



Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale
Osservatorio Epidemiologico Regionale



Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

STUDIO PASSI 2005 REGIONE SARDEGNA

Profea

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI ROMA
 **TorVergata**
Università

 Cnsp

 ccm

A cura di:

Onorato Frongia - Coordinatore regionale e aziendale dello studio PASSI, Rita Masala – Referente regionale Studio Passi, Luigi Minerba – Università degli Studi di Cagliari, Patrizia Cadau – Osservatorio Epidemiologico Regionale, Giulia Wilma Deidda – Osservatorio Epidemiologico Regionale.

Gruppo PROFEA del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità (CNESPS ISS): Carla Bietta, Giovanna De Giacomi, Pirous Fateh-Moghadam, Tolinda Gallo, Francesco Sconza, Massimo Trinito.

Con la supervisione di: Nicoletta Bertozzi, Nancy Binkin, Alberto Perra (CNESPS ISS).

Con il prezioso supporto di: Antonino Bella, Bruno Caffari, Chiara Cattaneo, Silvia Colitti e Paola Scarpetta (CNESPS ISS).

Giuseppe Sechi – Direttore del Servizio Assistenza Distrettuale e Ospedaliera e Osservatorio Epidemiologico della Direzione Generale della Sanità

Lo studio è stato condotto da:

Azienda Sanitaria	Referente	Intervistatori
Sassari	Maria Elisabetta Tavera	Maria Elisabetta Tavera, Donatella Carboni
Olbia	Maria Adelia Aini	Maria Adelia Aini, Giannetta Barria, Maria Nicoletta Fara
Nuoro	Mario Usala	Nicolina Pintori
Lanusei	Andrea Loddo	Maria Cecilia Stochino
Oristano	Rosa Murgia	Onorato Frongia, Rita Piras, Teresa Sanna, Giovannino Simbula
Sanluri	Franco Congiu	Maria Giorgina Porcu, Antonella Scano, Serra Maria Gabriella
Carbonia	Giuseppe Pala	Pia Pirastru, Lidia Pitzalis
Cagliari	Laurathea Chessa	Argiolas Giovanna, Laurathea Chessa, Severina Solinas, Luisa Sulis

Si ringraziano i Medici di Medicina Generale e i Sindaci dei comuni. Si ringraziano inoltre tutte le persone che ci hanno generosamente dedicato tempo e attenzione per la raccolta delle informazioni e dei dati necessari alla realizzazione di questo Studio.

Per qualsiasi informazione o chiarimento contattare:

Rita Masala, Osservatorio Epidemiologico Regionale c/o Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale – Via Roma n. 223 09123 Cagliari – Tel. 070 606/6832; sanita.oer@regione.sardegna.it

INDICE

- 4. SINTESI
- 6. INTRODUZIONE
- 7. OBIETTIVI
- 9. METODI

RISULTATI DELLA SPERIMENTAZIONE

- 11. DESCRIZIONE DEL CAMPIONE REGIONALE
 - Aspetti socio-demografici
 - Conclusioni e raccomandazioni
- 14. PERCEZIONE DELLO STATO DI SALUTE
 - Buona percezione del proprio stato di salute
 - Giorni in cattiva salute percepiti al mese
 - Conclusioni e raccomandazioni
- 16. ATTIVITÀ FISICA
 - Sedentari e attivi
 - Promozione attività fisica
 - Conclusioni e raccomandazioni
- 18. ABITUDINE AL FUMO
 - Distribuzione dell'abitudine al fumo
 - Caratteristiche dei fumatori
 - Informazione sull'abitudine al fumo da parte di un operatore sanitario
 - Consigli sullo smettere di fumare
 - Come hanno smesso di fumare gli ex fumatori
 - Esposizione al fumo in ambiente domestico
 - Esposizione al fumo nel luogo di lavoro
 - Conclusioni e raccomandazioni
- 22. ABITUDINI ALIMENTARI
 - Quanti mangiano 5 porzioni di frutta e verdura al giorno
 - Quanti conoscono il "5 a day"
 - Conclusioni e raccomandazioni
- 24. CONSUMO DI ALCOL
 - Quante persone devono
 - Quanti i bevitori a rischio
 - Quali sono le caratteristiche dei bevitori "binge"
 - Informazione sul consumo di alcol da parte di un operatore sanitario
 - Conclusioni e raccomandazioni
- 27. SICUREZZA STRADALE
 - L'uso dei dispositivi di sicurezza
 - Quanti guidano in stato di ebbrezza
 - Conclusioni e raccomandazioni

29. VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE

Quanti si vaccinano

Conclusioni e raccomandazioni

31. VACCINAZIONE ANTIROSOLIA

Quante donne sono vaccinate

Quante donne sono suscettibili

Conclusioni e raccomandazioni

33. IPERTENSIONE ARTERIOSA

L'ultima misurazione della pressione arteriosa

Quanti sono ipertesi

Come viene trattata l'ipertensione

Conclusioni e raccomandazioni

36. COLESTEROLEMIA

Quanti hanno effettuato una misurazione del colesterolo

Quanti hanno livelli alti di colesterolemia

Come viene trattata l'ipercolesterolemia

Perché non si assumono farmaci

Conclusioni e raccomandazioni

39. SITUAZIONE NUTRIZIONALE

Qual è lo stato nutrizionale della popolazione

Quanti sono in eccesso ponderale

Conclusioni e raccomandazioni

41. CARTA DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE

A quanti è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare

Conclusioni e raccomandazioni

42. SCREENING NEOPLASIA DEL COLLO DELL'UTERO

Quante hanno eseguito un pap test

Qual è l'adesione alle linee guida/raccomandazioni

Consigliato il pap test

Conclusioni e raccomandazioni

45. SCREENING NEOPLASIA DELLA MAMMELLA

Quante hanno eseguito una mammografia

Qual è l'adesione alle linee guida/raccomandazioni

Consigliata la mammografia

Conclusioni e raccomandazioni

48. SCREENING TUMORE DEL COLON RETTO

Quanti hanno effettuato un test per il tumore del colon retto

Conclusioni e raccomandazioni

TABELLA RIASSUNTIVA DEI RISULTATI DELLO STUDIO PASSI

Sintesi del rapporto regionale

Quali sono i risultati principali?

Descrizione del campione regionale: Nella nostra regione sono state intervistate un campione casuale di 623 persone, selezionate dalla lista di tutte le otto Aziende USL partecipanti. Il 53% degli intervistati è rappresentato da donne e il 47% da uomini con un'età media di 43 anni. Poco meno della metà ha un livello di istruzione alto (41,6%) e il 57,1% ha un lavoro regolare.

Percezione dello stato di salute: Il 44,6% delle persone intervistate ritiene appena sufficiente o cattivo il proprio stato di salute mentre il 33,6% dei soggetti con almeno una patologia severa ha una percezione positiva del proprio stato di salute.

Attività fisica: È completamente sedentario il 19,5% del campione e solo il 17,4% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica. In meno della metà dei casi i medici si informano e consigliano genericamente di svolgere attività fisica.

Abitudine al fumo: Il 24,7% si dichiara fumatore e il 22,2% ex fumatori. Quasi tutti hanno smesso di fumare da soli e appena l'1,4% dichiara di aver avuto aiuto da parte di un operatore sanitario.

A quasi un anno dall'entrata in vigore della nuova normativa, il 51,8% dichiara che sul luogo di lavoro viene sempre rispettato il divieto sul fumo.

Abitudini alimentari: Si osserva un buon livello di consumo di frutta e verdura anche se solo il 20,2% aderisce alle raccomandazioni internazionali consumando frutta e verdura cinque volte al giorno, abitudine questa scarsamente diffusa nelle persone tra i 18-34 anni e negli uomini.

Consumo di alcol: Si stima che poco meno di due terzi della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e poco più di un quarto circa abbia abitudini di consumo considerate a rischio (complessivamente il 26,6% è forte bevitore o "binge"). Gli operatori sanitari si informano solo raramente sulle abitudini dei loro pazienti in relazione all'alcol e consigliano raramente di moderarne il consumo.

Sicurezza stradale: Si osserva invece un buon livello dell'uso dei dispositivi di sicurezza (88,4% cintura anteriore sempre) fatta eccezione per l'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori che viene utilizzata sempre solo nel 35% degli intervistati.

Il 10,3% degli intervistati dichiara di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente all'intervista e il 14,4% di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza.

Vaccinazione antinfluenzale: In media solo il 22,8% delle persone, tra i 18 e i 65 anni, con almeno una condizione a rischio per le complicanze dell'influenza (diabete, tumore, malattie cardiovascolari) si è vaccinata lo scorso anno.

Vaccinazione antirosolia: Il numero di donne certamente suscettibili alla rosolia risulta essere pari al 4,1%; la percentuale di donne suscettibili o con stato immunitario sconosciuto è pari al 49,1%.

Ipertensione arteriosa: Si stima che sia iperteso circa un quarto della popolazione tra i 18 e 69 anni, di cui il 65,9% sono sotto trattamento farmaceutico. Al 10,3% non è mai stata misurata la pressione arteriosa.

Colesterolemia: Poco più di un quinto della popolazione dichiara di avere valori elevati di colesterolemia, di cui il 26% dichiara di essere sotto trattamento farmacologico. Circa uno su cinque dichiara che non gli è mai stato misurato il colesterolo.

Situazione nutrizionale: È in sovrappeso il 31,3% del nostro campione e gli obesi sono il 10,9%. L'eccesso ponderale è trattato nel 30,4% dei casi con dieta e solo nel 22,8% con lo svolgimento di attività fisica regolare.

Carta di rischio cardiovascolare: Ancora scarsamente utilizzata la carta del rischio cardiovascolare (solo nel 12,4% degli ultra quarantenni intervistati) da parte dei medici.

Screening neoplasia del collo dell'utero: Il 68,9% delle donne tra 25 e 64 anni ha eseguito almeno un paptest nella vita e il 50,4% l'hanno eseguito almeno ogni tre anni come raccomandato.

Screening neoplasia della mammella: Il 61,3% delle donne tra 50 e 69 anni ha effettuato almeno una mammografia, ma una proporzione minore (36,3%) l'ha eseguita a intervalli di due anni.

Screening tumore del colon retto: Appena il 4,3% degli ultracinquantenni ha eseguito un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci (una sigmoidoscopia o una colonscopia a scopo preventivo).

Introduzione

Lo studio PASSI si inserisce tra le attività promosse dal Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM), recentemente istituito in Italia, che riconosce tra i propri obiettivi strategici la promozione di stili di vita sani. L'adozione di stili di vita non corretti rappresenta oggi una vera e propria emergenza sanitaria, che comporta l'aumento di rischio delle le principali cause di mortalità e morbilità nella popolazione adulta (malattie cardiovascolari, tumori, diabete...).

Il Ministero della Salute e le Regioni hanno identificato la necessità di attivare una sorveglianza sui fattori di rischio comportamentali ed i programmi di intervento realizzati per la promozione di comportamenti di vita più sani. A tale scopo il CCM ha affidato al Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (CNESPS) dell'Istituto superiore di Sanità (in particolare il gruppo PROFEA) l'incarico di sperimentare la realizzazione di uno studio di popolazione, denominato PASSI, con la prospettiva di una messa a regime di tale sorveglianza a livello nazionale nei prossimi anni.

I principali ambiti studiati sono attività fisica, fumo, alimentazione, consumo di alcol, sicurezza stradale, ipertensione e ipercolesterolemia, screening del cancro della mammella, del collo dell'utero e del colon retto.

Attualmente i dati sui determinanti di salute e sull'adozione di misure di prevenzione vengono raccolte a livello nazionale e regionale attraverso indagini periodiche multiscopo dell'Istat. Le informazioni a livello locale sono carenti: questo limite rende difficile la valutazione degli effettivi progressi di salute ottenuti a seguito dell'adozione dei programmi di prevenzione attivati dalle aziende sanitarie locali.

Con PASSI i dati sono stati tempestivi e rappresentativi non solo della realtà regionale, ma anche aziendale. Lo studio sancisce così l'idea che il progresso sanitario di un sistema di salute (anche quello aziendale) passa per una maggiore interazione fra domanda e offerta dei servizi, fra utenti ed erogatori di cure su quali siano le priorità di salute e sull'evoluzione degli interventi.

Obiettivi dello studio

Obiettivo generale

Monitorare alcuni aspetti della salute della popolazione italiana di età compresa fra i 18 e i 69 anni in rapporto ad interventi di programmi specifici (in atto o in via di realizzazione) relativi ai principali fattori di rischio comportamentali e all'adozione di misure preventive previste.

Obiettivi specifici

1. Aspetti socio-demografici

- descrivere le variabili socio-demografiche principali del campione (età, sesso, livello di istruzione, cittadinanza, stato civile) e valutare eventuali correlazioni tra questi e i fattori di rischio indagati

2. Salute e qualità di vita percepita

- stimare lo stato di salute percepito dalla popolazione in studio, compresa la media dei giorni in cattiva salute per cause fisiche e mentali e dei giorni limitanti le abituali attività

3. Attività fisica

- stimare la proporzione di persone che praticano attività fisica moderata e intensa
- stimare la proporzione di popolazione che aderisce alle raccomandazioni internazionali sull'attività fisica
- individuare gruppi a rischio per sedentarietà ai quali indirizzare gli interventi di promozione
- stimare la proporzione di persone beneficiari di interventi di promozione individuale dell'attività fisica da parte degli operatori sanitari

4. Abitudine al fumo

- stimare la prevalenza di fumatori, non fumatori ed ex-fumatori
- stimare il livello di attenzione degli operatori sanitari al problema del fumo
- stimare la prevalenza di fumatori ai quali è stato rivolto il consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari
- descrivere le modalità più frequenti di disassuefazione al fumo
- stimare il livello del rispetto delle norme anti-fumo sul posto di lavoro
- stimare il livello dell'esposizione al fumo passivo in ambito domestico
- descrivere la ricaduta della legge sul divieto di fumare nei luoghi pubblici

5. Abitudini alimentari

- stimare le prevalenze riferite di soggetti sottopeso, normopeso, sovrappeso ed obesi tramite il calcolo dell'Indice di Massa Corporea.
- stimare la proporzione di popolazione che ha ricevuto consigli su consumi alimentari corretti da operatori sanitari
- stimare la proporzione di popolazione che adotta consumi alimentari corretti (consumo giornaliero di 5 porzioni di frutta e verdura)
- stimare la proporzione di popolazione che ha ricevuto consigli da operatori sanitari riguardo il peso corporeo, che ha tentato di perdere o mantenere il peso e che ha intrapreso azioni (dieta, attività fisica) per farlo

6. Consumo di alcol

- stimare la proporzione di consumatori di alcol distinguendo consumatori modesti e forti
- stimare la frequenza di consumo a rischio (binge e consumo fuori pasto)
- valutare il grado di attenzione degli operatori sanitari all'uso dell'alcol

- stimare la prevalenza di forti consumatori o consumatori a rischio ai quali è stato consigliato di ridurre il consumo di alcol

7. Sicurezza stradale

- stimare la prevalenza di persone che utilizzano i dispositivi di sicurezza (cintura anteriore, cintura posteriore, casco)
- stimare la proporzione di persone che riferiscono di aver guidato dopo assunzione di alcolici
- stimare la proporzione di persone trasportate da chi ha assunto alcolici

8. Vaccinazioni in età adulta

- stimare la prevalenza di donne 18-45 anni che sono state vaccinate contro la rosolia
- stimare la prevalenza di donne 18-45 anni che hanno effettuato un rubeo-test
- stimare la percentuale di soggetti appartenenti a gruppi a rischio vaccinati contro l'influenza.
- stimare la prevalenza dei soggetti di 18-65 anni affetti da patologie croniche che hanno effettuato la vaccinazione antinfluenzale

9. Fattori di rischio cardiovascolare

- stimare la proporzione di popolazione cui è stata misurata la pressione arteriosa, la colesterolemia e la glicemia e quando è avvenuto l'ultimo controllo
- stimare la prevalenza di persone che riferiscono di essere affette da ipertensione o ipercolesterolemia e che stanno seguendo un trattamento (farmaci e altre misure, come perdita del peso e attività fisica)
- stimare la prevalenza di popolazione che riferisce di aver calcolato con il suo medico il rischio cardiovascolare sulla carta di rischio cardio-vascolare di recente introduzione

10. Screening oncologici

- stimare la prevalenza di donne 50-69 anni che hanno effettuato almeno una mammografia a scopo preventivo, la periodicità dell'effettuazione e se la mammografia è stata effettuata all'interno di un programma di screening stimare la prevalenza di donne 25-65 anni che hanno effettuato almeno un paptest a scopo preventivo, la periodicità dell'effettuazione e se è stata effettuata all'interno di un programma di screening stimare la prevalenza di persone ≥ 50 anni che hanno effettuato la ricerca del sangue occulto nelle feci e/o sigmoido-colonscopia, la periodicità dell'effettuazione e se è stata effettuata all'interno di un programma di screening

Metodi

Tipo di studio

Studio trasversale di prevalenza puntuale tramite somministrazione telefonica di un questionario standardizzato.

Popolazione in studio

La popolazione in studio è costituita dalle persone di 18-69 anni iscritte nelle liste di anagrafe sanitaria delle Aziende USL della Sardegna (aggiornato al 31.12.2004). Criteri di inclusione nello studio sono stati la residenza nel territorio di competenza della ASL e la disponibilità di un recapito telefonico. I criteri di esclusione il ricovero o l'istituzionalizzazione durante il periodo dell'indagine.

Strategie di campionamento

Il metodo scelto è stato il campionamento casuale semplice direttamente effettuato sulle liste di anagrafe sanitaria delle Aziende USL. La dimensione del campione è stata di 623 individui, calcolata usando i metodi statistici standard in base alla prevalenza delle variabili principali e per ottenere una stima con un buon grado di approssimazione con un intervallo di confidenza al 95%.

Interviste

I cittadini selezionati sono stati preventivamente avvisati dall'Azienda tramite una lettera personale informativa, così come i loro Medici di Medicina Generale ed i Sindaci dei comuni.

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

Le interviste alla popolazione in studio sono state fatte da 20 operatori Sanitari. L'intervista telefonica è durata in media 20-25 minuti.

La somministrazione del questionario è stata preceduta dalla formazione degli intervistatori. La formazione, della durata di un giorno, ha avuto per oggetto le modalità del contatto e il rispetto della privacy delle persone, il metodo dell'intervista telefonica e la somministrazione del questionario telefonico con l'ausilio di linee guida appositamente elaborate.

Analisi delle informazioni

La registrazione e l'analisi dei dati raccolti sono state effettuate utilizzando il software EPI Info, versione 3.3. L'analisi è stata condotta per la Regione (aggregando i dati delle 8 Aziende USL partecipanti) confrontando i dati con quelli aggregati delle 123 ASL partecipanti a livello nazionale senza il metodo della pesatura.

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

Etica e privacy

In base alla normativa vigente il presente studio non rientra nei casi di legge in cui è prevista la notifica al Garante della Privacy. E' stato richiesto la valutazione e l'approvazione del Comitato Etico dell'Istituto Superiore di Sanità.

Le persone selezionate per l'intervista sono state informate per lettera sugli obiettivi e le modalità di realizzazione dell'indagine e sulle modalità adottate dallo studio per garantire privacy e confidenzialità. Gli intervistatori hanno contattato direttamente per telefono le persone selezionate per spiegare gli obiettivi e i metodi dello studio, garantendo la riservatezza delle informazioni raccolte. Prima dell'intervista, l'intervistatore ha spiegato nuovamente obiettivi dello studio, vantaggi e svantaggi per l'intervistato e le misure adottate per garantire la privacy.

I dati nominativi erano contenuti nella prima pagina del questionario somministrato all'intervistato, che è stata separata dal questionario stesso e conservata per alcuni giorni, in un luogo sicuro, sotto la responsabilità del coordinatore aziendale dell'indagine. Dopo la validazione del questionario da parte del coordinatore regionale, le prime pagine con i dati nominativi sono state distrutte. Nessun dato nominativo è più rintracciabile nel supporto informatico della base di dati.

Descrizione del campione Regionale

La popolazione in studio è costituita da 1.179.019 assistiti di età compresa tra 18 e 69 anni iscritti nella lista di anagrafe sanitaria delle Aziende USL partecipanti al 31/12/2004, secondo la distribuzione per ASL seguente:

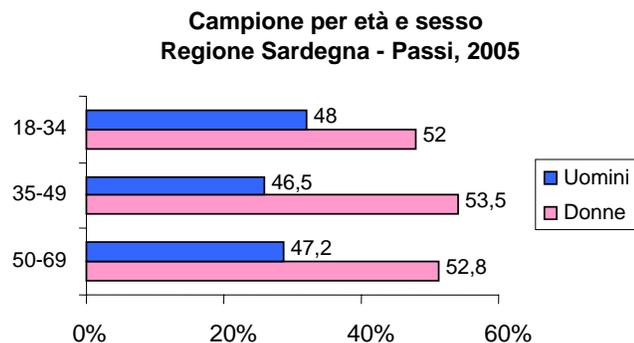
Azienda USL	N. interviste
Cagliari	200
Carbonia	52
Lanusei	22
Nuoro	73
Olbia	48
Oristano	53
Sanluri	50
Sassari	125
Totale interviste	623

Le 623 interviste al campione di popolazione estratto da tale lista sono state effettuate da 20 operatori sanitari.

Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

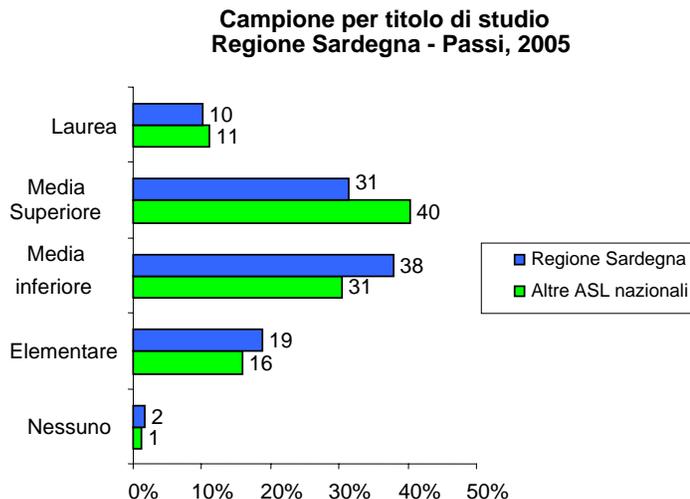
L'età e il sesso

- Nella totalità delle Aziende della Regione Sardegna partecipanti il 52,8% del campione intervistato è costituito da donne.
- Il 27,8% degli intervistati è compreso nella fascia 18-34 anni, il 34,5% in quella 35-49 e il 37,7% in quella 50-69.



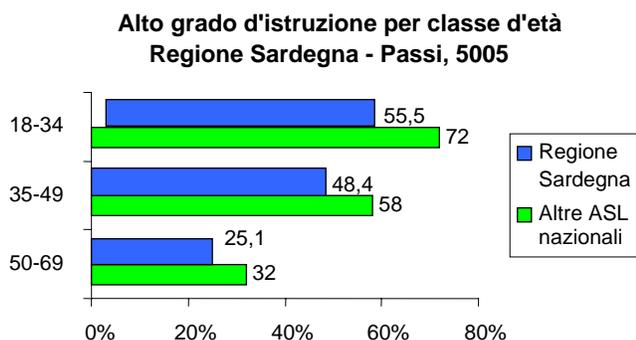
Il titolo di studio

- Nella totalità delle Aziende della regione partecipanti l'1,6% del campione non ha alcun titolo d'istruzione, il 19% ha la licenza elementare, il 38% la licenza media superiore, il 31% la licenza media inferiore, il 10% è laureato.
- Questa distribuzione presenta alcuni scostamenti rispetto a quella riscontrata nel campione relativo a tutte le altre ASL nazionali partecipanti all'indagine.



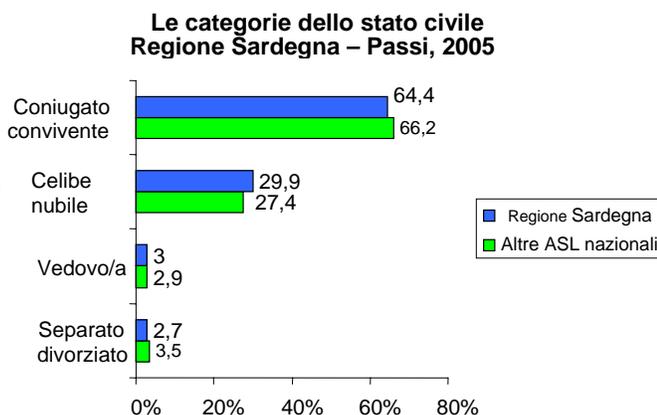
Il livello di istruzione

- Il 41,6% del campione presenta un alto grado d'istruzione (licenza media superiore e laurea); tale livello è maggiore nelle fasce più giovani, in particolare tra i 18 ed i 34 anni.
- Nelle Aziende nazionali partecipanti all'indagine il 51% presenta un alto livello d'istruzione; l'andamento per classi d'età non è sovrapponibile.



Lo stato civile

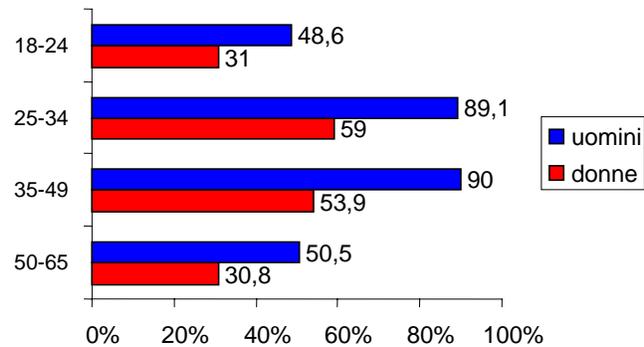
- Nella Regione Sardegna i coniugati/conviventi rappresentano il 64,4%, celibi/nubili il 29,9%, vedovi/e il 3%, separati/divorziati il 2,7%.
- La distribuzione per stato civile è in linea con quanto rilevato nelle ASL nazionali partecipanti.



Il lavoro

- In Sardegna il 57,1% del campione (tra i 18 e i 65 anni) riferisce di lavorare regolarmente.
- Le donne risultano complessivamente meno occupate rispetto agli uomini (44,9% vs.71%); tra i giovani si registra un basso tasso di occupazione.
- Nelle ASL nazionali partecipanti riferiscono di lavorare regolarmente il 74% degli uomini e il 51% delle donne.

**Lavoro regolare per classe d'età e sesso
Regione Sardegna - Passi, 2005**



Conclusioni e raccomandazioni

Il campione regionale è rappresentativo dell'anagrafe assistiti e pertanto anche i risultati dello studio, pur con le dovute cautele, possono fornire indicazioni, tendenze, riferibili alla popolazione regionale. Le differenze nel livello di istruzione per età suggeriscono la necessità di differenziare le strategie di comunicazione per affrontare i problemi prioritari di salute. Il basso tasso di occupazione registrato tra i giovani rappresenta una forte criticità sotto l'aspetto socio-economico.

Percezione dello stato di salute

La relazione tra salute e qualità di vita percepita è stata oggetto sin dagli anni '80 di studi che hanno dimostrato come lo stato di salute percepito a livello individuale sia strettamente correlato ai tradizionali indicatori oggettivi di salute quali la mortalità e la morbosità. Lo stato di salute percepito risulta inoltre correlato sia alla presenza delle più frequenti malattie croniche sia ai loro fattori di rischio (per esempio sovrappeso, fumo, inattività fisica).

La salute percepita è stata valutata con il metodo dei "giorni in salute" che misura la percezione del proprio stato di salute e benessere attraverso quattro domande: lo stato di salute autoriferito, il numero di giorni nell'ultimo mese in cui l'intervistato non si è sentito bene per motivi fisici, il numero di giorni in cui non si è sentito bene per motivi mentali e/o psicologici, e il numero di giorni in cui ha avuto limitazioni per motivi fisici e/o mentali.

Quanti cittadini hanno una buona percezione del proprio stato di salute ?

- In Sardegna il 55,4% degli intervistati giudica in modo positivo il proprio stato di salute (buono o molto buono).
- In particolare si dichiarano più soddisfatti della loro salute e la definiscono molto buona o buona:
 - i giovani nella fascia 18-34 anni
 - gli uomini
 - le persone con alta istruzione*
 - le persone senza patologie severe.
- Nelle ASL nazionali partecipanti allo studio il 64% delle persone intervistate giudica buono o molto buono il loro stato di salute; si dichiarano più soddisfatti della propria salute i giovani, gli uomini, le persone con un livello di istruzione più alto e quelle non affette da una o più patologie severe.

Stato di buona salute percepito	
Regione Sardegna – Passi, 2005	
Caratteristiche Demografiche	%
Totale	55,4 (IC_{95%}: 51,4-59,3)
Età	
18 - 34	74,0
35 - 49	60,7
50 - 69	36,8
Sesso	
M	64,8
F	47,0
Istruzione*	
bassa	48,8
alta	64,7
Patologia Severa**	
presente	33,6
assente	62,3

* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare e licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

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

Quanti sono i giorni di cattiva salute percepiti in un mese?

- Nella regione, le persone intervistate riferiscono una media di circa 4 giorni al mese in cattiva salute sia per motivi fisici sia per motivi psicologici; le attività abituali sono limitate per poco più di 2 giorni al mese.
- Il numero di giorni in cattiva salute per motivi fisici è maggiore nella fascia 50-69 anni, come pure i giorni con limitazioni nelle abituali attività; il numero di giorni in cattiva salute per motivi psicologici è maggiore nella fascia d'età 35-49.
- Le donne lamentano più giorni in cattiva salute, in particolare per motivi psicologici e fisici.
- Nelle ASL nazionali partecipanti il numero di giorni in cattiva salute è risultato di 3,3 per motivi fisici, 3,2 per motivi psicologici, mentre le abituali attività sono limitate per 1,6 gg al mese. Anche nelle altre ASL i meno giovani e le donne lamentano più giorni in cattiva salute e con maggiore limitazione delle abituali attività.

Giorni in cattiva salute percepita Regione Sardegna – Passi, 2005			
Caratteristiche Demografiche	N° gg/mese per		
	Motivi Fisici	Motivi Psicologici	Attività Limitata
Totale	3,9	4,3	2,3
Età			
18 - 34	2,7	3,9	1,9
35 - 49	3,2	4,6	1,5
50 - 69	5,5	4,3	3,3
Sesso			
M	3,0	2,9	2,0
F	4,7	5,5	2,5

Conclusioni e raccomandazioni

L'analisi dei dati inerenti la percezione dello stato di salute rivela valori in linea con l'indagine multiscopo ISTAT 1999-2000, ribadendo le correlazioni con età, sesso e livello di istruzione. L'analisi della media dei giorni in cattiva salute o limitanti le abituali attività, stratificata per sesso ed età, conferma la più alta percezione negativa del proprio stato di salute nella classe d'età più avanzata e nelle donne.

Le misure della qualità della vita possono costituire una banca di dati utili nell'individuazione, attuazione e valutazione di interventi preventivi di sanità pubblica in particolare a livello di Aziende USL, livello al quale questi dati sono in genere mancanti.

Attività fisica

La sedentarietà è causa di 1,9 milioni di decessi all'anno nel mondo e, insieme ad una cattiva alimentazione, è alla base dell'attuale epidemia di obesità.

L'attività fisica moderata e regolare gioca un ruolo importante nell'influenzare l'aspettativa di vita: si stima infatti che riduca di circa il 10% la mortalità per tutte le cause. Le persone attive presentano un rischio notevolmente ridotto di andare incontro a patologie di tipo cardiovascolare, ictus ischemico, diabete tipo 2, cancro del colon, osteoporosi, depressione e traumi da caduta.

Esiste ormai un largo consenso circa il livello di attività fisica da raccomandare alla popolazione: 30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 min per almeno 3 giorni.

I consigli dati dai medici ai loro pazienti (in combinazione con altri interventi) si sono dimostrati utili nella promozione dell'attività fisica nella popolazione generale e in gruppi particolari a rischio.

Quanti sedentari e quanti attivi fisicamente?

- In Sardegna il 17,4% delle persone intervistate riferisce di effettuare un lavoro pesante o aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica; il 63,1% non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato ed il 19,5% è completamente sedentario.
- I completamente sedentari sono i meno giovani, le donne e le persone con basso livello di istruzione.
- Tra le ASL nazionali partecipanti all'indagine, il 19% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica o svolge un lavoro pesante, il 58% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato ed il 23% è completamente sedentario.

Sedentarietà	
Regione Sardegna – Passi 2005	
Caratteristiche demografiche	Sedentari, %*
Totale	19,5 (IC_{95%}:16,5-22,9)
Età	
18 - 34	15,6
35 - 49	18,6
50 - 69	23,2
Sesso[^]	
uomini	17,7
donne	21,0
Istruzione^{**}	
bassa	23,1
alta	14,4

* chi svolge meno di 10 minuti d'attività fisica alla settimana e non effettua un lavoro pesante

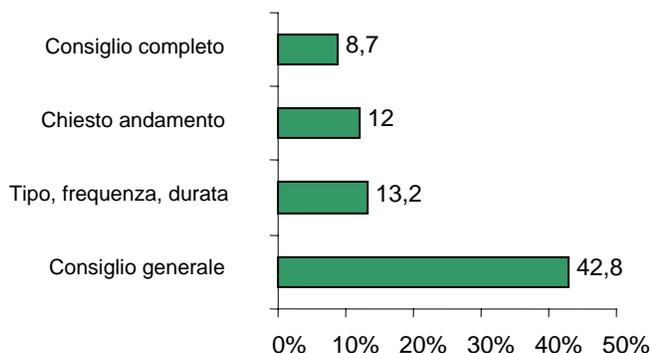
** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

[^] le differenze risultano statisticamente non significative

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

- Nella regione, le persone intervistate riferiscono che il 42,8% dei medici si informa in merito al livello di attività fisica; nel 48% dei casi raccomanda di fare regolare attività fisica.
- Solo il 13,2% ha ricevuto dal medico informazioni dettagliate su tipo, frequenza e durata dell'attività da svolgere e al 12% è stato chiesto, in occasione di visite successive, l'andamento dell'attività fisica precedentemente consigliata.
- Complessivamente solo l'8,7% dei pazienti dichiara di aver ricevuto insieme consigli, informazioni più dettagliate e domande successive sull'andamento dell'attività consigliata.
- Tra le persone delle altre ASL nazionali partecipanti all'indagine il 38% riferisce di aver ricevuto domande sul livello di attività fisica ed il 40% ha ricevuto il consiglio di farla, l'11% ha avuto informazioni su tipo, frequenza e durata ed il 10% la verifica in occasione di visite successive. La percentuale di persone che ha ricevuto i consigli completi era del 7%.

**Attività fisica e consigli dei medici,
Regione Sardegna - Passi 2005**



Conclusioni e raccomandazioni

Si stima che circa 19,5% della popolazione della regione conduca uno stile di vita sedentario e il 63,1% non pratichi sufficiente attività fisica. Tale frequenza indica la presenza di un ampio margine di miglioramento del livello di attività fisica.

In meno della metà dei casi i medici si informano e consigliano genericamente di svolgere attività fisica ai loro pazienti, mentre la percentuale che danno consigli più dettagliati è molto bassa.

Tuttavia l'opera del medico da sola non è sufficiente ed occorrono interventi comunitari promossi e sostenuti da parte della Sanità Pubblica e di altri attori (esperti di nutrizione, corsi di attività fisica, ecc.).

L'abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose patologie cronicodegenerative (in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare) ed il maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce.

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

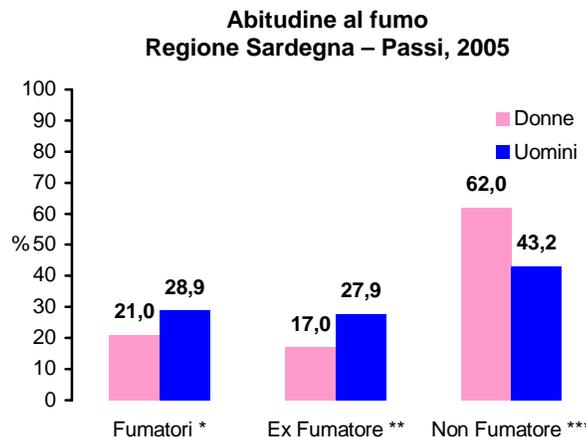
Evidenze scientifiche mostrano come la sospensione del fumo dimezza il rischio di infarto al miocardio già dopo un anno di astensione; dopo 15 anni il rischio diventa pari a quello di un non fumatore. I fumatori che smettono di fumare prima dei 50 anni riducono a metà il proprio rischio di morire nei successivi 15 anni rispetto a coloro che continuano a fumare.

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

Oltre agli effetti del fumo sul fumatore stesso è ormai ben documentata l'associazione tra l'esposizione al fumo passivo ed alcune condizioni morbose. La recente entrata in vigore della norma sul divieto di fumo nei locali pubblici è un evidente segnale dell'attenzione al problema del fumo passivo.

Come è distribuita l'abitudine al fumo?

- Nella Regione Sardegna i fumatori sono pari al 24,7%, gli ex fumatori al 22,2%, e i non fumatori al 53,1%.
- L'abitudine al fumo è più alta tra gli uomini che tra le donne (28,9% versus 21,0%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (62,0% versus 43,2%).
- Tra le ASL nazionali partecipanti all'indagine, i fumatori rappresentano il 26%, gli ex fumatori il 20% e i non fumatori il 54%.



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

**Ex fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente non fuma da almeno 6 mesi

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

Quali sono le caratteristiche dei fumatori?

- Si sono osservati tassi più alti di fumatori tra le classi d'età più giovani, (in particolare la classe 25-34), tra gli uomini e nelle persone con basso livello di istruzione.
- L'età media di inizio dell'abitudine al fumo è 17,5 anni.
- In media si fumano circa 15,4 sigarette al giorno.
- Tra le ASL nazionali partecipanti la percentuale di fumatori è risultata più alta tra i più giovani e gli uomini; non vi sono differenze per livello di istruzione; l'età media di inizio è 18 anni e la media di sigarette fumate al giorno è pari a 14.

Fumatori	
Regione Sardegna Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	% Fumatori*
Totale	24,7 (IC _{95%} :21,4-28,3)
Età, anni	
18 - 24	22,7
25 - 34	30,8
35 - 49	27,0
50 - 69	20,4
Sesso ^	
M	28,9
F	21,0
Istruzione**	
bassa	26,9
alta	21,6

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

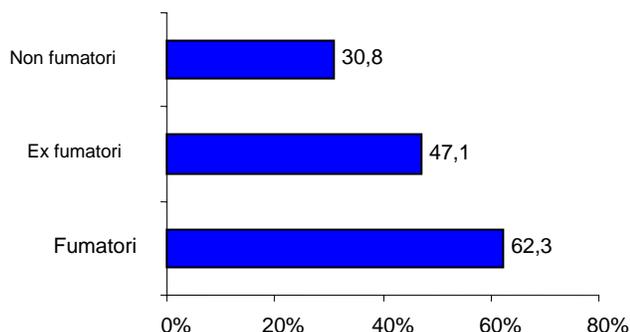
** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

^ le differenze risultano statisticamente significative (p=0,00)

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

- Nella regione il 42,2% degli intervistati dichiara di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulle proprie abitudini al fumo.
- Riferisce di essere stato interpellato da un operatore sanitario sulla propria abitudine al fumo ben il 62,3% dei fumatori, il 47,1% degli ex fumatori e il 30,8% dei non fumatori.

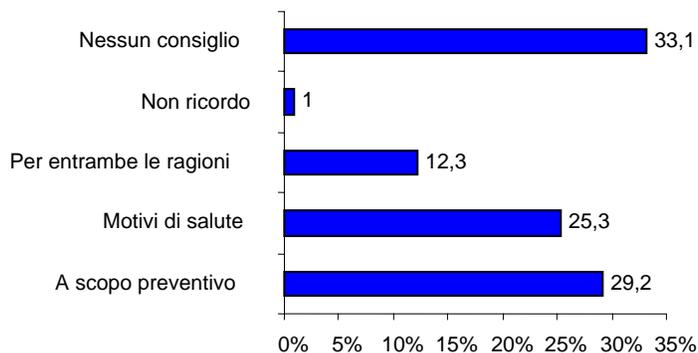
% di persone interpellata da un sanitario sulle proprie abitudini al fumo – Regione Sardegna, 2005



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

- Il 66,9% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.
- Il consiglio è stato dato prevalentemente a scopo preventivo (29,2%)
- Il 33,1% dei fumatori dichiara altresì di non aver ricevuto alcun consiglio da parte di operatori sanitari

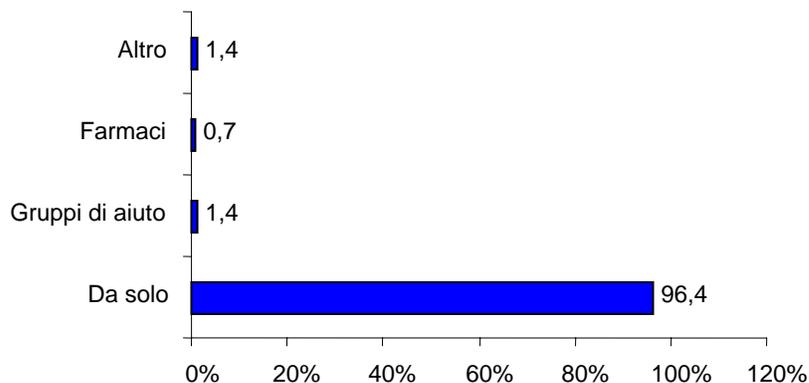
Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e motivazione – Regione Sardegna, Passi 2005



Come hanno smesso di fumare gli ex fumatori?

- Il 96,4% degli ex fumatori della regione ha smesso di fumare da solo; solamente l'1,4% riferisce di aver avuto l'aiuto da parte di un operatore sanitario.
- Anche i dati relativi alle ASL nazionali partecipanti confermano la tendenza dei fumatori a gestire il problema da soli.

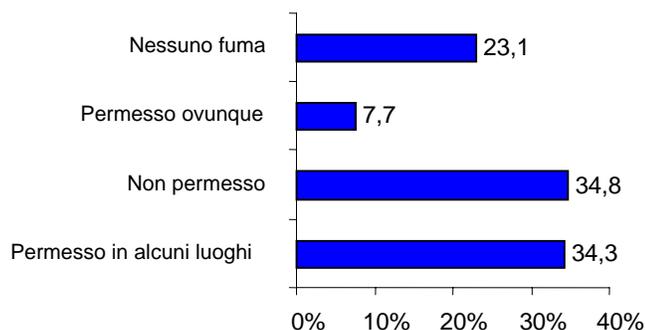
% delle diverse modalità di smettere di fumare negli ex fumatori – Regione Sardegna, Passi 2005



Qual è l'esposizione al fumo in ambito domestico?

- In Sardegna gli intervistati dichiarano che nelle proprie abitazioni non si fuma nel 57,9% dei casi (34,8% non permesso; 23,1% nessuno fuma); nel restante 42,1% dei casi si fuma ovunque o in parte.

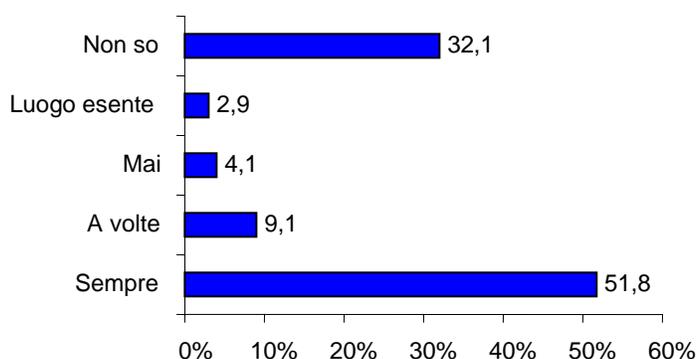
% delle diverse regole sul permesso di fumare a casa - Regione Sardegna, Passi 2005



Qual è l'esposizione al fumo nel luogo di lavoro?

- Le persone intervistate che lavorano riferiscono nel 51,8% dei casi che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre.

% di tipologia di rispetto del divieto di fumo al lavoro riferito (sul totale dei lavoratori) Regione Sardegna, Passi 2005



Conclusioni e raccomandazioni

Nella Regione Sardegna l'abitudine al fumo mostra una prevalenza di fumatori inferiore rispetto a quella delle altre ASL nazionali. Un elemento che desta preoccupazione è l'elevata prevalenza di fumatori tra i giovani; nella classe d'età dei 25 - 49enni più di 5 persone su 10 riferiscono di essere fumatori.

Più della metà dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un accettabile livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari. Sono comunque pochi i fumatori che hanno smesso di fumare grazie all'ausilio di farmaci, gruppi di aiuto ed operatori sanitari. Risulta pertanto opportuno un ulteriore consolidamento del rapporto tra operatori sanitari e pazienti per valorizzare l'offerta presente di opportunità di smettere di fumare.

Il fumo nelle abitazioni e soprattutto nei luoghi di lavoro merita ancora attenzione, nonostante l'attenzione al fumo passivo posta dall'entrata in vigore della nuova legge sul divieto di fumo nei locali pubblici.

Abitudini alimentari

Le malattie associate all'eccesso alimentare e ad una dieta sbilanciata sono ormai tra le cause di malattia e morte più rilevanti nei paesi industrializzati. Le patologie 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 riconosciuta l'importanza di alcuni alimenti nel proteggere dall'insorgenza di alcune malattie: il dato di un'associazione protettiva fra l'elevato consumo di frutta e verdura e neoplasie è ormai infatti consolidato. Per questo motivo viene consigliato il consumo di frutta e verdura tutti i giorni: l'adesione alle raccomandazioni internazionali prevede il consumo di almeno cinque porzioni di frutta e verdura al giorno ("5 a day").

Quante persone mangiano 5 porzioni di frutta e verdura ogni giorno?

- In Sardegna il 93,1% degli intervistati dichiara di mangiare frutta e verdura almeno 1 volta al giorno.
- Solo il 20,2% aderisce alle raccomandazioni, consumando 5 porzioni al giorno di frutta e verdura.
- Questa abitudine è più diffusa tra le persone tra i 18 e i 34 anni e tra le donne. Non si osservano invece differenze rilevanti dovute al grado di istruzione.
- Nelle ASL partecipanti allo studio, la percentuale di chi aderisce al "5 a day" risulta del 13%, più alta tra i 50-69enni e, anche in questo caso, significativamente più diffusa tra le donne.

Abitudini alimentari		
Regione Sardegna – Passi, 2005		
Caratteristiche demografiche	Adesione al "5 a day" ^{**} (%)	
Totale	20,2 (IC _{95%} :17,2-23,6)	
Età		
	18 - 34	13,9
	35 - 49	21,4
	50 - 69	23,8
Sesso [^]		
	uomini	16,0
	donne	24,0
Istruzione^{**}		
	bassa	19,5
	alta	21,2

* coloro che hanno dichiarato di mangiare 5 porzioni al giorno di frutta e verdura

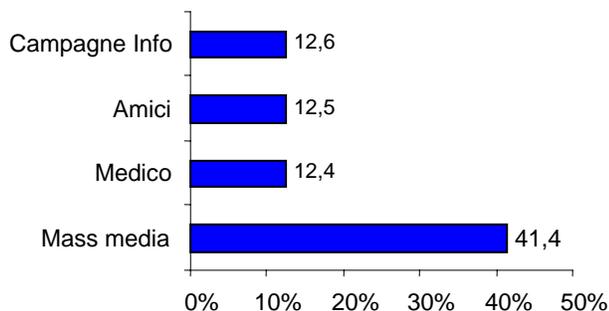
** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

[^] le differenze risultano statisticamente significative (p<0,05)

Quanti conoscono il “5 a day”? E da chi ne hanno sentito parlare?

% Provenienza dell'informazione su 5 a day.
Regione Sardegna – Passi, 2005

- Il 47,2% degli intervistati della regione conosce il “5 a day” (rispetto al 56% delle ASL partecipanti).
- Questa informazione deriva in gran parte da TV, radio e giornali; solo nel 12,4% dei casi da un medico (dato inferiore al valore del 19% nelle altre ASL).



Conclusioni e raccomandazioni

Nella Regione Sardegna la maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura, anche se solo 1 persona su 5 mangia le 5 porzioni al giorno raccomandate. Questo contenuto consumo può essere in parte attribuibile alla scarsa consapevolezza dell'importanza di questa abitudine alimentare: infatti meno della metà delle persone intervistate ha sentito parlare della rilevanza di questo per la salute.

La diffusione dell'informazione da parte del medico su questo corretto comportamento risulta in generale bassa. Appare pertanto opportuno sensibilizzare gli operatori sanitari sull'importanza di questo aspetto, garantendo una stretta collaborazione con i servizi di prevenzione e con i medici di medicina generale.

Consumo di alcol

L'alcol insieme a fumo, attività fisica e alimentazione ha assunto un'importanza sempre maggiore per le conseguenze che il suo uso eccessivo può avere soprattutto per i giovani. L'abuso di alcol porta più frequentemente a comportamenti ad alto rischio individuale e per gli altri (quali guida veloce di autoveicoli, comportamenti sessuali a rischio e lavoro in condizioni psico-fisiche inadeguate, violenza) nonché al fumo e/o all'abuso di droghe rispetto ai coetanei astemi.

Il danno causato dall'alcol, oltre che al bevitore, si estende alle famiglie e alla collettività, gravando sull'intera società: si stima infatti che i prodotti alcolici siano responsabili del 9% della spesa sanitaria.

Le persone a rischio particolare di conseguenze sfavorevoli per l'alcol sono coloro che bevono fuori pasto, coloro che sono forti consumatori (più di 3 unità alcoliche -lattine di birra, bicchieri di vino o bicchierini di liquore- al giorno per gli uomini e più di 2 per le donne) e coloro 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.

Quante persone bevono?

- Nella Regione Sardegna la percentuale di persone intervistate che, nell'ultimo mese, riferisce di aver bevuto almeno una unità di bevanda alcolica (almeno una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore) è risultata del 63,6%.
- Si sono osservati tassi più alti nei giovani (in particolare nella fascia 18-24 anni), negli uomini e nelle persone con alto livello di istruzione.
- Tra le ASL partecipanti la percentuale rilevata è risultata pari al 64%, con tassi più alti nei uomini (79% v. 50%) e nelle persone con alto livello di istruzione (67% v 60%). I tassi non appaiono significativamente diversi per classi d'età.

Consumo di alcol	
Regione Sardegna – Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	% che ha bevuto ≥1 unità di bevanda alcolica* nell'ultimo mese
Totale	63,6 (IC_{95%}:59,6-67,3)
Età, anni	
18 - 24	69,7
25 - 34	61,7
35 - 49	67,0
50 - 69	59,6
Sesso[^]	
uomini	83,0
donne	46,2
Istruzione^{**}	
bassa	60,4
alta	68,0

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

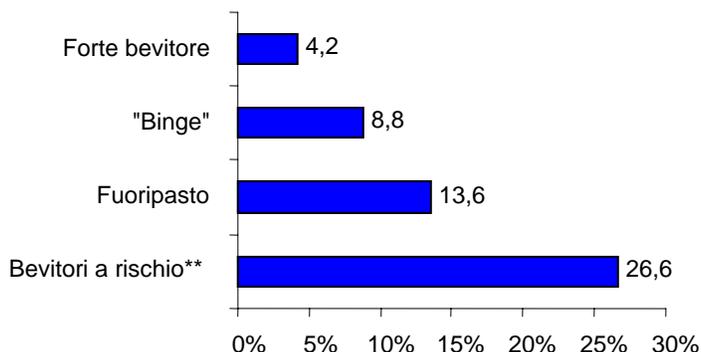
** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore a laurea

[^] le differenze risultano statisticamente significative (p<0,0001)

Quanti sono bevitori a rischio?

- Complessivamente il 26,6% degli intervistati può essere ritenuto un consumatore a rischio (fuoripasto, forte bevitore, "binge").
- In un mese il 13,6% della popolazione beve fuori pasto almeno 1 volta la settimana.
- L'8,8% è un bevitore "binge" (ha bevuto cioè nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione).
- Il 4,2% può essere considerato un forte bevitore (più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne).
- Tra le ASL partecipanti il 12% beve fuoripasto, il 8% è un bevitore "binge" e il 6% è un forte bevitore.

**Bevitori a rischio per categorie,
Regione Sardegna – Passi, 2005**



** I bevitori a rischio possono essere contati più volte nelle tre categorie di rischio (fuoripasto/binge/forte bevitore)

Quali sono le caratteristiche dei bevitori "binge"?

- questo modo di consumo di alcol ritenuto pericoloso risulta più diffuso tra i giovani, negli uomini e nelle persone con più alto livello di istruzione.
- tra le ASL partecipanti la percentuale di bevitori "binge" è risultata pari al 8%, con un modello simile di valori più alti nei 18-24enni (14%), negli uomini (14% vs 2%) e leggermente più alti nelle persone con alto livello di istruzione (9% vs 7%).

Bevitori "binge"	
Regione Sardegna – Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	Bevitori "binge"*** (n=28)
Totale	8,8 (95% CI 6,8-11,4)
Età, anni	
18 - 24	19,7
25 - 34	10,3
35 - 49	7,0
50 - 69	6,8
Sesso[^]	
M	17,0
F	1,5
Istruzione**	
bassa	8,5
alta	9,3

* coloro che hanno dichiarato di aver bevuto nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevanda alcolica in un'unica occasione. Una unità di bevanda alcolica equivale ad una lattina di birra o ad un bicchiere di vino o ad un bicchierino di liquore.

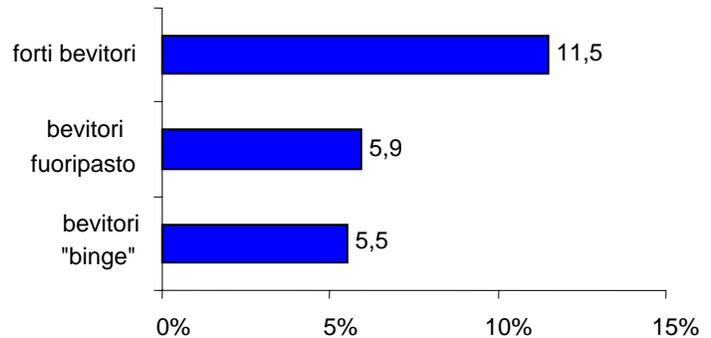
** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore;

[^] le differenze risultano statisticamente significative (p<0,0001)

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

- Nella regione solo il 13,9% degli intervistati riferisce che un operatore sanitario si sia informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol.
- Tra coloro che negli ultimi 12 mesi sono stati dal medico, solo il 5,5% dei "binge", il 5,9% di chi beve fuori pasto ed l'11,5% dei forti consumatori riferisce di aver ricevuto il consiglio di bere di meno.
- Nelle ASL partecipanti il 14% riferisce che il proprio medico si è informato sul consumo dell'alcol. È stato consigliato di bere meno al 12% dei "binge", al 7% dei bevitori fuoripasto e al 11% dei forti bevitori.

Percentuale di bevitori che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario (al netto di chi non è stato dal medico negli ultimi 12 mesi), Regione Sardegna – Passi, 2005



Conclusioni e raccomandazioni

In Sardegna si stima che poco meno dei due terzi della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche e poco più di un quarto circa abbia abitudini di consumo considerabili a rischio.

Anche in Sardegna gli operatori sanitari si informano solo raramente sulle abitudini dei loro pazienti in relazione all'alcol e consigliano raramente di moderare il consumo dell'alcol.

I rischi associati all'alcol sembrano venire sottostimati probabilmente 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.

Sicurezza stradale

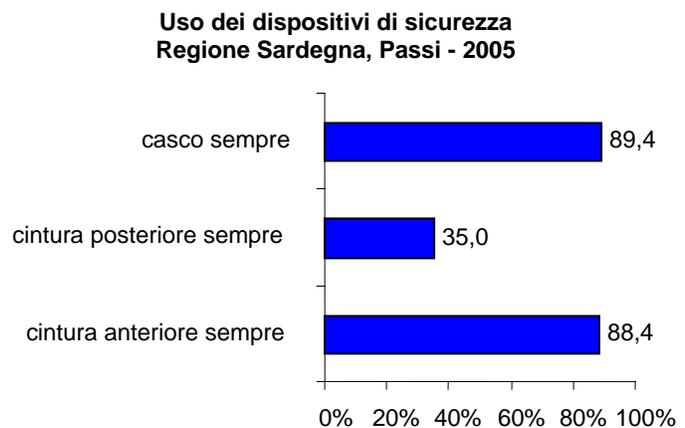
Ogni anno in Italia gli incidenti stradali causano circa 8.000 morti, 170.000 ricoveri e 600.000 prestazioni di pronto soccorso, cui seguono circa 20.000 invalidi permanenti con costi sociali ed umani elevatissimi. Gli incidenti stradali rappresentano la prima causa di morte nei uomini sotto i 40 anni ed una delle cause principali di invalidità.

Il 60% degli incidenti stradali è conseguente a fattori umani: abuso di alcol, farmaci, sostanze psicotrope, uso di apparecchi mobili alla guida, mancato utilizzo dei dispositivi di sicurezza o malattie che possono alterare lo stato di attenzione del guidatore.

Si stima che l'istituzione di controlli sistematici dell'alcolemia possa ridurre di circa un quarto gli incidenti mortali e che l'uso delle cinture di sicurezza possa prevenire il 45-60% dei casi mortali e il 50-65% dei traumi moderati-severi.

L'uso dei dispositivi di sicurezza

- In Sardegna la percentuale di persone intervistate che riferiscono di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza è pari all'88,4%; tra le persone che viaggiano sul sedile posteriore, l'uso della cintura è invece ancora poco diffuso (35%).
- Tra le persone che vanno in moto o in motorino oltre il 89,4% riferisce di usare sempre il casco.
- Nelle ASL partecipanti le percentuali sono risultate le seguenti: cintura anteriore sempre 83%, cintura posteriore sempre 20% e casco sempre 88%.



Quante persone guidano in stato di ebbrezza?

- Nell'ultimo mese il 10,3% degli intervistati (e il 16% di coloro che hanno guidato) dichiara di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente l'indagine; questa abitudine è più diffusa tra i giovani e negli uomini.
- Il 14,4% riferisce di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza.
- Tra le ASL partecipanti la percentuale di chi guida in stato di ebbrezza è risultata pari all'11% (16% tra i guidatori). La classe di età con percentuali più elevate è quella 25-34 anni e il sesso più interessato è quello maschile (20% vs 2%).

Guida in stato di ebbrezza	
Regione Sardegna – Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	Guida in stato di ebbrezza* (%)
Totale	16,0 (IC_{95%}:12,7-20,1)
Età	
18 - 24	12,1
25 - 34	11,2
35 - 49	10,2
50 - 69	9,4
Sesso**	
M	19,7
F	1,8
Istruzione***	
bassa	9,6
alta	11,2

*coloro che hanno dichiarato di aver guidato entro un ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevanda alcolica

** le differenze risultano statisticamente significative (p=0,0005)

*** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

Conclusioni e raccomandazioni

In Sardegna si registra un buon livello dell'uso dei dispositivi di sicurezza, fatta eccezione per l'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori. L'utilizzo dei dispositivi risulta più elevato rispetto a quello delle ASL partecipanti all'indagine.

Per contro il problema della guida in stato di ebbrezza risulta piuttosto diffuso; appaiono a rischio in particolar modo i giovani tra 18 e 24 anni.

Alla luce di queste considerazioni risulta importante continuare e rafforzare gli interventi di promozione della salute nei luoghi di aggregazione giovanile (pub, discoteche) in associazione con l'attività sanzionatoria da parte delle forze dell'ordine, con particolare attenzione al controllo dell'uso della cintura posteriore e dell'alcolemia.

Vaccinazione antinfluenzale

L'influenza costituisce un rilevante problema di sanità pubblica a causa dell'elevata contagiosità e delle possibili gravi complicanze nei soggetti a rischio (anziani e portatori di alcune patologie croniche).

La frequenza con cui insorgono i casi di influenza, pur variando da epidemia ad epidemia, è di circa il 10-20%. Le epidemie influenzali si associano ad un aumento di ospedalizzazione e di mortalità, con ripercussioni sanitarie ed economiche sia per il singolo individuo sia per la collettività.

La vaccinazione è mirata alla prevenzione delle complicanze della malattia ed è raccomandata a persone con età maggiore di 64 anni e a tutte le persone a rischio di complicazioni secondarie a causa di patologie.

Quanti si vaccinano per l'influenza?

- Nella Regione Sardegna il 15,7% delle persone intervistate riferisce di essersi vaccinata; la percentuale sale al 48,8% tra i 65-69 anni.
- Tra i soggetti di età inferiore ai 65 anni portatori di almeno una patologia cronica solo il 22,8% risulta vaccinato.
- Tra le ASL partecipanti la percentuale dei vaccinati è stata complessivamente del 15%, del 51% nella fascia tra 65-69 anni e del 28% nelle persone con meno di 65 anni portatori di almeno una patologia cronica.

Vaccinazione antinfluenzale (18-69 anni)	
Regione Sardegna Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	Vaccinati
Totale	15,7 (IC_{95%}:13,0-18,9)
Età	
≥65	48,8
<65	13,3
<65 con almeno una patologia cronica	22,8
Sesso[^]	
uomini	16,3
donne	15,2
Istruzione*	
bassa	18,4
alta	12,0

* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

[^] le differenze non risultano statisticamente significative (p=0,53)

Conclusioni e raccomandazioni

Per ridurre significativamente la morbosità per influenza e sue complicanze è necessario raggiungere coperture vaccinali molto elevate. Le strategie adottate in molte Aziende sanitarie mediante la vaccinazione da parte dei medici di medicina generale hanno permesso di raggiungere la maggior parte degli ultrasessantacinquenni, ma tra le persone con meno di 65 anni affetti da patologie solo una su cinque risulta vaccinata e la copertura per il gruppo di età 65-69 anni richiede un miglioramento.

Risulta pertanto importante implementare l'attuale strategia offrendo attivamente la vaccinazione ai gruppi a rischio con il coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei medici specialisti.

Vaccinazione antirosolia

La rosolia è una malattia benigna in età infantile, ma se viene contratta da una donna in gravidanza può essere causa di aborto spontaneo, natimortalità o gravi malformazioni fetali (sindrome della rosolia congenita).

L'obiettivo principale dei programmi vaccinali contro la rosolia è pertanto la prevenzione dell'infezione nelle donne gravide e, di conseguenza, della rosolia congenita. La strategia che si è mostrata più efficace a livello internazionale per raggiungere questo obiettivo consiste nel vaccinare tutti i bambini nel secondo anno di età e nell'individuare le donne in età fertile ancora suscettibili attraverso un semplice esame del sangue (rubeotest) per poi vaccinarle. Si stima che per eliminare la rosolia congenita, la percentuale di donne in età fertile immune alla malattia deve essere superiore al 95%.

Quante donne sono vaccinate per la rosolia?

- Il 19,9 delle donne intervistate di 18-45 anni riferisce di essere stata vaccinata per la rosolia.
- La percentuale di donne vaccinate decresce con l'età (passando dal 41,4% tra 18-24 anni al 13,6% tra 35 -45 anni) e col livello d'istruzione basso.
- Tra le ASL partecipanti la percentuale di donne vaccinate è risultata del 31%.

Vaccinazione antirosolia (donne 18-45 anni;) Regione Sardegna- Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	Vaccinate, %
Totale	19,9 (IC _{95%} : 14,2 – 26,7)
Età	
18-24	41,4
25-34	18,0
35-45	13,6
Istruzione*	
bassa	13,0
alta	24,5

* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

Quante donne sono suscettibili alla rosolia?

- Tra le donne non vaccinate il 43,1% riferisce di aver eseguito il rubeotest.
- È possibile stimare come immuni alla rosolia circa il 46,8% delle donne di 18-45 anni in quanto vaccinate (19,9% o con un rubeotest positivo (26,9%).
- Il 4,1% è sicuramente suscettibile in quanto non vaccinate e con un rubeotest negativo.
- Nel rimanente 49,1% lo stato immunitario delle donne non è conosciuto
- Tra le ASL partecipanti la percentuale di donne immuni è del 52%.

Vaccinazione antirosolia e immunità (donne 18-45 anni) Regione Sardegna Passi, 2005	
	%
Immuni	46,8
Vaccinate	19,9
Non vaccinate con rubeotest positivo	26,9
Suscettibili/stato sconosciuto	53,2
Non vaccinate; rubeotest negativo	4,1
Non vaccinate; rubeotest effettuato ma risultato sconosciuto	3,5
Non vaccinate; rubeotest non effettuato/non so se effettuato	45,6

Conclusioni e raccomandazioni

I risultati ottenuti mostrano come sia a livello aziendale sia su scala nazionale il numero di donne in età fertile suscettibili alla rosolia sia ancora molto alto. Appare pertanto necessario pianificare un programma d'intervento finalizzato al recupero delle donne suscettibili prevedendo il coinvolgimento e la collaborazione di varie figure professionali (medici di famiglia, ginecologi e ostetriche).

Ipertensione arteriosa

L'ipertensione arteriosa è un importante fattore di rischio cardiovascolare molto diffuso. Si stima che ogni anno in Italia circa 220.000 ictus, 90.000 infarti del miocardio e 180.000 casi di scompenso cardiaco siano il risultato di una ipertensione arteriosa non diagnosticata o scarsamente controllata, con un eccezionale costo 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.

La maggior parte degli ipertesi diagnosticati richiede un trattamento farmacologico; anche 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.

A quando risale l'ultima misurazione della pressione arteriosa?

- In Sardegna l'80,9% degli intervistati riferisce di aver avuto la misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, l'8,8% più di 2 anni fa, mentre il 10,3% non ricorda o non l'ha avuta.
- La percentuale di persone controllate cresce con l'età, mentre non si differenzia tra i sessi o per livello di istruzione.
- I dati locali sono in linea con i dati delle ASL nazionali partecipanti; la percentuale di persone controllate è infatti pari all'81% e l'andamento per età, sesso e livello di istruzione è sovrapponibile.

% di persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 2 anni	
Regione Sardegna – Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	% *
Totale	80,9 (IC_{95%}:77,5-83,9)
Età, anni	
18 - 34	74,6
35 - 49	78,1
50 - 69	88,1
Sesso	
uomini	82,3
donne	79,6
Istruzione**	
bassa	82,1
alta	79,2

Quanti sono ipertesi?

- Nella regione il 24,8% riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa.
- La percentuale di ipertesi cresce significativamente nel gruppo di età 50-69 anni, nel quale poco meno di una persona su due è ipertesa (43,4%). Non emergono differenze statisticamente significative per sesso, mentre il tasso è più alto tra le persone con un basso livello di istruzione.
- Tra le ASL nazionali partecipanti la percentuale di persone che dichiara di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa è risultata pari al 23%; i tassi sono più alti tra le persone ultracinquantenni, gli uomini e tra i meno istruiti.

Ipertesi	
Regione Sardegna – Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	% *
Totale	24,8 (IC_{95%}:21,3-28,7)
Età, anni[^]	
18 - 34	5,6
35 - 49	18,1
50 - 69	43,4
Sesso	
uomini	25,0
donne	24,7
Istruzione**	
bassa	29,8
alta	17,9

* sono stati esclusi dal denominatore coloro che non hanno mai misurato la P.A. e coloro che non lo ricordano

** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore;

[^] le differenze risultano statisticamente significative (p<0,01)

Come viene trattata l'ipertensione arteriosa?

- Il 65,9% degli ipertesi è in trattamento farmacologico. Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, gli ipertesi riferiscono di aver ridotto l'ipertensione arteriosa ponendo attenzione al consumo di sale (72,5%), controllando il proprio peso corporeo (44,2%) e svolgendo regolare attività fisica (40,6%).

Modalità di trattamento dell'ipertensione arteriosa**
Regione Sardegna – Passi, 2005



** ognuna considerata indipendentemente

Conclusioni e raccomandazioni

In Sardegna si stima che sia iperteso circa un quarto della popolazione tra 18 e 69 anni, poco meno della metà degli ultracinquantenni e poco più del 10% dei giovani con meno di 35 anni.

Pur risultando modesta la proporzione di persone alle quali non è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 24 mesi, tale condizione è comunque considerabile un evento sentinella di non “best practice” (specie nel controllo dei pazienti sopra ai 35 anni) e come tale non deve essere trascurata dagli operatori sanitari.

In molti casi, si può controllare l’ipertensione arteriosa attraverso un’attività fisica regolare, una dieta iposodica ed il controllo del peso corporeo. In altri, è necessaria la terapia farmacologica per avere un controllo adeguato e per prevenire complicazioni, ma questa non può essere considerato sostitutiva di stili di vita corretti.

Colesterolemia

L'ipercolesterolemia, come l'ipertensione, rappresenta uno dei principali fattori di rischio per cardiopatia ischemica sui quali è possibile intervenire. Numerosi studi confermano l'esistenza di un rapporto causale tra lipemia (generalmente misurata come livello serico) e coronarosclososi. L'eccesso di rischio dovuto all'ipercolesterolemia aumenta in presenza di altri fattori di rischio per cardiopatia ischemica quali fumo e ipertensione.

Quanti hanno effettuato almeno una volta la misurazione del colesterolo?

- Il 78,3% della popolazione della regione, riferisce di aver effettuato almeno una volta la misurazione della colesterolemia.

Percentuale di persone a cui è stata misurata almeno una volta il colesterolo Regione Sardegna – Passi, 2005

Caratteristiche demografiche	%
Totale	78,3 (IC_{95%}:74,8-81,5)
Età, anni	
18 - 34	62,4
35 - 49	82,3
50 - 69	86,4
Sesso	
M	76,5
F	79,9

- Solo il 62,4% delle persone tra 18-34 anni riferisce di aver eseguito il test; si sono osservati tassi più alti tra i 35-49enni e i 50-59enni. Questa percentuale non si differenzia in modo statisticamente significativo neanche per sesso.

- Nelle ASL nazionali partecipanti la percentuale delle persone che riferisce di aver effettuato la misurazione della colesterolemia almeno una volta è pari al 79%.

Quante persone hanno alti livelli di colesterolemia?

- Tra coloro che hanno misurato il colesterolo, il 29% dichiara di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia.
- L'ipercolesterolemia appare una condizione più frequente nelle classi d'età più alte e nelle persone con livello di istruzione più basso; mentre non si apprezzano differenze significative fra i due sessi.
- Nelle ASL nazionali partecipanti il 25% dichiara di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia; l'andamento per età, sesso e livello d'istruzione è sovrapponibile.

Ipercolesterolemici Regione Sardegna – Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	% *
Totale	29,0 (IC_{95%} 25,0-33,3)
Età, anni[^]	
18 - 34	15,9
35 - 49	22,2
50 - 69	42,0
Sesso	
M	29,0
F	29,0
Istruzione** °	
bassa	35,1
alta	21,2

* sono stati esclusi dal denominatore coloro che non hanno mai misurato la colesterolemia

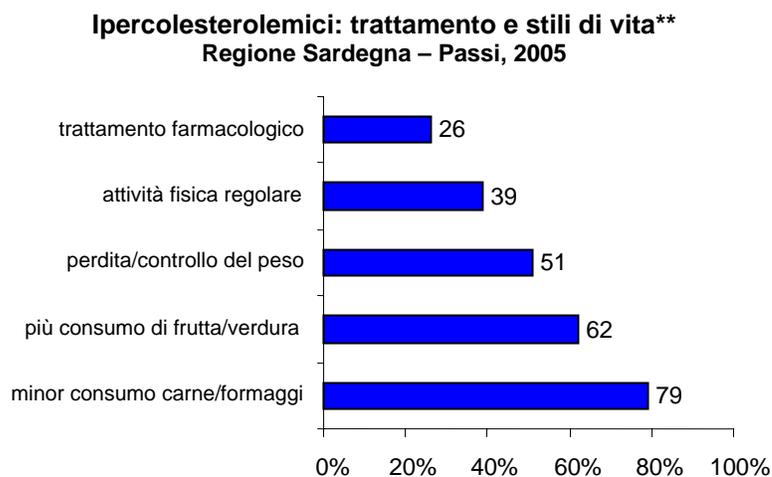
[^] le differenze risultano statisticamente significative (p<0,01)

** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore;

° le differenze risultano statisticamente significative (p<0,01)

Come viene trattata l'ipercolesterolemia?:

- Il 26% degli ipercolesterolemici è in trattamento farmacologico.
- Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, il 79% degli ipercolesterolemici riferisce di aver ridotto il consumo di carne e formaggi, il 62% di aver aumentato il consumo di frutta e verdura, il 51% di controllare il proprio peso corporeo e il 39% di svolgere regolare attività fisica.

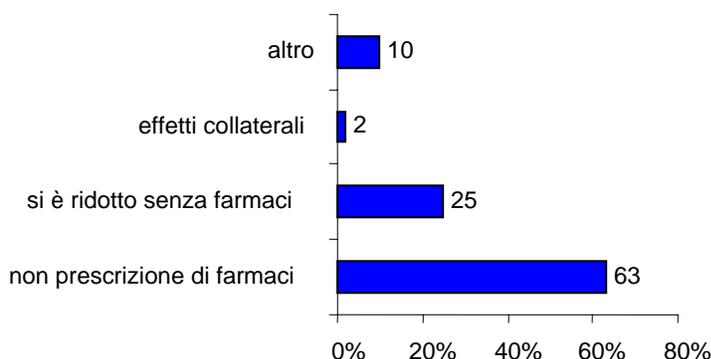


** ognuna considerata indipendentemente

Quali sono i motivi per cui una parte degli ipercolesterolemici non assume farmaci ?

- Il 63% degli ipercolesterolemici che non assume farmaci dichiara che i farmaci non sono stati prescritti; il 25% è riuscito a riportare il livello di colesterolemia nei limiti senza farmaci.
- Il 2% degli ipercolesterolemici dichiara di non assumere farmaci anti ipercolesterolemici a causa dei loro effetti collaterali.

Motivi di non assunzione di farmaci fra gli ipercolesterolemici
Regione Sardegna - Passi 2005



Conclusioni e raccomandazioni

Nel 21,7% della popolazione della Regione Sardegna non è stato mai misurato il livello di colesterolo. Tra coloro che si sono sottoposti ad almeno un esame per il colesterolo, poco più di un quinto della popolazione totale tra 18 e 69 anni e 4 su 10 persone tra 50-69 anni dichiarano di avere l'ipercolesterolemia; tale percentuale è in linea con quella rilevata nelle altre Asl nazionali partecipanti.

Una rigida attenzione alla dieta e all'attività fisica può abbassare il colesterolo per alcune persone, tanto da rendere non necessario il trattamento farmacologico. Sebbene molti dichiarano che hanno migliorato la loro dieta, pochi dichiarano di aver perso peso o fanno attività fisica. Inoltre, sebbene molti possono trarre beneficio da un controllo non-farmacologico, le pratiche di prescrizione correnti andrebbero riesaminate, tenendo conto della presenza di altri fattori di rischio e del controllo raggiunto usando metodi non-farmacologici.

Situazione nutrizionale

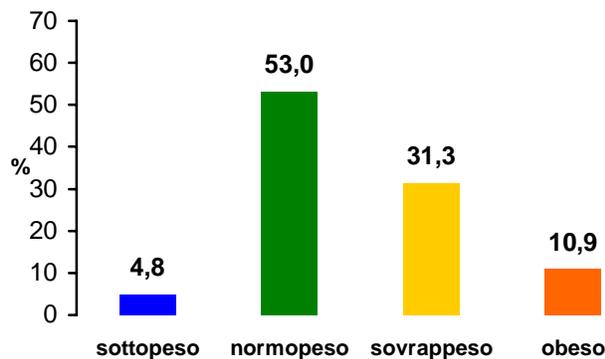
L'eccesso di peso aumenta la probabilità di sviluppare condizioni critiche di salute, contribuendo allo sviluppo di importanti e frequenti malattie (tra cui le cardiovascolari) fino alla morte prematura.

Le caratteristiche ponderali degli individui sono definite in relazione al suo valore di Body Mass Index (BMI), calcolato dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato, e rappresentate in quattro categorie: sottopeso = BMI < 18,5; normopeso = BMI 18,5 – 24,9; sovrappeso = BMI 25 – 29,9; obeso = BMI ≥ 30.

Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

Caratteristiche ponderali della popolazione
Regione Sardegna – Passi, 2005

- In Sardegna il 4,8% delle persone intervistate risultano sottopeso, il 53,0% normopeso, il 31,3% sovrappeso ed il 10,9% obeso.



Quante persone sono in eccesso ponderale e cosa fanno per perdere peso?

- Nella regione si stima che il 42,2% della popolazione sia in eccesso ponderale (sovrappeso od obeso).

- Questa condizione cresce con l'età, (raggiungendo livelli del 62,1% negli ultracinquantenni) ed è maggiore negli uomini e nelle persone con basso livello d'istruzione.

- Tra le persone in eccesso ponderale, il 30,4% svolge una dieta e il 22,8% fa attività fisica per perdere peso.

Tra le ASL nazionali partecipanti la percentuale di persone in eccesso ponderale è pari al 44%: di questi il 28% svolge una dieta e il 23% fa attività fisica per perdere peso.

Popolazione con eccesso ponderale [^]	
Regione Sardegna – Passi , 2005	
Caratteristiche demografiche	%
Totale	
42,2 (IC_{95%} 38,3-46,2)	
Età, anni*	
18 – 24	13,6
25 – 34	23,4
35 – 49	38,6
50 – 69	62,1
Sesso**	
Uomini	52,0
Donne	33,4
Istruzione *** °	
bassa	51,6
alta	29,0

[^] popolazione in sovrappeso od obesa

* le differenze risultano statisticamente significative (p<0,05)

** le differenze risultano statisticamente significative (p<0,01)

*** le differenze risultano statisticamente significative (p<0,05)

° istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

Conclusioni e raccomandazioni

Nella Regione Sardegna si stima che il 42,2% della popolazione sia in eccesso ponderale, lievemente inferiore al dato relativo alle altre ASL nazionali partecipanti all'indagine. Tra le persone in eccesso ponderale, solo una su tre circa riferisce di seguire una dieta o praticare attività fisica per perdere peso.

Occorre, dunque, promuovere e sostenere interventi, anche sotto l'aspetto strutturale, che favoriscano un'attività fisica regolare e la modificazione delle abitudini alimentari non corrette, coinvolgendo operatori di sanità pubblica, esperti di attività fisica, specialisti di nutrizione, esperti di comunicazione, media, medici di medicina generale, amministratori pubblici e imprenditori privati. La programmazione di questi interventi dovrà tenere conto dei determinanti socio-demografici correlati all'eccesso ponderale, in particolare età (>34 anni) e sesso (maschi).

Carta di rischio cardiovascolare

In Italia le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di mortalità (44% di tutte le morti). Considerando gli anni potenziali di vita persi (gli anni che ogni persona avrebbe potuto vivere in più secondo l'attuale speranza di vita media) le malattie cardiovascolari tolgono ogni anno circa 300.000 anni di vita alle persone di età inferiore a 65 anni.

I fattori correlati al rischio di malattia cardiovascolare sono numerosi: abitudine al fumo di sigaretta, diabete, obesità, sedentarietà, valori elevati della colesterolemia, ipertensione arteriosa oltre alla familiarità alla malattia, età e sesso. L'entità del rischio individuale di sviluppare la malattia dipende dalla combinazione dei fattori di rischio o meglio dalla combinazione dei loro livelli.

La carta del rischio cardiovascolare è uno strumento semplice e obiettivo che il medico può utilizzare per stimare la probabilità che il proprio paziente ha di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi, conoscendo il valore di sei fattori di rischio: sesso, diabete, abitudine al fumo, età, pressione arteriosa sistolica e colesterolemia.

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

- In Sardegna la percentuale di persone intervistate di 40-69 anni che riferiscono di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultata del 12,4%.
- Non emergono differenze statisticamente significative per età, sesso o livello di istruzione.
- Tra le ASL nazionali partecipanti la percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare è inferiore (9%).

Percentuale di persone a cui è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare Regione Sardegna – Passi, 2005

Caratteristiche demografiche	% *
Totale	12,4 (IC_{95%} 9,3-16,2)
Età, anni	
40 - 49	6,9
50 - 59	15,7
60 - 69	15,8
Sesso	
uomini	14,6
donne	10,4
Istruzione*	
bassa	12,4
alta	12,4

** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

Conclusioni e raccomandazioni

La carta del rischio cardiovascolare è ancora scarsamente utilizzata da parte dei medici sia nella Regione Sardegna sia nelle ASL nazionali partecipanti all'indagine.

Questo semplice strumento dovrebbe essere valorizzato ed utilizzato molto più frequentemente in quanto aumenta l'empowerment degli assistiti e permette al medico di confrontare il rischio calcolato in tempi successivi, valutando così il rapporto costo/beneficio delle azioni di prevenzione intraprese.

Screening neoplasia del collo dell'utero

Nei Paesi industrializzati la neoplasia del collo dell'utero rappresenta la seconda forma tumorale più diffusa tra le donne al di sotto dei 50 anni. In Italia si contano circa 3.000 nuovi casi e 1.000 morti ogni anno. Lo screening si è dimostrato efficace nel ridurre incidenza e mortalità di questa neoplasia e nel rendere meno invasivi gli interventi chirurgici correlati.

Lo screening si basa sul paptest effettuato ogni tre anni nelle donne in età compresa tra i 25 ed i 64 anni. I programmi di screening, partiti nel 1995 in maniera disomogenea sul territorio nazionale, stanno raggiungendo una copertura territorialmente più uniforme. Nonostante l'avvio della maggior parte dei programmi sia ancora troppo recente per valutarne l'impatto di salute, nelle realtà in cui lo screening è ormai consolidato si osserva un trend significativo verso una riduzione dell'incidenza dei tumori della cervice uterina ascrivibile ai programmi attuati.

Quante donne hanno eseguito un paptest?

- Nella Regione Sardegna il 68,9% delle donne intervistate, di età compresa tra i 25 ed i 64 anni, riferisce di aver effettuato il paptest in assenza di segni e sintomi; le percentuali sono più elevate al crescere dell'età. Non si osservano differenze significative per livello d'istruzione.
- L'età media del primo paptest a scopo preventivo è risultata essere 32 anni.
- Tra le ASL nazionali partecipanti all'indagine il 78% delle donne intervistate tra i 25 ed i 64 anni riferisce di aver eseguito il paptest a scopo preventivo.

Screening cancro collo dell'utero (25-64 anni)		
Regione Sardegna - Passi, 2005		
Caratteristiche demografiche	Effettuato il paptest *	
Totale	68,9 (IC_{95%}:63,0-74,4)	
Età		
	25 - 34	50,8
	35 - 49	78,4
	50 - 64	69,4
Istruzione**		
	bassa	66,7
	alta	71,4

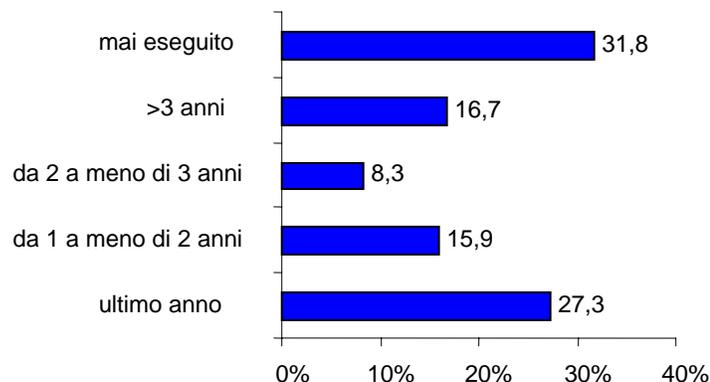
* chi ha eseguito il paptest in assenza di segni e sintomi

** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

Qual è l'adesione alle linee guida/raccomandazioni ?

- L'ultimo paptest è stato eseguito dal 50,4% delle donne di età tra i 25 ed i 64 anni negli ultimi tre anni.
- Il 27,3% l'ha eseguito nel corso dell'ultimo anno.
- Il 31,8% non ha mai eseguito un paptest a scopo preventivo.
- Tra le ASL partecipanti all'indagine il 70% delle donne ha eseguito un paptest entro i tre anni.

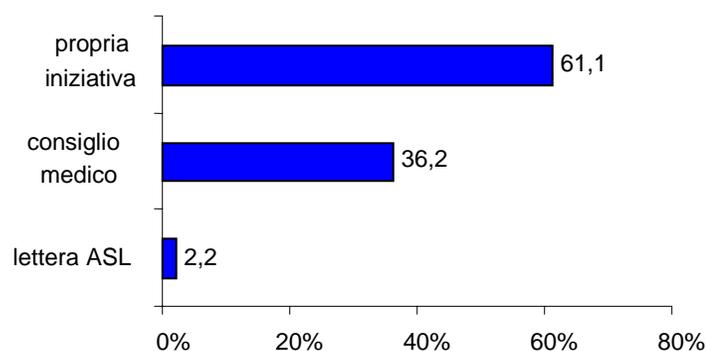
Paptest e periodicità
Regione Sardegna - Passi, 2005



Viene consigliato il paptest alle donne?

- Il 60,4% delle donne intervistate riferisce di aver ricevuto da un medico il consiglio di effettuare con periodicità il paptest e il 13,3% di aver ricevuto una lettera invito dall'ASL.
- L'ultimo paptest è stato effettuato per lettera personale ricevuta dall'ASL (2%), su consiglio medico (36%) e di propria iniziativa (61%).
- Tra le donne delle altre ASL nazionali partecipanti all'indagine il 70% dichiara di aver ricevuto il consiglio di eseguire con regolarità il paptest e il 56% di aver ricevuto una lettera di invito. L'ultimo paptest è stato effettuato su propria iniziativa nel 44% dei casi, su consiglio medico nel 31% e per lettera invito dell'ASL nel 25%.

Ultimo paptest: motivo dell'esecuzione
Regione Sardegna - Passi, 2005



Conclusioni e raccomandazioni

Conclusioni e raccomandazioni

Nella Regione Sardegna la percentuale delle donne che riferisce di aver effettuato un paptest a scopo preventivo è elevata anche in assenza di programmi organizzati. Una donna su due ha effettuato almeno un paptest nell'intervallo raccomandato (ultimi tre anni); poco più di una su quattro l'ha eseguito nel corso dell'ultimo anno. Considerando l'insieme dell'offerta, dentro e fuori dai programmi organizzati, si può stimare che siano numerose le donne che effettuano il paptest ad intervalli più ravvicinati rispetto a quelli raccomandati.

Screening neoplasia della mammella

Il tumore della mammella rappresenta la neoplasia più frequente tra le donne in Italia con circa 32.000 casi e 11.000 decessi all'anno.

Lo screening mammografico, consigliato con cadenza biennale, è in grado sia di rendere gli interventi di chirurgia mammaria meno invasivi sia di ridurre di circa il 30% la mortalità per questa causa nelle donne tra i 50 e i 69 anni. Si stima pertanto che in Italia lo screening di massa potrebbe prevenire più di 3.000 decessi all'anno.

Le Regioni hanno adottato provvedimenti normativi e linee guida per incrementare l'offerta dello screening, ma i programmi non sono ancora attuati in modo uniforme sul territorio nazionale.

Quante donne hanno eseguito almeno una mammografia?

- Nella Regione Sardegna il 61,3% delle donne intervistate di età tra i 50 e i 69 anni riferisce di aver eseguito una mammografia in assenza di segni e sintomi; tale percentuale è maggiore nelle coniugate. Non si apprezzano differenze in base all'età e al livello d'istruzione.

- L'età mediana della prima mammografia preventiva è risultata essere 45 anni, più bassa pertanto rispetto a quella dalla quale viene raccomandata la mammografia periodica (50 anni).

- Tra le ASL nazionali partecipanti all'indagine il 75% delle donne ha eseguito la mammografia a scopo preventivo.

Screening cancro della mammella (≥50 anni)		
Regione Sardegna Passi, 2005		
Caratteristiche demografiche	Effettuata mammografia*	
Totale	61,3 (IC_{95%}:52,1- 69,9)	
Età		
	50 - 59	62,3
	60 - 69	60,0
Stato civile		
	coniugata	66,3
	non coniugata	44,8
Istruzione**		
	bassa	57,6
	alta	71,9

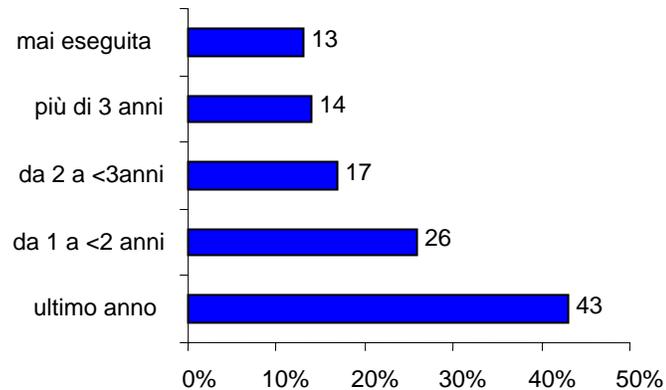
*le percentuali sono state calcolate su chi ha effettuato una mammografia a scopo preventivo

** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

Qual è l'adesione alle linee guida/raccomandazioni ?

- Nella regione il 36,3% delle donne tra i 50 ed i 69 anni intervistate riferisce di aver eseguito la mammografia entro i due anni ed il 25% più di 2 anni fa. Il 38,7% non ha mai eseguito una mammografia a scopo preventivo.
- Tra le ASL nazionali partecipanti all'indagine il 57% delle donne intervistate ha eseguito la mammografia entro i due anni.

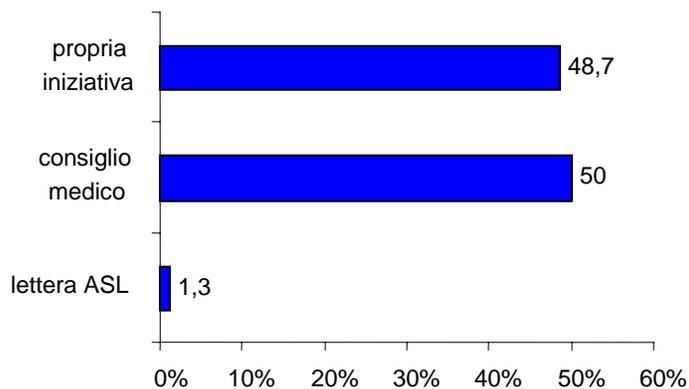
Mammografia e periodicità
Regione Sardegna - Passi, 2005



Viene consigliata la mammografia alle donne?

- In generale il 52,4% delle donne intervistate ha ricevuto da un medico il consiglio di effettuare con periodicità la mammografia; solo il 4% dichiara di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL.
- In particolare l'ultima mammografia è stata eseguita nel 50% dei casi su consiglio medico, nel 48,7% di propria iniziativa e nell'1,3% in seguito ad una lettera di invito.
- Tra le altre ASL nazionali partecipanti all'indagine il 66% delle donne ha ricevuto il consiglio da un medico e il 58% una lettera di invito. L'ultima mammografia è stata eseguita nel 29% su consiglio del medico, nel 39% in seguito ad un'offerta attiva dall'ASL e nel 32% della propria iniziativa.

Ultima mammografia: motivo dell'esecuzione
Regione Sardegna - Passi, 2005



Conclusioni e raccomandazioni

Al momento non è attivo un programma regionale ed aziendale di offerta attiva. L'esame mammografico è comunque stato eseguito almeno una volta dal 61,3% delle donne tra i 50 e 69 anni, solo il 36,3% l'ha effettuata entro la cadenza biennale consigliata delle linee guida. I risultati avvalorano la necessità di iniziare un programma per l'offerta attiva della mammografia; i dati di letteratura mostrano infatti come solo all'interno di un programma di screening organizzato sia possibile aumentare la percentuale di donne che effettuano la mammografia nei tempi e nelle modalità raccomandate.

Screening tumore del colon retto

Il tumore del colon retto rappresenta la seconda causa di morte per neoplasia, dopo il cancro al polmone tra gli uomini e il cancro al seno tra le donne. In Italia ogni anno si ammalano di carcinoma colon rettale circa 34.000 persone con una elevata mortalità (circa 19.000 decessi).

I principali test di screening per la diagnosi in pazienti asintomatici sono la ricerca di sangue occulto nelle feci e la sigmoidoscopia; questi esami sono in grado di diagnosticare più del 50% di cancro negli stadi più precoci, quando maggiori sono le probabilità di guarigione.

Il Piano Nazionale di Prevenzione Attiva 2004-2006 propone come strategia di screening per il cancro del colon retto la ricerca del sangue occulto nelle feci nelle persone di età compresa tra i 50 e 69 anni con frequenza biennale.

Quanti hanno effettuato un test per il tumore del colon retto?

- In Sardegna il 4,3% delle persone intervistate riferisce di aver fatto la ricerca di sangue occulto o la sigmoidoscopia a scopo preventivo.
- Il 2,6% è stato testato negli ultimi due anni come consigliato dalle indicazioni del Piano Nazionale di Prevenzione Attiva.
- Tra le ASL nazionali partecipanti all'indagine la percentuale di persone che ha effettuato un test preventivo è risultata del 14%.

Screening cancro colon retto (≥50 anni) Regione Sardegna– Passi, 2005	
Caratteristiche demografiche	Esecuzione di un test* per motivi preventivi
Totale	4,3 (IC _{95%} :2,1-7,7)
Età	
50 - 59	3,0
60 - 69	5,9
Sesso[^]	
uomini	4,5
donne	4,0
Istruzione^{**}	
bassa	3,4
alta	6,8

* sangue occulto o sigmoidoscopia

** istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

[^] le differenze non risultano statisticamente significative

Conclusioni e raccomandazioni

Nonostante le prove di evidenza sull'efficacia dello screening nel ridurre la mortalità per tumore colon rettale, si stima che solo una piccola percentuale di persone lo abbia effettuato a scopo preventivo sia a livello locale che nazionale.

I programmi di offerta attiva stanno iniziando ad essere implementati in Italia. Appare opportuno iniziare a pianificare questo programma di screening sul territorio e a prevedere campagne educative rivolte alla popolazione target con l'intervento congiunto di medici di medicina generale e degli operatori di Sanità Pubblica.

