
 - tra gli intervistati che hanno in famiglia persone potenzialmente a rischio (anziani e/o bambini) 28%; in particolare, tra gli intervistati che hanno in famiglia bambini di età inferiore a 14 anni, tale frequenza è pari al 30%.
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica (*regressione logistica*) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, si osserva che l'aver ricevuto informazioni si associa significativamente all'età (50-69 anni e 35-49 rispetto alla classe più bassa), mentre non è correlato con l'aver in famiglia presenza di anziani e/o bambini

Informazioni ricevute negli ultimi 12 mesi Liguria PASSI 2008 (n=1376)		
Caratteristiche	persone che dichiarano di aver ricevuto informazioni su prevenzione infortuni	
	%	(IC95%)
Totale	26,4	23,7-29,1
Classi di età		
18 - 34	13,6	9,8-17,5
35 - 49	29,6	24,7-34,6
50 - 69	31,6	27,1-36,1
Sesso		
uomini	25,2	21,6-28,9
donne	27,5	23,7-31,4
Istruzione		
nessuna/elementare	28,8	20,0-37,7
media inferiore	25,1	20,5-29,7
media superiore	26,2	22,2-30,2
laurea	28,2	20,7-35,7
Difficoltà economiche		
molte	29,9	20,3-39,6
qualche	26,2	21,8-30,5
nessuna	26,0	22,4-29,7
Presenza in famiglia di persone potenzialmente a rischio^o		
si	28,2	23,3-33,0
no	25,5	22,3-28,7
Percezione del rischio		
alta	26,3	15,7-36,8
bassa	26,4	23,7-29,2

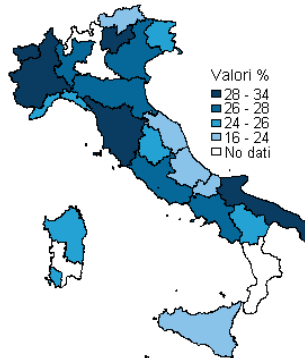
^o presenza di anziani e/o bambini

- 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

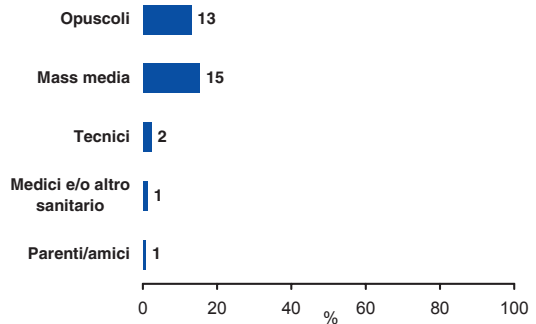


Informazioni ricevute sulla prevenzione degli infortuni domestici
Pool PASSI 2008



- Le principali fonti di informazione sugli infortuni domestici sono risultate gli opuscoli ed i mass media (28%).
- Valori molto bassi sono riportati per personale tecnico o sanitario.
- Tra coloro che dichiarano di avere figli in età 0-14, solo il 3% ha ricevuto informazioni da medici o altro operatore sanitario.
- Analoghi valori (2%) si rilevano tra coloro che hanno figli di età inferiore a 5 anni.

Fonti di informazione (%)
Liguria - PASSI 2008 (n=1376)



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

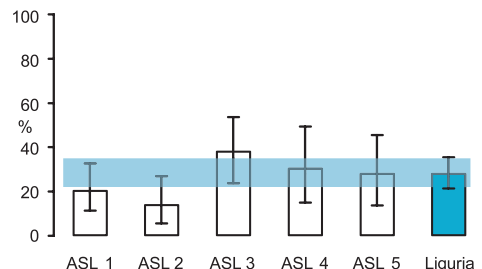
- Il 28% delle persone che hanno ricevuto informazioni sulla prevenzione ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura.
- L'adozione di misure preventive è risultata maggiore :
 - tra le persone con alta percezione del rischio di incidente domestico;
 - tra gli uomini;
 - tra le persone senza rilevanti difficoltà economiche.
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica (*regressione logistica*) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, si osserva che l'aver adottato misure di sicurezza si associa significativamente al sesso maschile.

Persone che dichiarano di aver adottato misure di sicurezza per l'abitazione Liguria - PASSI 2008 (n=214)		
Caratteristiche	%	(IC95%)
Totale	28,1	21,1-35,0
Classi di età		
18 – 34	26,1	15,9-36,2
35 – 49	36,0	23,0-48,9
50 – 69	22,8	12,8-32,7
Sesso		
Uomini	38,3	27,5-49,2
Donne	19,1	10,1-28,0
Istruzione		
nessuna/elementare	16,6	0-35,3
media inferiore	33,8	17,9-49,7
media superiore	27,7	17,1-38,4
Laurea	29,6	11,2-48,0
Difficoltà economiche		
molte	15,1	0-31,0
qualche	23,9	13,0-34,8
Nessuna	33,6	23,6-43,7
Presenza in famiglia di persone potenzialmente a rischio^o		
Si	27,4	14,5-40,3
No	28,4	19,9-36,9
Percezione del rischio		
Alta	40,0	12,2-67,7
Bassa	27,0	19,8-34,2

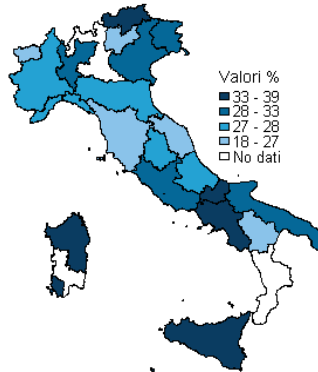
^o presenza di anziani e/o bambini

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

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



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



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 una persona su quattro ne abbia ricevute. Prevalentemente le informazioni sono mediate da opuscoli e mass media, solo in piccola parte vengono fornite in prima persona da operatori sanitari e tecnici.

Circa tre persone su dieci, tra quelle che hanno ricevuto informazioni sulla prevenzione degli infortuni domestici, hanno 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.

Come già detto in premessa, i gruppi di popolazione maggiormente a rischio sono bambini e anziani.

Per quanto riguarda i bambini dal 2008 è in atto in Liguria un programma regionale di promozione della salute rivolto alle famiglie con bambini (che prevede informazioni e counselling ai genitori sulla prevenzione degli incidenti, nel corso dei bilanci di salute pediatrici). Relativamente a questo intervento è stato condotto un approfondimento dell'analisi tra gli intervistati con figli di età inferiore a 5 anni, che sembra però evidenziare ancora una scarsa disponibilità a fornire consigli su questo tema da parte dei sanitari.

Per quanto riguarda gli anziani, il fenomeno più preoccupante è quello delle cadute. Da dati raccolti nelle Asl 3 Genovese (PASSI d'Argento 2009) risulta che l'8% degli anziani riferisce di essere caduto nell'ultimo mese; nel 58% dei casi la caduta avviene in casa.

Dall'informazione all'azione

- Un importante fattore protettivo nei confronti delle cadute degli anziani è la pratica regolare di attività fisica moderata. Pertanto nella nostra regione viene promosso, in collaborazione con gli enti locali, l'Università e le associazioni, il progetto "Gruppi di Cammino", che si pone come obiettivi, oltre alla prevenzione delle cadute, l'acquisizione di uno stile di vita attivo e il contrasto all'isolamento sociale.
- Per quanto riguarda la prevenzione degli incidenti nell'età evolutiva, l'obiettivo per i prossimi anni sarà quello di rendere più diffusa ed efficace l'attività di counselling effettuata nel corso dei bilanci di Salute.

Bibliografia

- WHO Global status report on road safety: time for action. Disponibile all'indirizzo: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563840_eng.pdf.
- Eurosafe Child Safety Report Card 2009 WHO "Housing and health". Disponibile all'indirizzo: www.eu.who.int/housing.
- European Commission Injuries in the European Union. Statistic Summary 2003-2005
- ISPESL Banca dati sugli infortuni domestici. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ispesl.it/osservatorio/BancaDati.as>.
- Pitidis A, Giustini M, Taggi F. Ambiente casa. La sorveglianza degli incidenti domestici in Italia. Relazione alla Commissione Parlamentare di inchiesta del Senato sugli infortuni sul lavoro sullo stato di attuazione del Sistema Informativo Nazionale sugli Infortuni in Ambienti di Civile Abitazione (SINIACA). Fase pilota. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2005. (05/AMPP/AC/624). Disponibile all'indirizzo: <http://www.iss.it/binary/casa/cont/RelazioneSiniaca.1132846801.1232018693.pdf>.
- Taggi F. La sorveglianza e la prevenzione degli infortuni in ambienti di civile abitazione: alcune riflessioni per l'attuazione dell'art. 4 della Legge 493/1999. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2001. (Rapporti ISTISAN 01/11). Disponibile all'indirizzo: <http://www.iss.it/binary/publ/publi/0111.1109343140.pdf>.



prevenzione individuale

diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero
diagnosi precoce del tumore della mammella
diagnosi precoce del tumore del colon-retto
vaccinazione antinfluenzale
vaccinazione antirosolia

PREVENZIONE INDIVIDUALE

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 donne 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?

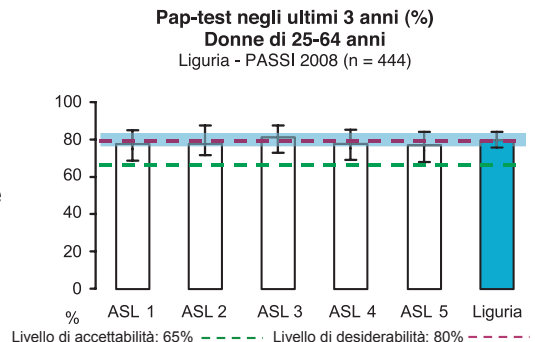
- In Liguria, circa l'80% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver effettuato un Pap-test, in assenza di segni e sintomi, nel corso degli ultimi tre anni.
- Questo valore di copertura stimata non è riferibile all'adesione ad un programma di screening organizzato, bensì a una scelta individuale delle donne, spontanea o suggerita dal medico di fiducia. Pertanto esso non è confrontabile con il livello di copertura ritenuto "accettabile" (65%) o "desiderabile" (80%) secondo le indicazioni nazionali relative ai programmi di screening organizzato.
- 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
 - senza rilevanti difficoltà economiche.

Analizzando con una opportuna tecnica statistica (*regressione logistica*) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, si mantengono le significatività per la classe 35-49 anni vs 25-34 anni e per la presenza di molte/nessuna difficoltà economica.

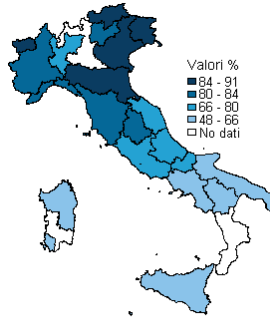
Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero (25-64 anni) Liguria - PASSI 2008 (n=564)		
Caratteristiche	Donne che hanno effettuato il Pap-test negli ultimi tre anni ^o	
	%	(IC95%)
Totale	79,5	75,6-83,4
Classi di età		
25 - 34	76,1	67,3-85,0
35 - 49	88,5	83,6-93,4
50 - 64	71,4	64,0-78,7
Stato civile		
coniugata	81,4	76,6-86,2
non coniugata	76,3	69,6-82,9
Convivenza		
convivente	81,7	77,1-86,2
non convivente	74,5	67,0-82,1
Istruzione		
nessuna/elementare	65,4	49,2-81,5
media inferiore	71,5	63,4-79,5
media superiore	82,8	77,3-88,3
laurea	88,3	80,4-96,2
Difficoltà economiche		
molte	67,7	52,7-82,7
qualche	74,2	67,5-81,0
nessuna	86,4	81,8-91,0

^o in assenza di segni o sintomi

- in tutte 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



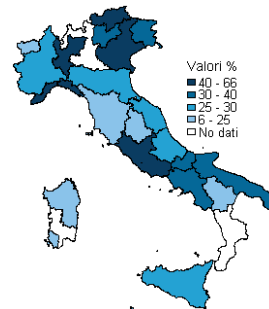
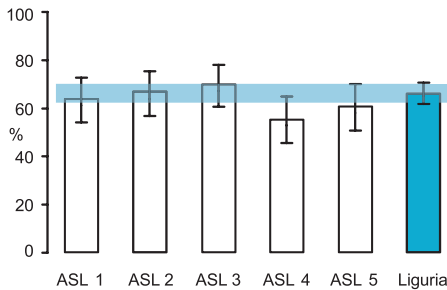
Quante donne hanno sostenuto un costo per eseguire il Pap-test?

In Liguria nel 2008 non era attivo 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, mentre il 19% non ha pagato, usufruendo quindi della Legge Finanziaria 2001.

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

Liguria - PASSI 2008

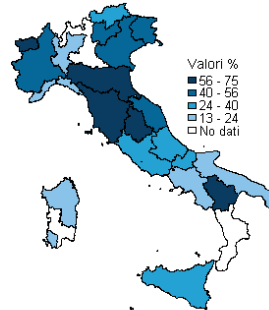
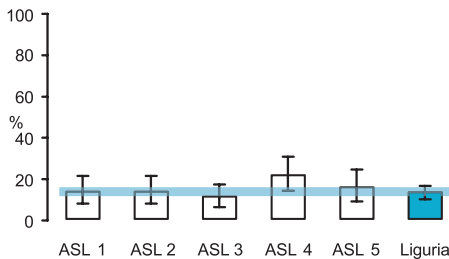
Pool PASSI 2008



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

Liguria - PASSI 2008

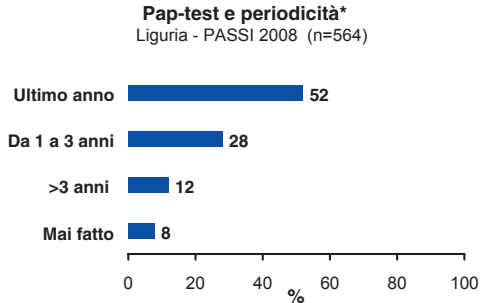
Pool PASSI 2008



Si rileva che nella Asl Chiavarese la percentuale delle donne che non hanno sostenuto alcun costo è maggiore rispetto a quella delle altre ASL e, reciprocamente, è inferiore la percentuale delle donne che sostiene un costo. Peraltro questa differenza non risulta statisticamente significativa.

Qual è la periodicità di esecuzione del Pap-test?

- Rispetto all'ultimo Pap-test preventivo effettuato:
 - il 52% delle donne di 25-64 anni ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
 - il 28% da uno a tre anni
 - il 12% da più di tre anni
- L' 8% delle donne ha riferito di non aver mai eseguito un Pap-test preventivo.

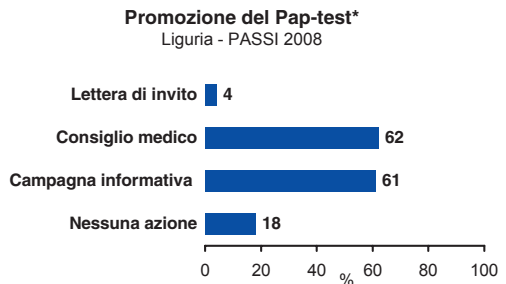


* La campagna di screening prevede la ripetizione del Pap-test ogni 3 anni per le donne nella fascia d'età di 25-64 anni.

Quale promozione per l'effettuazione del Pap-test?

In Liguria:

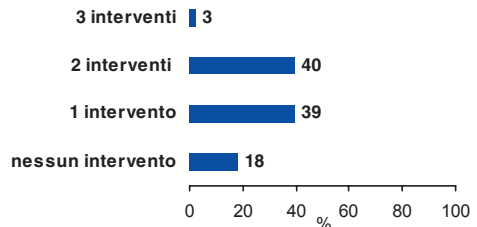
- il 4% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito; in Liguria si tratta probabilmente di lettere nell'ambito di progetti locali (ad esempio iniziative LILT).
- il 62% ha riferito di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di effettuare con periodicità il Pap-test.



*escluse le donne che hanno subito l'asportazione dell'utero

- il 61% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa di promozione del 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 Asl 4 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.
- Il 3% delle donne è stato raggiunto da tutti gli interventi di promozione del Pap-test considerati (lettera dell'ASL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il 40% da due interventi ed il 39% da un solo intervento
- Circa una donna su cinque dichiara di non aver ricevuto nessun intervento di promozione

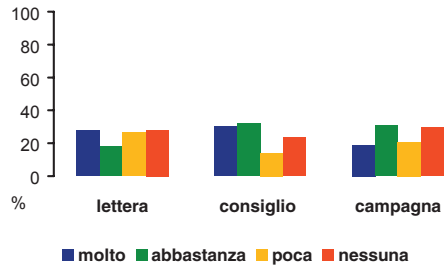
Interventi di Promozione dell'ultimo Pap-test
Liguria - PASSI 2008 (n=550)



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

- Il numero delle donne di 25-64 anni che riferisce di aver ricevuto la lettera da parte della ASL è estremamente esiguo (4%, come nel 2007) ed è probabilmente riferibile a piccole iniziative locali
- Fra queste, quasi una donna su due ritiene che la lettera abbia avuto un'influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap-test
- Il numero non consente un'analisi dettagliata di confronto tra le 5 ASL della Regione

Percezione dell'influenza degli interventi di promozione del Pap-test
Liguria - PASSI 2008

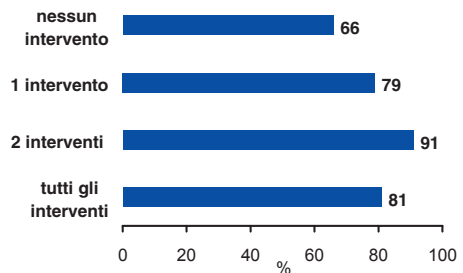


- Tra le donne che hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di un operatore sanitario:
 - il 62% ritiene che questo abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap-test (30% molta e 32% abbastanza)
 - il 14% poca influenza
 - il 24% nessuna influenza.
- Tra le ASL regionali la percezione positiva dell'influenza del consiglio varia dal 47% della ASL3 all' 86% della ASL1.
- Tra le donne che hanno riferito di aver visto o sentito una campagna informativa:
 - il 50% ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap-test (19% molta e 31% abbastanza)
 - il 21% poca influenza
 - il 29% nessuna influenza.
- Tra le ASL regionali la percezione positiva dell'influenza della campagna informativa varia dal 40% della ASL3 al 76 % della ASL1.
- 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

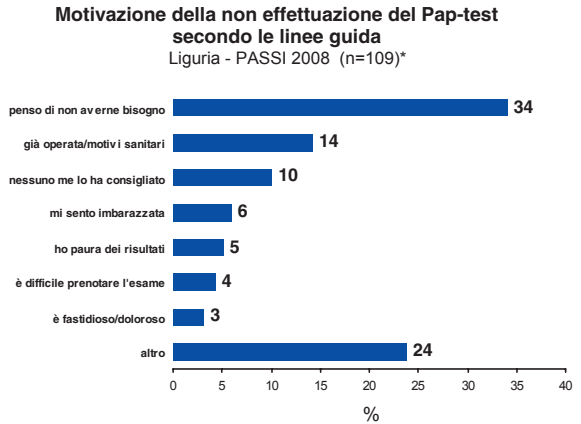
Quale efficacia degli interventi di promozione del Pap-test?

- In Liguria il 66% delle donne di 25-64 anni ha effettuato il Pap-test nei tempi raccomandati pur non avendo ricevuto alcun intervento di promozione. Questa percentuale sale al 91% tra le donne raggiunte da due fra gli interventi di promozione.
- Il numero delle donne che hanno ricevuto tutti e tre gli interventi (14 donne) non consente in questo caso alcuna analisi.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, l'efficacia degli interventi di promozione è risultata crescente per numero di interventi: dal 41,8% con 0 interventi all'87,6% con tutti e tre gli interventi.

Interventi di promozione e effettuazione del Pap-test negli ultimi 3 anni
Liguria - PASSI 2008



- In Liguria il 20% 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 (8%) o l'ha effettuato da oltre tre anni (12%).
- 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 33% ritiene infatti di non averne bisogno.



* esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo" (6%)

Conclusioni e raccomandazioni

Il Sistema di Sorveglianza PASSI conferma, per l'anno 2008, l'assenza di una promozione organizzata dello screening del tumore della cervice uterina da parte dei Servizi di Sanità Pubblica. Ciononostante la percentuale delle donne tra 25 e 64 anni che riferisce di aver effettuato questo esame a scopo preventivo, entro i tre anni precedenti, è elevata (80%), in quanto molte donne eseguono l'esame su consiglio del proprio specialista di fiducia o spontaneamente.

A conferma di ciò otto donne su dieci, tra quelle che hanno effettuato il PAP test, dichiarano di aver sostenuto un costo, dovuto al ticket o al pagamento dell'intero esame.

Inoltre il 52% delle donne ha eseguito il PAP test nel corso dell'ultimo anno (contro un valore atteso del 33%), cioè con una frequenza maggiore di quella prevista dalle Linee Guida.

I dati di copertura sono quindi positivi, ma occorre rilevare che, in Liguria, lo screening è spontaneo e quindi non garantisce il contrasto delle disuguaglianze sociali nell'accesso e non è sottoposto alle verifiche di qualità che una corretta gestione da parte della struttura pubblica potrebbe assicurare.

Dati ricavati dall'osservazione dello stato di salute della popolazione ligure evidenziano alcune criticità:

- la mortalità registrata nella provincia di Genova (tasso standardizzato 1,4/100.000 donne) è maggiore rispetto al valore medio AIRTUM (circa 1/100.000 donne).
- la sopravvivenza a 5 anni (61%) è inferiore a quella media delle regioni che partecipano alla rete AIRTUM (65%).

L'interpretazione di queste differenze è difficile in quanto esse potrebbero essere spiegate in parte da una maggiore incidenza (Genova 8,6/100.000 vs Pool AIRTUM circa 8/100.000), in parte da altri fattori quali la qualità dell'intero percorso integrato di assistenza alla donna e la policy scelta nel campo della prevenzione del tumore della cervice uterina.

Dall'informazione all'azione

Nella nostra Regione risulta prioritario implementare il registro regionale dei Pap-test come base su cui attivare un programma di screening organizzato mirato essenzialmente al recupero della fascia di donne che abitualmente non effettuano il test, lo effettuano ad intervalli irregolari o presso strutture che non partecipano al programma di controllo di qualità regionale.

Un punto di forza in questo senso potrebbe essere quello di costituire un sistema integrato di sorveglianza degli screening oncologici che preveda l'utilizzo dei dati provenienti dall'Osservatorio Regionale Screening, dai Registri Regionali Mortalità e Tumori e dalla struttura regionale di coordinamento PASSI.

Bibliografia

- CDC. Guide to Community Preventive Service Cancer screening. Disponibile all'indirizzo: <http://www.thecommunityguide.org/cancer/screening/default.htm>.
- Osservatorio Nazionale screening. Disponibile all'indirizzo: <http://www.osservatorionazionale screening.it/>.
- CCM <http://www.ccm-network.it/screening/>
- Stato di salute dei Liguri, 2009. Disponibile all'indirizzo: http://www.arsliguria.it/images/stories/docs/rapporto/report_stato_salute_rev.pdf

Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

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 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.

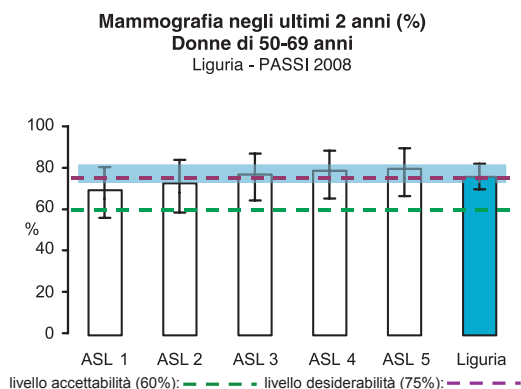
Il tasso di copertura della popolazione bersaglio con l'invito varia dal 15% nella Asl 3 al 75% nella Asl 4 (Fonte del dato: Osservatorio Screening). Esso dovrà quindi essere aumentato, soprattutto in alcune Asl, in quanto l'offerta attiva e gratuita della mammografia favorisce la qualità tecnica del 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.

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

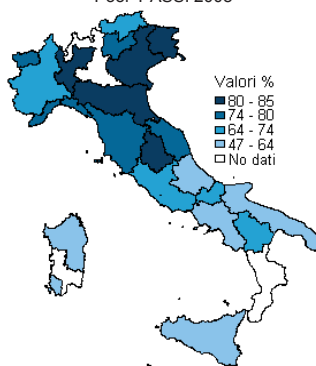
- In Liguria circa il 76% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato una Mammografia preventiva (in assenza di segni e sintomi) nel corso degli ultimi due anni.
- Questo valore di copertura stimata comprende sia l'adesione allo screening organizzato che l'effettuazione di mammografie preventive spontanee e quindi non è un dato perfettamente confrontabile con la copertura ritenuta "accettabile" (60%) e "desiderabile" (75%) secondo gli standard di adesione corretta allo screening mammografico (Gruppo Italiano Screening Mammografico e Linee Guida dell'Unione Europea).
- In particolare l'effettuazione della Mammografia nei tempi raccomandati è risultata più alta nelle donne:
 - nella fascia 50-59 anni
 - coniugate o conviventi
 - più istruite
 - senza rilevanti difficoltà economiche.
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica (*regressione logistica*) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, si mantiene la significatività per la mancanza di difficoltà economiche rilevanti; inoltre una maggior frequenza della mammografia è associata allo stato civile "coniugata".
- 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 72% delle donne ha riferito di aver effettuato una Mammografia preventiva almeno una volta nella vita. L'età media della prima Mammografia è 39 anni.

Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella (50-69 anni) Liguria - PASSI 2008 (n=292)		
Caratteristiche	Donne che hanno effettuato la Mammografia negli ultimi due anni^o % (IC95%)	
Totale	75,8	69,9-81,7
Classi di età		
50- 59	80,1	72,3-87,9
60 -69	71,4	62,6-80,1
Stato civile		
coniugata	78,3	72,3-85,5
non coniugata	66,2	53,8-78,6
Convivenza		
convivente	79,4	72,9-85,9
non convivente	65,1	52,5-77,7
Istruzione		
nessuna/elementare	67,0	53,8-80,1
media inferiore	70,0	58,5-81,4
media superiore	82,7	73,8-91,7
laurea	83,6	70,2-97,0
Difficoltà economiche		
molte	45,9	26,8-65,0
qualche	74,4	64,7-84,1
nessuna	84,3	77,4-91,3
^o in assenza di segni o sintomi		

- 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).
- 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.



**Mammografia negli ultimi 2 anni (%)
Donne di 50-69 anni
Pool PASSI 2008**

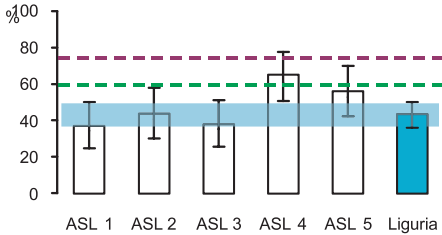


Quante donne hanno effettuato la mammografia nello screening organizzato e quante come prevenzione individuale?

Nelle regioni con programma di screening funzionante al 100%, si può ipotizzare che rientrano nel programma di screening organizzato tutte quelle donne che hanno fatto una mammografia negli ultimi due anni senza pagare, mentre si parla di programma di prevenzione individuale nel caso in cui le donne abbiano effettuato una mammografia negli ultimi due anni pagando il ticket o l'intero costo dell'esame.

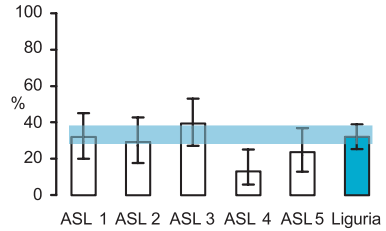
In Liguria lo screening è avviato da anni, ma non funziona a pieno regime (la struttura screening invia la lettera di invito al 34% del target), per cui la rilevazione del costo dell'esame non è un indicatore pienamente attendibile dal momento che una parte delle donne usufruisce della gratuità sancita dalla Legge Finanziaria del 2001, ma non effettua l'esame all'interno del programma di screening; possiamo quindi solo dire che tra le donne intervistate di 50-69 anni, il 44% ha effettuato la mammografia all'interno di un programma di screening organizzato o usufruendo della Legge Finanziaria, mentre il 32% l'ha effettuata come prevenzione individuale.

Donne di 50-69 anni che hanno effettuato la Mammografia all'interno di un programma di screening organizzato o usufruendo della Legge Finanziaria 2001 (%)
Liguria - PASSI 2008



livello accettabilità (60%): - - - livello desiderabilità (75%): - - -

Donne di 50-69 anni che hanno effettuato la Mammografia come prevenzione individuale (%)
Liguria - PASSI 2008

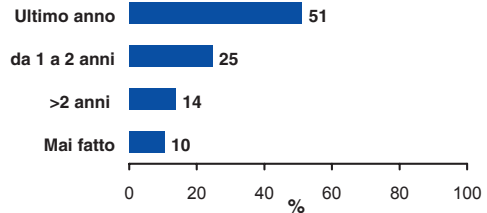


- Nelle 5 Asl della Regione la percentuale di donne che ha effettuato la Mammografia all'interno di un programma di screening organizzato o usufruendo della Finanziaria 2001 è disomogenea e insoddisfacente, considerati i livelli di "desiderabilità" e "accettabilità"; tuttavia si nota una differenza significativa a favore della Asl 4 nei confronti della media ligure e della Asl 1.
- La percentuale di donne che ha effettuato la Mammografia come prevenzione individuale è piuttosto alta in Liguria; si continua ad evidenziare la "buona pratica" della Asl 4 che ha percentuali significativamente minori rispetto alla media ligure e alla Asl 3.

Qual è la periodicità di esecuzione della Mammografia*?

- Il 90% delle donne di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato, almeno una volta in passato, una mammografia preventiva. Fra queste:
 - il 57% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
 - il 28% da uno a due anni prima
 - il 15% più di due anni prima
- Il 10% delle 50-69enni ha riferito di non aver mai eseguito una Mammografia preventiva.

Periodicità di esecuzione della Mammografia
Liguria - PASSI 2008 (n=289)

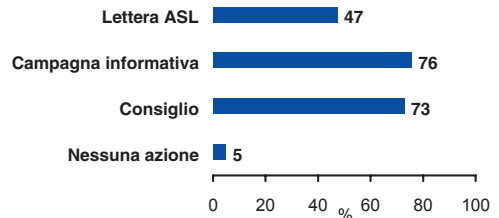


* La campagna di screening prevede la Mammografia ogni 2 anni per le donne nella fascia d'età di 50 -69 anni.

Quale promozione per l'effettuazione della Mammografia?

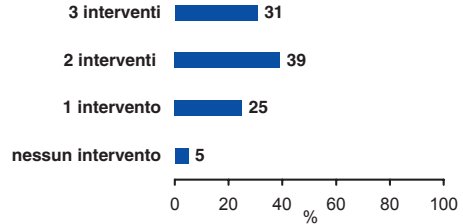
- In Liguria:
 - il 47% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'ASL
 - il 76% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
 - il 73% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di un operatore sanitario di effettuare con periodicità la Mammografia.

Promozione della Mammografia
Liguria - PASSI 2008 (n=292)



- 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 61% della Asl 4 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.

Interventi di Promozione dell'ultima Mammografia
Liguria - PASSI 2008 (n=291)

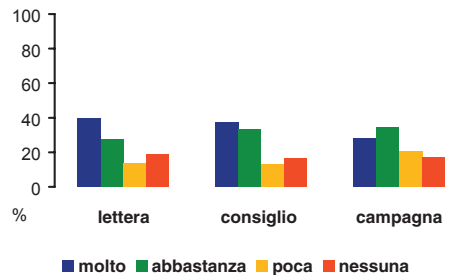


- Il 31% delle donne di 50-69 anni è stato raggiunto da tutti gli interventi di promozione della Mammografia considerati (lettera dell'ASL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il 39% da due interventi ed il 25% da uno solo.
- Il 5% non ha ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati.

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

- Tra le donne che hanno riferito di aver ricevuto la lettera da parte dell'ASL:
 - il 68% ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare la Mammografia (40% molta e 28% abbastanza)
 - il 13% poca influenza
 - il 19% nessuna influenza.
- Tra le ASL regionali la percezione positiva dell'influenza della lettera varia dal 58% della Asl 2 all' 89% della Asl 1.

Percezione dell'influenza degli interventi di promozione della Mammografia
Liguria - PASSI 2008

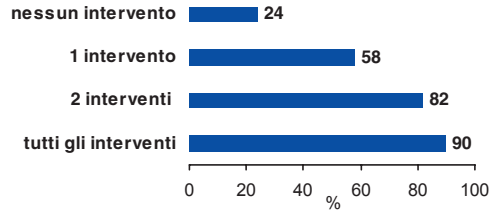


- Tra le donne che hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di un operatore sanitario:
 - il 70% ritiene che questo abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare la Mammografia (37% molta e 33% abbastanza)
 - il 13% poca influenza
 - il 17% nessuna influenza.
- Tra le ASL regionali la percezione positiva dell'influenza del consiglio varia dal 56% della Asl 3 all' 88% delle Asl 1 e 4.
- Tra le donne che hanno riferito di aver visto o sentito una campagna informativa:
 - il 63% ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare la Mammografia (28% molta e 35% abbastanza)
 - il 20% poca influenza
 - il 17% nessuna influenza.
- Tra le ASL regionali la percezione positiva dell'influenza della campagna informativa varia dal 43% della Asl 2 al 93% della Asl 4.
- 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 informativa.

Quale efficacia degli interventi di promozione della Mammografia?

- In Liguria la percentuale di donne di 50-69 anni che ha effettuato la Mammografia negli ultimi due anni è del 24% tra le donne non raggiunte da alcun intervento di promozione; sale al 90% 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.

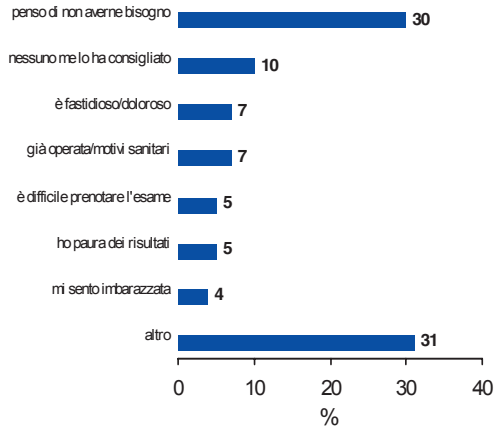
Efficacia degli interventi di promozione sulla effettuazione della Mammografia negli ultimi 2 anni
Liguria - PASSI 2008



Perché non è stata effettuata la Mammografia a scopo preventivo?

- In Liguria il 24% 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 effettuato la Mammografia (10%) o perché l'ha effettuata da oltre due anni (14%).
- 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 30% ritiene infatti di non averne bisogno.

Motivazione della non effettuazione della Mammografia secondo le linee guida
Liguria - PASSI 2008 (n=69)*



* esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo" (4%)

Conclusioni e raccomandazioni

In Liguria la percentuale di donne 50-69enni che ha effettuato una mammografia preventiva negli ultimi due anni è abbastanza elevata (76%). Il risultato non è altrettanto soddisfacente se si considera la percentuale di donne che non ha sostenuto alcun costo (44%). Sotto questo aspetto il valore della Liguria è inferiore a quello del pool delle regioni italiane, tanto più che all'interno di questa percentuale si contano anche le donne che hanno semplicemente usufruito della gratuità dell'esame (Finanziaria 2001), ma non della qualità dello screening organizzato. Reciprocamente in Liguria è alta la percentuale di adesione spontanea (32%, valore superiore a quello del pool delle regioni italiane).

A conferma di questo risulta che in Liguria meno di una donna su due riferisce di aver ricevuto la lettera d'invito, anche se occorre sottolineare che esistono differenze importanti tra le singole Asl, con un range dal 34% della Asl 3 Genovese al 72% della Asl 4 Chiavarese.

Il 57% delle donne che ha effettuato una mammografia l'ha eseguita nel corso dell'ultimo anno, contro un valore atteso, vista la periodicità biennale dell'esame, del 50%. Questo fatto depone per una tendenza a eseguire l'esame più frequentemente di quanto raccomandato.

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

Si rileva una sostanziale corrispondenza tra la percentuale di donne che hanno effettuato l'esame nell'ambito del programma organizzato rilevata dal sistema PASSI e quella ottenuta sulla base dei dati provenienti dai flussi regionali.

Con riferimento al tumore del seno, il profilo di salute della Liguria, come evidenziato anche dal rapporto sullo Stato di Salute dei Liguri (ARS Liguria, 2009), mostra un tasso di incidenza standardizzato di 125/100.000, un tasso di mortalità di 25/100.000 e una sopravvivenza a cinque anni, limitatamente alla città di Genova, pari a 82%.

Se confrontiamo questi dati con i dati corrispondenti di alcune regioni vicine alla nostra, come l'Emilia Romagna e la Toscana, dove peraltro i programmi di screening organizzato sono consolidati da almeno un decennio, rileviamo che:

- In Emilia Romagna, a fronte di un tasso di incidenza standardizzato superiore (166/100.000), si registra un identico tasso di mortalità (25/100.000) e una sopravvivenza a cinque anni superiore (87%, Rapporto PASSI 2008, Regione Emilia Romagna).
- In Toscana, dove il tasso di incidenza standardizzato è paragonabile (129/100.000), si rileva un tasso di mortalità inferiore (20/100.000) e, limitatamente alla città di Firenze, una sopravvivenza a cinque anni superiore (86%).

I dati del profilo di salute, insieme alle criticità emerse nell'organizzazione dello screening in Liguria, soprattutto in alcune Asl, sottolineano la necessità di migliorare la realizzazione degli interventi attraverso alcune azioni mirate, sia nell'area dell'effettuazione e monitoraggio dello screening che in quella della sorveglianza epidemiologica.

Per raggiungere gli obiettivi del Piano Regionale di Prevenzione è indispensabile procedere ad un'analisi capillare e ragionata delle motivazioni che hanno determinato un risultato insoddisfacente soprattutto in alcune Aziende.

Tra queste motivazioni spicca, specie in alcune Asl, l'elevata richiesta di mammografie al di fuori del programma di screening, che contribuisce a prolungare oltre il livello accettabile le liste d'attesa del sistema pubblico senza garantire un adeguato rapporto tra costi, qualità e benefici attesi per la comunità.

Infatti lo sforzo profuso nel soddisfare queste richieste di mammografie contrasta con la possibilità di sostenere un adeguato programma di screening mammografico, che prevede alcuni requisiti di

qualità quali l'adeguatezza delle risorse da impegnare, la definizione dei tempi e delle modalità di attuazione dei singoli processi, nonché il monitoraggio degli indicatori di performance del programma e degli indicatori di performance medico-radiologici. Solo il possesso di questi requisiti garantisce l'efficacia del programma secondo i criteri della Evidence Based Medicine.

Dall'informazione all'azione

Le conclusioni espresse conducono a definire alcune azioni importanti:

- L'approfondimento attraverso le analisi di livello aziendale dei motivi per cui in alcune Asl appare particolarmente critica l'attuazione del programma regionale.
- La costituzione di un sistema integrato di sorveglianza degli screening oncologici che preveda l'utilizzo dei dati provenienti dall'Osservatorio Regionale Screening, dai Registri Regionali Mortalità e Tumori e dalla struttura regionale di coordinamento PASSI.

Bibliografia

- CDC Guide to Community Preventive Service Cancer screening. Disponibile all'indirizzo: <http://www.thecommunityguide.org/cancer/screening/default.htm>.
- Sarkeala et alii. Breast cancer mortality with varying invitational policies in organised mammography. British Journal of Cancer 2008;99,423-427. Disponibile all'indirizzo: <http://www.nature.com/bjc/journal/v98/n3/abs/6604203a.html>.
- Osservatorio Nazionale screening. Disponibile all'indirizzo: <http://www.osservatorionazionale screening.it/>.
- CCM <http://www.ccm-network.it/screening/>.
- ISTAT Tavole Tassi standardizzati per Regione. Disponibile al sito: http://www.istat.it/dati/dataset/20090625_00/
- Tumori.net Tavole per la stima dei dati. Disponibile al sito: http://www.tumori.net/it/banca_dati/query.php
- Paolo Bruzzi, Dipartimento di Epidemiologia e Prevenzione IST – Genova. Presentazione disponibile all'indirizzo: <http://www.asl2.liguria.it/pdf/gastroenterologia/Bruzzi.pdf>
- Piano Sanitario Regionale 2009-2011, Regione Liguria. Disponibile all'indirizzo: http://www.liguriainformasalute.it/sanita/ep/risorse%20comuni/pdf/PSR_definitivo.pdf

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 rettosigmoidoscopia 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.

L'obiettivo per il 2008 prevedeva l'attivazione presso le 5 Asl; nella Asl 3 Genovese, nella quale si trova circa la metà della popolazione bersaglio, è stata prevista l'attuazione in un solo distretto. Ma tale obiettivo non è stato raggiunto in nessuna Asl.

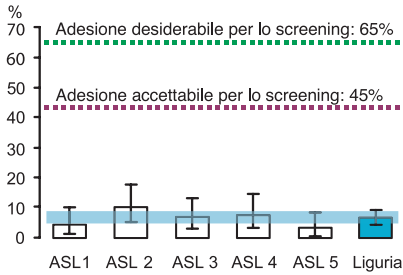
Quante persone hanno eseguito un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali in accordo alle linee guida?

- In Liguria circa il 14% 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).
- La “copertura” così stimata, che rileva la sola frequenza di esecuzione del test, è molto inferiore ai livelli considerati “accettabili” (45%) o “desiderabili” (65%) nell’ambito dell’organizzazione di una campagna di screening, nella quale la copertura rappresenta invece il tasso di risposta a un invito attivo.
- Il 6,6% ha riferito di aver eseguito la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni; la pratica è risultata significativamente più alta nelle persone con titolo di studio più elevato.
- Il 7,7% ha riferito di aver effettuato una colonscopia a scopo preventivo negli ultimi cinque anni; tale pratica è risultata significativamente più elevata nella classe 60-69 anni.

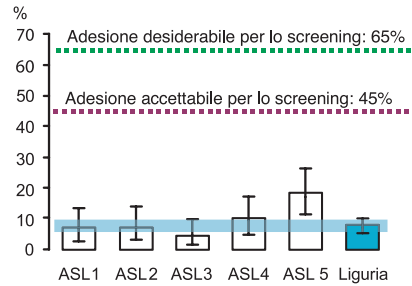
Diagnosi precoce delle neoplasie secondo le Linee Guida Colon-retto (50-69 anni) Liguria - PASSI 2008 (n=568)				
Caratteristiche	Sangue occulto fecale° % (IC95%)		Colonscopia° % (IC95%)	
Totale	6,6	4,1-9,1	7,7	5,4-10,0
Classi di età				
50 - 59	5,7	2,4-9,1	4,1	1,8-6,4
60 - 69	7,5	3,8-11,3	11,5	7,4-15,7
Sesso				
uomini	6,7	3,3-10,1	5,7	3,1-8,3
donne	6,5	2,9-10,2	9,5	5,7-13,2
Istruzione				
nessuna/elementare	2,5	-1,4-6,4	6,5	2,7-10,4
media inferiore	7,8	3,4-12,1	9,0	4,6-13,5
media superiore	7,0	2,7-11,4	7,6	3,4-11,7
laurea	9,8	0,5-19,2	7,2	0-14,4
Difficoltà economiche				
molte	9,0	0-18,0	12,3	3,1-21,6
qualche	4,4	1,5-7,4	6,7	3,2-10,1
nessuna	7,6	3,8-11,4	7,5	4,2-10,8
° in assenza di segni o sintomi				

- Nel confronto fra le 5 ASL regionali, la percentuale di persone di 50-69 anni che ha riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto negli ultimi 2 anni è risultata significativamente più bassa nelle Asl 1 e 5 (range dal 3% della Asl 5 al 10% della Asl 2).
- 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.

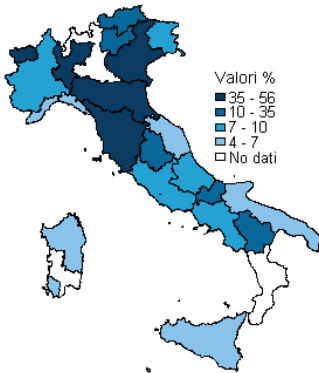
Persone di 50-69 anni che hanno eseguito almeno una ricerca di Sangue occulto negli ultimi 2 anni (%)
Liguria - PASSI 2008



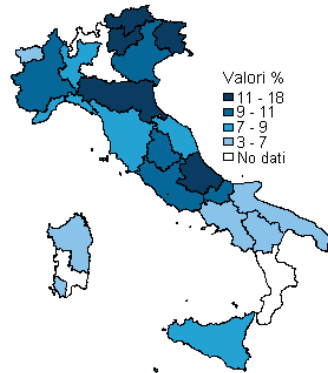
Persone di 50-69 anni che hanno eseguito almeno una Colonscopia negli ultimi 5 anni (%)
Liguria - PASSI 2008



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



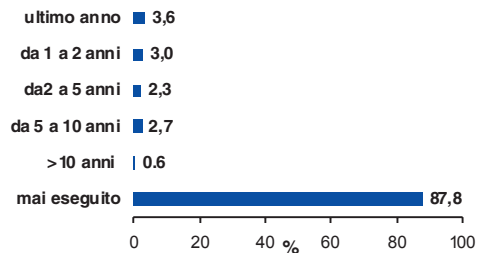
Persone di 50-69 anni che hanno eseguito almeno una Colonscopia negli ultimi 5 anni (%)
Pool PASSI 2008



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

- 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.
- In Liguria però quasi 9 intervistati su 10 hanno riferito di non averlo mai eseguito.

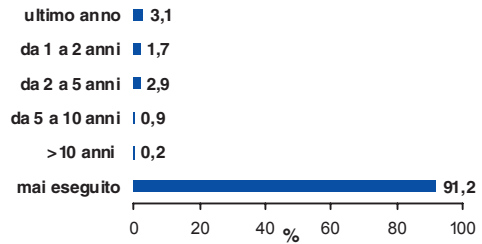
Sangue occulto e periodicità
Liguria - PASSI 2008 (n=554)



Colonscopia e periodicità

Liguria - PASSI 2008 (n=560)

- Il 91% ha riferito di non aver mai eseguito una colonscopia a scopo preventivo.



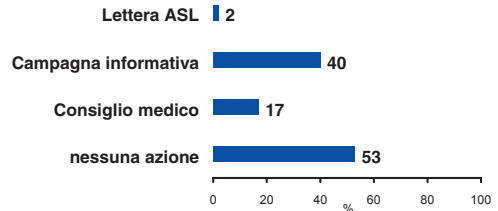
Quale promozione per l'effettuazione degli screening per la diagnosi precoce dei tumori coloretali?

In Liguria:

- Pochi intervistati (2%) riferiscono di aver ricevuto una lettera di invito; in quei pochi il ricordo può essere dovuto ad una sperimentazione condotta dall'Istituto Tumori in Asl 3 Genovese nel periodo 2005-2007 o a piccole iniziative locali
- il 40% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
- il 17% ricorda di aver ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario ad effettuare con periodicità lo screening coloretale.

Promozione dello screening coloretale

Liguria - PASSI 2008 (n=568)



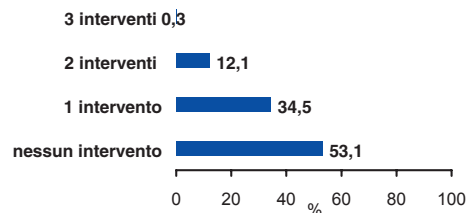
Fra le ASL della regione non si rilevano differenze significative nel ricevere la lettera e il consiglio dell'operatore sanitario; la percentuale di soggetti che ha visto o sentito una campagna informativa è significativamente maggiore in Asl 5.

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.

- In Liguria 3 intervistati su 10 ricordano di aver ricevuto un intervento di promozione dello screening colo rettale, 1 su 10 ne ricorda due. La maggior parte però (53%) non ricorda di aver ricevuto alcun intervento.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, i valori sono rispettivamente del 5,4%, 31,7%, 64,7% e 79,2%.

Interventi di promozione dell'ultimo screening coloretale

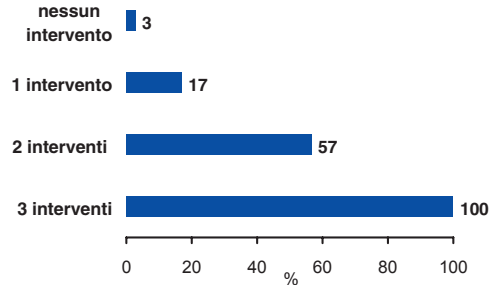
Liguria - PASSI 2008 (n=568)



Quale efficacia degli interventi di promozione dello screening coloretale?

- In Liguria la percentuale di persone di 50-69 che ha effettuato l'esame per lo screening coloretale nei tempi raccomandati è del 3% tra le persone non raggiunte da alcun intervento di promozione; sale al 57% tra le persone raggiunte da due interventi di promozione; solo 2 persone hanno ricevuto tutti e tre gli interventi
- 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).
- Come per lo screening mammografico e per il Pap-test, anche per lo screening coloretale gli interventi di promozione, specie se associati, confermano la loro efficacia.

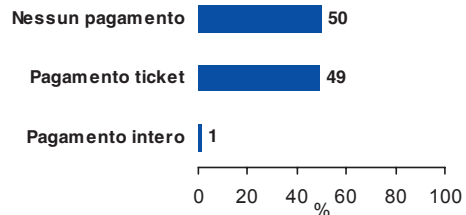
Efficacia degli interventi di promozione (%) in relazione al numero degli interventi ricevuti
Liguria - PASSI 2008 (n=87)



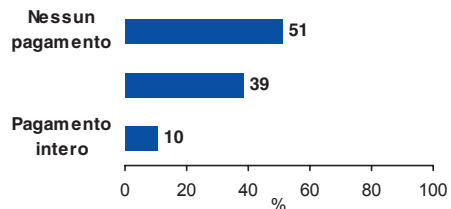
Ha avuto un costo l'ultimo esame effettuato?

- Fra le Asl della regione non si sono rilevate differenze statisticamente significative per le tre modalità di pagamento, sia per la ricerca del sangue occulto che per la colonscopia.
- 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

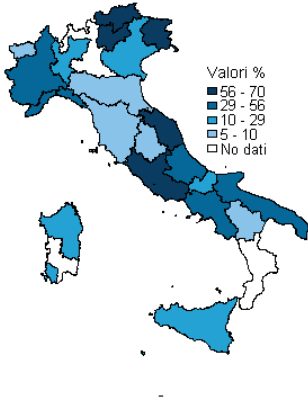
Costi della ricerca di Sangue occulto
Liguria - PASSI 2008 (n=34)



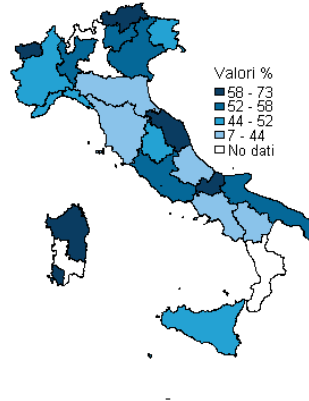
Costi della Colonscopia
Liguria - PASSI 2008 (n=51)



Persone di 50-69 anni che hanno riferito di aver pagato per la ricerca di Sangue occulto (%)
Pool PASSI 2008



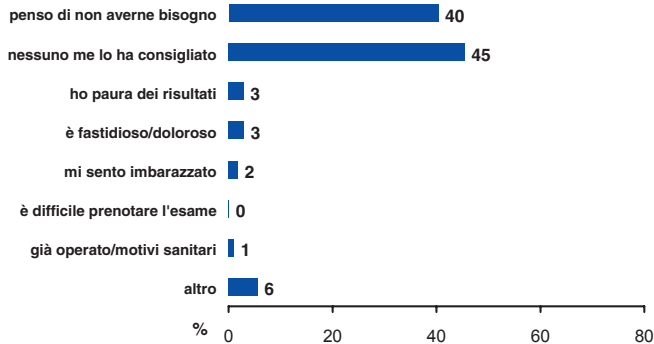
Persone di 50-69 anni che hanno riferito di aver pagato per la Colonscopia preventiva (%)
Pool PASSI 2008



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

Motivazione della non effettuazione dello screening del colon-retto

Liguria - PASSI 2008 (n=417)



* esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo" (3,3%)

In Liguria l'86% delle persone di 50-69 anni non è risultato coperto per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore coloretale, 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 mancanza di precise indicazioni da parte del sistema pubblico e una non corretta percezione del rischio sembrano giocare il ruolo principale: il 40% ritiene infatti di non averne bisogno.

Conclusioni e raccomandazioni

Nel corso del 2008 non si sono rilevate significative differenze rispetto a quanto evidenziato nel 2007: in sostanza nessuna delle 5 Asl è riuscita ad attivare il programma regionale.

Infatti la gran parte della popolazione ligure 50-69enne (86%) non ha effettuato alcun esame per la diagnosi precoce dei tumori del colon-retto, e risulta pertanto priva di copertura rispetto a un presidio di dimostrata efficacia.

Sebbene in un contesto di screening non ancora avviato, le campagne informative e il consiglio degli operatori sanitari cominciano a raggiungere una parte della popolazione. Si evidenzia come la combinazione di più interventi di promozione dei test sia associata a una maggior adesione alle raccomandazioni.

Pur nei limiti delle incertezze comunicate dagli studi di letteratura sull'analisi di efficacia dello screening del tumore del colon-retto, considerando che:

- allo stato attuale in Liguria si verificano annualmente 500 decessi per tumore del colon-retto
- l'efficacia teorica dello screening condotto mediante ricerca di sangue occulto misurata in termini di riduzione della mortalità dal 47% (adesione allo screening 100%) al 23% (adesione allo screening 50%)
- la popolazione target della nostra regione è costituita da 440.000 persone

si può stimare che inviando la lettera di invito al 100% della popolazione target e ipotizzando un'adesione pari al 50%, si potrebbero evitare in Liguria, in una prospettiva di medio termine, circa 120 decessi all'anno.

Dall'informazione all'azione

Rispetto alla situazione descritta nel 2008, si sono verificate alcune variazioni nel corso del 2009:

- la ASL4 ha attivato un programma di screening che dovrebbe portare alla copertura dell'intera popolazione in 3-4 anni, in ragione della risposta della popolazione che nel 2009 è stata pari al 40%, e delle risorse endoscopiche che sono ancora insufficienti rispetto al fabbisogno generato dallo screening;
- la ASL5 ha iniziato l'attività nel dicembre 2009;
- la programmazione in corso prevede l'attivazione, seppure parcellare, nelle restanti tre ASL

Le ulteriori azioni previste a livello regionale sono:

- iniziative rivolte a gruppi ad elevato rischio, quali i familiari di persone a cui è stata fatta diagnosi di carcinoma colo-rettale;
- costituzione di un sistema integrato di sorveglianza degli screening oncologici che preveda l'utilizzo dei dati provenienti dall'Osservatorio Regionale Screening, dai Registri Regionali Mortalità e Tumori e dalla struttura regionale di coordinamento PASSI;
- collegamento del programma di prevenzione secondaria del tumore del colon-retto con gli altri programmi di promozione di sani stili di vita nel quadro di Guadagnare Salute, con particolare riferimento all'alimentazione corretta e all'incremento del consumo di frutta e verdura.

Bibliografia

- ISTAT Tavole Tassi standardizzati per Regione. Disponibile al sito: http://www.istat.it/dati/dataset/20090625_00/
- Tumori.net Tavole per la stima dei dati. Disponibile al sito: http://www.tumori.net/it/banca_dati/query.php
- Paolo Bruzzi, Dipartimento di Epidemiologia e Prevenzione IST – Genova. Presentazione disponibile all'indirizzo: <http://www.asl2.liguria.it/pdf/gastroenterologia/Bruzzi.pdf>
- Piano Sanitario Regionale 2009-2011, Regione Liguria. Disponibile all'indirizzo: http://www.liguriainformasalute.it/sanita/ep/risorse%20comuni/pdf/PSR_definitivo.pdf
- Osservatorio Nazionale screening. Disponibile all'indirizzo: <http://www.osservatorionazionale screening.it/>
- La valutazione economica di un programma sanitario di screening al colon-retto. E. Bracci, E. Pizzo, 2007 Disponibile all'indirizzo: <http://www.aiesweb.it/convegni/co0008/media/pdf/papers/V1a.pdf>

Vaccinazione antinfluenzale

L'influenza costituisce un rilevante problema di sanità pubblica in particolare per le possibili gravi complicanze nei soggetti a rischio (anziani e portatori di alcune patologie croniche). L'influenza è inoltre frequente motivo di consultazione medica e di ricovero ospedaliero ed è la principale causa di assenza dalla scuola e dal lavoro, con forti ripercussioni sanitarie ed economiche sia sul singolo individuo sia sulla collettività.

Nei paesi industrializzati si stima che la mortalità da influenza rappresenti la 3° causa di morte per malattie infettive, dopo AIDS e tubercolosi.

La vaccinazione antinfluenzale nei gruppi a rischio è un'attività di prevenzione di provata efficacia mirata a rallentare la diffusione del virus nella comunità (prevenzione collettiva) e a prevenire le complicanze (protezione individuale), così da ridurre diffusione, gravità e letalità delle epidemie stagionali.

La vaccinazione contro l'influenza è stata 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.

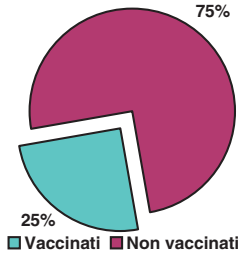
Quante persone si sono vaccinate per l'influenza durante l'ultima campagna antinfluenzale?

- In Liguria il 14% delle persone intervistate di età 18-64 anni ha riferito di essersi vaccinato durante la campagna antinfluenzale 2007-2008.
- Nelle persone di 18-64 anni portatrici di almeno una patologia cronica, la percentuale sale al 25%, valore ancora inferiore a quello raccomandato (75%).
- La percentuale di persone di 18-64 anni vaccinate per l'influenza è risultata significativamente più elevata:
 - nelle fasce 35- 49 anni (15%) e 50-64 anni (19%) vs 18-34 anni
 - nelle persone con almeno una patologia cronica (25%).
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica (regressione logistica) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, si confermano le significatività precedenti.
- 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%.

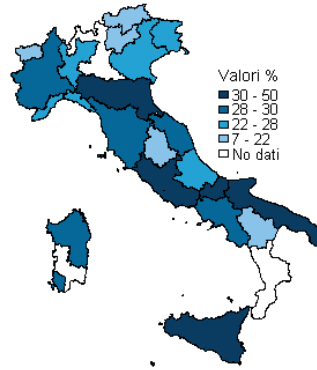
Vaccinazione antinfluenzale (18-64 anni) Regione Liguria - PASSI 2008 (n=496)		
Caratteristiche	Vaccinati	
	%	(IC95%)
Totale	13,6	10,0-17,2
Classi di età		
18-34	5,5	1,1-10,0
35-49	15,5	9,4-21,6
50-64	19,2	11,6-26,7
Sesso		
uomini	12,9	7,9-17,9
donne	14,3	9,1-19,5
Istruzione		
bassa	11,7	6,6-16,8
alta	14,6	9,8-19,4
Difficoltà economiche		
sì	12,4	7,7-17,2
no	14,6	9,4-19,7
Patologie severe[§]		
almeno una	25,2	13,9-36,5
assente	11,5	7,8-15,3

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

Vaccinazione antinfluenzale 2007/08 in persone di 18-64 anni con almeno una patologia cronica
Liguria - PASSI 2008 (n=77)

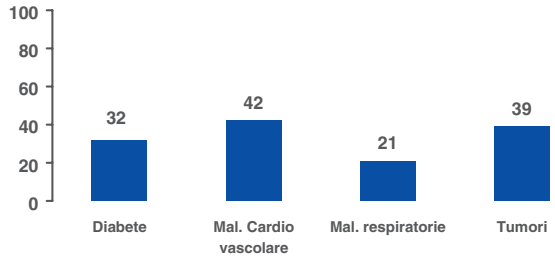


Vaccinazione antinfluenzale 2006-07 in persone di 18-64 anni con almeno una patologia cronica
Pool PASSI 2008

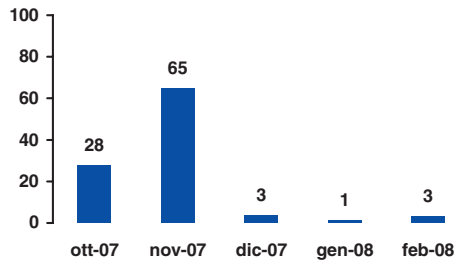


- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la copertura vaccinale è risultata diversa in base al tipo di patologia diagnosticata:
 - basse coperture tra gli ammalati di tumore (27%) e di patologie respiratorie croniche (29%)
 - poco più elevati i valori tra le persone affette da insufficienza renale (30%), malattie cardiovascolari (41%) e diabete (42%).
- Nel confronto fra i dati nazionali e quelli liguri si rileva qualche differenza a seconda delle diverse patologie, evidenziate nel grafico a destra; per quanto riguarda l'insufficienza renale, il numero ridotto della sottopopolazione campionata non ha concesso l'analisi del dato.
- In accordo con i tempi della campagna vaccinale antinfluenzale 2007-2008, i liguri hanno dichiarato di esser stati vaccinati prevalentemente nei mesi di ottobre (28%) e di novembre (65%).

Copertura vaccinale in persone (18-64 anni) per patologia cronica (%)
Liguria - Passi 2008 (n=77)



Persone di 18-64 anni vaccinate per l'influenza per mese(%)
Liguria - Passi 2008 (n=65)



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.

Bibliografia

- Eurosurveillance. Disponibile all'indirizzo: <http://www.eurosurveillance.org/>
- ISS "Influnet". Disponibile all'indirizzo: <http://www.iss.it/ifu/>

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 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.

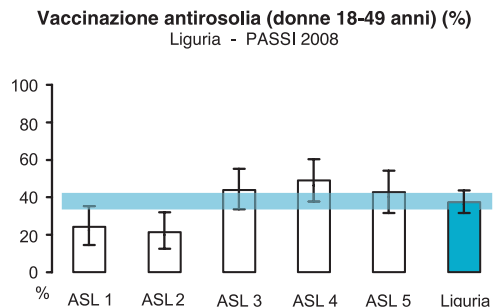
La strategia che si è mostrata più efficace a livello internazionale consiste nel vaccinare tutti i bambini nel 2° anno di età e nell'individuare (attraverso un semplice esame del sangue detto rubeotest) le donne in età fertile ancora suscettibili d'infezione per somministrare loro il vaccino antirosolia.

Quante donne sono vaccinate per la rosolia?

- In Liguria il 37% 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%)
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica (*regressione logistica*) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, si mantiene la significatività nella fascia d'età 18-24 anni verso le altre due classi.

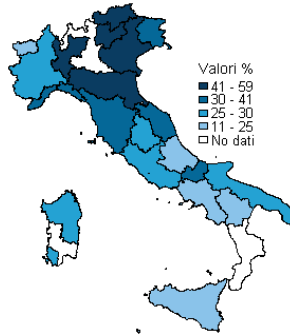
Vaccinazione antirosolia (donne 18-49 anni) Liguria PASSI 2008 (n=405)		
Caratteristiche	Vaccinate	
	%	(IC95%)
Totale	37,2	31,7-42,7
Classi di età		
18-24	60,1	45,1-75,0
25-34	35,2	25,0-45,4
35-49	32,9	25,7-40,1
Istruzione		
Bassa	36,5	26,1-47,0
Alta	37,5	30,9-44,0
Difficoltà Economiche		
molte	40,9	21,2-60,5
alcune	37,1	28,4-45,8
nessuna	36,5	28,7-44,3

- Tra le ASL regionali, la Asl 2 ha mostrato una percentuale di donne vaccinate significativamente 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) (%)

Pool PASSI 2008

**Quante donne sono immuni e quante suscettibili alla rosolia?**

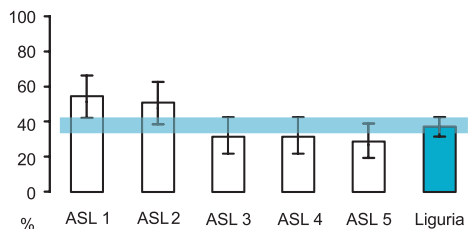
- In Liguria il 63% delle donne di 18-49 anni è risultato immune alla rosolia in quanto:
 - ha effettuato la vaccinazione (37,2%)
 - ha una copertura naturale da pregressa infezione rilevata dal rubeotest positivo (25,4%).
- Il 4% è risultato suscettibile in quanto:
 - non ha effettuato la vaccinazione
 - ha riferito un rubeotest negativo.
- Nel rimanente 33% lo stato immunitario delle donne nei confronti della rosolia non è conosciuto.

Stato immunitario (donne 18-49 anni) Liguria - PASSI 2008 (n=405)		
Caratteristiche	%	IC95%
Immuni	62,6	57,2-68,0
Vaccinate	37,2	31,7-42,7
Non vaccinate con rubeotest positivo	25,4	20,5-30,3
Suscettibili/stato sconosciuto	37,4	32,0-42,87
Non vaccinate; rubeotest negativo	3,9	1,9-5,9
Non vaccinate; rubeotest effettuato ma risultato sconosciuto	1,2	-0,1-2,5
Non vaccinate; rubeotest non effettuato/non so se effettuato	32,3	27,1-37,5

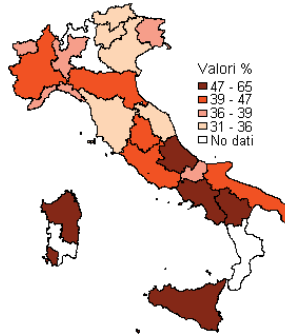
- Tra le ASL regionali, la Asl 5 ha mostrato la più bassa percentuale di donne stimate suscettibili alla rosolia (range dal 28% della Asl 5 al 54,2 della Asl 1), distinguendosi in maniera significativa dalla Asl 1, ma non dalla media regionale
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale stimata di donne suscettibili all'infezione o con stato immunitario sconosciuto è pari al 43,8%

Suscettibilità alla Rosolia (donne 18-49 anni) (%)

Liguria - PASSI 2008



Donne 18-49 anni suscettibili la Rosolia
Pool 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.

Bibliografia

- WHO. Strengthening national immunization systems through measles and rubella elimination and prevention of congenital rubella infection in WHO's European Region 2005.
- WHO Rubella. Disponibile all'indirizzo: <http://www.who.int/immunization/topics/rubella/en/index.html>.
- Piano Nazionale di Eliminazione del morbillo e della rosolia congenita, 2003. Disponibile all'indirizzo: www.ccm-network.it



appendice

metodi
monitoraggio
utilizzo della pesatura

APPENDICE

Metodi

Tipo di studio

PASSI è un sistema di sorveglianza locale, con valenza regionale e nazionale. La raccolta dati avviene a livello di ASL tramite somministrazione telefonica di un questionario standardizzato e validato a livello nazionale ed internazionale.

Le scelte metodologiche sono conseguenti a questa impostazione e per tanto possono differire dai criteri applicabili in studi che hanno obiettivi prevalentemente di ricerca.

Popolazione di studio

La popolazione di studio è costituita dalle persone di 18-69 anni iscritte nelle liste delle anagrafi sanitarie delle 5 Aziende Sanitarie Locali della Regione Liguria, aggiornate al 31.12.2007 (1.058.235 persone fra i 18 e i 69 anni, su una popolazione ligure complessiva di 1.613.516).

- Criteri di inclusione: residenza nel territorio di competenza della regione e disponibilità di un recapito telefonico.
- Criteri di esclusione: non conoscenza della lingua italiana, impossibilità a sostenere un'intervista (ad esempio, per gravi disabilità), ricovero ospedaliero o istituzionalizzazione durante il periodo dell'indagine, domicilio stabile al di fuori della Asl di residenza.

Strategie di campionamento

Le persone da intervistare vengono selezionate in maniera casuale, estraendo dalle liste delle anagrafi sanitarie delle ASL un campione mensile stratificato proporzionale per sesso e classi d'età.

La dimensione minima del campione mensile prevista per le ASL è di 25 unità; per la ASL 3 Genovese, a partire da terzo trimestre 2008, la numerosità campionaria è stata portata a 30.

A **livello nazionale** tutte le Regioni hanno aderito al sistema di sorveglianza PASSI: nel 2008 sono state effettuate 37.560 interviste telefoniche.



Il dato di riferimento nazionale è al "Pool PASSI" formato dal territorio coperto in maniera sufficiente dal sistema di sorveglianza per numerosità e rappresentatività dei campioni.

Per questo motivo nel pool PASSI 2008:

- è esclusa la Calabria
- Sardegna e Lombardia partecipano con parte delle ASL
- In altre Regioni sono state escluse alcune singole ASL

A **livello regionale** sono state intervistate 1.381 persone di 18-69 anni.

Il campione complessivo è risultato così composto:

ASL	Intervistati di 18-69 anni
Asl 1 Imperiese	270
Asl 2 Savonese	263
Asl 3 Genovese	296
Asl 4 Chiavarese	277
Asl 5 Spezzino	275
Totale regionale	1381*

* sono comprese 5 interviste che sono poi state escluse dall'analisi perché risultate in seguito non eleggibili

Interviste

I cittadini selezionati, così come i loro Medici di Medicina Generale, sono stati preventivamente avvisati tramite una lettera personale informativa spedita dall'ASL di appartenenza.

I dati raccolti sono quelli autoriferiti dalle persone intervistate, senza l'effettuazione di misurazioni dirette da parte di operatori sanitari.

Le interviste alla popolazione in studio sono state condotte dal personale dei Dipartimenti di Sanità Pubblica e, limitatamente alla ASL 3 Genovese, anche da personale del Dipartimento delle Cure Primarie e delle Attività Distrettuali durante tutto l'anno 2008, con cadenza mensile; luglio e agosto sono stati considerati come un'unica mensilità. L'intervista telefonica è durata in media 24 minuti.

La somministrazione del questionario è stata preceduta dalla formazione degli intervistatori che ha avuto per oggetto le modalità del contatto e il rispetto della privacy delle persone, il metodo dell'intervista telefonica e la somministrazione del questionario telefonico con l'ausilio di linee guida appositamente elaborate. Inoltre ogni anno vengono condotti, a livello regionale, aggiornamenti formativi per tutto il personale, intervistatori e coordinatori aziendali.

La raccolta dei dati è avvenuta prevalentemente tramite questionario cartaceo: solo il 18% delle interviste risulta effettuata col metodo CATI (Computer Assisted Telephone Interview), a causa delle scarse risorse dedicate disponibili. La qualità dei dati è stata assicurata da un sistema automatico di controllo al momento del caricamento e da una successiva fase di analisi ad hoc con conseguente correzione delle anomalie riscontrate.

La raccolta dati è stata costantemente monitorata a livello locale, regionale e centrale attraverso opportuni schemi ed indicatori implementati nel sistema di raccolta centralizzato via web (www.passidati.it), riservato agli operatori del Sistema di Sorveglianza).

Analisi delle informazioni

L'analisi dei dati raccolti è stata effettuata utilizzando il software EPI Info 3.5.

Per agevolare la comprensione del presente rapporto i risultati sono stati espressi in massima parte sotto forma di percentuali e proporzioni, riportando le stime puntuali con gli intervalli di confidenza al 95% solo per la variabile principale.

Per garantire idonea rappresentatività, in ciascuna Regione sono stati aggregati i dati delle singole ASL, opportunamente pesati. Le analisi hanno tenuto conto della complessità del campione e del sistema di pesatura adottato.

Per analizzare l'effetto di ogni singolo fattore sulla variabile di interesse, in presenza di tutti gli altri principali determinanti (età, sesso, livello di istruzione, ecc.), sono state effettuate analisi mediante regressione logistica, utilizzando un'opportuna pesatura, mentre nel testo, per brevità, compare solo una sintesi.

In alcuni casi vengono mostrati dei grafici per confrontare il dato regionale con quelli delle 5 ASL introducendo anche i rispettivi intervalli di confidenza (IC) per la variabile considerata. La fascia colorata di azzurro presente nei grafici esprime l'Intervallo di Confidenza al 95% della variabile di interesse a livello regionale preso come riferimento per il confronto.

Per gli indicatori di principale interesse di ciascuna sezione, sono inoltre mostrati i valori relativi all'insieme delle ASL partecipanti al sistema PASSI nel 2008 ("pool PASSI"), anche questi pesati secondo la stessa metodologia utilizzata per ottenere i risultati regionali.

Etica e privacy

Le operazioni previste dalla sorveglianza PASSI in cui sono trattati dati personali sono effettuate nel rispetto della normativa sulla privacy. (Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 - Codice in materia di protezione dei dati personali).

È stata chiesta una valutazione sul sistema PASSI da parte del Comitato Etico dell'Istituto Superiore di Sanità che ha formulato un parere favorevole sotto il profilo etico.

La partecipazione all'indagine è libera e volontaria.

Le persone selezionate per l'intervista sono informate per lettera sugli obiettivi e sulle modalità di realizzazione dell'indagine, nonché sugli accorgimenti adottati per garantire la riservatezza delle informazioni raccolte e possono rifiutare preventivamente l'intervista, contattando il Coordinatore Aziendale.

Ogni intervistatrice, che ha ricevuto una formazione specifica sulle corrette procedure da seguire nel trattamento dei dati personali, immediatamente prima di iniziare l'intervista spiega nuovamente gli obiettivi e i metodi dell'indagine, i vantaggi e gli svantaggi per l'intervistato e le misure adottate a tutela della privacy. Le persone contattate possono rifiutare l'intervista o interromperla in qualunque momento.

La raccolta dei dati avviene con supporto informatico o con questionario cartaceo e successivo inserimento.

Gli elenchi delle persone da intervistare e i questionari compilati, contenenti il nome degli intervistati, sono temporaneamente custoditi in archivi sicuri, sotto la responsabilità del coordinatore aziendale dell'indagine. Per i supporti informatici utilizzati (computer, dischi portatili, ecc.) sono adottati adeguati meccanismi di sicurezza e di protezione, per impedire l'accesso ai dati da parte di persone non autorizzate.

Le interviste vengono trasferite, in forma anonima, in un archivio nazionale, via internet, tramite collegamento protetto. Gli elementi identificativi presenti a livello locale, su supporto sia cartaceo sia informatico, sono successivamente distrutti, per cui è impossibile risalire all'identità degli intervistati.

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
Asl 4 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).

Il tasso grezzo di risposta sulla popolazione indagata è così espresso:

$$RR1 = \frac{n^{\circ} \text{ interviste}}{n^{\circ} \text{ interviste} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili}} * 100$$

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, così indicato:

$$\frac{\text{non reperibili} + \text{rifiuti}}{n^{\circ} \text{ interviste} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili}} * 100$$

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:

$$REF1 = \frac{n^{\circ} \text{ rifiuti}}{n^{\circ} \text{ interviste} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili}} * 100$$

Nel caso in cui il tasso dovesse risultare troppo alto viene raccomandato di verificare:

- la percentuale di lettere ricevute (se è bassa si può tentare di 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:

$$\frac{\text{non reperibili}}{n^{\circ} \text{ interviste} + \text{rifiuti} + \text{non reperibili}} * 100$$

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 differenze tra uomini e donne e/o tra classi di età diverse.

- Tasso di eleggibilità "e"

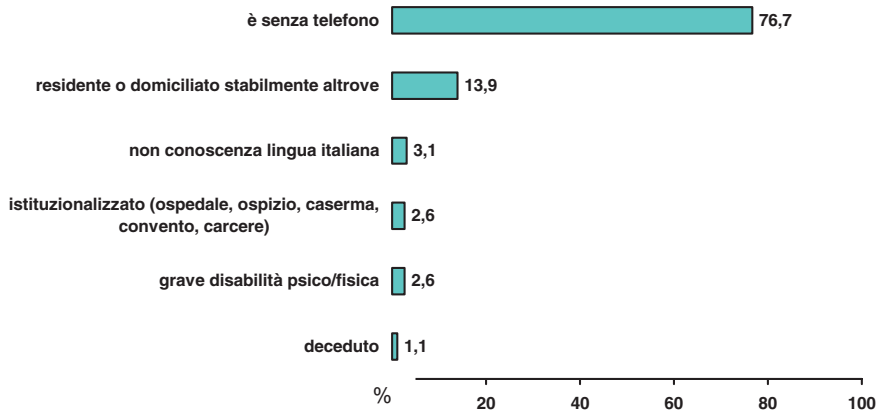
Questo indicatore misura la proporzione di persone eleggibili contattate sul totale delle persone di cui si ha un'informazione certa circa la condizione di eleggibilità. Per stimare gli eleggibili tra le persone che risultano "non reperibili" o "senza telefono rintracciabile" si moltiplica per "e" il numero di individui classificati in queste due categorie. Queste stime sono importanti per il calcolo di indicatori più complessi:

$$e = \frac{n^{\circ} \text{interviste} + \text{rifiuti}}{n^{\circ} \text{int.} + \text{rif.} + \text{residenti altrove} + \text{istituz.} + \text{deceduti} + \text{non conoscenza italiano}} * 100$$

- Distribuzione percentuale dei motivi di non eleggibilità

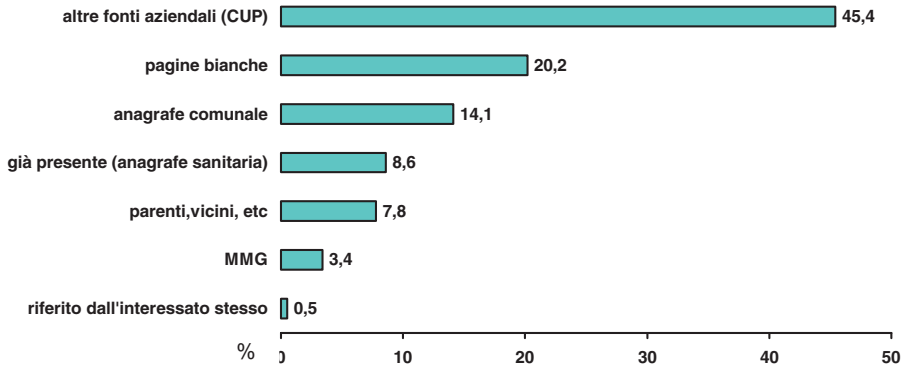
E' la distribuzione percentuale dei motivi che hanno portato alla esclusione dal campione di persone inizialmente campionate. In questo caso il rimpiazzo del non eleggibile non viene considerato una sostituzione vera e propria.

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", cioè 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 e la presenza di altri motivi di esclusione.



- Modalità di reperimento del numero telefonico

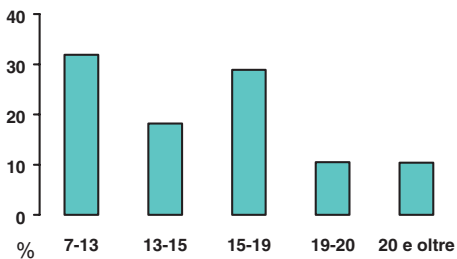
Questo indicatore riflette il lavoro associato al reperimento del numero di telefono. Assume una particolare importanza in caso di un'alta percentuale di "senza telefono rintracciabile". L'indicatore può variare molto da realtà a realtà per cui eventuali azioni correttive vanno contestualizzate alla situazione locale.



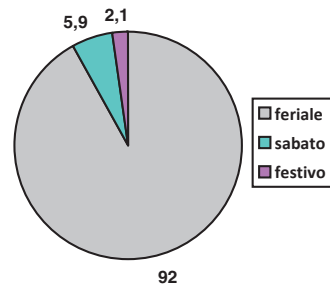
- Distribuzione delle interviste per orari/giorni

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.

Distribuzione oraria



Distribuzione settimanale



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 ${}_i P_k$ (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:

$${}_i \text{Peso1}_k = \frac{{}_i P_k}{{}_i \hat{P}_k}$$

$${}_i \hat{P}_k = \frac{\text{pop_strato}_k\text{-ASL}_i}{\text{pop_strato}_k\text{-Reg}}$$

e

$${}_i \hat{P}_k = \frac{\text{numero_int_strato}_k\text{-ASL}_i}{\text{numero_int_strato}_k\text{-Reg}}$$

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 :

$${}_i \text{Peso2}_k = \frac{\text{pop_strato}_k\text{-ASL}_i}{\text{numero_int_strato}_k\text{-ASL}_i}$$

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.

