



Sistema di Sorveglianza PASSI

Rapporto regionale
Liguria

Rischio cardiocerebrovascolare
dati 2012-2015

Iperensione

Ipercolesterolemia

Calcolo del rischio cardiovascolare

Diabete

Consapevolezza dei segni e sintomi dell'ictus



Rapporto a cura di:

Rosamaria Cecconi, Raffaella Castiglia, Francesca Zangrillo*, Patrizia Crisci, Claudio Culotta

Asl 3 Genovese - Dipartimento di Prevenzione, Struttura complessa Igiene e Sanità Pubblica, Struttura Semplice Epidemiologia e Stili di Vita

*Università degli Studi di Genova - Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina preventiva

Con la collaborazione del Gruppo Tecnico Regionale del Sistema di sorveglianza PASSI

Referente regionale	Roberto Carloni	A.Li.Sa, Area Epidemiologia e Prevenzione
Coordinatore regionale	Claudio Culotta	ASL 3 Genovese, Dipartimento di Prevenzione, Epidemiologia
Coordinatori Aziendali		
ASL 1 Imperiese	Marco Picasso	Dipartimento di Prevenzione
ASL 2 Savonese	AllaYakubovich	Dipartimento di Prevenzione, Igiene e Sanità Pubblica
ASL 3 Genovese	Rosamaria Cecconi	Dipartimento di Prevenzione, Epidemiologia
ASL 4 Chiavarese	Giordana Brignole	Dipartimento di Prevenzione, Igiene e Sanità Pubblica
ASL 5 Spezzino	Roberta Baldi	Dipartimento di Prevenzione, Epidemiologia

Si ringraziano:

- Liguria Digitale – Anagrafe Sanitaria Regionale: Anna Bertagnin, Franco Mignone e Corrado Ruffa
- i Medici di Medicina Generale per la preziosa collaborazione fornita
- il Gruppo Tecnico Nazionale del Sistema di sorveglianza PASSI per il continuo supporto
- il Gruppo Tecnico Regionale del Sistema di sorveglianza PASSI

Un ringraziamento a tutti i cittadini che hanno risposto all'indagine.

Grazie a loro è stato possibile conoscere da vicino le esigenze della popolazione adulta all'interno della nostra ASL.

Si ringraziano anche tutte le persone che hanno fornito aiuto e supporto durante le interviste

PASSI (Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia) è un sistema di sorveglianza della popolazione adulta. L'obiettivo è stimare la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute, legati ai comportamenti individuali, oltre alla diffusione delle misure di prevenzione. Tutte le 21 Regioni o Province Autonome hanno aderito al progetto. Un campione di residenti di età compresa tra 18 e 69 anni viene estratto con metodo casuale semplice, stratificato per sesso e classi di età, dagli elenchi delle anagrafi sanitarie. Personale delle Asl, specificamente formato, effettua interviste telefoniche (circa 30 al mese nella nostra Asl) con un questionario standardizzato. I dati vengono poi trasmessi in forma anonima via internet e registrati in un archivio unico nazionale. A ottobre 2016 sono state caricate complessivamente oltre 340mila interviste.

Per maggiori informazioni, visita il sito www.epicentro.iss.it/passi

Indice

Sintesi dei risultati	4
Tabella degli indicatori di salute	5
Caratteristiche socio-anagrafiche	6
Tabella riassuntiva delle caratteristiche socio-anagrafiche	8
Rischio cardiocerebrovascolare	9
ipertensione	11
ipercolesterolemia	13
calcolo del rischio cardiovascolare	15
diabete	17
ictus	21
consapevolezza dei segni e sintomi dell'ictus	27
Note Metodologiche	30

Sintesi dei risultati regionali – Sistema di sorveglianza Passi

Nel riquadro della pagina successiva, denominato “Indicatori e proxy di salute”, sono rappresentati i principali valori dei determinanti (stili di vita, abitudini e comportamenti individuali) che possono costituire fattori di rischio o di protezione per la salute.

I risultati vengono presentati con l’ottica del **confronto con un valore standard**, strumento fondamentale per evitare l’autoreferenzialità e, nello stesso tempo, punto di partenza per la pianificazione degli interventi più utili nel contesto di riferimento, cioè la Regione Liguria.

Il confronto con l’esterno offre una visione d’impatto molto chiara, essendo stato realizzato con la tecnica del semaforo, dove la colonna “Italia” non colorata, è il valore standard, cioè rappresenta il valore col quale la Liguria si confronta.

La colonna “Liguria” riporta il dato medio della Regione, in un riquadro colorato in verde, rosa o rosso a seconda che il valore dell’indicatore sia rispettivamente migliore, peggiore o non differente rispetto al valore medio italiano.

La significatività delle differenze si evince dal confronto fra gli intervalli di confidenza del valore medio italiano e quelli del valore regionale. Se non vi è sovrapposizione di valori, la differenza (in meglio o in peggio che sia) è statisticamente significativa, mentre in caso di sovrapposizione non lo è.

Attenzione: non basta, per il territorio di riferimento, nel nostro caso Regione Liguria, avere un valore verde per poter affermare che l’aspetto indicato NON sia un problema di salute pubblica.

Ad esempio la prevalenza, nella regione, di persone fisicamente attive è “verde”: questo non indica un buon dato (teoricamente tutte le persone dovrebbero essere fisicamente attive), indica solo un valore migliore rispetto alla media nazionale.

Tabella indicatori di salute

Sistema di sorveglianza Passi
Popolazione adulta: 18-69 anni

Benchmarking: dato nazionale

Migliore



Simile



Peggioro



INDICATORE	ITALIA 2012-2015	LIGURIA 2012-2015
Fisicamente attivi	32,3 32,9-33,5	37,7 36,3-39,2
In eccesso ponderale	42,1 41,8-42,4	34,3 33,0-35,6
Five a day: almeno 5 porzioni di frutta e/o verdura al dì	9,6 9,4-9,8	15,9 14,8-17,0
Consumo di alcol a maggior rischio	16,7 16,5-16,9	20,0 18,8-21,2
Fumatori	27,4 27,1-27,7	27,8 26,5-29,1
Ipertesi	20,0 19,8-20,3	17,7 16,7-18,8
Ipercolesterolemici	24,0 23,7-24,3	23,5 22,2-24,8
Persone valutate con punteggio cardiovascolare	5,6 5,4-5,8	4,1 3,5-4,8
Diabetici	4,3 4,1-4,4	3,2 2,8-3,8
Persone con sintomi di depressione	6,4 6,3-6,6	8,1 7,3-9,0
Salute percepita (buona o molto buona)	69,0 68,7-69,3	69,7 68,3-71,0
Pap Test preventivo negli ultimi 3 anni	78,7 78,3-79,1	84,6 82,8-86,2
Pap Test nello Screening cervicale organizzato	41,7 41,3-42,2	16,7 15,0-18,5
Mammografia preventiva negli ultimi 2 anni	71,0 70,3-71,7	78,9 76,1-81,4
Mammografia nello Screening organizzato	51,4 50,7-52,1	48,3 45,1-51,4
Ricerca del sangue occulto nelle feci negli ultimi 2 anni nello Screening organizzato	40,8 40,3-41,3	31,9 29,9-33,9
Copertura vaccinale nei 18-64enni con almeno 1 patologia cronica	23,2 22,2-24,3	22,3 17,8-27,4
Donne 18-49 aa suscettibili alla rosolia o non consapevoli del proprio stato immunitario	37,5 36,7-38,2	33,7 31,2-36,2
Utilizzo di cinture posteriori in macchina	20,1 19,8-20,4	36,9 35,3-38,6
Percezione alta/molto alta del rischio incidente domestico	5,8 5,7-6,0	5,5 4,8-6,2

CARATTERISTICHE SOCIO-ANAGRAFICHE

Questa sezione è dedicata alla descrizione delle caratteristiche socio-anagrafiche del campione, senza considerare esiti di salute.

Come descritto nella sezione “Note Metodologiche” le caratteristiche del campionamento consentono di effettuare un’inferenza statistica, cioè di affermare che quanto rilevato nella popolazione campionata è riferibile all’intera popolazione in studio.

La popolazione sotto studio in Italia è costituita da oltre 40 milioni di residenti in Italia tra i 18 e i 69 anni. Negli anni 2012-2015 sono state intervistate circa 150 mila persone, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classe di età dalle liste degli iscritti alle Anagrafi sanitarie.

La popolazione in studio della Regione Liguria comprende 1.019.401 residenti tra i 18 e i 69 anni. Negli anni 2012-2015, sono state intervistate 5.738 persone, selezionate con campionamento casuale semplice proporzionale, stratificato per sesso e classe di età, dalle liste degli iscritti all’Anagrafe Sanitaria Regionale.

La popolazione ligure presenta una "criticità di tipo demografico", dovuta all'alto indice di vecchiaia e al basso tasso di natalità. Al contrario, gli indicatori socio-economici presentano in genere valori comparabili o migliori rispetto a quelli nazionali e regionali.

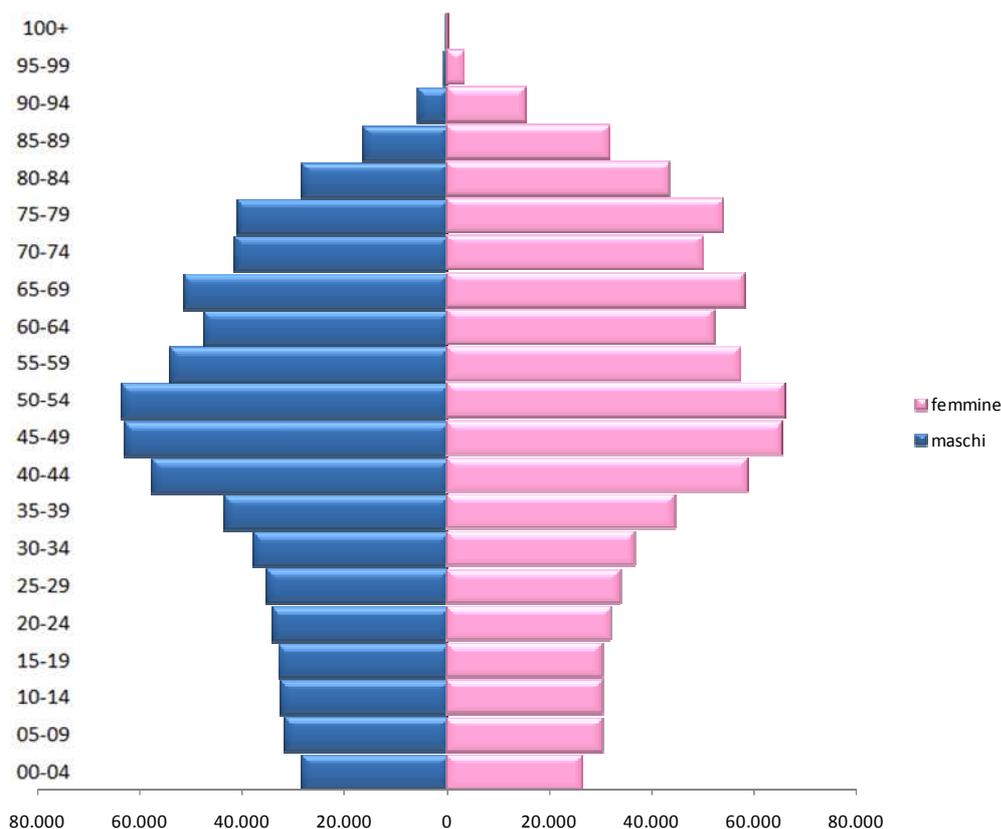
Al 1° gennaio 2016 la popolazione residente in Liguria, secondo i dati GeoDemo ISTAT era composta da 1.571.053 persone.

Il saldo demografico è variabile negli anni, con una prima inversione di tendenza verso un saldo positivo nel 2014 (dato riferibile alla provincia di Genova, fonte www.geodemo.it).

Popolazione Residente per sesso e classe di età al 1° Gennaio 2016

Regione Liguria

Fonte: Geo-Demo ISTAT



Il titolo di studio riflette la scolarità delle diverse generazioni che compongono la popolazione: la bassa scolarità (nessun titolo/licenza elementare/licenza media inferiore) è più frequente tra le generazioni più anziane (50-69enni) e tra le donne, ma tra queste nelle generazioni più giovani la quota di laureati è maggiore.

Nel complesso si riduce nel tempo la percentuale di coniugati, ed aumenta quella delle persone che vivono sole.

La composizione per genere e età della popolazione straniera residente in Asl 3 mostra una prevalenza di donne e di persone giovani. La quota di cittadini stranieri è piuttosto stabile nel tempo.

Le persone che riferiscono molte/qualche difficoltà economica crescono a discapito della quota di chi riferisce “nessuna difficoltà economica”, in linea con la tendenza nazionale.

I dati sull'occupazione mostrano significative differenze di genere: il 78% degli uomini del campione dichiara di lavorare (continuativamente e non) vs il 66% delle donne.

Esiste anche un chiaro gradiente geografico Nord-Sud a favore delle Regioni settentrionali.

Tra i residenti di Asl 3 più di tre giovani (18-34 anni) su dieci non lavorano.

Di seguito, una tabella riassuntiva degli indicatori che vengono utilizzati per calcolare le stime numeriche di popolazione:

Indicatore	(%)
Classe di età	
18-34	23,4
35-49	34,5
50-69	42,1
Sesso	
uomini	49,1
donne	50,9
Istruzione	
nessuna/elementare	5,3
media inferiore	29,7
media superiore	49,3
laurea	15,7
Difficoltà economiche	
molte	11,3
qualche	37,5
nessuna	51,2
Cittadinanza	
italiana	93,9
straniera	6,1
Stato civile	
coniugato/a	56,4
celibe/nubile	31,6
vedovo/a	2,8
separato/divorziato	9,2
Lavoro regolare	
sì	69,4
Vivere soli	
sì	13,3
Pregresso evento cardiovascolare maggiore	
sì	0,26

RISCHIO CARDIOCEREBROVASCOLARE

Le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte nel mondo occidentale: in Italia provocano il 35% di tutti i decessi maschili e il 43% di quelli femminili e hanno un notevole impatto in termini di disabilità, risultando responsabili di circa un sesto dei Dalys (*Disability Adjusted Life Years*, indicatore che misura il carico complessivo di malattia nella popolazione) [1,2]. Notevole anche l'impatto economico complessivo stimato per l'Unione Europea, pari annualmente a circa 196 miliardi di euro [3].

Gran parte delle malattie del sistema circolatorio è imputabile alle malattie ischemiche del cuore (quali l'infarto del miocardio) e alle malattie cerebrovascolari (come l'ictus). Tra gli uomini conducono al decesso con maggior frequenza le cardiopatie ischemiche mentre, tra le donne, le malattie cerebrovascolari [4]. Alla genesi delle malattie cardiovascolari contribuiscono numerose condizioni modificabili: ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, diabete, fumo di tabacco, sovrappeso/obesità, sedentarietà, dieta (scarso consumo di frutta e verdura e di pesce, eccessivo contenuto di sale e grassi saturi nei cibi, ecc) [5,6]. Nel causare queste malattie rivestono un ruolo rilevante anche altri determinanti, quali depressione, basso livello socio-economico, condizioni di marginalità e isolamento sociale [7].

L'associazione di più fattori è riscontrabile in ampi settori della popolazione e ha un impatto sulla salute particolarmente grave a causa dell'interazione e del potenziamento reciproco tra queste condizioni [8].

Il contesto internazionale e italiano

I tassi di mortalità standardizzati delle malattie cardiovascolari sono progressivamente diminuiti negli ultimi decenni nei Paesi ad economia avanzata [9]. Ciò è avvenuto in parte in seguito alla diffusione di cure più efficaci, ma principalmente per cambiamenti degli stili di vita, che hanno determinato una riduzione importante di fattori di rischio come fumo di tabacco, ipertensione, ipercolesterolemia. Questi miglioramenti si sono verificati nonostante l'evoluzione negativa in molti Paesi di altre condizioni, come il sovrappeso/obesità e il diabete mellito [10].

Anche in Italia, caratterizzata da una situazione epidemiologica di partenza migliore rispetto a molte altre nazioni europee, si è verificato nello stesso periodo un calo sia della mortalità cardiovascolare sia di alcuni fattori di rischio [11]. Tuttavia, la diffusione di questi fattori, ancora molto ampia, e l'invecchiamento progressivo della popolazione fanno prevedere che il carico di malattia attribuibile a queste patologie rimarrà a lungo elevato [12].

Come Passi misura i diversi fattori di rischio cardiovascolare

Nei capitoli di questa sezione vengono descritti gli indicatori relativi alla prevenzione e al controllo dell'ipertensione arteriosa, dell'ipercolesterolemia e del diabete. Viene trattato anche il tema dei profili di rischio multifattoriale, cioè delle persone che presentano più fattori associati, e viene descritto l'utilizzo, da parte dei medici curanti, degli strumenti per il calcolo del rischio cardiovascolare assoluto.

Altri importanti fattori di rischio cardiovascolare indagati da Passi (fumo di tabacco, sovrappeso/obesità, sedentarietà, consumo di frutta e verdura) vengono trattati nelle sezioni del rapporto dedicate a questi argomenti.

Politiche di prevenzione del rischio cardiovascolare a livello internazionale e nazionale

Per contrastare l'insorgenza delle malattie cardiovascolari bisogna adottare un approccio integrato, di popolazione e individuale [13,14]. Le strategie di popolazione, promuovendo stili di vita salutari, possono ridurre la prevalenza e la gravità delle principali condizioni a rischio e aumentare la proporzione delle persone con un basso profilo di rischio [15,16].

Queste strategie vengono attuate attraverso modifiche legislative e amministrative (prescrizioni, divieti, tassazione, ecc), atte a incidere sui comportamenti, oppure attraverso iniziative informative e promozionali (campagne di educazione sanitaria, ecc) per aumentare la consapevolezza dei portatori di interesse su questi temi di salute. In genere si sono dimostrati efficaci gli interventi multicomponente, che affrontano contemporaneamente diversi aspetti della prevenzione e del trattamento [17]. Grande importanza hanno gli interventi in grado di ridurre le situazioni di disegualianza sociale, che hanno un peso rilevante nel determinare l'insorgenza di queste patologie [18].

Molti interventi di promozione della salute richiedono iniziative che vanno al di là del raggio d'azione del Servizio sanitario. Secondo le indicazioni della strategia europea "Gaining Health" [19], recepite dal programma "Guadagnare Salute" del ministero della salute italiano [20], è necessario attivare strategie intersettoriali, per costruire un insieme integrato di politiche, che mirino a intervenire sul contesto per rendere più facili le scelte salutari dei cittadini. Da parte dei Ministeri e delle Amministrazioni pubbliche sono necessarie azioni sinergiche, che coinvolgano parti diversi della società e delle istituzioni, con il contributo dei professionisti dell'area sanitaria, dell'opinione pubblica e dei singoli individui, adeguatamente informati e motivati.

L'approccio individuale, invece, riguarda le persone a maggior rischio, a cui vanno rivolti appropriati interventi assistenziali per diagnosticare, monitorare e trattare appropriatamente le principali condizioni a rischio; è importante soprattutto valutare il rischio complessivo che deriva dalla combinazione dei diversi fattori, come sottolinea il Piano nazionale della prevenzione [21].

A tal fine, va promosso l'uso generalizzato e sistematico, da parte dei medici curanti, del calcolo del rischio cardiovascolare assoluto, che consente di identificare i soggetti con i profili di rischio più sfavorevoli, su cui concentrare gli interventi, secondo quanto prevede il Progetto Cuore, coordinato dall'Iss.

Riferimenti

1. World Health Organization - The European health report 2005. Public health action for healthier children and populations (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/82435/E87325.pdf)
2. World Health Organization - Global Burden of Disease (GBD) - Disease and injury country estimates (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_country/en/index.html)
- Nichols M, Townsend N, Luengo-Fernandez R, Leal J, Gray A, Scarborough P, Rayner M (2012). European Cardiovascular Disease Statistics 2012. European Heart Network, Brussels, European Society of Cardiology, Sophia Antipolis
- Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2009-2010. Roma: Ministero della Salute, 2011. <http://www.rssp.salute.gov.it/rssp/homeRssp.jsp>
- Istituto Superiore di Sanità - Progetto CUORE: Epidemiologia e prevenzione delle malattie cerebro e cardiovascolari - Fattori di rischio (<http://www.cuore.iss.it/fattori/distribuzione.asp>)
- Berry JD, Dyer A, Cai X, et al. Lifetime Risks of Cardiovascular Disease. N Engl J Med 2012;366:321-9.
- World Health Organization - The Atlas of Heart Disease and Stroke (http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/)
- Yusuf HR, Giles WH, Croft JB, Anda RF, Casper ML. Impact of Multiple Risk Factor Profiles on Determining Cardiovascular Disease Risk. Preventive Medicine 27, 1-9 (1998)
- Anand SS, Yusuf S. Stemming the global tsunami of cardiovascular disease. The Lancet 377 February 12, 2011 529
- IOM (Institute of Medicine). 2010. Promoting Cardiovascular Health in the Developing World: A Critical Challenge to Achieve Global Health. Washington, DC: The National Academies Press (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK45688/>)
11. Palmieri L, Bennett K, Giampaoli S, Capewell S. Explaining the decrease in coronary heart disease mortality in Italy between 1980 and 2000. Am J Public Health. 2010 Apr;100(4):684-92.
- Piano Sanitario Nazionale 2011- 2013 (http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1454_allegato.pdf)
13. Emberson J, Whincup P, Morris R, et al. Evaluating the impact of population and high-risk strategies for the primary prevention of cardiovascular disease. European Heart Journal (2004) 25, 484-491
14. US Department of Health and Human Services. A Public Health Action Plan to Prevent Heart Disease and Stroke. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 2003.
15. Stamler J. Low Risk and the "No More Than 50%" Myth/Dogma. Arch Intern Med 2007; 167: 537
- Rose G. Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. Br Med J (Clin Res Ed) 1981;282:1847
- The Guide to Community Preventive Services. Cardiovascular Disease Prevention and Control. (<http://www.thecommunityguide.org/cvd/index.html>)
- Beaglehole R, Saracci R, Panico S. Cardiovascular diseases: causes, surveillance and prevention. International Journal of Epidemiology. 2001;30: S1-S4
- WHO Regional Office for Europe Gaining health: the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Copenhagen 2006 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/76526/E89306.pdf)
- Ministero della Salute. Il programma Guadagnare Salute (http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf)
- Piano nazionale della prevenzione 2010-2012 (http://www.comunitapnp.it/file.php/1/Allegato1_PNP_10-12.pdf)

Il colpo d'occhio: confronto Liguria - Italia

	Regione			Italia			Valore più basso 25% percentile 75% percentile Valore più alto peggiore simile migliore rispetto al valore nazionale
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	
Misurato pressione arteriosa negli ultimi 2 anni	88.4	87.5	89.3	82.9	82.7	83.2	
Ipertensione riferita	17.1	16.1	18.2	19.8	19.6	20.1	
Misurato colesterolemia almeno una volta nella vita	86.6	85.6	87.5	79.4	79.1	79.7	
Ipercolesterolemia riferita	22.4	21.1	23.7	23.6	23.3	23.9	
Calcolo rischio cardiovascolare	4.1	3.5	4.9	5.3	5.1	5.5	
Almeno un fattore di rischio cardiovascolare	94.8	94.1	95.5	97.4	97.3	97.5	

Ipertensione riferita: tra le persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa.

Ipercolesterolemia riferita: tra le persone a cui è stata misurata la colesterolemia.

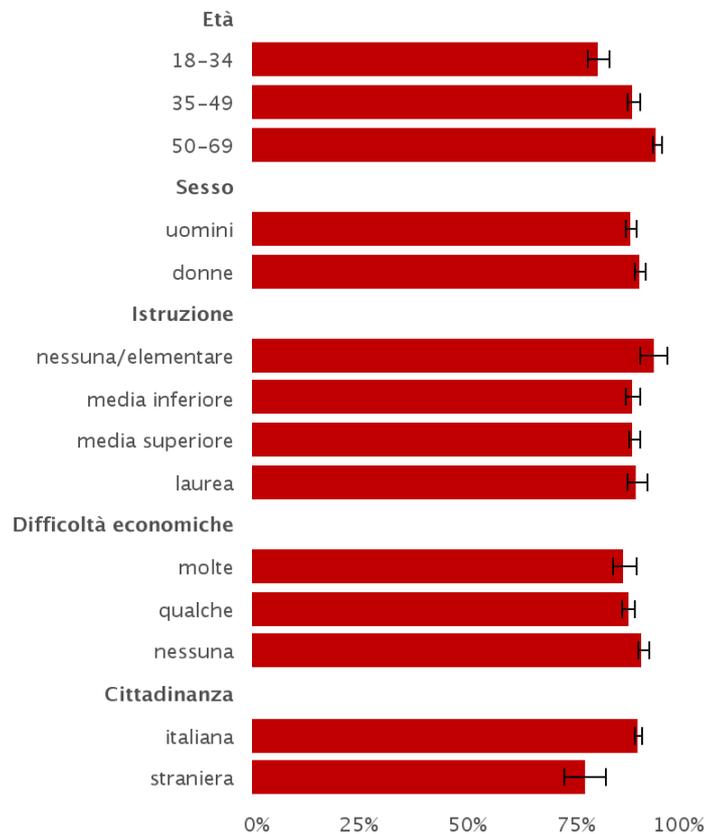
Calcolo rischio cardiovascolare: su tutte le persone ≥35 anni, senza patologie CV.

Almeno un fattore di rischio cardiovascolare: su tutta la popolazione di 18-69 anni. Fattori di rischio considerati: ipertensione, ipercolesterolemia, diabete, sedentarietà, fumo, eccesso ponderale, scarso consumo di frutta e verdura.

Ipertensione

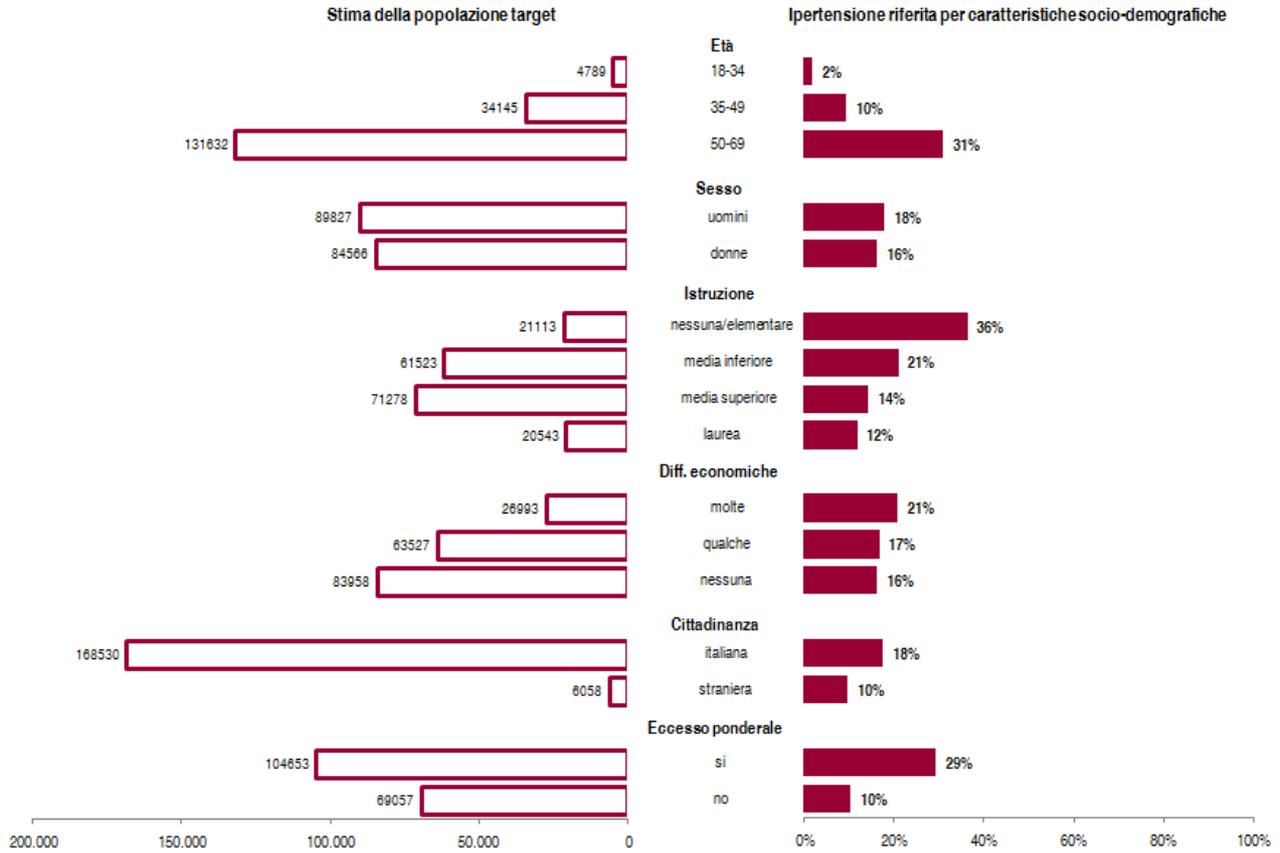
Pressione arteriosa misurata negli ultimi 2 anni per caratteristiche socio demografiche Regione Liguria – Passi 2012-2015

Totale: 88,4% (IC95%: 87,5-89,3%)

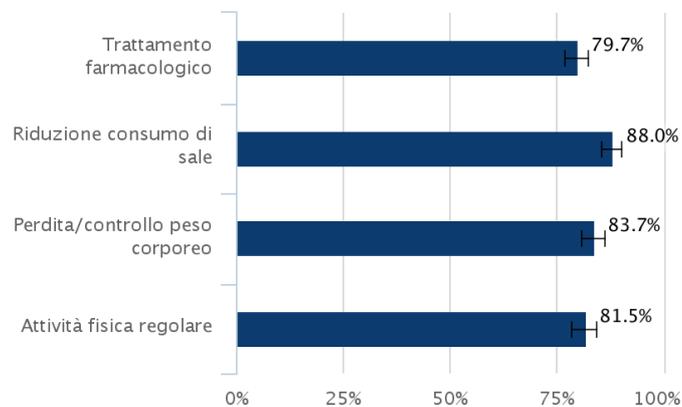


**Prevalenza di ipertensione riferita per caratteristiche socio demografiche e stima della popolazione target
Regione Liguria – Passi 2012-2015**

Popolazione di riferimento 18-69 anni: 1.019.401; n.: 5.515
Totale: 17,1% (IC95%: 16,1-18,2%) pari a circa 174.000 persone



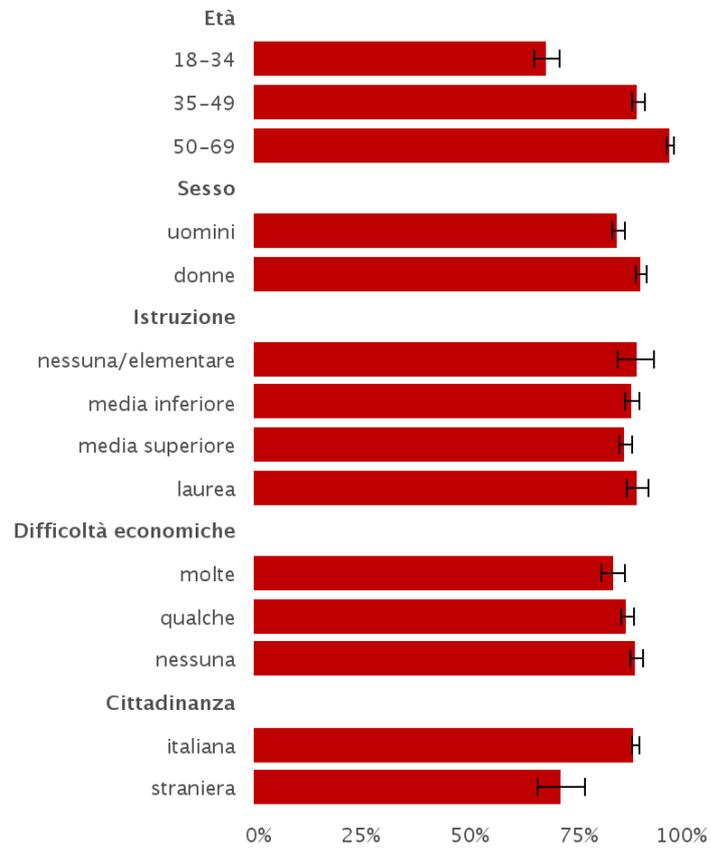
**Trattamento dell'ipertensione
Percentuali per trattamento/consiglio ricevuto
Regione Liguria – Passi 2012-2015**



Ipercolesterolemia

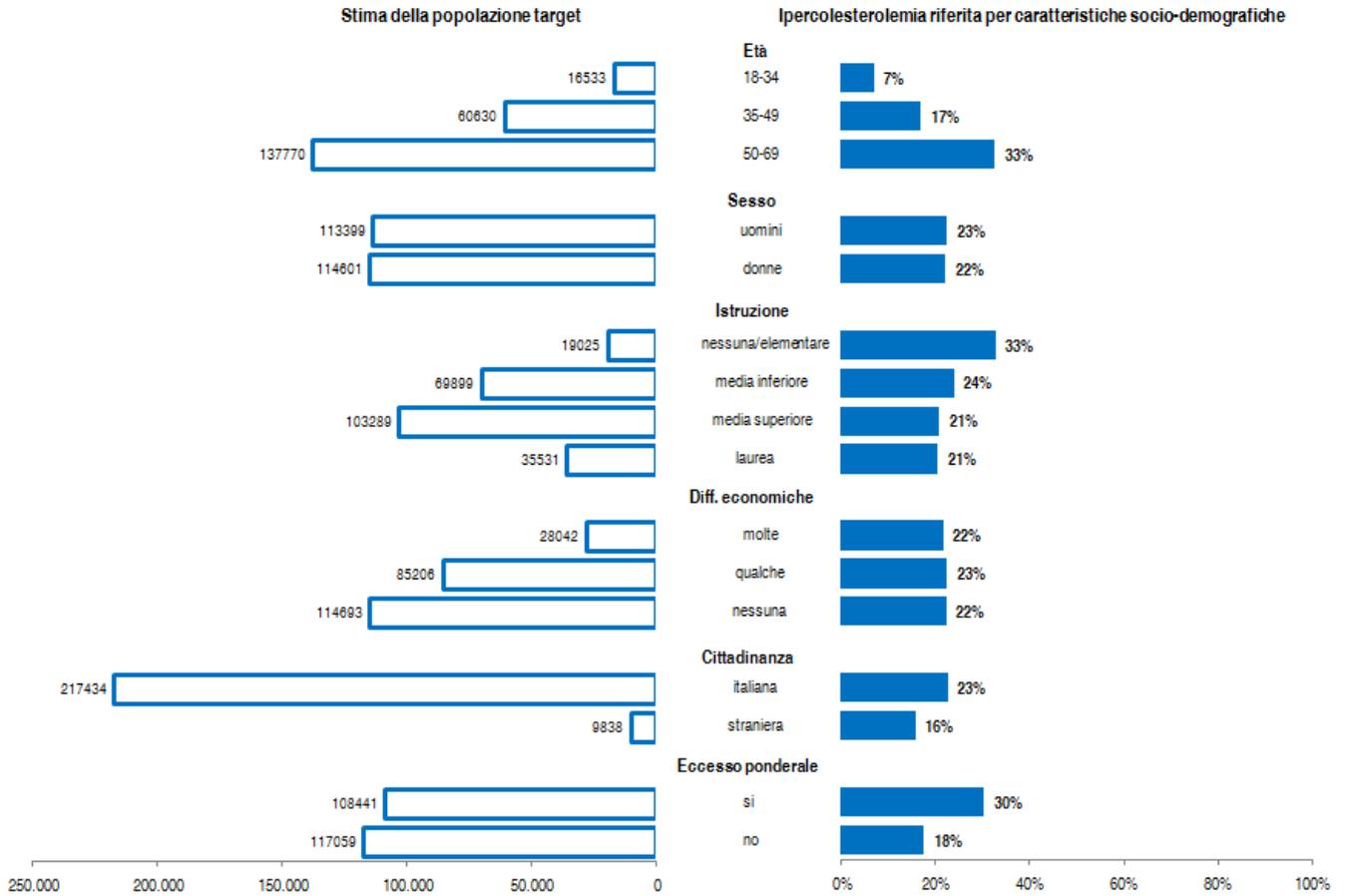
Colesterolemia misurata almeno una volta nella vita per caratteristiche socio-demografiche Regione Liguria – Passi 2012-2015

Totale: 86,6% (IC95%: 85,6-87,5%)

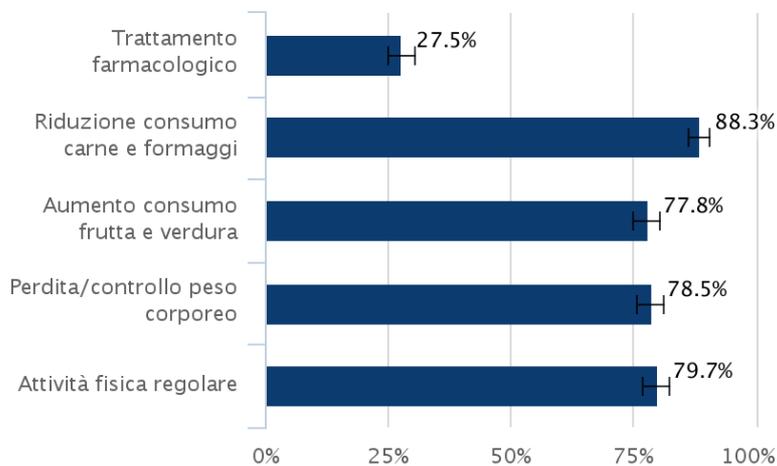


**Prevalenza di ipercolesterolemia riferita per caratteristiche socio demografiche e stima della popolazione target
Regione Liguria – Passi 2012-2015**

Popolazione di riferimento 18-69 anni: 1.019.401; n.: 4.937
Totale: 22,4% (IC95%: 21,1-23,7%) pari a circa 228.000 persone



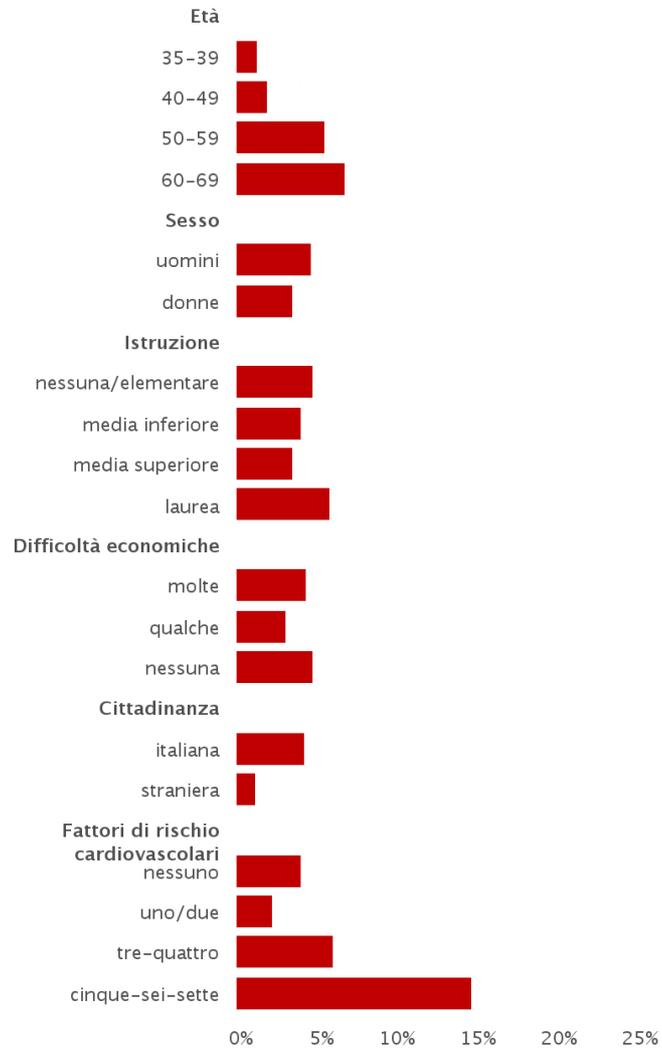
**Trattamento dell'ipercolesterolemia
Percentuali per trattamento/consiglio ricevuto
Regione Liguria – Passi 2012-2015**



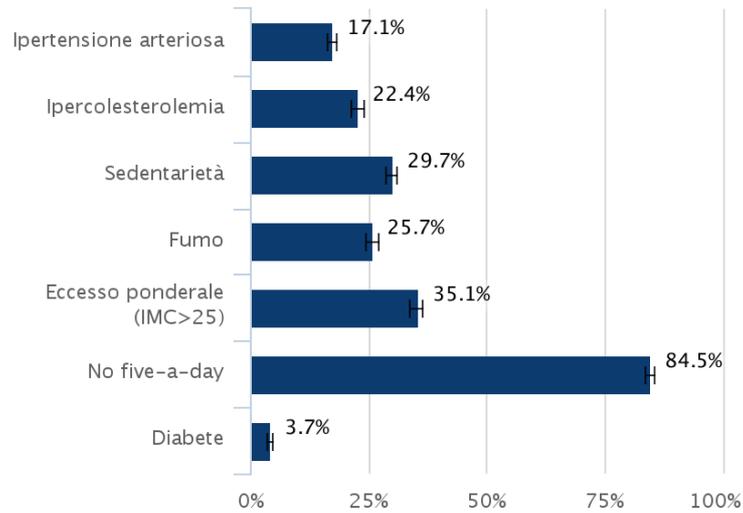
Calcolo del rischio cardiovascolare

Calcolo rischio cardiovascolare in 35-69enni senza patologie cardiovascolari Regione Liguria – Passi 2012-2015

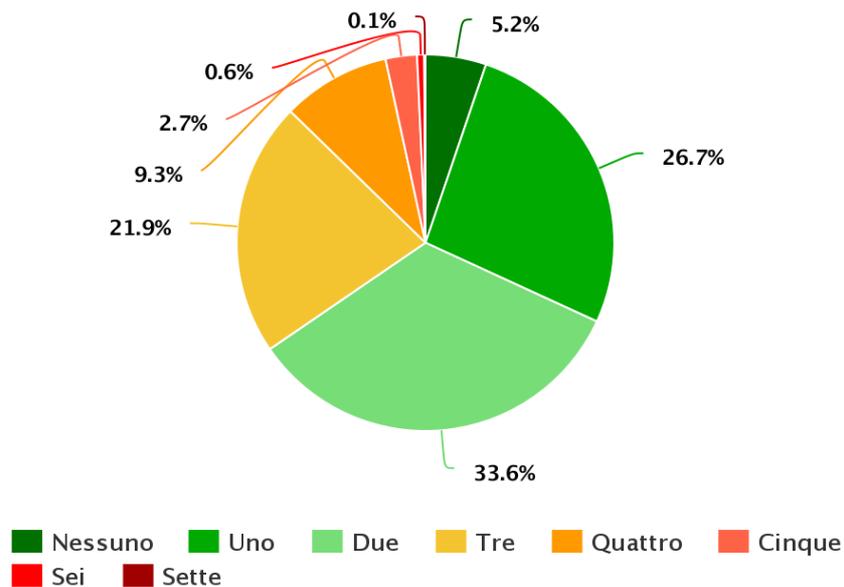
Totale: 4,1% (IC95%: 3,5-4,9%)



**Fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione 18-69 anni
Regione Liguria – Passi 2012-2015**



**Profili di rischio multifattoriali – distribuzione percentuale
Regione Liguria – Passi 2012-2015**



Sorveglianza Passi 2012-2015

Fattori di rischio considerati: ipertensione, ipercolesterolemia, diabete, sedentarietà, fumo, eccesso ponderale, scarso consumo di frutta e verdura.

In Liguria circa 2 persone su 3, hanno un profilo a basso rischio (fino a 2 condizioni di rischio cardiovascolare). Una strategia di popolazione promossa in maniera continuativa e diffusa potrebbe incrementare ancora questa quota, diminuendo così il rischio cardiovascolare nella popolazione.

Per le persone che hanno tre o più fattori di rischio bisogna pensare ad interventi di presa in carico individuale.

DIABETE

Poco più del 4% della popolazione adulta di 18-69 anni riferisce una diagnosi di diabete. La prevalenza di diabetici, cresce con l'età (è inferiore al 2% nelle persone con meno di 50 anni e si alza al 7,5% fra quelle di 50-69 anni), è più frequente fra gli uomini che fra le donne (4,2% vs 3,2%), nelle fasce di popolazione socio-economicamente più svantaggiate per istruzione o condizioni economiche e fra i cittadini italiani rispetto agli stranieri.

Fattori di rischio cardiovascolare associati al diabete

Il diabete risulta essere fortemente associato ad altri fattori di rischio cardiovascolare, quali l'ipertensione e l'ipercolesterolemia, l'eccesso ponderale e la sedentarietà, che risultano molto più frequenti fra le persone con diabete rispetto agli altri. Circa la metà delle persone con diabete riferisce anche una diagnosi di ipertensione ed il 41% di ipercolesterolemia (contro il 16% e il 22% osservati rispettivamente nella popolazione libera da diabete); il 64 risulta in eccesso ponderale (IMC \geq 25) (vs 34% nella popolazione libera da diabete) e la metà di loro sta seguendo una dieta per cercare di perdere peso; il 37% delle persone con diabete risulta completamente sedentario (vs 30% nella popolazione libera da diabete). Inoltre fra le persone con diabete resta alta la prevalenza di fumatori, e pari a circa il 27% (vs 26% nella popolazione libera da diabete).

Monitoraggio e terapia della ipertensione e della ipercolesterolemia fra i diabetici

Oltre il 90% di persone con diabete riferisce di aver misurato la pressione arteriosa nell'ultimo anno, poco meno di aver controllato il colesterolo una volta nella vita.

Tra i diabetici ipertesi, oltre il 90% è in trattamento farmacologico per la pressione arteriosa, mentre il 76% dei diabetici ipercolesterolemici assume farmaci per il trattamento dell'ipercolesterolemia.

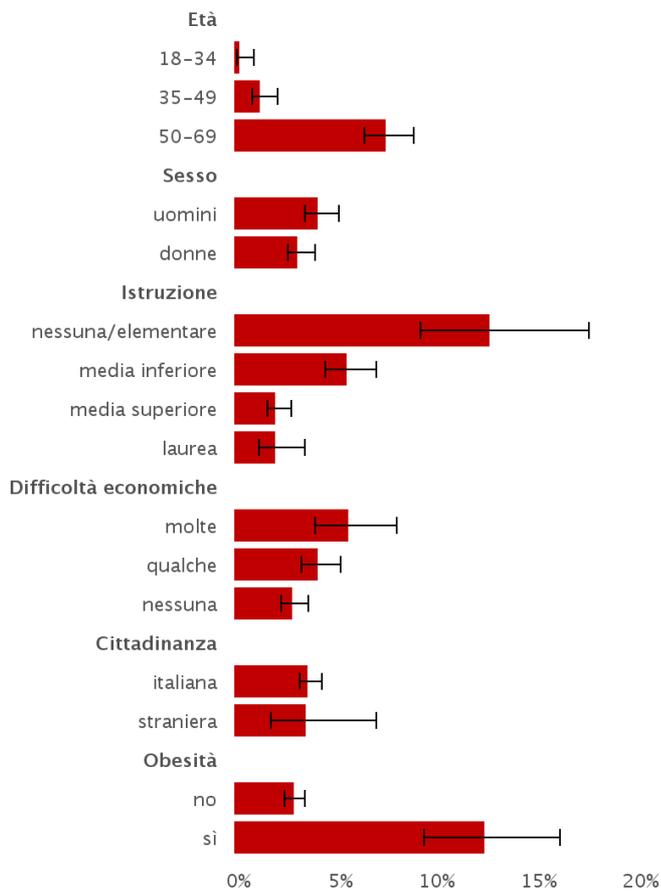
Monitoraggio e terapia per il diabete (modulo 2011-2013)

Dal 2011 Passi raccoglie informazioni sul monitoraggio metabolico e la terapia di persone con diabete dai quali si evince che la maggior parte (39%) è seguito principalmente dal centro diabetologico, o dal medico di medicina generale (30%), o da entrambi (25%), pochi dichiarano di essere seguiti da altri specialisti (5%), o l'1,3% riferisce di non essere seguito da nessuno.

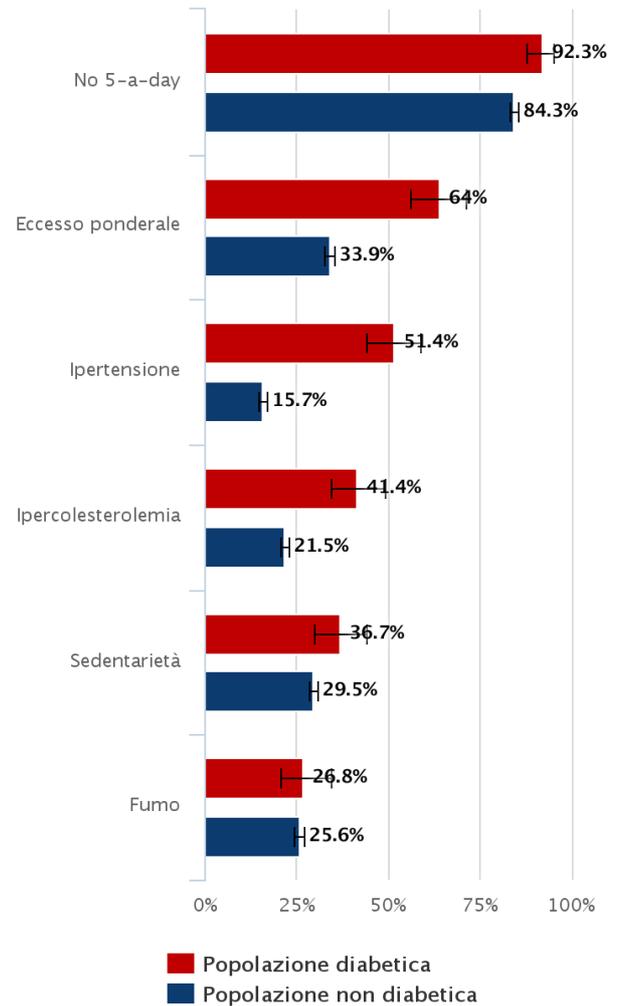
Poco meno del 70% delle persone con diabete ha effettuato il controllo dell'emoglobina glicata negli ultimi 12 mesi (36% negli ultimi 4 mesi). Aumenta nel tempo la conoscenza di questo esame ma il 15% delle persone con diabete non lo conosce o non ne conosce il significato.

Oltre l'84% delle persone con diabete dichiara di essere sotto trattamento farmacologico per il controllo del diabete, la gran parte con ipoglicemizzanti orali.

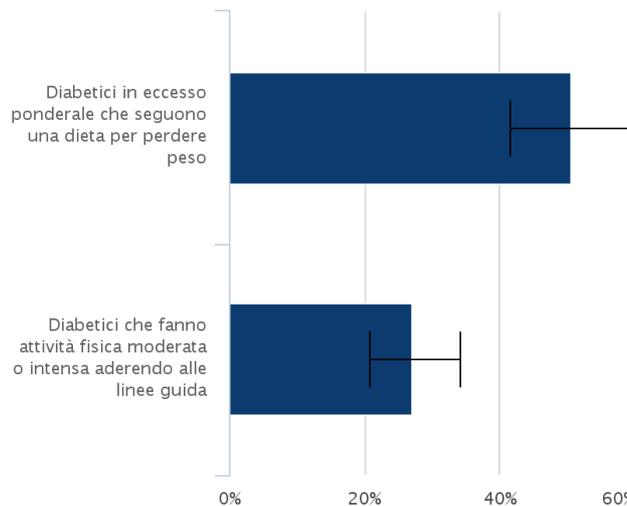
Diabete per caratteristiche sociodemografiche
Regione Liguria – Passi 2012-2015
 Totale 3,7% (IC95%: 3,2-4,3%)



Fattori di rischio associati al diabete
Regione Liguria – Passi 2012-2015

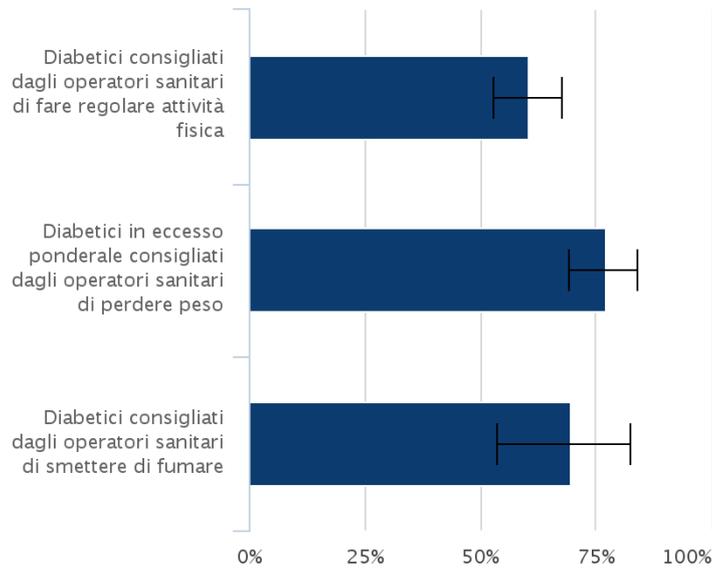


Contrasto all'eccesso ponderale e alla sedentarietà
Regione Liguria – Passi 2012-2015

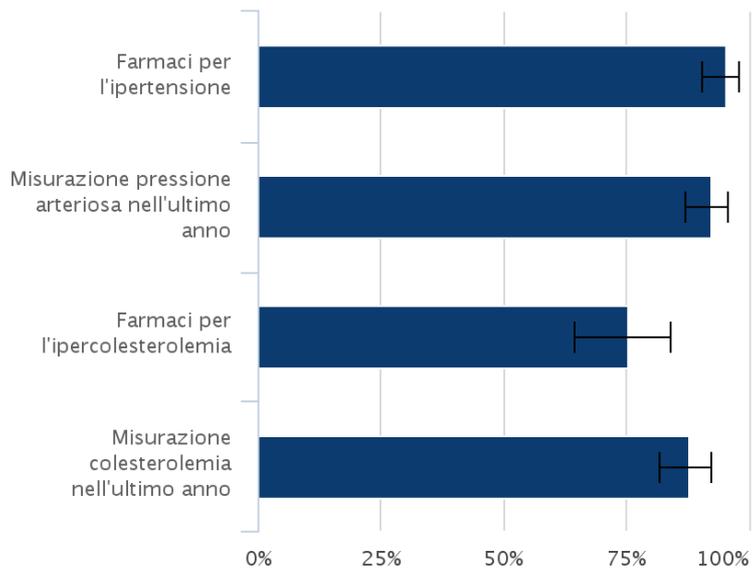


* Adesione alle linee guida: 30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana, e/o attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni settimanali.

**Attenzione degli operatori sanitari
Regione Liguria – Passi 2012-2015**



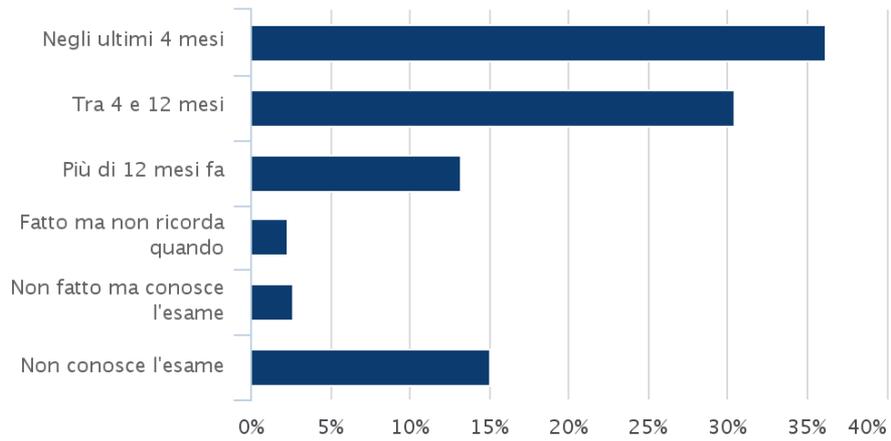
**Monitoraggio e terapia dei principali fattori di rischio cardiovascolare
Regione Liguria – Passi 2012-2015**



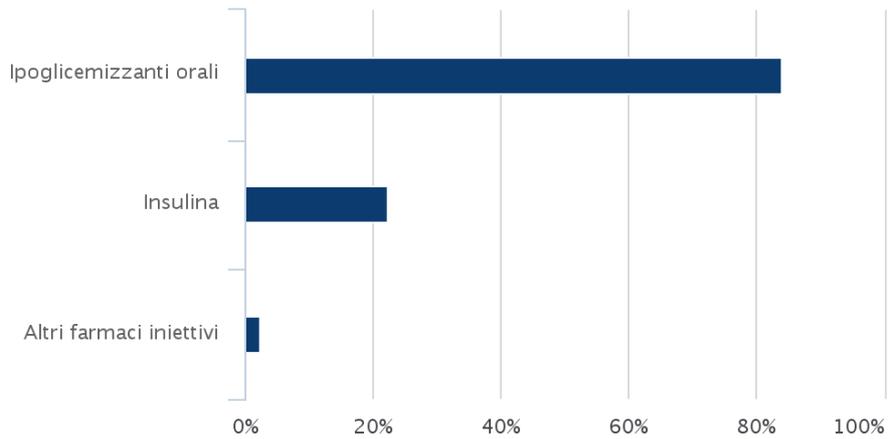
Presenza in carico delle persone con diabete

Liguria (%)	
Centro diabetologico	38.8
Medico	29.5
Medico e centro	25.4
Altro medico	4.9
Nessuno	1.3

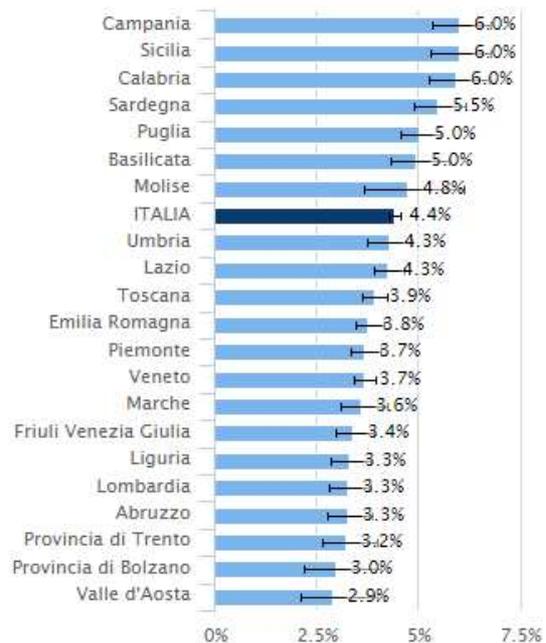
Emoglobina glicata (HbA1C)
Regione Liguria – Passi 2012-2015



Trattamento farmacologico del diabete
Regione Liguria – Passi 2012-2015



Diabete per Regione di residenza
Passi 2012-2015



ICTUS

“Fino ad oggi l’approccio preventivo è stato essenzialmente rivolto alla cura delle persone ad elevato rischio; l’approccio rivolto a mantenere il profilo di rischio favorevole e il suo significato sono altrettanto importanti se non più importanti perché mirano a rimuovere le cause delle malattie più comuni. Come ormai dimostrato nella ricerca epidemiologica in studi longitudinali americani, le persone a basso rischio sono quelle che vivono più a lungo, costano meno in termini di ricoveri e cure negli ultimi anni di vita, sono quelle che dichiarano di essere in buona salute e hanno una migliore qualità di vita anche in età avanzata.”

Jeremiah Stamler, padre fondatore della cardiologia preventiva



Jeremiah Stamler
Professore Emerito,
Northwestern University,
Feinberg School
of Medicine, Chicago



Michael Marmot
Professore
di Epidemiologia,
University College
London, UK



Kay-Tee Khaw
Professoressa
di Gerontologia clinica,
Università di Cambridge,
UK

“Gli interventi diretti a tutta la popolazione, che mirano a spostare la distribuzione globale attraverso strategie di massa volte a ridurre le esposizioni diffuse, sono quelli il cui impatto potenziale sul numero totale dei casi individuali è di gran lunga maggiore rispetto agli interventi diretti ai singoli individui.”

Michael Marmot, Kay-Tee Khaw

Epidemiologia dell’ictus¹

La malattia cerebrovascolare è uno dei maggiori problemi socio-sanitari: è la seconda causa di morte e la prima causa di invalidità a livello mondiale. Ogni anno in Italia si contano 196.000 eventi cerebrovascolari, di cui il 20% è una recidiva (39.000).

La rilevanza dell’ictus come problema sanitario² emerge prendendo in considerazione le stime di impatto valutate dall’OMS per l’anno 2000 e pubblicate nel World Health Report 2000, e aggiornate più di recente. Secondo queste stime, l’ictus ha provocato nel 2001 nel mondo circa 5 milioni e mezzo di morti, pari a poco meno del 10% dei morti totali. Nella macroregione EURO A, della quale fa parte l’Italia assieme a tutti gli altri Paesi dell’Unione Europea allargata, l’ictus (identificato come patologia cerebrovascolare) è la seconda causa di mortalità complessiva e contribuisce con il 5,17% al BOD (Burden of Disease) totale quantificato tramite i DALYs (Disability Adjusted Life Years). Per ciò che riguarda la sola componente di disabilità dei DALYs, l’ictus si colloca al sesto posto in termini di YLDs (Years of Life lived with Disability) (3,14% sul totale degli YLDs).

L’80% è rappresentato dalle forme ischemiche; il 13% da quelle emorragiche; il 3% da emorragie subaracnoidee; il resto sono forme non classificabili.

¹ *Prevenzione, valutazione e gestione integrata dell’ICTUS* – Istituto Superiore di Sanità, Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie. Il Pensiero Scientifico Editore 2012

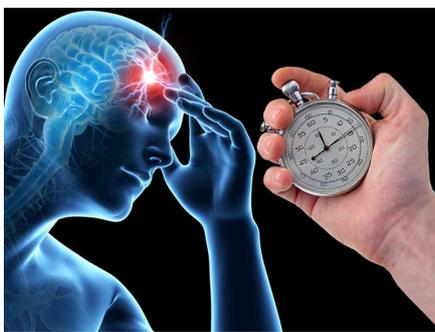
² *Stima dell’impatto dell’ictus nel determinare mortalità e disabilità in Italia* - Sergio Mariotti, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS. BEN - Notiziario ISS - Vol. 18 - n. 7 Luglio Agosto 2005

Solo il 25% dei pazienti sopravvissuti ad un ictus ischemico guarisce completamente. Il 75% sopravvive con un deficit e, di questi, la metà è portatore di un deficit così grave da perdere l'autosufficienza³.

Negli uomini, il 52% degli ictus ischemici potrebbe essere prevenuto modificando lo stile di vita. Nelle donne, il 54% del rischio di ictus ischemico è attribuibile ad una mancata adesione ad uno stile di vita salutare (astensione dal fumo, regolare attività fisica e alimentazione corretta (Marsh, Keyrouz, 2010).

Considerando il carico di lavoro del singolo MMG, è possibile ipotizzare che nel corso di un anno uno-due pazienti assistiti da un “massimalista” potrebbero andare incontro ad un evento cerebrovascolare.

ICTUS ISCHEMICO	
Mortalità a 30 giorni	10-25%
Mortalità a 1 anno	30-40%
Frequenza di recidiva	10-15% nel primo anno
	4-9% nei 5 anni successivi
EMORRAGIA SUBARACNOIDEA	
Mortalità a 30 giorni	40%
EMORRAGIA INTRAPARENCHIMALE	
Mortalità a 30 giorni	50%
Disabilità residua in circa il 35% dei casi	
G-PAC - Guida formativa per la Prevenzione secondaria degli Accidenti Cerebrovascolari, 2009	



Ictus è un termine latino che significa “colpo” (in inglese *stroke*). Insorge, infatti, in maniera improvvisa: una persona in pieno benessere può accusare sintomi tipici che possono essere transitori, restare costanti o peggiorare nelle ore successive⁴.

Quando si verifica un'interruzione dell'apporto di sangue ossigenato in un'area del cervello, si determina la morte delle cellule cerebrali di quell'area. Di conseguenza, le funzioni cerebrali controllate da quell'area (che possono riguardare il movimento di un braccio o di una gamba, il linguaggio, la vista, l'udito o altro) vengono perse.

La definizione di ictus comprende:

- **Ictus ischemico:** si verifica quando le arterie cerebrali vengono ostruite dalla graduale formazione di una placca aterosclerotica e/o da un coagulo di sangue, che si forma sopra la placca arteriosclerotica (ictus trombotico) o che proviene dal cuore o da un altro distretto vascolare (ictus trombo-embolico) . . Circa l'80% di tutti gli ictus è ischemico.
- **Ictus emorragico:** si verifica quando un'arteria del cervello si rompe, provocando così un'emorragia intracerebrale non traumatica (questa forma rappresenta il 13% di tutti gli ictus) o caratterizzata dalla presenza di sangue nello spazio sub-aracnoideo (l'aracnoide è una membrana protettiva del cervello;

³ Per approfondire: *Quaderno della Salute n. 2: Le Stroke Unit*; G-PAC - Guida formativa per la Prevenzione secondaria degli Accidenti Cerebrovascolari

⁴ fonte: http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=28&area=Malattie_cardiovascolari

questa forma rappresenta circa il 3% di tutti gli ictus). L'ipertensione è quasi sempre la causa di questa forma gravissima di ictus.

- **Attacco ischemico transitorio** o **TIA**, si differenzia dall'ictus ischemico per la minore durata dei sintomi (inferiore alle 24 ore, anche se nella maggior parte dei casi il TIA dura pochi minuti, dai 5 ai 30 minuti). Si stima che il 40% delle persone che presenta un TIA, in futuro andrà incontro ad un ictus vero e proprio.

Fattori di rischio per ictus *ischemico*:

- Età
- Sesso maschile
- Avere un familiare colpito da ictus (genitori, fratelli/sorelle, figli)
- Storia di un TIA precedente
- Ipertensione arteriosa
- Ipercolesterolemia
- Diabete mellito
- Fumo di sigaretta
- Eccessivo consumo di alcol
- Obesità

L'ipertrofia ventricolare sinistra, la malattia renale cronica, la fibrillazione atriale, l'aterosclerosi carotidea e il pregresso infarto, se non trattati in maniera adeguata, sono condizioni che aumentano la probabilità di andare incontro ad un ictus.

Fattori di rischio per ictus *emorragico*:

- Età
- Ipertensione arteriosa
- Eccessivo consumo di alcol
- Fumo di sigaretta

È fondamentale riconoscere immediatamente i sintomi dell'ictus per poter intervenire quanto prima possibile; questo consente di salvare vite e di limitare la comparsa di disabilità. I sintomi principali, che si manifestano improvvisamente, sono:

- paresi facciale, quando un lato del viso non si muove bene come l'altro
- deficit motorio degli arti superiori, quando uno degli arti superiori non si muove o cade se confrontato con l'altro
- difficoltà nel linguaggio, quando il paziente strascica le parole o usa parole inappropriate o è incapace di parlare.

L'alterazione anche di uno solo dei tre segni è altamente suggestiva per un ictus. È importante annotare l'orario della comparsa dei primi sintomi perché presso ospedali specializzati, dotati di "stroke unit" è possibile sottoporre il paziente colpito da ictus ischemico ad una terapia trombolitica (cioè che scioglie l'eventuale trombo) entro 3 ore dall'esordio dei sintomi.

Altri segni che possono aiutare nella identificazione dell'ictus sono:

- improvvisa perdita di forza e di sensibilità a carico di un braccio o di una gamba (specie se dallo stesso lato del corpo) o di una metà del viso
- improvvisa perdita di vista (o di una parte del campo visivo) a carico di uno o di entrambi gli occhi
- improvvisa perdita di equilibrio, comparsa di sbandamenti o vertigini
- improvviso e lancinante mal di testa

- improvvisa incapacità a parlare (afasia) o la comparsa di un modo di parlare biascicato o con parole incomprensibili
- improvvisa incapacità di comprendere cosa le altre persone dicono

L'acronimo **FAST**, usato dagli americani, consente di ricordare facilmente alcuni test da fare nel sospetto che una persona sia stata colpita da un ictus (Cincinnati Prehospital Stroke Scale):

F (come Faccia): chiedere ad una persona di sorridere e osservare se un angolo della bocca non si solleva o 'cade';

A (come Arms: braccia): chiedere alla persona di sollevare entrambe le braccia e osservare se un braccio tende a cadere verso il basso;

S (come Speech: linguaggio): chiedere alla persona di ripetere una frase semplice e valutare se il suo modo di parlare risulti strano (parole senza senso) o biascicato;

T (come Tempo): se è presente uno qualunque di questi segni, chiamare immediatamente il 118.

Stroke - Act **F.A.S.T**



Immagine della campagna di massa inglese per la prevenzione dell'ictus

Trattamento dell'ictus ischemico in fase acuta

Trombolitici: vengono somministrati endovena, entro 3 ore dall'inizio dei sintomi (mai oltre le 4-5 ore) in ambiente ospedaliero (dopo la TAC). Questi farmaci, aiutano a sciogliere il trombo e a ripristinare il flusso di sangue nell'area interessata; prima si interviene e più cellule cerebrali si salvano ("il tempo è cervello"), consentendo una migliore ripresa dall'ictus. Questi farmaci hanno molte limitazioni (possono provocare un'emorragia cerebrale), quindi possono essere somministrati dal medico solo a pazienti selezionati.

Rimozione meccanica del trombo: i medici possono rimuovere il trombo che ha causato l'ictus, introducendo uno speciale catetere nell'arteria cerebrale.

Farmaci antiaggreganti: come l'acido acetilsalicilico (aspirina); questi farmaci sono indicati in fase acuta ad eccezione dei pazienti da sottoporre alla terapia trombolitica.

Farmaci anticoagulanti (es. warfarin): vengono somministrati in prevenzione secondaria ai pazienti con fibrillazione atriale o altre cause di ictus tromboembolico

Disostruzione della carotide in presenza di grave aterosclerosi carotidea (la carotide interna è la grande arteria del collo che porta il sangue al cervello in due modi:

1. endoarteriectomia carotidea (TEA): il chirurgo apre l'arteria carotide che decorre nella parte laterale del collo e la ripulisce delle placche aterosclerotiche che la ostruiscono
2. angioplastica e stent: il medico inserisce nella carotide (introdotto da un'arteria dell'inguine) un catetere sormontato da un palloncino che dilata l'arteria ostruita, inserendo poi una retina metallica (stent) per mantenerla aperta

Trattamento dell'ictus emorragico

Emergenza

Lo scopo del trattamento è controllare il sanguinamento e ridurre la pressione intracranica. Fare attenzione ai pazienti già in trattamento con anticoagulanti orali o potenti antiaggreganti piastrinici, farmaci o trasfusioni di emocomponenti, in quanti possono neutralizzare gli effetti di questi farmaci. In caso di emorragie importanti il neurochirurgo può intervenire chirurgicamente per bloccare l'emorragia.

Riabilitazione

Dopo la fase delle terapie di emergenza, il trattamento dell'ictus è mirato a recuperare quanto più possibile le funzioni cerebrali danneggiate dall'ictus. Questo si ottiene con specifici programmi di riabilitazione, che vanno iniziati il più presto possibile (riabilitazione motoria, logopedia ecc.). Si può prospettare il rientro al proprio domicilio, che è ovviamente la soluzione auspicabile, oppure il trasferimento in strutture riabilitative/assistenziali, a seconda del grado di deficit residuo e delle condizioni socio-economiche.

Fase post ricovero

La fase che segue il ricovero è la più delicata perché vanno affrontati i problemi riguardanti il paziente, la famiglia, l'organizzazione degli interventi a livello territoriale; vanno programmati interventi riabilitativi (fisioterapia, logopedia e terapia occupazionale), interventi clinici (terapia antipertensiva, ipolipemizzante, antiaggregante, anticoagulante e il trattamento delle comorbidità, come il diabete, la bronchite cronica, la malattia renale cronica ecc.). Fondamentale è l'attenzione verso lo stile di vita sano (alimentazione sana e abolizione del fumo), già descritto nella sezione prevenzione; una attenzione particolare va rivolta verso l'attività fisica; infatti è dimostrato che una grave menomazione funzionale causa sedentarietà, che, a sua volta, causa nuove menomazioni, nuove limitazioni funzionali, nuova disabilità con riduzione ulteriore dell'attività motoria e della partecipazione sociale. Esistono programmi specifici di attività fisica adattata per pazienti con esiti cronici di ictus cerebrale. Inoltre non va dimenticato il sostegno psicologico al paziente, con la prevenzione alla depressione e il sostegno alla famiglia.

Prevenzione

Il 50% degli ictus ischemici potrebbe essere prevenuto modificando lo stile di vita; infatti esso è attribuibile ad una mancata adesione ad uno stile di vita salutare (astensione dal fumo, regolare attività fisica e alimentazione corretta)

Come si può prevenire l'ictus:

Smettere di fumare: è molto importante, perché il fumo raddoppia il rischio di ictus (il fumo facilita la formazione di placche aterosclerotiche, danneggia le pareti dei vasi, facilita l'aggregazione piastrinica)

Seguire una alimentazione sana: l'alimentazione deve essere varia ed equilibrata; non superare i 5 grammi di sale al giorno; limitare il consumo di grassi, in particolare colesterolo e grassi saturi, contenuti nei prodotti di origine animale; consumare almeno 5 porzioni al giorno fra frutta e verdura; consumare il pesce almeno due volte a settimana; limitare il consumo di dolci; assicurare un adeguato apporto di fibre attraverso il consumo di cereali integrali (pane, pasta e riso) e legumi.

Alcuni nutrienti hanno un'azione protettiva: i grassi omega-3 contenuti nel pesce, le fibre, il potassio (contenuto nella frutta e verdura) e il calcio (consumare regolarmente latte scremato e latticini a basso contenuto di grassi), gli antiossidanti come la vitamina C ed E (contenuti nella frutta e verdura),

Esercizio fisico regolare (almeno 30 minuti, tutti i giorni) di tipo aerobio (es. passeggiare a passo svelto, andare in bicicletta, nuotare, ballare, fare le scale a piedi).

Dimagrire se in sovrappeso, riducendo la quantità di cibo consumata quotidianamente e aumentando la regolare attività fisica

Non eccedere nelle bevande alcoliche; la dose massima consentita: 2 bicchieri di vino al giorno per gli uomini, 1 bicchiere al giorno per le donne da consumare preferibilmente durante i pasti

Controllare la pressione arteriosa regolarmente (se non si è ipertesi, va controllata almeno una volta l'anno), visto che l'ipertensione rappresenta uno dei principali fattori di rischio per ictus. L'obiettivo da raggiungere è una pressione inferiore a 140/90 mmHg.

Controllare il polso e se si ha la sensazione che sia irregolare, parlarne con il proprio medico curante.

Controllare i livelli di colesterolemia totale, LDL, trigliceridemia, glicemia, ricordando che i fattori di rischio sono modificabili attraverso un sano stile di vita e se necessario una adeguata terapia farmacologica, che va protratta per tutta la vita, seguendo le indicazioni del proprio medico curante.

CONSAPEVOLEZZA DEI SEGNI E SINTOMI DELL'ICTUS

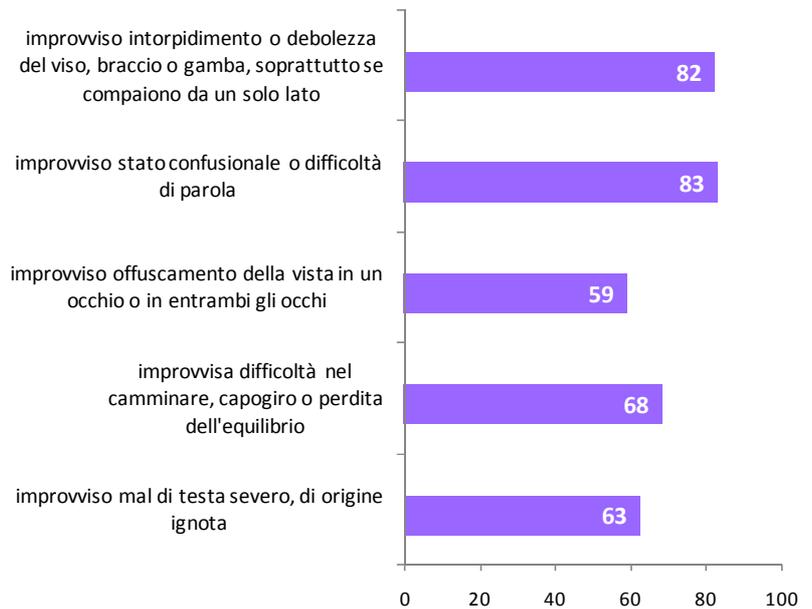
Negli anni 2014 – 2015 il sistema di sorveglianza Passi si è arricchito in Liguria di un modulo aggiuntivo sulla consapevolezza dei segni e sintomi dell'ictus.

L'esigenza di inserire questo nuovo argomento nella raccolta dati è derivata dalla conoscenza, a livello medico, dello scarso utilizzo del 118 per accedere al centro ictus di riferimento in caso di sospetto Ictus.

In questo capitolo esponiamo i risultati di questi primi due anni di attività.

Quante persone riconoscono i sintomi dell'ictus?

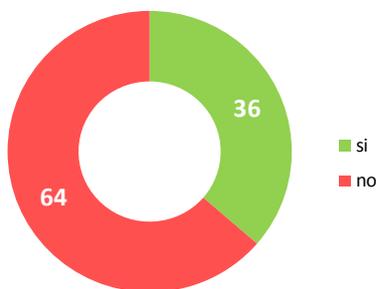
Prevalenza per singolo sintomo
Regione Liguria – Passi 2014-2015
N = 2841



“Secondo lei quali, tra i sintomi elencati, fanno pensare ad un ictus?”

La criticità è rappresentata dal mancato riconoscimento dei sintomi come segnali d'allarme specifici per ictus.

E quanti riconoscono TUTTI i sintomi dell'ictus?



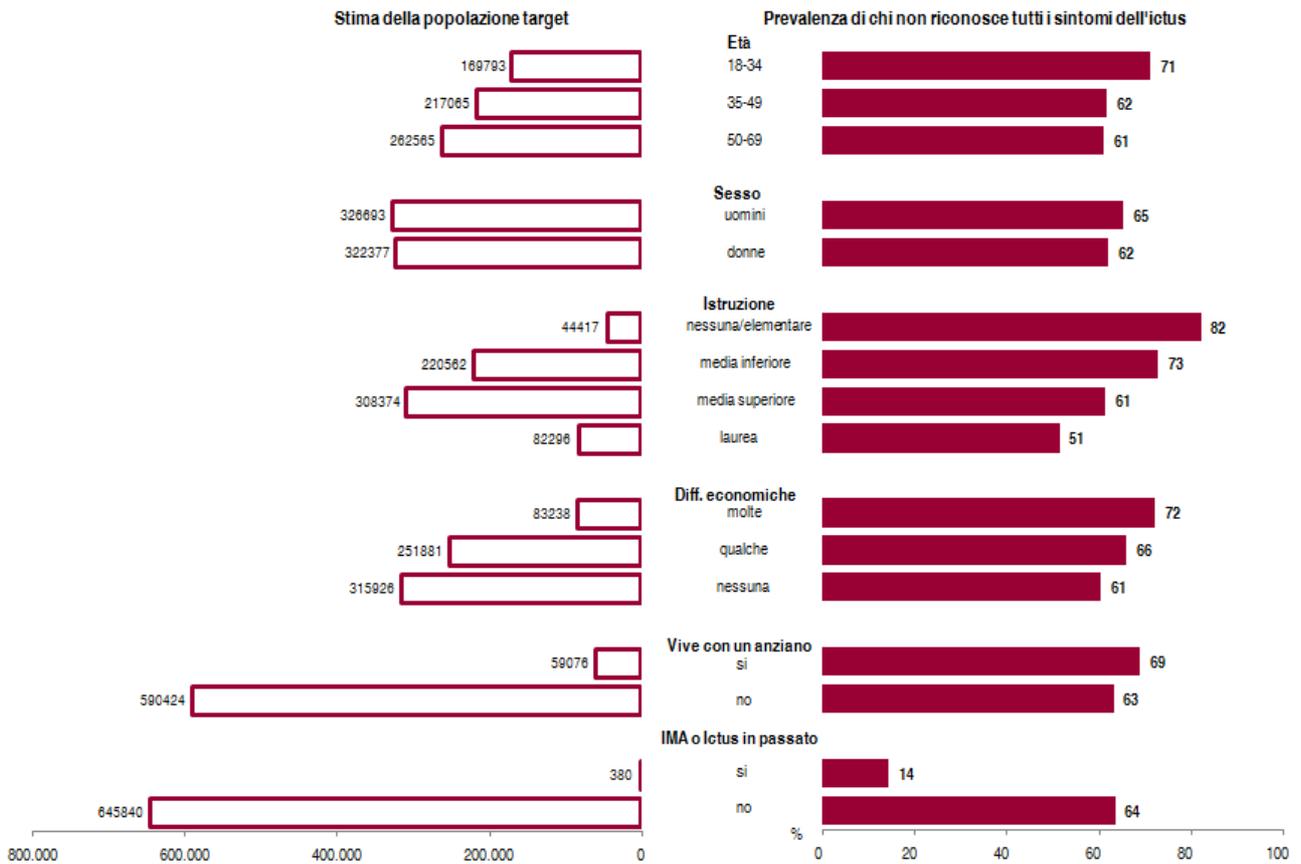
In realtà, coloro che riescono a cogliere l'importanza dell'insieme dei sintomi dell'ictus costituiscono poco più di un terzo della popolazione.

L'aumento del numero di queste persone è quindi una priorità

Nell'impostazione strategica di un intervento di promozione della salute è importante conoscere il numero dei potenziali destinatari dell'azione; questo consente di quantificare le risorse umane e materiali da impegnare e di mirare meglio al destinatario ideale con una comunicazione efficace. A questo scopo il grafico sottostante mette in evidenza la stima della numerosità della popolazione target.

Prevalenza di chi non riconosce tutti i sintomi dell'ictus per caratteristiche socio demografiche e stima della popolazione target Regione Liguria – Passi 2012-2015

Popolazione di riferimento 18-69 anni: 1.019.401; n.: 2841
 Totale: 63,7% (IC95%: 61,6- 65,7)



Cosa farebbero le persone se pensassero che qualcuno abbia un ictus?

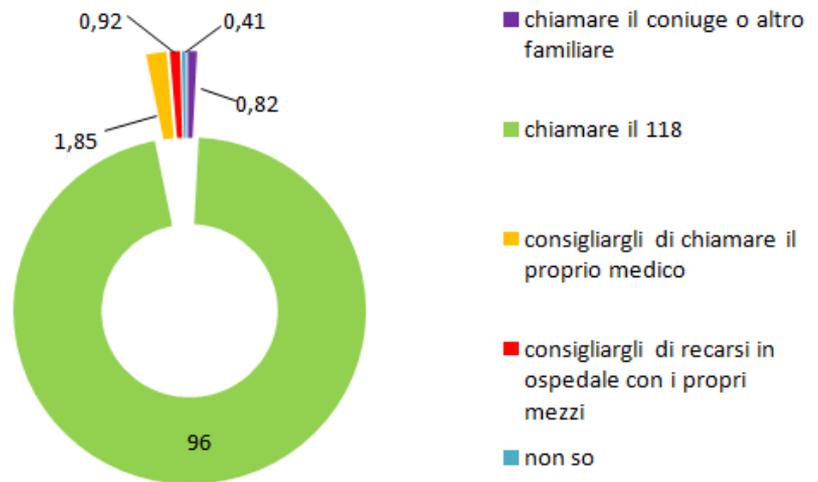
“Se lei pensa che qualcuno abbia un ictus
qual è la cosa migliore da fare subito?”
Regione Liguria – Passi 2014-2015
N = 2840

Nel questionario è stata posta la seguente domanda:

“Se lei pensa che qualcuno abbia un ictus qual è la cosa migliore da fare subito?”

La quasi totalità della popolazione ligure farebbe la scelta giusta.

Tuttavia rileviamo che solo un terzo della popolazione è in grado di riconoscere i sintomi dell'ictus e questo fatto può produrre ritardi di arrivo al pronto soccorso



NOTE METODOLOGICHE

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

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

Per questi motivi, operatori sanitari delle Asl, specificamente formati, intervistano al telefono persone di 18-69 anni, residenti nel territorio aziendale. Le persone da intervistare vengono selezionate in maniera casuale, estraendo mensilmente dalle liste dell'anagrafe sanitaria regionale un campione casuale semplice stratificato per sesso e classi d'età "proportional to size".

I criteri di esclusione dal campione sono:

- Assenza di telefono
- Residenza o domicilio stabile altrove
- Istituzionalizzazione (ospedale, ospizio, caserma, convento, carcere)
- Decesso
- Non conoscenza lingua italiana
- Grave disabilità psico/fisica

Le caratteristiche del campionamento effettuato consentono di effettuare un'inferenza statistica, cioè di affermare che quanto rilevato nella popolazione campionata è riferibile all'intera popolazione in studio.

In generale nel rapporto i risultati sono stati rappresentati con tabelle e grafici di semplice impatto visivo.

I grafici che mostrano le stime di popolazione sono più complessi e conducono al calcolo delle stime numeriche, considerando la frequenza dell'indicatore scelto nel sottogruppo di popolazione oggetto dello studio (es. frequenza di sintomi di depressione tra coloro che vivono soli=13%) e la prevalenza di tale sottogruppo nella popolazione (es. vivono soli=11,7%); il risultato viene poi rapportato alla numerosità della popolazione generale in quel sottogruppo:

formula: $n^{\circ} \text{ popolazione di riferimento} * \text{percentuale sottogruppo popolazione} * \text{percentuale indicatore}$

Conoscere il numero dei potenziali destinatari di un'azione di salute è di importanza strategica negli interventi di promozione della salute perché consente di quantificare le risorse umane e materiali da impegnare, e di mirare meglio al destinatario ideale con una comunicazione efficace.

La rilevazione (30 interviste al mese in Asl 3 Genovese) avviene continuamente durante tutto l'anno.

I dati raccolti sono trasmessi in forma anonima via internet e registrati in un archivio unico nazionale.

Il trattamento dei dati avviene secondo la normativa vigente per la tutela della privacy.

Il questionario è costituito da un nucleo fisso di domande, che esplora i principali fattori di rischio comportamentali ed interventi preventivi, da moduli opzionali, la cui somministrazione viene effettuata solo in alcune regioni e da moduli aggiuntivi, validi per tutte le regioni, che vengono somministrati in caso di eventi da esplorare in maniera tempestiva a livello nazionale.

Il periodo di rilevazione su cui ci siamo basati va da Gennaio 2011 a Dicembre 2014. La dimensione del campione relativa al quadriennio 2008-2012 è pari a 1321 individui.

Dal 2007, anno di inizio della raccolta dati, a Marzo 2016 sono state effettuate in tutta Italia oltre 325mila interviste.

Questi numeri consentono di ottenere la stima delle principali variabili limitando al massimo il grado di approssimazione. L'analisi delle informazioni raccolte è stata effettuata utilizzando il software EpiInfo 3.5.3, con metodi statistico-epidemiologici tali da fornire, oltre al dato di prevalenza della variabile analizzata, anche i limiti fiduciarci entro i quali quel valore cadrà, con un livello di probabilità prefissato al 95% (Intervallo di Confidenza al 95%).

Redazione e impaginazione a cura di:

Rosamaria Cecconi, Raffaella Castiglia
(Asl 3 Genovese, Dipartimento di Prevenzione - Epidemiologia)

settembre 2016

Copia del volume può essere scaricata dai siti internet:

www.asl3.liguria.it

www.epicentro.iss.it

Maggiori informazioni sul Sistema di sorveglianza PASSI e i suoi prodotti possono essere reperite al link:

<http://www.epicentro.iss.it/passi/>

