

Quaderni ferraresi sulla salute

Indagine sul rischio cardiovascolare



Gennaio 2009

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara



Piani per la Promozione della Salute

Indice

| | |
|---|----|
| L'indagine sul rischio cardiovascolare | 3 |
| Cenni epidemiologici sulla mortalità per malattie cardiocircolatorie | 3 |
| Situazione nutrizionale | 4 |
| Abitudini alimentari: il consumo di frutta e verdura | 6 |
| Ipertensione arteriosa | 8 |
| Colesterolemia | 8 |
| Attività fisica | 9 |
| L'abitudine al fumo | 10 |
| Consumo a rischio di alcol | 11 |
| Le disuguaglianze socio-economiche: fattore di rischio cardiovascolare | 12 |
| Vita spericolata: persone con presenza simultanea di più fattori di rischio | 13 |
| Diabete mellito | 13 |
| La sindrome metabolica | 13 |
| Come ti misuro il rischio? | 14 |
| Impatto sulla salute attribuibile ai fattori di rischio cardiovascolari | 15 |
| Conclusioni e raccomandazioni | 16 |

In linea con la salute è un'indagine campionaria telefonica, basata su un campione casuale stratificato per età, sesso e residenza (distinguendo i 3 distretti sanitari), composto da 1801 persone con età compresa tra 18 e 79 anni residenti nella provincia di Ferrara. E' stato utilizzato un questionario basato sul questionario PASSI, modificato per approfondire la conoscenza del mondo dei fumatori ed ex-fumatori. Le interviste sono state eseguite da personale addestrato e specificamente formato, di una ditta esterna specializzata (Mediatel srl). L'indagine è stata svolta nel primo bimestre 2008.

PASSI è un sistema di sorveglianza che misura la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute legati ai comportamenti individuali e la diffusione delle misure di prevenzione. E' basato su interviste telefoniche, fatte da personale dell'ASL (prima importante differenza tra le due indagini), a un campione casuale stratificato per età e sesso (seconda importante differenza tra le due indagini), di residenti con età compresa tra 18 e 69 anni (terza importante differenza tra le due indagini).

Il campione è numericamente limitato: in 12 mesi (a partire da aprile 2007) a Ferrara sono state realizzate 324 interviste (quarta importante differenza tra le due indagini), a fronte delle 330 previste. I dati dell'indagine PASSI (2007-2008) sono ancora in fase di verifica.

Indagine sul rischio cardiovascolare

L'indagine sul rischio cardiovascolare

Le malattie cardiovascolari (quali ictus, infarto del miocardio, scompenso cardiaco) costituiscono la prima causa di morte nel mondo occidentale. In Italia rappresentano la prima causa di mortalità (44% di tutte le morti), così pure a Ferrara (39% di tutte le morti nel 2006) e in Emilia Romagna (39%).

Fumo di tabacco, obesità e sovrappeso, abuso di alcol, scarso consumo di frutta e verdura, sedentarietà, eccesso di grassi nel sangue, ipertensione arteriosa e diabete mellito sono i principali fattori di rischio positivamente associati allo sviluppo di tali patologie e per la maggior parte modificabili. Questi fattori di rischio sono comuni a molte altre malattie: tumori, malattie respiratorie croniche, problemi di salute mentale e disturbi muscolo-scheletrici. La prevenzione di questi fattori di rischio può dunque ottenere molteplici vantaggi di salute.

Valutare le caratteristiche di diffusione di questi fattori di rischio consente di effettuare interventi di sanità pubblica mirati nei confronti di determinati gruppi di popolazione, con l'obiettivo di indurre modificazioni negli stili di vita delle persone a rischio, al fine di favorire una riduzione dell'impatto sfavorevole dei predetti fattori sulla loro salute.

Questa pubblicazione traccia un quadro del rischio cardiovascolare in provincia di Ferrara, attraverso i risultati di un'indagine campionaria di grandi dimensioni (In linea con la salute - 2ª edizione; 1801 persone intervistate) condotta dall'Azienda USL di Ferrara.

L'interpretazione dei dati raccolti ha potuto fruire di alcuni confronti con le altre aziende sanitarie della regione, con dati forniti dal sistema di sorveglianza PASSI. Un breve cenno sui metodi delle due indagini è riportato nel retrocopertina.

Cenni epidemiologici sulla mortalità per malattie cardiocircolatorie

La mortalità totale per malattie cardiocircolatorie indica il peso che questo gruppo di malattie esercita sull'intera popolazione.

- *Nella provincia di Ferrara:* nel 2006 i tassi standardizzati di mortalità per malattie cardiovascolari sono stati pari a 363 per 100.000 negli uomini e a 457 per 100.000 nelle donne, senza differenze statisticamente significative rispetto alla media regionale.

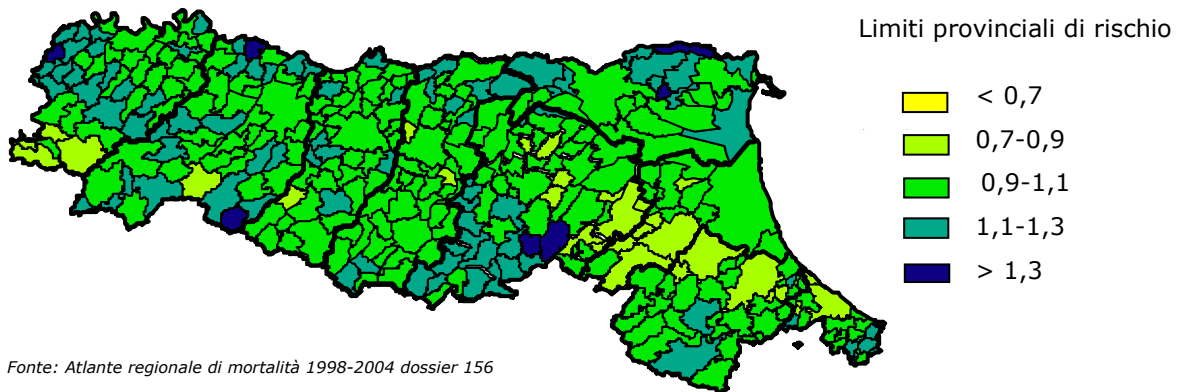
- *Nei tre distretti sanitari:* l'analisi della mortalità per distretti è riferita al periodo 1998-2004 e mostra che la mortalità in due distretti sanitari - Centro-Nord e Ovest - è maggiore rispetto alla media regionale.

- *Nei 26 Comuni:* la mappa per comune della mortalità per cause cardiovascolari evidenzia un maggior rischio in alcuni comuni ferraresi (Bondeno, Mirabello, Vigarano, l'intera area copparese, Mesola, Migliarino, Comacchio). I dati sono riferiti al periodo 1998-2004.

| Distretto sanitario | Totale morti | Tasso standard |
|---------------------|----------------|----------------|
| Centro-Nord | 6.804 | 478,35 |
| Ovest | 2.574 | 498,63 |
| Sud-Est | 3.597 | 463,77 |
| Regione | 133.715 | 438,18 |

Fonte: Atlante regionale di mortalità 1998-2004 dossier 156

Mappe di mortalità per comune. Mortalità per malattie del sistema circolatorio.
 Livello di rischio relativo di morte stimato rispetto alla media regionale. Periodo 1998-2003



Situazione nutrizionale

La situazione nutrizionale di una popolazione è uno fra i determinanti più importanti delle sue condizioni di salute. A Ferrara assume un rilievo particolare, in ragione dell'elevata percentuale di persone con eccesso di grasso corporeo. Si parla di situazione nutrizionale per sottolineare che il parametro importante non è il peso corporeo in sé, quanto l'eccesso di grasso corporeo, il vero fattore di rischio che favorisce l'insorgenza o l'aggravamento di patologie pre-esistenti, peggiora la qualità di vita e ne accorcia la durata.

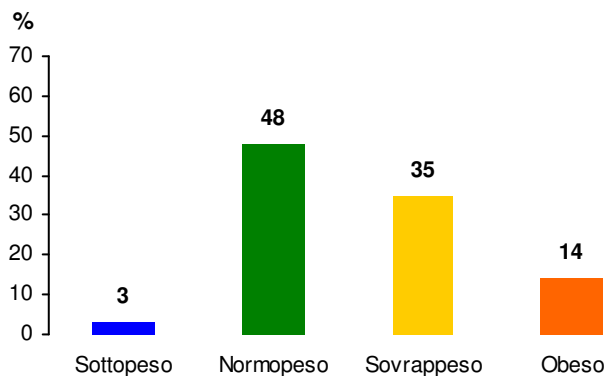
Una misura semplice (sebbene approssimativa) della quantità di grasso corporeo è fornita dall'indice di massa corporea (in inglese, *Body Mass Index* - BMI).

IL BMI si calcola dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato. Per valutare il BMI si utilizzano quattro categorie: sottopeso (BMI < 18,5), normopeso (BMI 18,5-24,9), sovrappeso (BMI 25-29,9), obeso (BMI ≥ 30). I dati presentati sono basati su peso e altezza riferiti dagli intervistati, escludendo chi non ha risposto (1% degli intervistati).

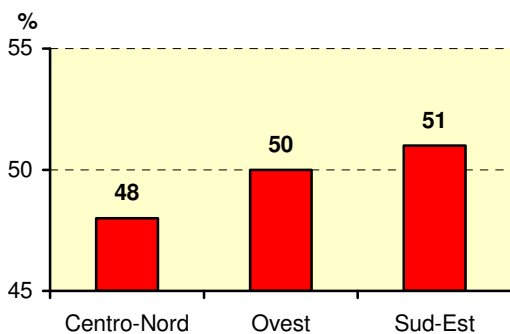
Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

- A Ferrara il 3% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 48% normopeso, il 35% sovrappeso e il 14% obeso.
- Complessivamente si stima che il 49% della popolazione presenti un eccesso ponderale, comprendendo sovrappeso e obesità. (Nella classe di età 18-69 anni l'eccesso ponderale è presente nel 47,2% degli intervistati).
- La distribuzione territoriale delle persone con eccesso ponderale è disomogenea e più elevata nel distretto Sud-Est dove si conta il 15,5% di obesi, contro il 13% negli altri due distretti.

Situazione nutrizionale della popolazione fra i ferraresi con età compresa fra 18 e 79 anni
 Az. USL di Ferrara - In linea con la salute 2008 (n=1781)



Distribuzione delle persone con eccesso ponderale (sovrappeso + obesità) per distretto

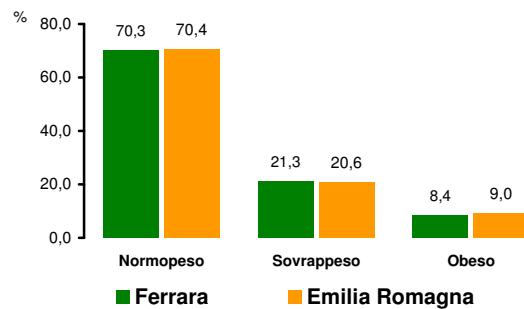


- Secondo i dati del sistema di sorveglianza PASSI, tra le 11 ASL della Regione il range di eccesso ponderale varia dal 38% di Parma al 48% di Ferrara (percentuale media: 42,6%).
- Tra le ASL partecipanti a livello nazionale al Sistema di Sorveglianza l'eccesso ponderale è pari al 43% e risulta così distribuito: 31,5% è in sovrappeso e l'11,3% è obeso (nell'indagine ISTAT 2005 risultò obeso il 9,8% a livello nazionale).

Stato nutrizionale nell'infanzia e adolescenza

- L'eccesso ponderale durante l'infanzia e l'adolescenza può comportare lo sviluppo di seri problemi cardiaci che si manifesteranno nei giovani adulti. In teen-ager asintomatici sono state ritrovate, mediante ecografie, strie lipidiche, precursori di malattie cardiache.
- Inoltre l'eccesso ponderale in età pediatrica è associato a un'elevata frequenza di ipertensione arteriosa.
- Il 30% dei bambini ferraresi di 9 anni presenta un eccesso ponderale, con una quota % di obesi pari all'8,4%(situazione simile a quella regionale).

Stato nutrizionale a 9 anni
SIAN Az. USL di Ferrara - Indagine So.N.I.A. 2005 (n=239)



Fonte: Saletti e al. Sorveglianza nutrizionale nelle scuole materne e elementari dell'ASL di Ferrara - novembre 2006 (dati misurati)

Quante persone sono in eccesso ponderale e quali sono le loro caratteristiche?

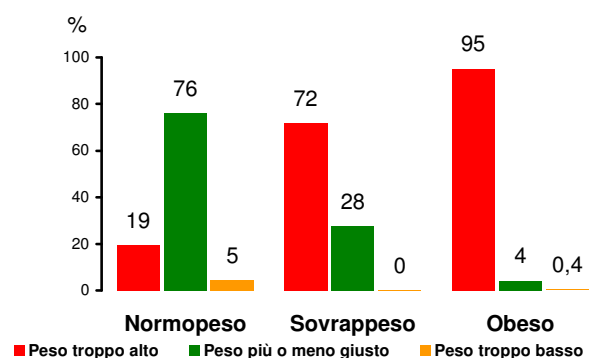
- L'eccesso ponderale cresce in modo rilevante con l'età ed è maggiore negli uomini rispetto alle donne (57% vs. 42%) e nelle persone con basso livello di istruzione.
- L'obesità è marcatamente appannaggio delle persone con età superiore a 50 anni, con difficoltà economiche.

| Popolazione con eccesso ponderale fra i ferraresi con età compresa fra 18 e 79 anni Az. USL di Ferrara - In linea con la salute 2008 (n=1781) | | | |
|--|--------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Caratteristiche | | Sovrappeso % | Obesi % |
| Totale | | 35,5 (IC95% 33,3-37,7) | 13,9 (IC95% 12,4-15,6) |
| Età, anni | | | |
| | 18 - 34 | 20,9 | 5,8 |
| | 35 - 49 | 31,8 | 10,9 |
| | 50 - 69 | 45,5 | 19,7 |
| | 70 - 79 | 42,2 | 19,1 |
| Sesso | | | |
| | uomini | 43 | 14,1 |
| | donne | 28,3 | 13,7 |
| Istruzione | | | |
| | nessuna/elementare | 42,6 | 22 |
| | media inferiore | 37,8 | 14,8 |
| | media superiore | 30,7 | 8,7 |
| | laurea | 25,6 | 7,3 |
| Difficoltà economiche | | | |
| | si | 36,2 | 17,6 |
| | no | 35,2 | 11,3 |

Come considerano il proprio peso le persone intervistate?

- Si osserva un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e BMI negli obesi (95%) e nei normopeso (76%);
- mentre il 28% delle persone in sovrappeso ha una percezione sbagliata;
- emerge una diversa percezione del proprio peso per genere: tra le donne normopeso il 72% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto all'82% degli uomini, mentre tra le persone sovrappeso l'84% delle donne considera correttamente troppo alto il proprio peso rispetto al 63% degli uomini.

Percezione della propria situazione nutrizionale
Az. USL di Ferrara In linea con la salute 2008 (n=1781)



La percezione soggettiva del peso corporeo è un elemento importante di tipo motivazionale per determinare il cambiamento. A Ferrara la percezione della propria situazione nutrizionale non sempre coincide con il BMI calcolato sul peso e l'altezza riferiti dagli intervistati.

Come va la salute delle persone in eccesso ponderale (con BMI superiore 25 kg/m²)?

Il 25% dei ferraresi è in condizione di eccesso ponderale, come unico fattore di rischio.

- Tuttavia, le persone con eccesso ponderale hanno, rispetto alle persone normopeso, più di frequente associati altri fattori di rischio (36% contro 27%).
- Le persone in eccesso ponderale tengono meno "controllati" pressione arteriosa e colesterolemia con attività fisica e dieta adatta; tendono ad assumere più di frequente farmaci.

Presenza di un altro fattore di rischio fra le persone in sovrappeso (BMI>25) o normopeso Az. USL di Ferrara - In linea con la salute, 2008 (n=1801)

| Fattore di rischio | per 100 persone in: | |
|--------------------------------|---------------------|-----------|
| | sovrappeso | normopeso |
| Iperensione | 35 | 15 |
| Ipercolesterolemia | 27 | 21 |
| Inattività fisica (sedentario) | 28 | 25 |
| Consumo a rischio di alcol | 9 | 11 |
| Fumo | 20 | 24 |

Quante persone con eccesso ponderale ricevono consigli di fare attività fisica dagli operatori sanitari?

- A Ferrara, il 30% delle persone in sovrappeso e il 38% delle persone obese ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario.
- Tra le 11 ASL della Regione, secondo i dati del sistema di sorveglianza PASSI, emergono alcune differenze statisticamente significative relative alla percentuale di persone con eccesso ponderale che hanno dichiarato di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario (si va dal 20% di Piacenza al 57% di Rimini).
- Il 28% dei ferraresi con eccesso ponderale è sedentario, con importanti differenze di comportamento tra sovrappeso e obesi. I ferraresi in sovrappeso sono impegnati in attività fisica regolare alla pari dei normopeso, mentre le persone obese sono significativamente meno impegnate, al netto degli effetti legati a età, sesso e istruzione, in una regolare attività fisica (OR=1,38 statisticamente significativo).

Abitudini alimentari: il consumo di frutta e verdura

Le abitudini alimentari sono strettamente associate allo stato di salute, infatti le malattie associate all'eccesso alimentare e ad una dieta sbilanciata sono ormai tra le cause di morbosità e morte più rilevanti nei paesi industrializzati. Le malattie per le quali la dieta gioca un ruolo importante comprendono cardiopatie ischemiche, alcuni tipi di neoplasia, ictus, ipertensione, obesità e diabete mellito non insulino-dipendente.

È riconosciuto ad alcuni alimenti un ruolo protettivo contro l'insorgenza di certe malattie. Frutta e verdura sono alimenti con poche calorie, pochi grassi, un gran potere saziante, aiutano a ridurre l'assorbimento del colesterolo. L'elevato consumo di frutta e verdura si è dimostrato associato alla protezione rispetto ad alcune neoplasie; uno studio dell'Harvard School of Public Health di Boston ha dimostrato che il consumo di cinque o più porzioni al giorno di frutta e verdura riduce i casi di ictus e infarto del 12%.

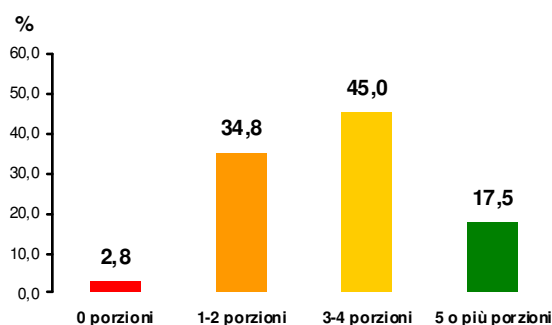
Per questi motivi viene consigliato il consumo quotidiano di frutta e verdura: l'adesione alle raccomandazioni internazionali prevede il consumo di almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno ("five a day").

Chi mangia almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno?

- Nella provincia di Ferrara, il 97% degli intervistati dichiara di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno.
- Solo il 17,5% però aderisce alle raccomandazioni, riferendo un consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura, anche se circa il 45% mangia 3-4 porzioni al giorno.
- L'abitudine corretta è più diffusa tra le persone della classe di età 15-69 anni (21,8%), tra le donne

Numero di porzioni di frutta e verdura consumate al giorno fra i ferraresi con età compresa fra 18 e 79 anni

Az. USL di Ferrara - In linea con la salute 2008 (n=1801)



(20,5%); non emergono differenze legate alla condizione economica né a livello di istruzione.

- Osservando le percentuali sembra che l'adesione al "5 a day" sia più diffusa tra le persone obese (dati non riportati).
- Nella classe di età 18-69 anni l'adesione alle linee guida per il consumo di frutta e verdura è presente nel 18,8% degli intervistati, superiore al dato medio regionale del sistema di sorveglianza PASSI.

| Consumo corretto di frutta e verdura fra i ferraresi con età compresa fra 18 e 79 anni <i>Az. USL di Ferrara In linea con la salute 2008 (n=1801)</i> | |
|---|------------------------------------|
| Totale | 17,5 % (IC95% 15,8-19,3) |
| Classi di età | |
| 18 - 34 | 12,9 |
| 35 - 49 | 18,3 |
| 50 - 69 | 21,8 |
| 70 - 79 | 13,8 |
| Sesso | |
| uomini | 14,4 |
| donne | 20,5 |
| Istruzione | |
| nessuna/elementare | 16,4 |
| media inferiore | 19 |
| media superiore | 17 |
| laurea | 18,9 |

Secondo i dati del sistema di sorveglianza PASSI, tra le 11 ASL della Regione non emergono differenze statisticamente significative relative alla percentuale di persone che aderiscono al "5 a day" (range dall'8% di Reggio Emilia al 19% di Cesena; percentuale media: 11,4%). Tra le ASL partecipanti a livello nazionale al Sistema di Sorveglianza, la percentuale di persone che aderiscono al "5 a day" è pari al 10,4%.

Ipertensione arteriosa

L'ipertensione arteriosa è un fattore di rischio implicato nella genesi di molte malattie, in particolare ictus, infarto del miocardio, scompenso cardiaco, con alti costi sia in termini di salute sia dal punto di vista strettamente economico. Il costo delle complicanze si stima essere, infatti, 2-3 volte più grande di quello necessario per trattare tutti gli ipertesi nello stesso periodo di tempo. L'identificazione precoce delle persone ipertese costituisce un intervento efficace di prevenzione individuale e di comunità. L'attenzione al consumo di sale, la perdita di peso nelle persone con eccesso ponderale e l'attività fisica costituiscono misure efficaci per ridurre i valori pressori, sebbene molte persone con ipertensione necessitino anche di un trattamento farmacologico.

Quante persone sono ipertese?

- Il 25% degli intervistati (tra coloro che sono stati sottoposti al monitoraggio della PA), riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa.
- La percentuale di persone ipertese cresce progressivamente con l'età: nel gruppo 50-69 anni più di una persona su 3 riferisce di essere ipertesa (38%).
- Nella classe di età 18-69 anni l'ipertensione è presente nel 19,9% degli intervistati.
- Emergono differenze anche se si considera il livello di istruzione e il reddito.
- Non vi sono differenze importanti fra i tre distretti (dati non riportati).
- Secondo i dati del sistema di sorveglianza PASSI, tra le 11 ASL della Regione, Piacenza presenta una differenza significativa per quanto concerne la percentuale di ipertesi (range dal 13% al 26%; percentuale media 20,8%).

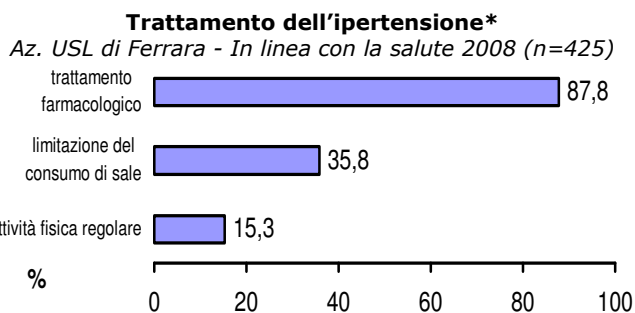
Tra le ASL di tutta Italia partecipanti al sistema PASSI, mediamente il 22% degli

| Ipertensione arteriosa fra i ferraresi con età compresa 18-79 anni <i>Az. USL di Ferrara - In linea con la salute 2008 (n=1726)</i> | |
|---|---|
| <i>Caratteristiche demografiche</i> | <i>% Ipertesi</i> <i>(per 100 rispondenti che hanno misurato la pressione)</i> |
| Totale | 24,6 (IC95%: 22,6-26,7%) |
| Età, anni | |
| 18 - 34 | 2,4 |
| 35 - 49 | 12,4 |
| 50 - 69 | 37,8 |
| 70 - 79 | 49,1 |
| Sesso | |
| maschi | 24,4 |
| femmine | 24,8 |
| Istruzione | |
| nessuna/elementare | 41 |
| media | 20,2 |
| superiore | 12,3 |
| laurea | 14,7 |
| Difficoltà economiche | |
| si | 27,4 |
| no | 22,7 |

intervistati che hanno misurato la pressione del sangue riferisce di essere iperteso.

Come viene trattata l'ipertensione?

- Il 12% degli ipertesi non fa nulla per contrastare l'ipertensione!
- L'88% degli ipertesi riferisce di essere in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, pochi ipertesi limitano il consumo di sale (36%) e svolgono regolare attività fisica (15%).



*indicatori indipendenti

Secondo i dati del sistema di sorveglianza PASSI, tra le 11 ASL della Regione, non si osservano differenze significative per quanto concerne la percentuale di ipertesi in trattamento con farmaci (range compreso tra 62% e 75%).

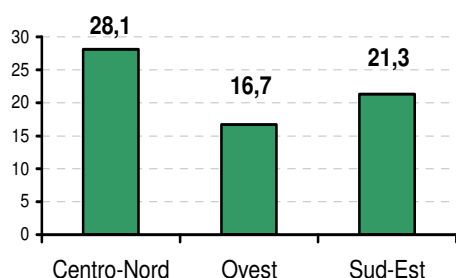
Colesterolemia

L'ipercolesterolemia rappresenta uno dei principali fattori di rischio per cardiopatia ischemica, sui quali è possibile intervenire efficacemente.

Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

- A Ferrara, tra coloro che riferiscono di essere stati sottoposti a misurazione del colesterolo, il 24% ha avuto diagnosi di ipercolesterolemia.
- Nella classe di età 18-69 anni l'ipercolesterolemia è presente nel 22,4% degli intervistati.
- L'ipercolesterolemia riferita appare una condizione più frequente nelle classi d'età più alte, e nelle persone con basso livello di istruzione.
- L'ipercolesterolemia è più frequente nel distretto Centro-Nord.

% ipercolesterolemici nei distretti sanitari



| Ipercolesterolemia riferita fra i ferraresi con età compresa fra 18 e 79 anni Az. USL di Ferrara In linea con la salute 2008 (n=1660) | |
|---|---|
| Caratteristiche demografiche | Ipercolesterolemia (per 100 rispondenti che hanno misurato la colesterolemia) |
| Totale | 23,9 (IC95%: 21,8% - 25,9%) |
| Età, anni | |
| 18 - 34 | 9,1 |
| 35 - 49 | 19,7 |
| 50 - 69 | 32,8 |
| 70-79 | 31 |
| Sesso | |
| maschi | 20,5 |
| femmine | 27 |
| Istruzione | |
| nessuna/elementare | 33,2 |
| media | 18 |
| superiore | 21,1 |
| laurea | 21,9 |
| Difficoltà economiche | |
| si | 24,1 |
| no | 23,7 |

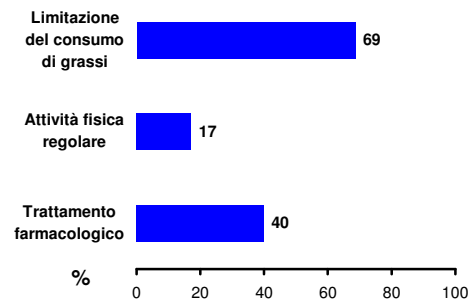
Secondo i dati del sistema di sorveglianza PASSI, tra le 11 ASL della Regione la percentuale di persone che riferiscono alti livelli di colesterolemia va dal 23% al 36% (percentuale media: 28%).

Tra le ASL di tutta Italia partecipanti al sistema PASSI, mediamente il 25,2% degli intervistati che hanno misurato la colesterolemia riferiscono di avere livelli elevati.

Come viene trattata l'ipercolesterolemia?

- Il 31% delle persone con alti livelli di colesterolo non fa nulla.
- Il 40% degli ipercolesterolemici riferisce di essere in trattamento farmacologico.
- Il 69% degli ipercolesterolemici ha ridotto il consumo di grassi.
- Solo il 17% svolge regolare attività fisica.

Trattamento dell'ipercolesterolemia*
Az. USL di Ferrara- In linea con la salute 2008 (n=396)



*indicatori indipendenti

Secondo i dati del sistema di sorveglianza PASSI, tra le 11 ASL della Regione la percentuale di ipercolesterolemici in trattamento con farmaci presenta un range dall'11% al 30%.

Attività fisica

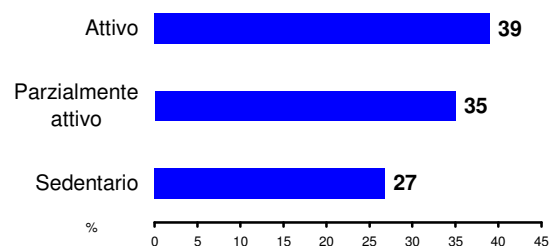
L'attività fisica comprende tutti i movimenti del corpo che comportano un dispendio energetico. Si tratta principalmente delle attività che svolgiamo quotidianamente, come camminare, andare in bicicletta, salire le scale. Per sviluppare effetti benefici deve essere regolare e di una certa intensità (camminare di buon passo, pedalare con energia). In questo modo protegge dall'insorgenza di numerose malattie ed è anche un valido supporto per il trattamento di alcune patologie conclamate. Ad esempio l'esercizio fisico praticato con regolarità e costanza riduce la frequenza cardiaca (un'elevata frequenza cardiaca aumenta il rischio di infarto del miocardio) e aumenta la frazione di colesterolo HDL (nessun farmaco ottiene questo effetto!). Una regolare attività fisica riduce la mortalità per tutte le cause di circa il 10%.

Lo stile di vita sedentario è tuttavia in aumento nei paesi sviluppati, questo oltre a rappresentare da solo un fattore di rischio per osteoporosi, malattie del cuore e alcuni tipi di cancro, è responsabile, unitamente alla cattiva alimentazione, dell'attuale epidemia di obesità. È importante che gli operatori sanitari raccomandino ai loro pazienti lo svolgimento di un'adeguata attività fisica: i loro consigli (in combinazione con altri interventi) possono infatti essere utili per contrastare gran parte delle patologie croniche.

Quanti fanno attività fisica e quanti sono i sedentari?

- Il 39% delle persone intervistate a Ferrara riferisce di effettuare un lavoro pesante o aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica e può quindi essere definito attivo.
- Il 35% non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) e il 27% è completamente sedentario.
- Nella classe di età 18-69 anni i sedentari sono il 25,3% degli intervistati.

Livello di attività fisica fra i ferraresi con età compresa fra 18 e 79 anni
Az. USL di Ferrara - In linea con la salute 2008 (n=1801)



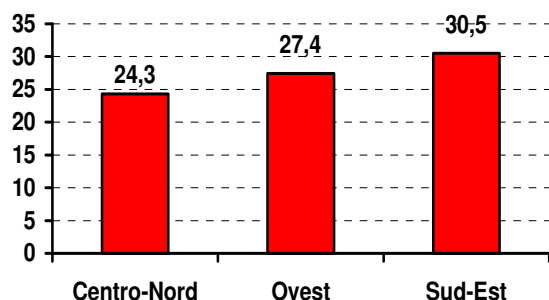
Secondo i dati del sistema di sorveglianza PASSI, tra le 11 ASL della Regione non emergono differenze statisticamente significative, eccetto che per quella di Modena, per quanto concerne la percentuale di persone che hanno abitudini sedentarie (range dal 15% di Parma al 27% di Ferrara; percentuale media: 20%).

Tra le ASL partecipanti al sistema a livello nazionale il 33,2% della popolazione è attivo, il 38,8% parzialmente attivo e il 28% è sedentario.

Chi fa poca (insufficiente) o nessuna attività fisica?

- I ferraresi completamente sedentari sono:
 - i meno giovani,
 - gli uomini,
 - le persone con più basso livello di istruzione,
 - le persone con minore reddito.
- Il distretto con la percentuale più elevata di sedentari è il Sud-Est.

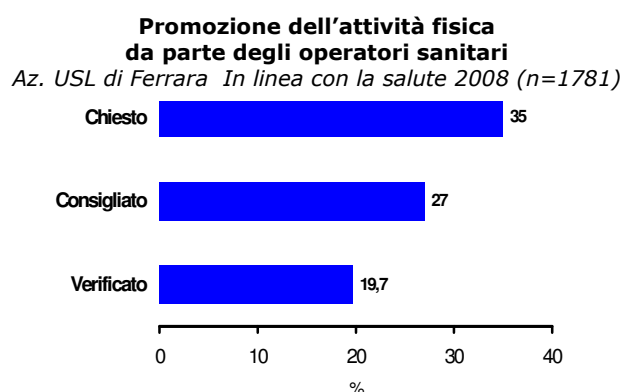
Distribuzione dei sedentari per distretto



| Sedentari fra i ferraresi con età compresa fra 18 e 79 anni Az. USL di Ferrara - In linea con la salute 2008 (n=1801) | |
|---|-----------------------------------|
| Caratteristiche | % (Per 100 rispondenti) |
| Totale | 26,8 (IC95%: 24,8-28,8) |
| Età, anni | |
| 18 - 34 | 21,9 |
| 35 - 49 | 28,1 |
| 50 - 69 | 25,2 |
| 70 - 79 | 34,4 |
| Sesso | |
| uomini | 28,9 |
| donne | 24,8 |
| Istruzione | |
| nessuna/elementare | 30,7 |
| media inferiore | 29,4 |
| media superiore | 24 |
| laurea | 17,7 |
| Difficoltà economiche | |
| si | 31,1 |
| no | 23,2 |

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

- Nella provincia di Ferrara, solo il 35% delle persone intervistate riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica.
- Solo il 27% delle persone intervistate ha ricevuto consiglio di fare regolarmente attività fisica.
- Al 73% di queste ultime (19% dell'intero campione) è stata rivolta una domanda di verifica da parte dell'operatore sanitario sull'effettiva pratica di attività fisica.



Secondo i dati del sistema di sorveglianza PASSI, tra le 11 ASL della Regione il range della percentuale di persone che riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha consigliato ai propri assistiti di fare dell'attività fisica varia tra 21% e 39%.

Tra le altre ASL italiane partecipanti al sistema PASSI il 33% delle persone riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha consigliato ai propri assistiti di fare dell'attività fisica.

L'abitudine al fumo¹

Il fumo di tabacco rappresenta, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, il principale singolo fattore di rischio evitabile di morte precoce, di malattia e di handicap.

Le conseguenze complessive dell'abitudine al fumo sulla salute sono assai gravi, in quanto comportano una riduzione complessiva dell'aspettativa di vita stimata pari a 10 anni rispetto ai non fumatori. Ogni momento è buono per smettere di fumare: evidenze scientifiche mostrano come la cessazione dell'esposizione al fumo dimezza il rischio di infarto al miocardio già dopo un anno di astensione; dopo 15 anni il rischio diventa pari a quello di un non fumatore. I

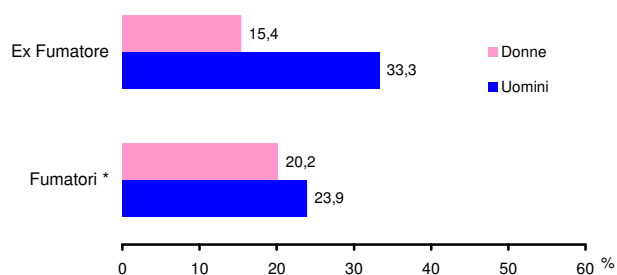
¹ Sull'argomento è disponibile il Quaderno "L'abitudine al fumo - Fatti e cifre" della serie Quaderni ferraresi sulla salute - Ottobre 2008-, con molti dati di dettaglio.

fumatori che smettono di fumare prima dei 50 anni riducono a metà il proprio rischio di morire nei successivi 15 anni rispetto a coloro che continuano a fumare.

Quanti ferraresi sono fumatori?

- Nella ASL di Ferrara i fumatori sono pari al 22%, gli ex fumatori al 24%, e i non fumatori al 54%.
- L'abitudine al fumo è più alta tra gli uomini che tra le donne (23,9% contro 20,2%).
- Tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (64,4%) rispetto agli uomini (42,8%).
- Sulla base di questi quozienti, si ottiene la stima di 63.000 fumatori ferraresi attuali.

Abitudine al fumo di sigaretta fra i ferraresi con età compresa fra 18 e 79 anni
Az. USL di Ferrara – In linea con la salute 2008 (n=1801)



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

Nella classe di età 18-69 anni l'abitudine al fumo è presente nel 24,6% degli intervistati. Tra i tre distretti sanitari della provincia, le differenze per quanto riguarda l'abitudine al fumo non sono molto rilevanti. Il Distretto in cui si fuma di più è il Centro-Nord (23%) che comprende il capoluogo, mentre quello con la prevalenza di fumatori più bassa è il Distretto Ovest (20,4%).

Quali sono le principali caratteristiche dei fumatori di sigaretta?

- Rispetto all'Italia, le donne ferraresi (soprattutto giovani) mostrano una propensione al fumo più elevata e più costante, con un 20% di fumatrici contro il 18% a livello nazionale (indagine DOXA, 2008).
- I forti fumatori (20 sigarette al dì e +) presentano rischi più elevati di comparsa di patologie associate al fumo. La provincia di Ferrara ha una quota maggiore di grandi fumatori: 27 ogni 100 fumatori.
- Si osservano percentuali più alte di fumatori tra i più giovani, tra gli uomini, tra persone con basso livello di istruzione e con difficoltà economiche.

La responsabilità degli adulti fumatori

Nella classe di età 18-24 anni sono fumatori il 38% dei maschi e il 28% delle femmine. I dati dell'indagine evidenziano il pesante condizionamento determinato dalla presenza di un fumatore in famiglia e dunque la pesante responsabilità degli adulti fumatori nella diffusione del fumo fra i più giovani. Il 45% dei fumatori in età 18-24 anni ha un familiare fumatore contro il 14% fra i giovani non fumatori. Ne consegue che il rischio di diventare fumatori per chi ha un familiare fumatore è quasi cinque volte maggiore (OR=4,8).

Consumo a rischio di alcol

L'alcol è uno dei più importanti fattori di rischio per la salute dell'uomo e rappresenta, insieme con il fumo, una delle principali cause di mortalità e morbilità. Il messaggio dell'OMS Europa è chiaro: "il consumo di alcol non può essere raccomandato come un farmaco preventivo"².

I benefici che si potrebbero ottenere dal consumo di alcol sarebbero sempre troppo lievi o moderati per poter essere ritenuti giustificabili rispetto ai danni che si hanno dal bere alcolici³.

L'abuso di alcol porta più frequentemente a comportamenti a rischio per sé stessi e per gli altri (quali guida pericolosa di autoveicoli, comportamenti sessuali a rischio, infortuni e lavoro in condizioni psico-fisiche inadeguate, violenza) e per questo il danno causato dall'alcol, oltre che al bevitore, si estende alle famiglie e alla collettività, gravando sull'intera società.

Le persone a rischio particolare di conseguenze sfavorevoli per l'uso di alcol sono le persone che bevono fuori pasto, i forti consumatori (più di 3UA/giorno per gli uomini e più di

² Oms Europa - [Framework for alcohol policy in the Who European Region](#) Copenhagen, 2006

³ Ian R. White et al. Alcohol consumption and mortality: modelling risks for men and women at different ages. *BMJ* 2002;325;191

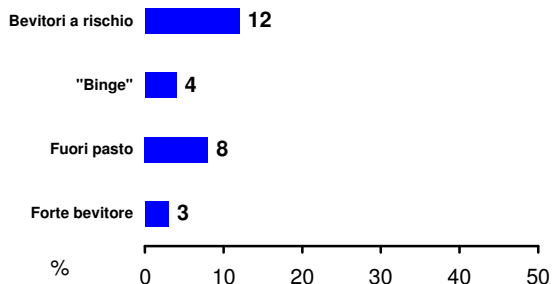
2UA/giorno per le donne) e quelle che indulgono in grandi bevute o binge drink (consumo di almeno una volta al mese di 6 o più unità di bevanda alcolica in un'unica occasione).

I medici e gli altri operatori possono svolgere un ruolo importante nella prevenzione dell'abuso di alcol: un passo iniziale è quello di intraprendere un dialogo con i propri pazienti riguardo al consumo di alcol.

Quanti sono bevitori a rischio?

- Complessivamente il 12% degli intervistati fra 18 e 69 anni può essere ritenuto un consumatore a rischio (fuori pasto e/o forte bevitore e/o "binge").
- Il 28% dei giovani è consumatore a rischio; questo fa sì che buona parte (il 64%) di tutti i bevitori a rischio abbia un'età compresa tra 18 e 34 anni.
- Gli uomini sono tre volte le donne (18% contro 6%).

Bevitori a rischio* per categorie fra i ferraresi con età compresa fra 18 e 79 anni
Az. USL di Ferrara - In linea con la salute 2008 (n=1519)



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

Il consumo di alcol si misura con l'unità alcolica (UA): 1UA corrisponde a: una lattina di birra, o un bicchiere di vino, un bicchierino di liquore.

Secondo i dati del sistema di sorveglianza PASSI, tra le 11 ASL della Regione non emergono differenze statisticamente significative per le modalità di assunzione dell'alcol ritenute a rischio (per i bevitori a rischio il range va dal 14% di Ferrara al 23% di Cesena; percentuale media: 18,4%).

Tra le ASL partecipanti a livello nazionale il 16% degli intervistati è bevitore a rischio (4% consumo forte, 7% consumo binge, 8% consumo fuori pasto).

Le disuguaglianze socio-economiche: fattore di rischio cardiovascolare

C'è un legame diretto fra reddito e salute, chiamato gradiente sociale, presente non solo nei Paesi in via di sviluppo, ma anche nei più ricchi. Il gradiente sociale può essere più o meno marcato, ma è un fenomeno universale. A parità di gradiente sociale, la diversa prevalenza dei fattori di rischio (fumo, ipercolesterolemia, ecc.) può spiegare solo il 30% delle differenze nell'incidenza della cardiopatia ischemica. Numerosi studi hanno dimostrato che il gradiente sociale opera anche nel caso della cardiopatia ischemica:

- l'incidenza di cardiopatia ischemica risulta costantemente più alta (differenza tra il 50% e il 130%) nelle classi socioeconomiche basse;
- la mortalità (pre-ospedaliera, ospedaliera, post-dimissione precoce) è più elevata per IMA nelle classi socioeconomiche basse;
- le differenze descritte sono più marcate nelle donne.

E' dimostrato inoltre che nelle classi socioeconomiche basse è ridotta la percezione dell'alterazione dello stato di salute, del bisogno di cure, la richiesta di cure è espressa poco efficacemente, l'accessibilità ai servizi è ridotta, è meno garantita l'appropriatezza delle cure.

Una ricerca-azione è in corso a Ferrara con l'obiettivo di individuare azioni correttive delle disuguaglianze nell'assistenza alle malattie cardiovascolari⁴, grazie alla collaborazione di due medicine di gruppo attive in due aree della città con diverse caratteristiche socio-economiche.

Fra gli assistiti delle due Medicine di Gruppo, sono state individuate le persone colpite da cardiopatia ischemica nel quinquennio 2000-2004 e sono state confrontate con un gruppo pari età degli assistiti; il confronto ha tenuto conto anche di un indice socioeconomico.

L'insorgenza di cardiopatia ischemica è marcatamente accentuata nelle persone con indice socioeconomico "basso" (indice 1 o 2): il rischio di evento ischemico è pari a 1,57 rispetto a chi ha indice "alto", ossia è superiore del 57%. Le donne con livello socioeconomico basso hanno

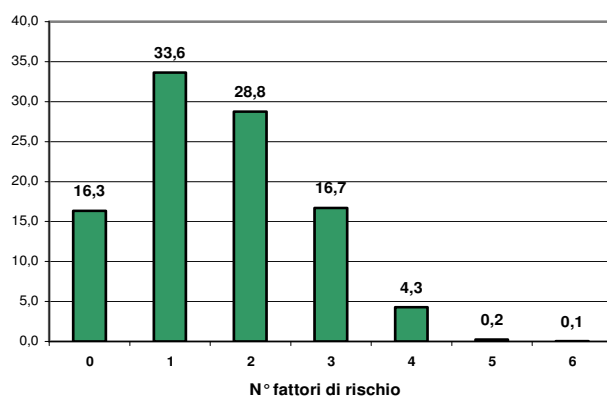
⁴ Sateriale M.C., De Togni A., Gruppillo P., Pasetti P., Belloli G.L. Ricerca-azione sulle disuguaglianze nella cardiopatia ischemica - 1° fase - Indagine in due medicine di gruppo a Ferrara - poster presentato al Convegno di primavera 2008 dell'Associazione italiana di Epidemiologia

un rischio di cardiopatia ischemica che è doppio (OR=1.98), rispetto alle donne con posizione medio-alta. Il dato più suggestivo riguarda le persone che si sono ammalate giovani (35-59 anni); tra queste persone, quelle con basso indice socioeconomico mostrano un rischio molto elevato (OR=2,36) rispetto a chi ha una posizione migliore. Il rischio di patologia in età precoce è dunque ancora più grande per le classi socioeconomiche basse.

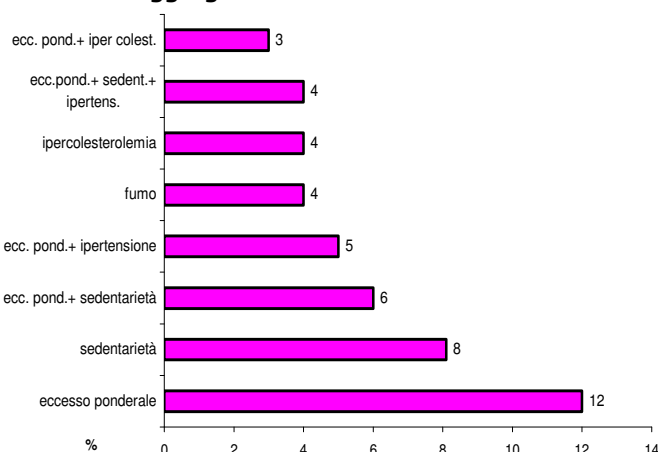
Vita spericolata: persone con presenza simultanea di più fattori di rischio

Solamente il 16% di ferraresi tra i 18 e i 79 anni non presenta alcun fattore di rischio tra i 6 che sono stati ricercati e il 33% dichiara un fattore di rischio.

% di persone con fattori di rischio in età 18-79 anni



I primi 8 sottogruppi di popolazione, distinti per aggregazioni di fattori di rischio



Il 50% dei ferraresi conduce una vita con almeno due fattori di rischio.

I fattori di rischio cardiovascolari sono moltiplicativi, ossia in presenza di più rischi il rischio totale è superiore alla somma dei singoli fattori di rischio. Quando una persona presenta contemporaneamente più fattori di rischio, il rischio di sviluppare una malattia cardio-vascolare si moltiplica. Per questo è opportuno indirizzare le azioni di promozione della salute al complesso dei fattori presenti nei gruppi di popolazione.

Ad esempio il 12% dei ferraresi è solo in eccesso ponderale; il 18% dei ferraresi associa all'eccesso ponderale un altro fattore di rischio e il 14% associa almeno altri due fattori di rischio.

Diabete mellito

Si tratta di una malattia che costituisce al tempo stesso uno dei principali fattori di rischio per malattie cardiovascolari.

Il 5,5 % dei ferraresi risulta affetto da diabete di tipo II.

Il dato è basato sul registro del diabete, costruito di concerto tra MMG, centri anti-diabetici e ASL di Ferrara.

Indicatori epidemiologici del diabete a Ferrara

| | Distretto Centro Nord | Distretto Sud Est | Distretto Ovest | Azienda USL | Emilia-Romagna |
|-------------------------------|-----------------------|-------------------|-----------------|-------------|----------------|
| Prevalenza* | 5,6% | 6% | 5% | 5,5% | 4,4% |
| Esenzione ticket** | 5,3% | 5,9% | 4,4% | 5,3% | 3% |
| Consumo di farmaci (%DDD) *** | - | - | - | 5,3% | 3,2% |

Fonti: *registro Az.USL Diabete(FE) - PASSI 2007 (ER);

** Dipartimento cure primarie Az.USL ***Servizio Farmaceutico Az. USL

La sindrome metabolica

Una sindrome metabolica (SM) viene diagnosticata quando una persona presenta precisi fattori di rischio cardiovascolari (obesità associata con: ipertensione o ipercolesterolemia o diabete). Sebbene non esista ancora un accordo definitivo fra gli esperti circa l'esatta definizione di

questa sindrome, né siano noti i meccanismi che sottendono questa tendenza all'associazione nella stessa persona di più fattori di rischio, è documentato che la presenza della SM comporta un aumento dell'incidenza di infarto del miocardio, di ricoveri per scompenso cardiaco, e anche del numero di ricoveri per paziente. Dalla valutazione della presenza simultanea di più fattori di rischio nelle persone che hanno risposto all'intervista è possibile risalire a una stima (di minima) del numero di persone con SM e conseguentemente dei carichi assistenziali attesi.

- Almeno 6.500 ferraresi presentano condizioni sufficienti per la diagnosi di sindrome metabolica;
- di questi circa 4.000 hanno un'età compresa fra 50 e 69 anni;
- molte persone con SM hanno posizione sociale bassa;
- non c'è differenza tra uomini e donne (dati non riportati).

Nota: stima parziale (nel questionario manca l'informazione se la persona è affetta da diabete).

| Persone che presentano condizioni sufficienti per la diagnosi di sindrome metabolica | | |
|---|---------|------------|
| <i>Az. USL di Ferrara - In linea con la salute 2008 (n=1612)</i> | | |
| <i>Caratteristiche demografiche</i> | | <i>%</i> |
| Totale | | 2,3 |
| Classi di età | 35 - 49 | 1,1 |
| | 50 - 59 | 3,8 |
| | 70 - 79 | 4 |
| Istruzione | bassa | 3,1 |
| | alta | 1,2 |
| Reddito | basso | 3,1 |
| | alto | 1,7 |

Come ti misuro il rischio?

Finora sono stati presentati i maggiori fattori di rischio cardiovascolari, ma l'entità del rischio individuale di sviluppare la malattia dipende dalla combinazione dei fattori di rischio o meglio dalla combinazione dei loro livelli. Le ricche conoscenze epidemiologiche sull'entità del rischio rappresentato dai tanti fattori correlati alla comparsa di una malattia cardiovascolare e dalla loro combinazione consentono di calcolare per ciascuna persona il rischio cardiovascolare globale, ossia la probabilità di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio, ictus) nei 10 anni successivi.

La carta che consente il calcolo del rischio cardiovascolare individuale ha conosciuto grande diffusione dopo che l'Agenzia italiana del farmaco ha subordinato la concedibilità dei farmaci che abbassano il colesterolo a una soglia prestabilita di rischio cardiovascolare globale (20%).

Il maggior valore di queste carte del rischio consiste nella possibilità di individuare il livello al quale sono presenti i fattori di rischio per ogni individuo, discutere con il paziente e tracciare un piano di prevenzione individualizzato e successivamente misurare i progressi conseguiti in termini di diminuzione del rischio individuale.

L'efficacia come mezzo di comunicazione e valutazione dei pazienti e la sua applicabilità sono ancora oggetto di definizione con i Medici di Medicina Generale. Il piano di prevenzione regionale ne prevede una sempre maggior diffusione anche mediante iniziative di formazione rivolte ai Medici di Medicina Generale.

Secondo i dati del sistema di sorveglianza PASSI, tra le 11 ASL della Regione non si osservano differenze statisticamente significative per quanto concerne la percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio del rischio cardio-vascolare (range dal 3% al 7%; percentuale media 4,7%).

Tra le ASL partecipanti a livello nazionale al Sistema di Sorveglianza, la percentuale di persone controllate per il rischio cardiovascolare negli ultimi due anni è pari al 7,2%.

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

- Secondo i dati del sistema di sorveglianza PASSI, a Ferrara la percentuale di persone di 35-69 anni che, intervistate, riferiscono di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultata del 3,7% (media regionale 4,8%).
- Il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare appare più frequente nelle classi d'età più giovani, nei maschi e nelle persone con almeno un fattore di rischio cardiovascolare.
- Un'ipotesi di lavoro è che il calcolo del rischio sia motivato spesso dalla necessità di prescrizione di farmaci con nota CUF che lo richiede.

| Persone (35-69 anni, senza patologie CV) a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare Az. USL di Ferrara - Sistema PASSI (n = 164) | | |
|---|---------|---------------------------------|
| <i>Caratteristiche demografiche</i> | | <i>Punteggio calcolato (%)</i> |
| Totale | | 3,7 (IC95%: 0,7-6,5%) |
| Classi di età, anni | | |
| | 35 - 49 | 3,7 |
| | 50 - 69 | 2,6 |
| Sesso | | |
| | uomini | 4,5 |
| | donne | 1,8 |
| Con difficoltà economiche | | |
| | si | 3 |
| | no | 3,2 |
| Almeno un fattore di rischio cardiovascolare* | | |
| | si | 3,5 |
| | no | 1,9 |

*soggetti che fumano o sono ipercolesterolemici o ipertesi o in eccesso ponderale o con diabete

Impatto sulla salute attribuibile ai fattori di rischio cardiovascolari

Le due tabelle successive riportano alcune stime sui benefici conseguibili con interventi di prevenzione verso i fattori di rischio per le malattie cardiovascolari (e croniche in generale), rivolti a tutta la popolazione. Si tratta di stime prudenziali dei benefici che si otterrebbero rispetto al numero di casi di infarto del miocardio e di morti (per tutte le cause non esterne) nell'ipotesi (di scuola) che un fattore di rischio venisse eliminato.

Una importante precauzione da tenere presente nella valutazione dei numeri presentati in questo paragrafo: attribuibile e prevenibile non significano evitabile *in toto*. La quota effettivamente prevenibile è sicuramente inferiore al massimo teorico riportato in tabella, in ragione del fatto che queste stime non tengono conto di altri fattori di rischio che possono contribuire alla comparsa di infarto e alla morte.

% di casi di infarto del miocardio e di mortalità generale attribuibili a alcuni fattori di rischio per la salute

| <i>Fattori di rischio</i> | <i>% di popolazione ferrarese con fattori di rischio (per 100 abitanti)*</i> | <i>% di infarto miocardico attribuibile (ogni 100 casi di infarto)**</i> | <i>% di mortalità generale attribuibile (ogni 100 morti)***</i> |
|----------------------------|--|--|---|
| Fumo di tabacco | 22% | 30 % | 14% |
| Ipertensione arteriosa | 25% | 23% | n.d. |
| Nessuna attività fisica | 27% | 6% | 6% |
| Obesità (IMC > 29) | 14% | 9% | n. d. |
| Consumo a rischio di alcol | 10% | n.d. | 3% |
| Diabete mellito | 5,5% | 15% | n.d. |

n.d. = dato non disponibile *dall'indagine "In linea con la salute, 2008". **(ogni 100 ricoverati per infarto) stime basate sui rischi relativi pubblicati da Chiuvè et al. (1); Yusuf⁵ et al.; Teo Koon⁶ et al. ***(ogni 100 morti, escluse cause esterne) stime basate sui rischi relativi pubblicati da Khaw⁷ et al.

⁵ Yusuf et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study The Lancet 2004; 364:937 [sono stati utilizzati i RR attribuite alla regione West Europe]

⁶ Teo Koon et al. Tabacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study Lancet 2006; 368:647

⁷ Khaw et al. Combined impact of health behaviours and mortality in men and women: the EPIC-Norfolk prospective population study PLOS Medicine 2008; 5(1): 12

Stima del numero di casi prevenibili di ricovero per infarto del miocardio e del numero di morti prevenibili, ogni anno, eliminando un fattore di rischio (calcolati sull'arco di 10 anni)

| | <i>Numero prevenibile di ricoveri per infarto miocardico* (per anno)</i> | <i>Numero prevenibile di morti (per tutte le cause)** (per anno)</i> |
|------------------------------------|--|--|
| Fumo di tabacco (fumatori attuali) | 220 (198 - 242) | 638 (478 - 814) |
| Iperensione arteriosa | 169 (97 - 243) | n.d. |
| Diabete mellito | 112 (58 - 182) | n.d. |
| Nessuna attività fisica | 40 (8 - 84) | 340 (195 - 547) |
| Obesità (IMC>29) | 64 (42 - 87) | n.d. |
| Consumo a rischio di alcol | n.d. | 112 (31 - 215) |

*riferimento: in provincia di Ferrara si ricoverano per infarto circa 730 persone ogni anno

**riferimento: in provincia di Ferrara muoiono circa 4.500 persone ogni anno

La precisione di queste stime è ulteriormente limitata dal fatto che si utilizzano rischi relativi pubblicati in letteratura ma non riferiti alla situazione italiana.

Queste tabelle sono comunque utili in quanto offrono un'indicazione sui benefici massimi ottenibili con interventi di prevenzione. L'esperienza di prevenzione finlandese⁸ rimane esemplare: venne attuato un intervento articolato di prevenzione rivolto a tutta la popolazione della regione Carelia che nei primi 5 anni ottenne una riduzione del 15% della mortalità per infarto del miocardio, mentre nel resto della Finlandia la riduzione era del 5%.

Conclusioni e raccomandazioni

Numerosi studi confermano che le malattie croniche possono essere prevenute: l'80% di malattie cardiache premature, ictus cerebrale e diabete di tipo II è prevenibile. La scelta di azioni efficaci di promozione non è facile, in quanto i margini di scelta nei comportamenti individuali e negli stili di vita sono sempre più ristretti da impostazioni culturali, sociali, economiche dominanti: ad esempio poveri e bambini non scelgono i loro stili di vita.

Il Piano regionale per la prevenzione della regione Emilia-Romagna, avviato nel 2005, rappresenta lo sforzo organizzato di portare risposte efficaci con una strategia intersettoriale, rivolta alla popolazione e non ai singoli, in grado di tener conto dei numerosi fattori presenti.

La situazione epidemiologica ferrarese mostra picchi di rischio per la mortalità cardiovascolare in alcuni Comuni, lievemente più accentuati per le donne.

La distribuzione dei fattori di rischio cardiovascolari rilevati con indagine telefonica nella popolazione ferrarese evidenzia:

- solo il 16,3% dei ferraresi non presenta nessuno dei fattori di rischio indagati;
- nella popolazione ferrarese si ripete sostanzialmente la distribuzione regionale dei fattori di rischio, con una presenza lievemente più consistente di persone: in sovrappeso (+3%) e obese (+2%); ex fumatori (+1%); sedentarie (+5%);
- in questo quadro, un aspetto positivo è dato dalla tendenza alla diminuzione (cfr. indagine "In linea con la salute", 2005) della prevalenza per tutti i fattori di rischio considerati, con l'importante eccezione del numero di persone obese che invece aumenta (+2%).

I dati confermano dunque la necessità di interventi di prevenzione primaria. L'efficacia delle azioni è maggiore quanto più gli interventi sono coordinati, mirati, circoscritti, parte integrante e coerente di una strategia multisettoriale e trasversale di promozione della salute e di stili di vita sani.

Il consiglio degli operatori sanitari si è rivelato efficace nel ridurre alcuni fattori di rischio comportamentale relativi agli stili di vita. Ma è la società, nelle sue varie espressioni, che dovrebbe offrire un contesto ambientale che faciliti le scelte più salutari e aumentare le opportunità di promozione della salute.

Si forniscono di seguito alcune considerazioni puntuali sui singoli fattori di rischio con accenni a possibili azioni, sottolineando l'importanza di scegliere interventi di provata efficacia.

⁸ Puska P, et al. Changes in premature deaths in Finland: successful long-term prevention of cardiovascular diseases. *Bull World Health Organ* 1998; 76: 419-25

Carta del rischio cardiovascolare

Nella prevenzione cardiovascolare, il calcolo del rischio cardiovascolare si è mostrato un indicatore sensibile e utile, tuttavia è ancora scarsamente utilizzato da parte dei medici, a Ferrara come in tutta Italia.

Con il calcolo del rischio cardiovascolare su tutta la popolazione assistita senza una selezione preliminare dei pazienti, il medico può formulare indicazioni mirate sugli stili di vita e seguire nel tempo i miglioramenti o peggioramenti intervenuti sul singolo, in seguito alle variazioni degli stili di vita del paziente, superando quel paradosso segnalato da tempo dei limitati benefici ottenibili quando si circoscrivano gli interventi di prevenzione alla popolazione a alto rischio.

Occorre promuovere l'utilizzo della "carta del rischio cardiovascolare" sia presso i pazienti che i medici di medicina generale, come strumento semplice e obiettivo per stimare la probabilità di un evento cardiovascolare maggiore nei dieci anni successivi e monitorarne il cambiamento.

Eccesso ponderale

L'eccesso ponderale costituisce un problema di salute pubblica assai rilevante e prioritario, sia per gli adulti (50%), che per bambini (30% dei bambini ferraresi presenta eccesso ponderale all'età di 9 anni) e adolescenti.

Particolare attenzione nei programmi preventivi va posta alle persone in sovrappeso, iniziando fin dall'infanzia con consigli adatti e stringente follow-up. Chi è sovrappeso sottostima il rischio per la salute legato al proprio peso: solo il 72% percepisce il proprio peso come "troppo alto", la maggior parte giudica la propria alimentazione in senso positivo e una persona su tre è aumentata di peso nell'ultimo anno.

I risultati indicano la necessità di promuovere una maggiore consapevolezza del ruolo dell'alimentazione nella tutela della salute e nella prevenzione delle malattie e di favorire l'attività fisica, praticata solo dal 70% della popolazione in eccesso ponderale mentre è fondamentale per ridurre o controllare il peso.

La maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura, ma probabilmente ha una conoscenza limitata delle linee guida nutrizionali italiane: circa la metà assume almeno 3 porzioni, ma solo il 18% assume le 5 porzioni al giorno raccomandate per un'efficace prevenzione delle malattie croniche.

Sedentarietà

Si stima che a Ferrara circa un quarto della popolazione abbia abitudini sedentarie.

I consigli dati dai medici ai loro pazienti (in combinazione con altri interventi) si sono dimostrati utili nella promozione di stili di vita sani nella popolazione generale.

In meno della metà dei casi i medici ferraresi si informano e consigliano genericamente di svolgere attività fisica ai loro pazienti e la percentuale di coloro che danno dei consigli più dettagliati rimane ancora insoddisfacente. Sinteticamente: sono necessari almeno 30 minuti di esercizio fisico al giorno (non necessariamente attività sportiva). Ai sedentari il medico potrebbe consigliare di iniziare a camminare, aggiungendo gradatamente nei giorni successivi 5 minuti per giorno, fino a migliorare le capacità fisiche. Il medico monitorerà e valuterà i progressi del paziente. Tuttavia l'opera del medico da sola non è sufficiente ed occorrono interventi coordinati promossi e sostenuti nell'ambito della Sanità Pubblica e di altri attori (esperti di nutrizione, corsi di attività fisica ecc.).

Azioni possibili secondo la Task Force per i servizi preventivi di comunità:

- **Fortemente raccomandata** - Campagna informativa a larga diffusione e visibilità, sempre contenente informazioni sull'importanza dell'attività fisica moderata, e puntuali indicazioni su servizi presenti e raggiungibili. Si suggeriscono attività di gruppo, auto aiuto, auto valutazione, automonitoraggio, screening, ... ;
- **Raccomandata** - Cartelli motivazionali e informativi collocati vicino agli ascensori, per promuovere l'uso delle scale;
- **Fortemente raccomandata** - Educazione fisica nelle scuole: modifica dei programmi scolastici, per orientare i giovani alla attività fisica moderata/intensa. Gli interventi possono includere una educazione all'uso del tempo libero, l'autovalutazione, il coinvolgimento della famiglia, ecc.;
- **Fortemente raccomandata** - interventi di sostegno per favorire la costituzione, il mantenimento e il rafforzamento di reti relazionali, orientate all'attività fisica moderata

nell'ambito extra familiare (es. ambiente di lavoro, gruppi, associazioni, ..). Si può promuovere e attivare una ricerca del proprio compagno di attività fisica programmata,...;

- *Fortemente raccomandata* - Miglioramento dell'accesso agli spazi destinati all'attività fisica, con particolare attenzione all'individuazione dei luoghi, dei percorsi sicuri ed accessibili, fornendo facilitazioni anche di tempi lavorativi. E' anche possibile offrire attività di auto-aiuto e counseling, per orientare a stili di vita più personalizzati;
- Promuovere per i bambini che accedono alle scuole elementari iniziative di walking-bus (o pedibus), raggiungendo così più obiettivi: la promozione dell'abitudine al cammino, l'educazione stradale, la riduzione del traffico nelle aree adiacenti alle scuole;
- Promozione dell'uso quotidiano della bicicletta, attraverso campagne informative multimediali, eventi o feste, carte stradali sui percorsi sicuri per ciclisti e pubblicazioni sulla sicurezza in bicicletta. Tali esperienze già realizzate, hanno determinato un richiamo di turismo del settore.

Un esempio è costituito dal progetto sull'attività fisica come farmaco avviato dall'Azienda USL di Ferrara: si propone di incidere sensibilmente sulla percentuale di popolazione che vince la sedentarietà con ricadute importanti in termini di salute guadagnata dagli individui e di malattie guarite (per i malati) o malattie prevenute (per i sani).

Ipertensione

L'82% della popolazione adulta ha misurato la pressione arteriosa meno di due anni fa. E' importante il controllo dell'ipertensione nella popolazione (specie per i pazienti sopra ai 35 anni), pertanto occorre strutturare controlli regolari, soprattutto attraverso i Medici di Medicina Generale, per l'identificazione delle persone ipertese. In molti casi si può riuscire a ridurre l'ipertensione arteriosa attraverso un'attività fisica regolare, una dieta iposodica ed il controllo del peso corporeo; in altri casi per avere un controllo adeguato della pressione e per prevenire complicazioni, è necessaria la terapia farmacologica, anche se questa non può essere considerata sostitutiva di stili di vita corretti.

Ipercolesterolemia

Una maggiore attenzione all'alimentazione e all'attività fisica può abbassare il colesterolo per alcune persone, tanto da rendere non necessario il trattamento farmacologico.

La variabilità nei consigli ricevuti dalle persone con ipercolesterolemia da parte degli operatori sanitari mostra la necessità di ricorrere ad un approccio maggiormente standardizzato e più esteso alla popolazione caratterizzata da questo fattore di rischio.

Consumo a rischio di alcol

Si stima che a Ferrara circa un sesto della popolazione abbia abitudini di consumo considerabili a rischio. I risultati dell'indagine evidenziano la scarsa attenzione degli operatori sanitari, che solo raramente si informano sulle abitudini dei loro pazienti in relazione al consumo di alcol e raramente consigliano di moderarne l'uso.

I rischi associati all'alcol probabilmente sono sottostimati per il carattere diffuso dell'abitudine e per la sovrastima dei benefici che possono derivare dal suo consumo in quantità molto modeste. Occorre pertanto diffondere maggiormente la percezione del rischio collegato al consumo dell'alcol sia nella popolazione generale sia negli operatori sanitari.

Le strategie d'intervento, come per il fumo, devono mirare a realizzare azioni coordinate nel tempo nell'ambito delle attività di informazione ed educazione, in particolare coinvolgendo famiglia, scuola e società. A livello di popolazione appare opportuno rinforzare la sollecitazione alla moderazione perseguendo la riduzione dei consumi a maggior rischio nei confronti dei quali occorre incrementare i livelli di informazione e consapevolezza.

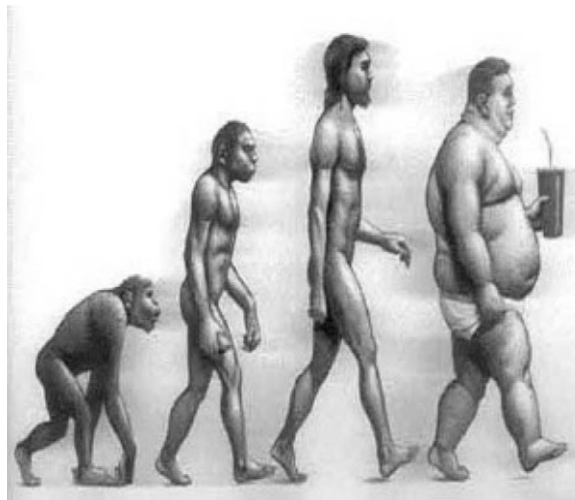
Fumo

Le azioni proposte sull'argomento fumo sono illustrate in un altro quaderno⁹.

Elenco esemplificativo di possibili azioni:

- Incremento delle persone che smettono di fumare, attraverso l'informazione e l'orientamento ai servizi;
- Riduzione della quota di adolescenti e giovani che iniziano a fumare;
- Riduzione del numero di persone esposte al fumo passivo.

⁹ Quaderno "L'abitudine al fumo - Fatti e cifre" della serie Quaderni ferraresi sulla salute - Ottobre 2008-, con molti dati di dettaglio.



Testo: Aldo De Togni
Elaborazione dati: Paolo Pasetti
Revisione: M.C. Sateriale
Editing: Erika Borin

(l'indagine *In linea con la salute 2008* è stata curata da A. De Togni e P. Pasetti)

Questa pubblicazione è reperibile sul sito www.ausl.fe.it/piani-per-la-salute

