



REGIONE DEL VENETO

Buone Abitudini per una Vita Sana

Le **SFIDE** della promozione
della salute
dalla sorveglianza agli interventi sul territorio

21-22 giugno 2012

Cà Foscari - Campus San Giobbe
Venezia



Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia



guadagnare
salute

rendere facili le scelte salutari

Rapporto a cura di:

Federica Michieletto, Francesca Russo, Annarosa Pettenò, Erica Bino (*Direzione Regionale Prevenzione - Regione del Veneto*), Silvia Milani (*Dipartimento di Prevenzione AULSS 13*), Angiola Vanzo (*Dipartimento di Prevenzione AULSS 6*).

Gruppo Coordinatori Aziendali PASSI 2011

Floriana Russino, Luigi Cazzola, Maria Caterina Bonotto, Alessandra Dal Zotto, Adolfo Fiorio, Paola Colussi, Ester Chermaz, Gianluigi Lustro, Mauro Ramigni, Alessandra Favaretto, Lorenzo Ghio, Silvia Milani, Paolo Mancarella, Armando Olivieri, Lorena Gottardello, Chiara Schiavinato, Annamaria Del Sole, Patrizia Casale, Katia Cervato, Gianstefano Blengio.

Gruppo tecnico regionale PASSI

Riccardo Galesso, Federica Michieletto (*Direzione Regionale Prevenzione—Regione del Veneto*), Gianstefano Blengio (*Dipartimento di Prevenzione AULSS 22*), Maria Caterina Bonotto (*Dipartimento di Prevenzione AULSS 3*), Luca Gino Sbrogiò (*Dipartimento di Prevenzione AULSS 19*), Silvia Milani (*Dipartimento di Prevenzione AULSS 13*), Mauro Ramigni (*Dipartimento di Prevenzione AULSS 9*), Rosanella Brunetta (*Dipartimento di Prevenzione AULSS 7*), Guglielmo Frapporti (*MMG - AULSS 22*), Stefano Campostrini (*Dipartimento di Statistica - Università degli Studi Ca' Foscari*), Nedda Visentini (*Direzione Sistema Statistico Regionale*), Mario Saugo (*Sistema Epidemiologico Regionale*).

Gruppo tecnico nazionale PASSI

Paolo D'Argenio, Nicoletta Bertozzi, Giuliano Carrozzi, Sandro Baldissera, Gianluigi Ferrante, Maria Masocco, Valentina Minardi, Valentina Possenti, Stefano Campostrini, Pirous Fateh-Moghadam, Angelo D'Argenzio, Massimo Oddone Trinito, Stefania Vasselli, Stefania Salmaso, Elisa Quarchioni.

Si ringraziano coloro che hanno collaborato per le diverse aree tematiche.

Si ringrazia per le analisi temporali dei dati Marco Braggion (Università degli studi Ca' Foscari)

Si ringrazia per gli aspetti grafici Lorenzo Fantozzi (Istituto Superiore Sanità)

Un ringraziamento particolare agli intervistatori che hanno reso possibile la realizzazione di questo report.

PREMESSA

Il programma “Guadagnare Salute” promosso dal Ministero della Salute e approvato con DPCM 4 maggio 2007, nasce dall’esigenza di diffondere e facilitare, con un approccio non soltanto medico ma multi-settoriale, comportamenti e stili di vita che influiscono positivamente sullo stato di salute della popolazione.

Secondo i dati dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l’86% delle morti, il 75% delle spese sanitarie in Europa e in Italia, sono determinate da patologie croniche, che hanno come minimo comune denominatore una scorretta alimentazione, inattività fisica, abitudine al fumo ed abuso di alcol, principali fattori di rischio di malattie cronico-degenerative.

PASSI è un sistema di sorveglianza della popolazione adulta al quale collaborano tutte le regioni e province autonome. L’obiettivo è stimare la frequenza e l’evoluzione dei fattori di rischio per la salute, legati ai comportamenti individuali, oltre alla diffusione delle misure di prevenzione. Personale delle ASL, specificamente formato, effettua, con un questionario standardizzato, interviste telefoniche ad un campione rappresentativo della popolazione di età compresa tra 18 e 69 anni.

Mediante il sistema PASSI è possibile monitorare la maggior parte dei comportamenti affrontati dal programma “Guadagnare Salute” per verificarne l’andamento nel tempo e per indirizzare gli interventi di sanità pubblica. Dall’inizio della sorveglianza, aprile 2007, alla fine del 2011, nel Veneto, sono state intervistate circa 25.000 persone. Questo report presenta i risultati più importanti sui quattro ambiti di “Guadagnare Salute”: alcol, fumo, attività fisica e alimentazione relativi all’anno 2011 e i trend di taluni comportamenti.

In breve

Le buone abitudini

Liberi dal fumo

76%
non fuma

Il 76% degli intervistati non ha mai fumato o ha smesso di fumare da più di 6 mesi (22% ex fumatore).

Anche tra i giovani, più di 2 terzi non fuma, e tra i coetanei fumatori uno su due ha tentato di smettere nei dodici mesi precedenti l'intervista.

Il rispetto del divieto di fumo negli ambienti regolamentati dalla legge è maggiore nel Veneto rispetto al pool delle altre ASL italiane.

Consumo a basso rischio

Sebbene il 65% degli intervistati abbia dichiarato di avere bevuto almeno un'unità alcolica nell'ultimo mese, un quarto di questi ha un comportamento che può essere definito a maggior rischio per la salute, che molto frequentemente è rappresentato da un consumo eccessivo in un'unica occasione (comportamento binge).

Il 90% di coloro che bevono non si mettono alla guida di un veicolo, e tale comportamento non è più diffuso nei giovani.

75%
Consumo a
basso rischio

Attivi

32%
attivi

È attivo secondo le raccomandazioni sull'attività fisica, il 32% della popolazione. L'83% dei sedentari ha la consapevolezza di condurre una vita troppo sedentaria.

Aumenta la sensibilità degli operatori nel promuovere l'attività fisica e nel tempo è aumentata la percentuale di persone che riferiscono che un operatore sanitario ha consigliato loro di fare attività fisica regolare.

Normopeso

Le persone normopeso sono circa la metà nella popolazione tra i 18 e 69 anni. Tra le persone in eccesso ponderale, circa il 60% ha una percezione corretta del proprio peso, 2 su 10 dichiarano di seguire una dieta per perdere peso e di praticare un'attività fisica almeno moderata nel 74% dei casi.

55%
normopeso

In breve

Le cattive abitudini

Abitudine al fumo

24%
fumatori

Il 24% si dichiara fumatore e il 22% ex fumatore. Quasi tutti gli ex-fumatori hanno smesso di fumare da soli e meno dell'1% dichiara di aver avuto un aiuto da parte di un operatore sanitario.

Il 93% delle persone intervistate dichiara che, sul luogo di lavoro, viene sempre o "quasi sempre" rispettato il divieto di fumo, il 95% dichiara che lo stesso divieto è rispettato nei luoghi pubblici. L'11% dichiara che nelle proprie abitazioni è permesso fumare "ovunque" (2%) o solo in "alcune zone" (9%).

Consumo di alcol

Si stima che due terzi della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche ed il 25% abbia abitudini di consumo considerate a maggior rischio (complessivamente il 13% beve fuori pasto, il 12% è bevitore "binge" ed il 6% consuma in media al giorno più di due unità alcoliche per gli uomini e più di una per le donne). Gli operatori sanitari si informano sulle abitudini dei loro pazienti in relazione all'alcol solo in un caso su quattro e consigliano raramente di moderarne il consumo.

L'11% degli intervistati dichiara, inoltre, di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol, cioè dopo aver bevuto, nell'ora precedente, almeno due unità alcoliche.

6%
Consumo
abituale
elevato

24%
sedentari

Scarsa attività fisica

È sedentario il 24% del campione ed il 44% non aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica. In poco più di un terzo dei casi, i medici si informano e consigliano di svolgere attività fisica.

Eccesso ponderale

Il 32% degli intervistati è in sovrappeso, mentre gli obesi sono il 10%. Le persone in eccesso ponderale dichiarano di non seguire una dieta per perdere peso nel 78% dei casi.

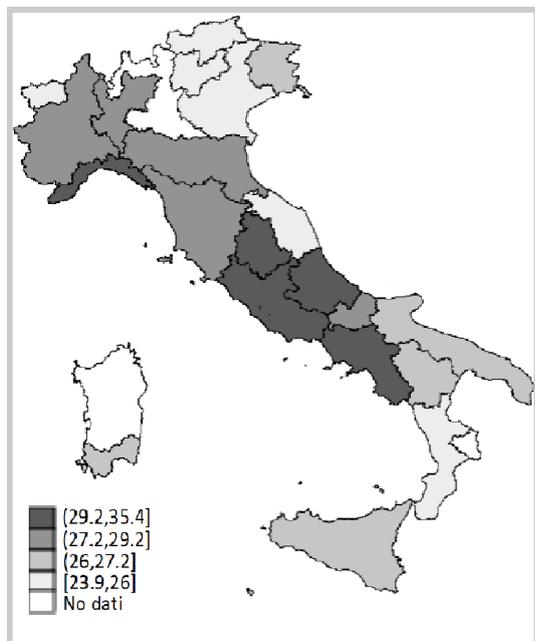
Il consumo di frutta e verdura risulta diffuso, anche se solo il 13% aderisce alle raccomandazioni internazionali consumandone cinque volte al giorno: un'abitudine scarsamente diffusa in particolare nelle persone tra i 18-34 anni.

42%
Eccesso
ponderale

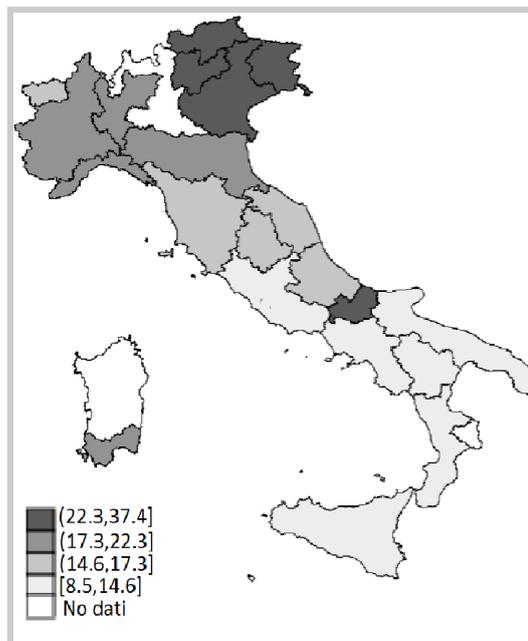
Abitudine al fumo		%	IC 95%	
<i>Regione Veneto</i>				
Fumatori ¹		24,5	23,3	25,7
Riferisce che un medico operatore sanitario gli ha chiesto se fuma ²		43,8	42,2	45,3
Riferisce che un medico operatore sanitario gli ha consigliato di smettere di fumare		49,6	46,4	52,8
Fumatori che hanno tentato di smettere nell'ultimo anno		44,9	42,1	47,7
Fumatori che hanno di smettere da soli		95,1	93,3	96,9
Divieto di fumare rispettato sempre o quasi sempre	nei locali pubblici	94,4	93,7	95,1
	sul luogo di lavoro	92,7	91,8	93,7
Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione		88,7	87,8	89,64
1 chi ha fumato più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno o ha smesso da meno di 6 mesi				
2 tra coloro che sono stati da un medico o un operatore sanitario negli ultimi 12 mesi				
Consumo di alcol		%	IC 95%	
<i>Regione Veneto</i>				
Bevuto una o più unità alcoliche nell'ultimo mese		64,9	63,6	66,2
Bevitori (prevalentemente) fuori pasto		12,6	11,8	13,5
Bevitori binge		12,1	11,1	12,9
Consumo abituale elevato ¹		6,2	5,5	6,9
Bevitori a maggior rischio ²		24,8	23,6	26,0
Chiesto dal medico operatore sanitario sul consumo		20,7	19,4	21,9
Consigliato dal medico operatore sanitario, ai bevitori a rischio, di ridurre il consumo		6,3	4,7	7,8
1 più di 2 unità alcoliche in media al giorno per gli uomini, più di 1 per le donne				
2 bevitori fuori pasto e/o bevitori binge e/o consumo abituale elevati:				
Attività fisica		%	IC 95%	
<i>Regione Veneto</i>				
Livello di attività fisica				
attivo ¹		32,0	30,7	33,4
parzialmente attivo ²		44,0	42,5	45,4
sedentario ³		23,9	22,6	25,1
Riferisce che un medico operatore sanitario gli ha chiesto se fa regolare attività fisica ⁴		37,1	35,6	38,6
Riferisce che un medico operatore sanitario gli ha consigliato di fare più attività fisica ⁴		37,4	35,8	38,9
Sedentari che percepiscono sufficiente il proprio livello di attività fisica		16,7	14,6	18,9
1 Lavoro pesante oppure adesione alle linee guida (30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni)				
2 Non fa lavoro pesante, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati				
3 Non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero				
4 Vengono escluse le persone che non sono state dal medico negli ultimi 12 mesi				
Situazione nutrizionale		%	IC 95%	
<i>Regione Veneto</i>				
Popolazione con eccesso ponderale				
Sovrappeso		31,7	30,4	32,9
Obesi		10,0	9,1	10,8
Consigliato di perdere peso da un operatore sanitario ¹				
Sovrappeso		47,7	44,9	50,4
Obesi		79,9	76,3	83,6
Consumano almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno		13,0	12,0	13,9
1 tra coloro che sono stati dal medico negli ultimi 12 mesi				

Il confronto con il POOL

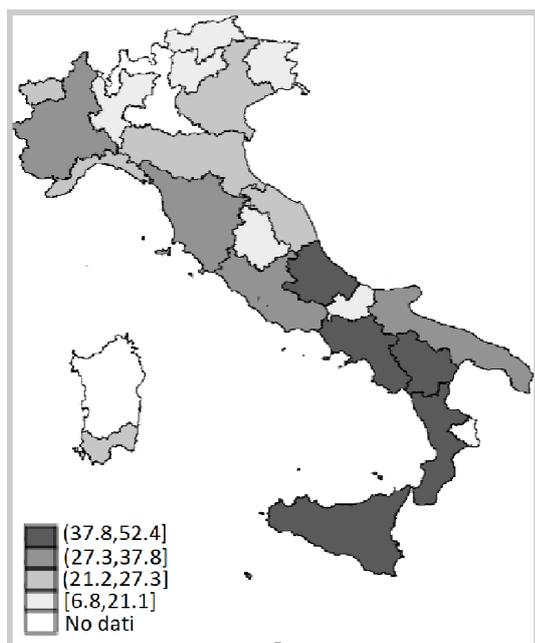
FUMATORI 2011



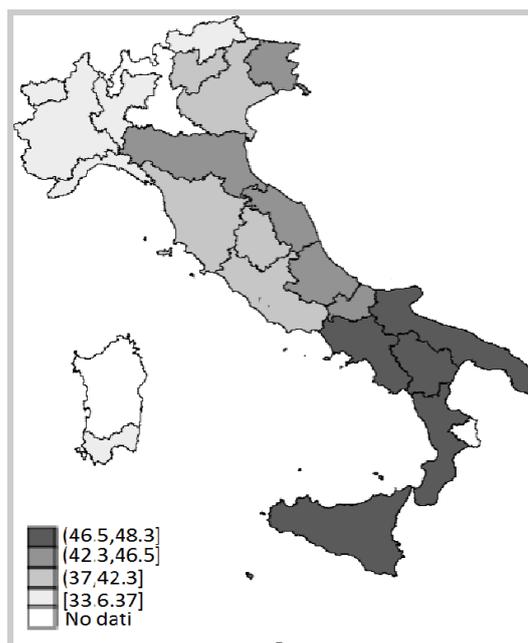
BEVITORI A MAGGIOR RISCHIO 2011



SEDENTARI 2011



ECCESO PONDERALE 2011





Abitudine al fumo

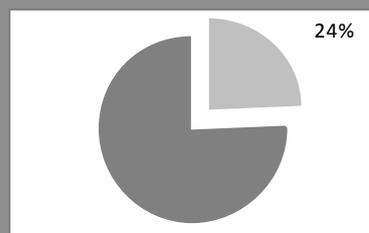
L'OMS ha definito il fumo di tabacco come "la più grande minaccia per la salute nella Regione Europea". In Italia si stima che siano attribuibili al fumo di tabacco dalle 70.000 alle 83.000 morti l'anno. Oltre il 25% di questi decessi è compreso tra i 35 ed i 65 anni di età. Il tabacco è una causa nota o probabile di almeno 25 malattie, non solo oncologiche. Negli uomini il fumo è responsabile del 91% dei decessi per cancro al polmone e nelle donne del 55% dei casi, per un totale di circa 30mila morti l'anno; in Italia nel corso degli ultimi vent'anni si è registrata una diminuzione, sia dell'incidenza che della mortalità per cancro al polmone negli uomini (mortalità: - 2,6%), mentre un trend opposto si è osservato nelle donne, con un'accelerazione dal 1990 per le più giovani (mortalità: +1%).

830.000 fumatori

26.000 forti fumatori

**L'abitudine al fumo è più diffusa:
negli uomini (34% vs 26%)**

nelle persone con molte difficoltà economiche (41% vs 27%)

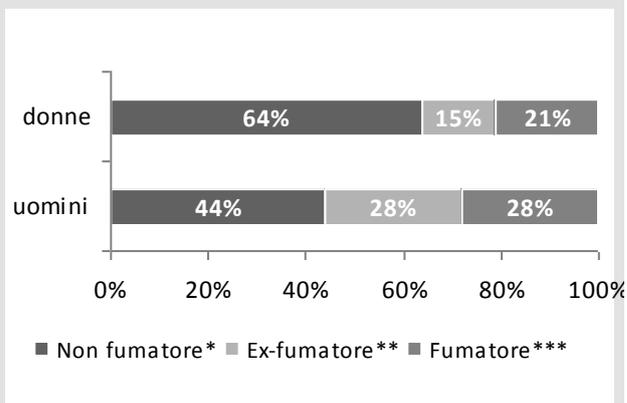


Il 54% della popolazione veneta intervistata, tra i 18 e 69 anni, non ha mai fumato; il 21,5 % dichiara di essere un ex fumatore, circa un quarto (24,5%) fuma. Tale percentuale stima una fetta importante della popolazione veneta (830.000 persone) che necessita di un'attenzione particolare in termini di prevenzione e assistenza.

Una piccola percentuale di fumatori (1,3%) si trova nella situazione di avere sospeso l'abitudine da meno di sei mesi (fumatori in astensione, considerati non ancora ex fumatori in base alla definizione OMS).

I fumatori occasionali, cioè quelli che non fumano tutti i giorni, sono il 2,5%.

Abitudine al fumo
Veneto, 2011



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

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

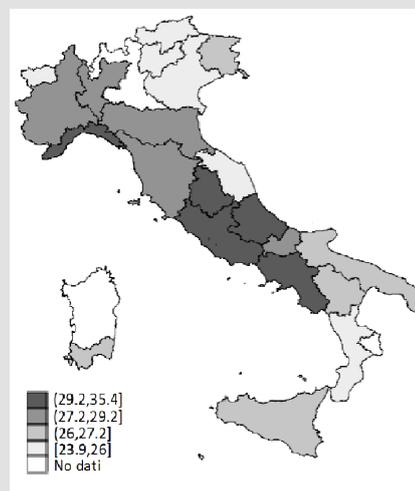
*****Fumatore**: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno, oppure soggetto che attualmente non fuma, ma ha smesso da meno di 6 mesi

Pool di ASL PASSI 2011

Considerando le Aziende ULSS che hanno partecipato alla sorveglianza nel 2011, risulta che il 28,6% (IC 28,0—29,2) è fumatore (di cui l'1% è in astensione da meno di sei mesi), il 18% è ex fumatore e il 53% non ha mai fumato.

La popolazione di fumatori del Veneto è significativamente inferiore a quella del Pool nazionale.

% di fumatori
Pool PASSI 2011



Le caratteristiche dei fumatori di sigaretta

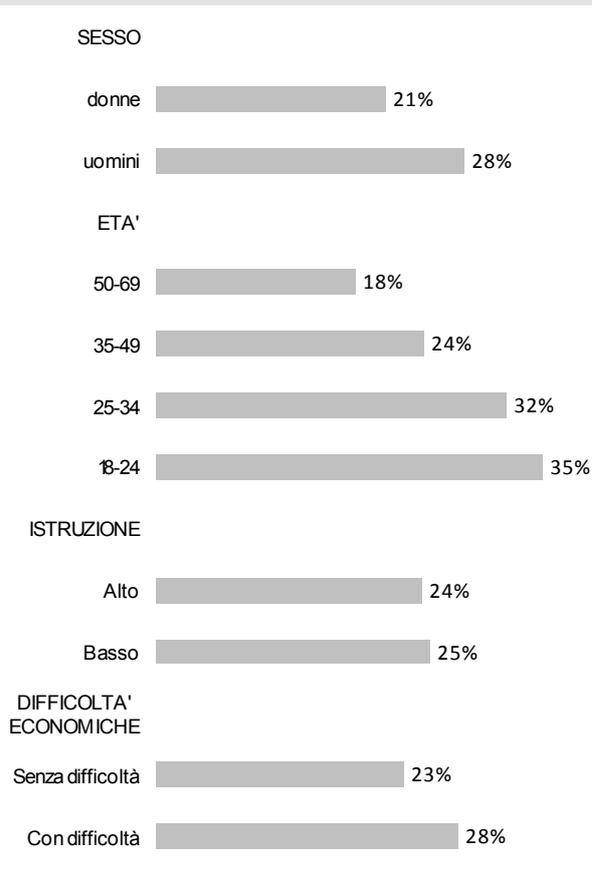
Si è osservata una prevalenza più elevata di fumatori:

- tra le persone sotto i 35 anni;
- tra gli uomini;
- tra le persone con difficoltà economiche.

Analizzando l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri attraverso la regressione logistica, queste caratteristiche si confermano associate significativamente alla condizione di fumatore.

L'abitudine al fumo per fascia di età, evidenzia che tra i 18 e i 34 anni circa un terzo dei giovani fuma: tale dato contrasta con ciò che avviene nella fasce più adulte, dove la consapevolezza dei rischi porta ad una flessione delle percentuali.

I fumatori abituali hanno dichiarato di fumare in media 11 sigarette al giorno. Tra questi ultimi, i forti fumatori, cioè coloro che fumano più di 20 sigarette, sono il 3%.

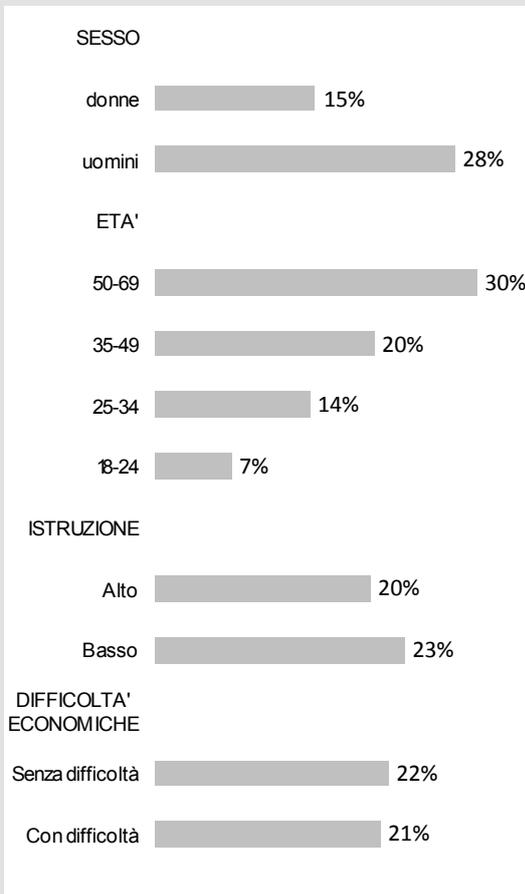


Le caratteristiche degli ex-fumatori di sigaretta

Si è osservata una prevalenza più elevata di ex fumatori:

- tra le persone sopra i 50 anni
- tra gli uomini
- tra persone con basso livello di istruzione
- tra le persone senza difficoltà economiche.

Analizzando l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri attraverso la regressione logistica, il sesso e l'età si confermano associate significativamente alla condizione di ex fumatore.

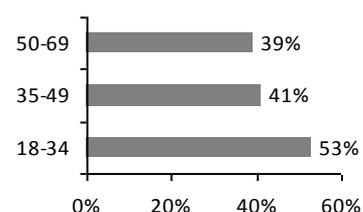


Smettere di fumare: quanti hanno tentato, esito e modalità del tentativo

360.000 fumatori hanno tentato di smettere

nei 12 mesi precedenti

7 su 100 sono riusciti a smettere, 12 stanno ancora tentando, 81 non ci sono riusciti



4 fumatori su 10 hanno tentato di smettere nei 12 mesi precedenti l'intervista.

Non c'è differenza tra uomini e donne (45%). Risultano invece più frequenti i giovani che tentano di smettere (53%) rispetto alle persone tra i 50 e 69 anni (39%).

Tra le persone che hanno tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno, indipendentemente dall'esito del tentativo, il 95% l'ha fatto da solo, l'1% ha fatto uso di farmaci, l'1% ha partecipato a incontri o corsi organizzati dalle ASL e lo 0,4% ha partecipato a corsi o incontri organizzati da altri enti.

Pool di ASL PASSI 2011

Tra chi fumava nei 12 mesi precedenti l'intervista, il 38% ha tentato di smettere di fumare e tra questi l'82% ha fallito, il 10% stava ancora tentando al momento dell'intervista e l'8% è riuscito nel tentativo. Nel Pool di ASL PASSI 2011, il 94% degli intervistati che hanno tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno l'ha fatto da solo, il 2% ha fatto uso di farmaci e meno dello 0,6% ha partecipato a incontri o corsi organizzati dalle ASL.

Esposizione a fumo passivo

Sempre rispettata la legge

nei luoghi pubblici: 80%

nei luoghi di lavoro: 82%

Mai Rispettata la legge

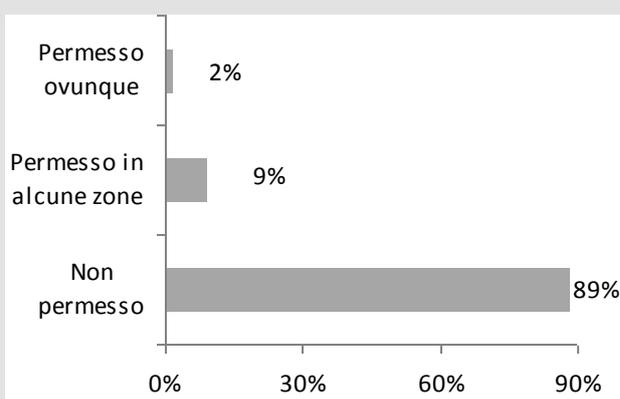
nei luoghi pubblici: 2%

nei luoghi di lavoro: 3%

L'89% degli intervistati ha dichiarato che non si fuma in casa; il 9% che si fuma soltanto in alcuni luoghi; il 2% che si fuma ovunque. In caso di convivenza con minori di 15 anni, il 93% degli intervistati riferisce il divieto assoluto di fumo in casa.

Nel Pool di Asl il 23% degli intervistati ha riferito che nella propria abitazione è permesso fumare (5% ovunque e il 18% solo in alcune zone)

Regole sul permesso di fumare a casa
Regione Veneto—PASSI 2011



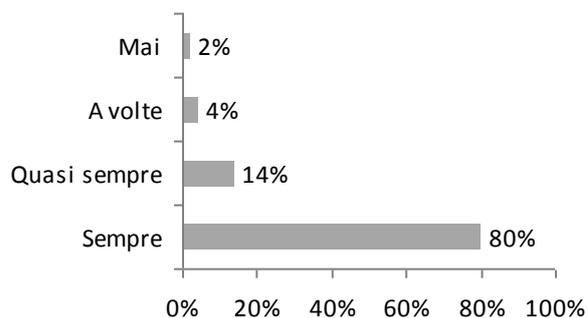
Il 94% delle persone intervistate ha dichiarato che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre (80%) o quasi sempre (14%).

Il 6% ha invece dichiarato che il divieto non è mai rispettato (2%) o lo è raramente (4%).

Nel Pool di Asl, l'88% degli intervistati dichiara che il rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici è sempre o quasi sempre rispettato.

Rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici

Regione Veneto—PASSI 2011



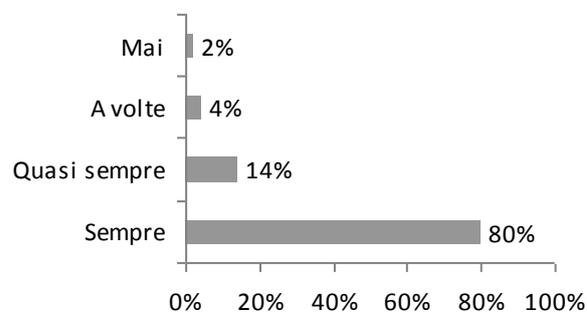
Tra i lavoratori intervistati, il 93% ha dichiarato che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre (82%) o quasi sempre (11%).

Il 7% dichiara che il divieto non è mai rispettato (3%) o lo è raramente (4%).

Nel Pool di Asl il 90% dei lavoratori intervistati hanno dichiarato che il divieto di fumare nei luoghi di lavoro è quasi o quasi sempre rispettato.

Rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro

Regione Veneto—PASSI 2011





Consumo di alcol

Il consumo di alcol è misurato in unità alcoliche. L'unità alcolica corrisponde a una lattina di birra, un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore. Il consumo di alcol, i danni alcol-correlati e la dipendenza da alcol fanno parte di un continuum e il rischio cresce con l'aumento delle quantità bevute. Non è quindi possibile stabilire limiti al di sotto dei quali i rischi si annullano o un effetto soglia. Tuttavia, per definire il consumo moderato, le istituzioni sanitarie internazionali e nazionali hanno individuato e aggiornano continuamente i livelli di consumo sotto i quali i rischi per la salute non sono rilevabili. La soglia del consumo moderato, adottata in PASSI è pari a due unità alcoliche al giorno per gli uomini e un'unità per le donne bevute in media al giorno: al di sopra di tale limite, il consumo di alcol è considerato rischioso.

In base ai limiti del bere moderato, alla media di unità di bevanda alcolica consumate al giorno, ai pattern di consumo e alla frequenza del consumo, coloro che bevono bevande alcoliche sono classificati in gruppi a rischio di conseguenze sfavorevoli per l'alcol: persone che fanno consumo abituale elevato, consumatori che bevono solo o prevalentemente fuori pasto e coloro che indulgono in grandi bevute (binge drinking).

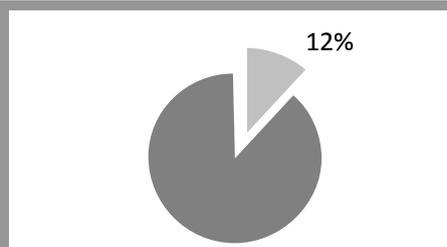
400.000 bevitori binge

69.000 giovani (18-24 anni)

L'abitudine è più diffusa:

negli uomini (18% vs 6%)

nelle persone con livello di istruzione più alto (15% vs 7%)



Il 65% degli intervistati dichiara di aver bevuto almeno un'unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese.

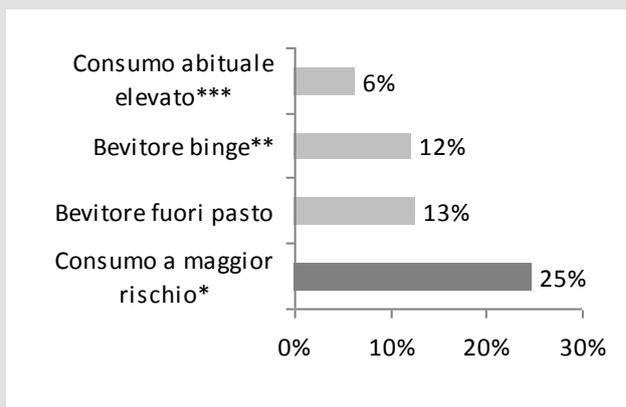
Complessivamente il 25% degli intervistati viene definito consumatore a maggior rischio (fuori pasto e/o consumo abituale elevato e/o "binge")

Rispetto al consumo a rischio:

- il 12% degli intervistati è classificabile binge, ovvero negli ultimi 30 giorni, ha consumato almeno una volta in una singola occasione 5 o più unità alcoliche (uomini) e 4 o più unità alcoliche (donne)
- il 6% ha bevuto in media al giorno più di due unità alcoliche (uomini) e 1 o più unità alcoliche (donne) - consumo abituale elevato.
- il 13% consuma alcol prevalentemente o solo fuori pasto
- Il 47% degli intervistati consuma alcol prevalentemente nel fine settimana.

Bevitori a maggior rischio per categorie

Regione Veneto—PASSI 2011



* consumo abituale elevato e/o bevitore fuori pasto e/o bevitore binge

** chi, negli ultimi 30 giorni, ha consumato almeno una volta in una singola occasione 5 o più unità alcoliche (uomini) e 4 o più unità alcoliche (donne)

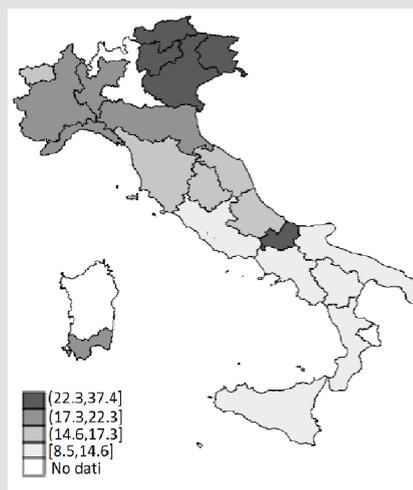
***più di 2 unità alcoliche in media al giorno per gli uomini e più di 1 per le donne.

Pool di ASL PASSI 2011

Nel Pool di ASL PASSI 2011, la percentuale di bevitori a rischio è risultata del 17% (4% consumo superiore alle dosi soglia, 9% consumo binge, 8% consumo fuori pasto) con un evidente gradiente territoriale.

Bevitori a maggior rischio

POOL PASSI 2011

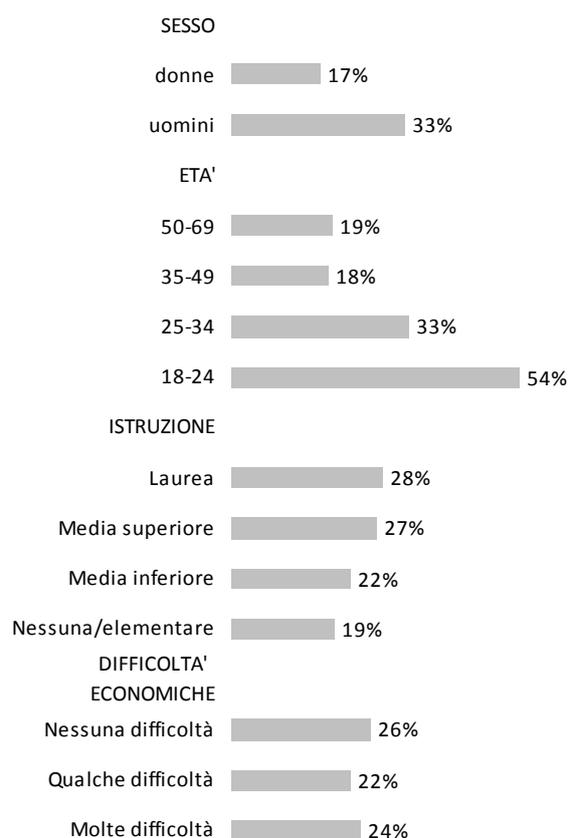


Le caratteristiche dei bevitori a maggior rischio

Il consumo di alcol a maggior rischio è significativamente più frequente:

- nelle classi di età più giovani 18-34 anni: nei 18-24enni più della metà dei giovani ha modalità di assunzione di alcol a rischio (54%);
- nelle persone con un livello di istruzione medio-alto
- nelle persone di sesso maschile (33% vs 17%)

Analizzando insieme tutte queste caratteristiche con un modello logistico, si confermano come significative delle associazioni tra consumo alcolico a rischio età e sesso.



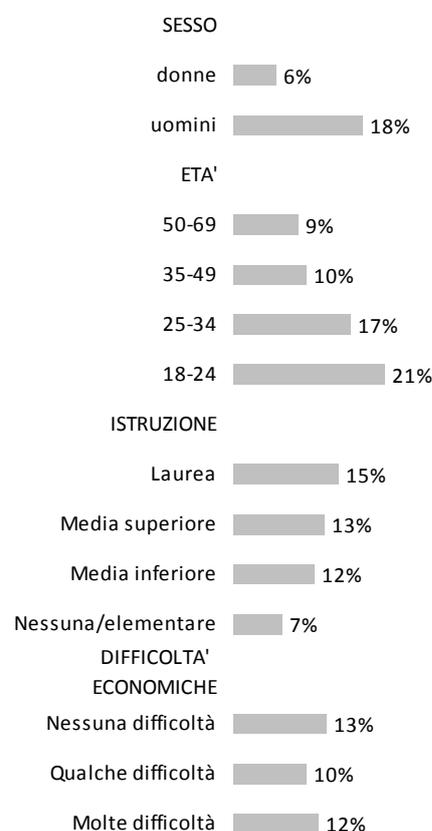
Le caratteristiche dei bevitori binge

Nel 2011, questa modalità di consumo di alcol, ritenuta ad alto rischio, ha riguardato il 12% degli intervistati e risulta significativamente più diffusa:

- tra i più giovani nella fascia di 18-24 anni (21%)
- negli uomini (18% vs 6% nelle donne)
- nelle persone con un alto livello di istruzione.

Non si rilevano differenze riguardo le condizioni economiche.

Analizzando tutte le variabili della tabella in un modello logistico multivariato, il consumo binge risulta più elevato in modo statisticamente significativo i tra i 18-24enni, negli uomini e nel livello di istruzione più alto rispetto il più basso.

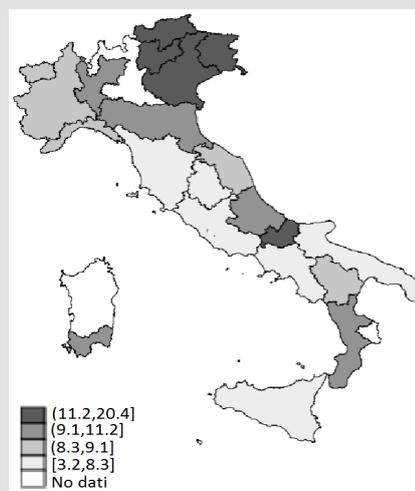


Pool di ASL PASSI 2011

Nel Pool di ASL PASSI 2011, la percentuale di bevitori binge è risultata del 9%.

Tale comportamento rispecchia la distribuzione territoriale del consumo rischioso di alcol, con una concentrazione più elevata nelle regioni del Nord Est.

% dei bevitori binge
POOL PASSI 2011



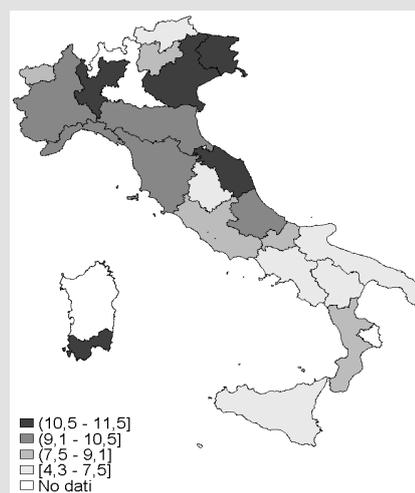
Alcol e guida

Secondo i dati 2011 del sistema di sorveglianza PASSI relativi alla Regione Veneto, tra i bevitori di 18-69 anni che hanno guidato l'auto/moto negli ultimi 30 giorni, il 10,5% dichiara di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol, cioè dopo avere bevuto nell'ora precedente almeno due unità alcoliche.

La guida sotto l'effetto dell'alcol è un comportamento riferito più spesso dagli uomini (15,1) che dalle donne (2,9), senza significative differenze per età, livello di istruzione o reddito.

Nel 2011 nel Pool di ASL 9% di intervistati dichiara di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol.

Guidatori sotto l'effetto del alcol



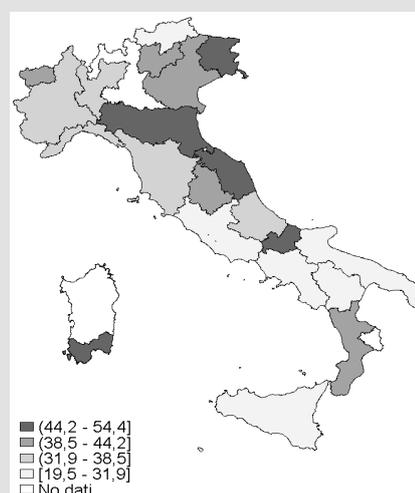
Controlli delle Forze dell'ordine e ricorso all'etilotest

Il 39,8% degli intervistati riferisce di aver avuto negli ultimi 12 mesi almeno un controllo da parte delle Forze dell'Ordine ed in media il numero dei controlli è stato pari a 2.

Nel 2011 nel Pool di ASL la percentuale di persone fermate dalle Forze dell'Ordine è del 34%.

Tra chi è stato fermato, il 13,5% riferisce che il guidatore è stato sottoposto anche all'etilotest. Questa percentuale è più alta nelle fasce di età più giovani: si passa dal 32,2% dei 18-24enni all'8,3% dei 50-69enni.

Controllo forze dell'ordine
POOL PASSI 2011





Attività fisica

Esiste ormai un ampio consenso circa il livello dell'attività fisica da raccomandare nella popolazione adulta: almeno 30 minuti di attività moderata al giorno per 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni la settimana. Promuovere l'attività fisica rappresenta pertanto un'azione di sanità pubblica prioritaria, ormai inserita nei piani e nella programmazione sanitaria in tutto il mondo. Negli Stati Uniti il programma Healthy People 2010 inserisce l'attività fisica tra i principali obiettivi di salute per il Paese.

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

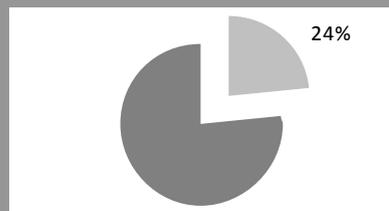
800.000 Sedentari

1/4 della popolazione tra i 50-69 anni

L'abitudine è più diffusa:

nelle persone con livello di istruzione più basso (31% vs 17%)

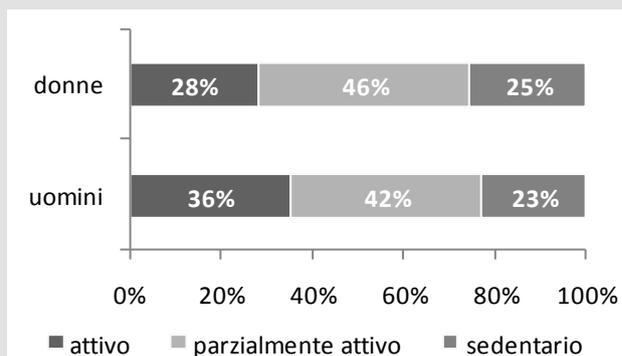
nelle persone con difficoltà economiche (32% vs 21%)



In Veneto, nel 2011 il 32% delle persone intervistate ha uno stile di vita attivo: svolge infatti un lavoro pesante o pratica l'attività fisica settimanale, moderata o intensa, raccomandata.

Il 44% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) e il 24% è completamente sedentario

Livello di attività fisica
Regione Veneto – PASSI 2011

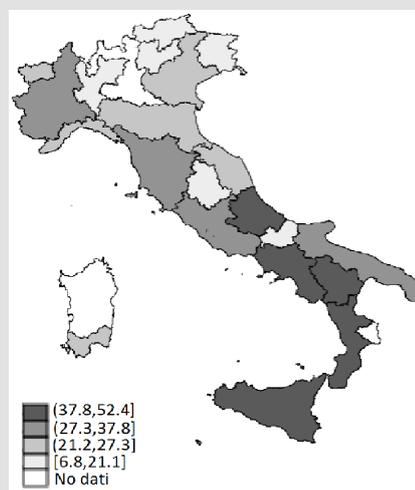


Pool di ASL PASSI 2011

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, è risultato sedentario il 30,5% del campione, percentuale più elevata di quella riscontrata nel Veneto.

Si nota un forte gradiente Nord-Sud.

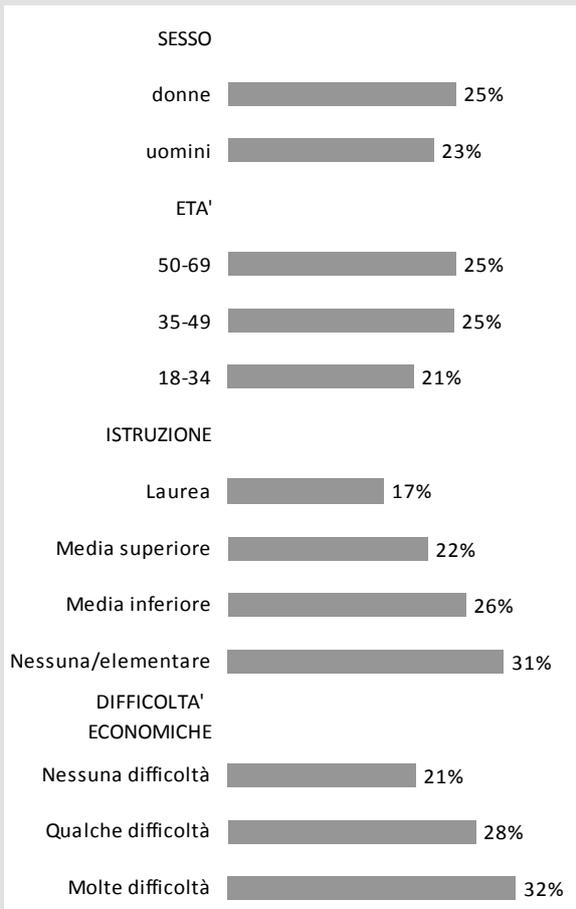
Sedentari
POOL PASSI 2011



Le caratteristiche dei sedentari

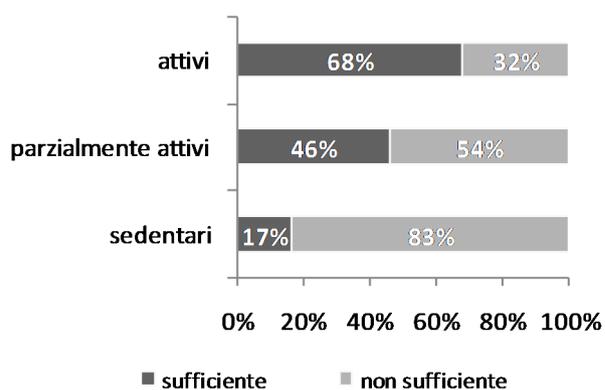
La sedentarietà cresce all'aumentare dell'età ed è più diffusa nelle persone con basso livello d'istruzione e con maggiori difficoltà economiche. . In particolare tra i laureati, la percentuale di sedentari è circa la metà rispetto al livello di istruzione più basso.

Il forte gradiente legato al livello culturale economico rimane significativo anche analizzando con una opportuna tecnica statistica (*regressione logistica*) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri: si conferma infatti un rischio circa doppio di sedentarietà per le persone con basso livello di istruzione e con difficoltà economiche.



La percezione che la persona ha del proprio livello di attività fisica praticata è importante in quanto condiziona eventuali cambiamenti verso uno stile di vita più attivo. Tra le persone attive, il 32% ha giudicato la propria attività fisica non sufficiente. Il 46% delle persone parzialmente attive ed il 17% dei sedentari ha percepito il proprio livello di attività fisica come sufficiente.

Autopercezione e livello di attività fisica praticata
Regione Veneto – PASSI 2011



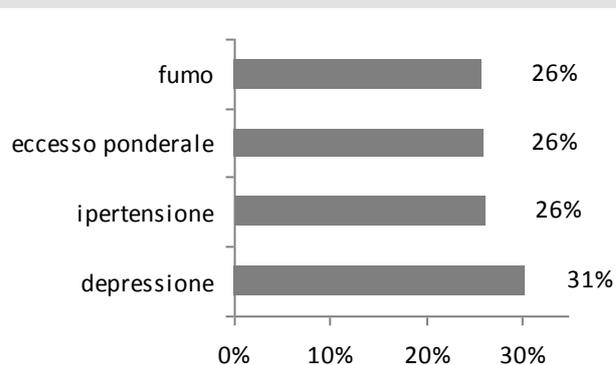
I dati regionali di chi ritiene insufficiente l'attività fisica praticata sono in linea con quelli rilevati nel Pool ASL PASSI 2011. L'82% dei sedentari ritiene non sufficiente l'attività fisica praticata.

Stile di vita sedentario e presenza di altre condizioni di rischio

Lo stile di vita sedentario si associa spesso ad altre condizioni di rischio; in particolare è risultato essere sedentario:

- il 31% delle persone con sintomi di depressione
- il 26% degli ipertesi;
- il 26% delle persone in eccesso ponderale;
- il 26% dei fumatori.

Sedentari e altri fattori di rischio
Regione Veneto – PASSI 2011





Alimentazione

Lo stato nutrizionale è un determinante importante delle condizioni di salute di una popolazione; l'eccesso di peso rappresenta un fattore di rischio rilevante per le principali patologie croniche (cardiopatie ischemiche, alcuni tipi di neoplasia, ictus, ipertensione, diabete mellito) ed è correlato con una riduzione di aspettativa e qualità di vita nei paesi industrializzati.

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

Ad alcuni alimenti è riconosciuto un ruolo protettivo: è ormai evidente per esempio la protezione rispetto alle neoplasie associata all'elevato consumo di frutta e verdura. Per questo motivo ne viene consigliato il consumo tutti i giorni: l'adesione alle raccomandazioni internazionali prevede il consumo di almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno (five-a-day).

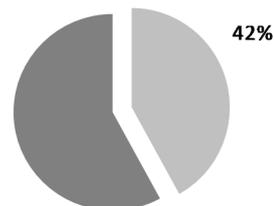
1.000.000 Persone in eccesso ponderale

340.000 obesi

L'eccesso ponderale è più diffuso:

nella fascia d'età 50-69 anni

nelle persone con basso livello di istruzione (61% vs 29%)

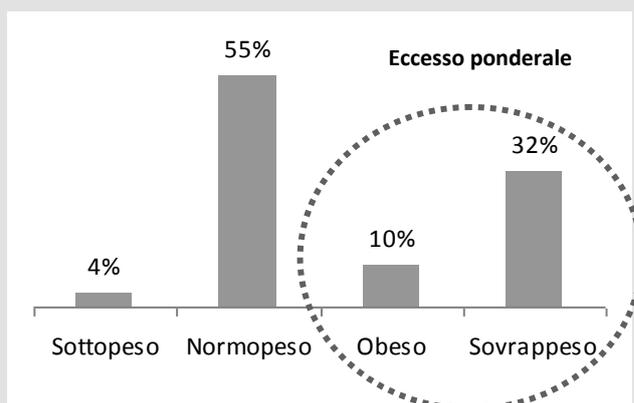


In Veneto il 4% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 55% normopeso, il 32% sovrappeso e il 10% obeso.

Complessivamente si stima che il 42% della popolazione presenti un eccesso ponderale.

Situazione nutrizionale della popolazione

Regione Veneto - PASSI 2011

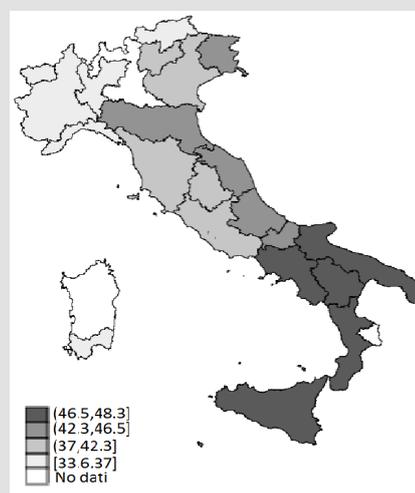


Pool di ASL PASSI 2011

Tra le ASL partecipanti al PASSI a livello nazionale, il 43% degli intervistati ha presentato un eccesso ponderale (32% in sovrappeso e 11% obesi); relativamente all'eccesso ponderale è presente un evidente gradiente territoriale.

Persone in eccesso ponderale

POOL PASSI 2011



Le caratteristiche delle persone in eccesso ponderale

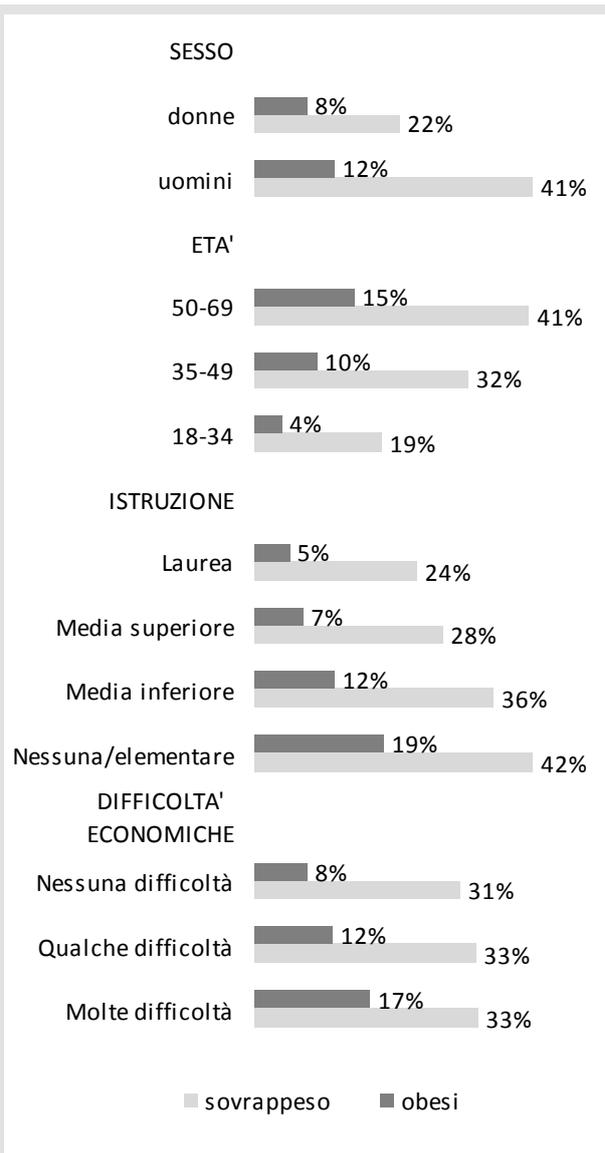
L'eccesso ponderale è significativamente più frequente:

- col crescere dell'età;
- negli uomini;
- nelle persone con basso livello di istruzione;
- nelle persone con difficoltà economiche

Tra gli uomini abbiamo il doppio di persone in sovrappeso rispetto alle donne; le percentuali raddoppiano anche passando dalle età più basse agli ultracinquantenni.

La presenza di difficoltà economiche non è così associata con l'eccesso ponderale, quanto il livello di istruzione: infatti tra i laureati gli obesi sono un quarto rispetto alla fascia elementare e le persone in sovrappeso sono la metà.

L'analisi multivariata per controllare i fattori di confondimento conferma la significatività della variabili associate all'eccesso ponderale.



La percezione del proprio peso e le abitudini alimentari

La percezione che la persona ha del proprio peso è un aspetto importante da considerare in quanto condiziona un eventuale cambiamento nel proprio stile di vita. La percezione del proprio peso non sempre coincide con IMC calcolato sulla base di peso ed altezza riferiti dagli stessi intervistati: in Veneto si osserva un elevato accordo tra percezione del proprio peso e IMC negli obesi (89%) e nei normopeso (84%); tra le persone in sovrappeso invece il 42% ritiene il proprio peso più o meno giusto.

Emerge una diversa percezione del proprio peso per sesso: tra le donne in sovrappeso il 25% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto al 50% degli uomini.



Consumo di frutta e verdura

In Veneto, il 44% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno: il 40% ha riferito di mangiare 3-4 porzioni al giorno e solo il 13% le 5 porzioni raccomandate.

L'abitudine a consumare 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno è più diffusa:

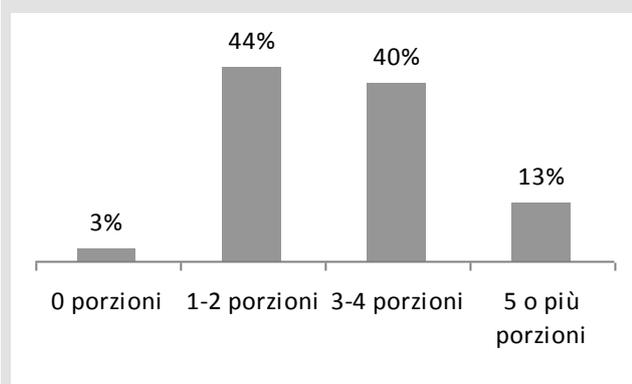
- nelle persone sopra dai 50 ai 69 anni;
- nelle donne;
- nelle persone con basso livello d'istruzione;

Non emergono differenze legate alla condizione economica e alla situazione ponderale.

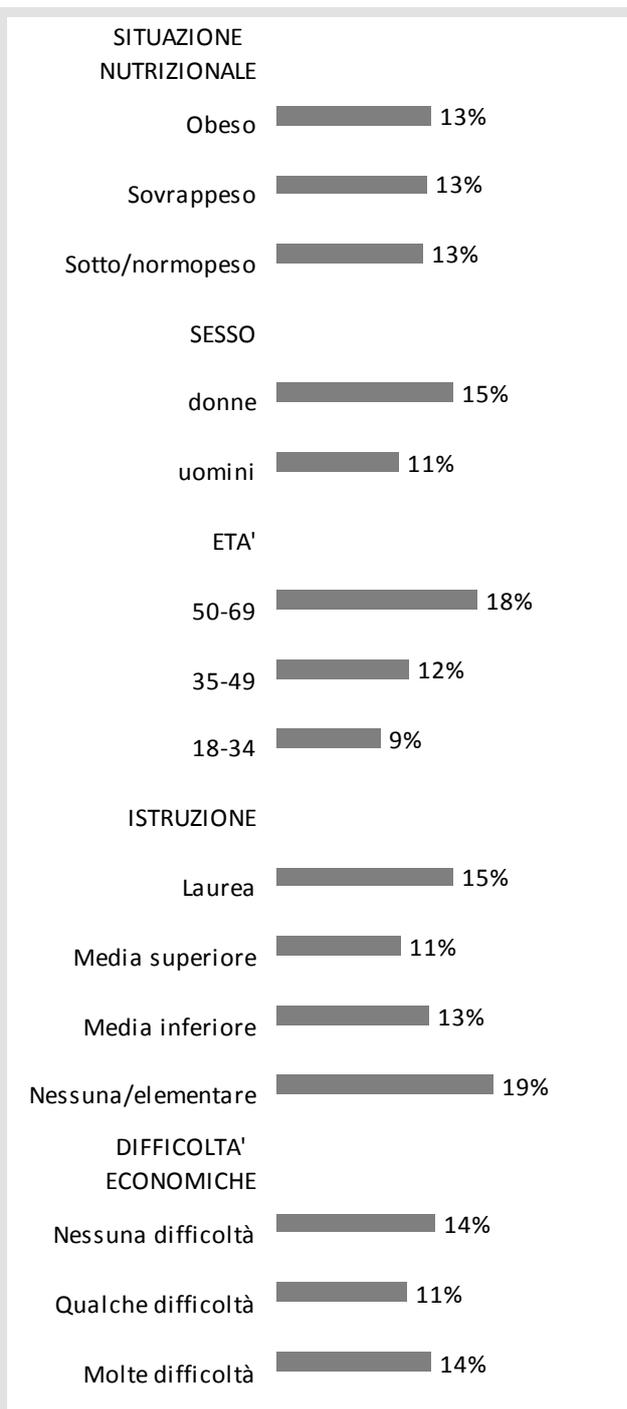
Analizzando con una opportuna tecnica statistica (regressione logistica) ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, l'adesione al "five a day" rimane significativamente associata con età maggiore (50-69) e sesso femminile

Numero di porzioni di frutta e verdura consumate al giorno

Regione Veneto—PASSI 2011



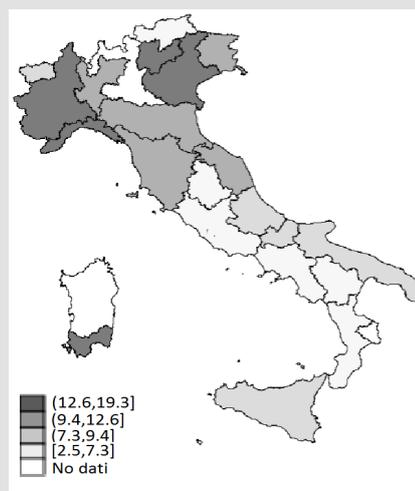
Caratteristiche



Pool di ASL PASSI 2011

Nel 2011 tra le ASL partecipanti al sistema a livello nazionale, aderisce al "five a day" il 10% del campione.

% di persone che aderiscono al five a day
POOL PASSI 2011

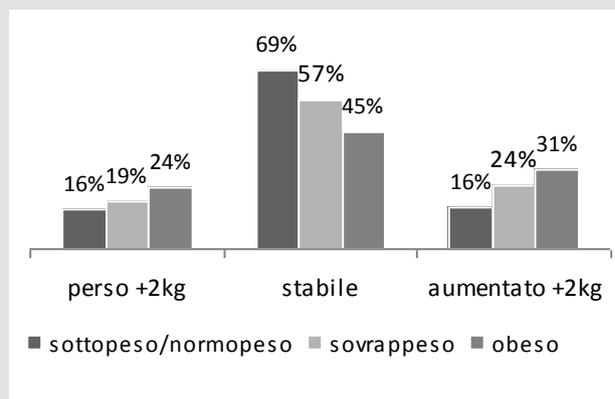


In Veneto il 20% degli intervistati ha riferito di essere aumentato di almeno 2 kg di peso nell'ultimo anno. La proporzione di persone aumentate di peso nell'ultimo anno è più elevata:

- nella fascia 18-34 anni
- nelle persone già in eccesso ponderale

È emersa una differenza statisticamente significativa tra donne (22%) e uomini (18%).

Cambiamenti ponderali negli ultimi 12 mesi
Regione Veneto—PASSI 2011





Il consiglio dell'operatore sanitario

I programmi di prevenzione sono oggi sempre più articolati e vedono il coinvolgimento di un numero sempre più ampio ed eterogeneo di soggetti. In un approccio intersettoriale, uno dei compiti sicuramente specifico del personale sanitario è quello di veicolare alla popolazione a cui si rivolge il corretto messaggio di salute: in particolare il consiglio del medico, anche se breve, si è dimostrato efficace nel contribuire a modificare stili di vita, ancor più se inserito in un approccio integrato di intervento sulla comunità.

Il questionario PASSI indaga l'entità della diffusione del messaggio del personale sanitario nei diversi ambiti della prevenzione, in particolare la modifica degli stili di vita nelle quattro aree di Guadagnare Salute (fumo, attività motoria, alimentazione e consumo di alcol). Bisogna sottolineare che riferire da parte di una persona di aver ricevuto un consiglio, non è che uno stimatore della frequenza con cui il consiglio è stato effettivamente dato. Un "consiglio" troppo breve o asettico offerto dall'operatore alla persona può tradursi nel fatto che la persona non ricordi di averlo ricevuto; la frequenza della ricezione del consiglio rappresenta pertanto una scrematura dei "consigli poco validi".

	2007 % (IC 95%)	2008 % (IC 95%)	2009 % (IC 95%)	2010 % (IC 95%)	2011 % (IC 95%)
Persone a cui è stato chiesto se fumano	41,8 (39,7-43,9)	44,7 (42,8-46,7)	42,4 (40,9-43,9)	42,9 (41,3-44,3)	43,8 (42,2-45,3)
Fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere	55,1 (50,5-59,8)	62 (57,8-66,2)	62,2 (59,0-65,3)	53,5 (50,2-56,9)	49,6 (46,4-52,8)
Persone in eccesso ponderale a cui è stato consigliato di perdere peso	52,7 (49,3-56,3)	49,7 (46,4-53,0)	53,4 (51,0-55,9)	53,9 (51,4-56,3)	55,7 (53,3-58,1)
Persone che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica regolare	29,8 (26,7-30,9)	34,4 (32,5-36,2)	33,8 (32,3-35,4)	36,2 (34,6-37,7)	37,4 (35,8-38,9)
Persone in sovrappeso/obese che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica	36,0 (32,5-39,7)	43,3 (40,3-46,4)	43,9 (41,4-46,3)	45,3 (42,8-47,8)	47,1 (44,6-49,5)
Persone interpellate sui propri consumi di alcol	21,4 (19,5-23,2)	21,3 (19,6-22,9)	18,3 (17,2-19,5)	20,6 (19,3-21,8)	20,7 (19,4-21,9)

Fumo: dal 2007 al 2011, l'interesse per il fumo di tabacco del personale sanitario sembra abbastanza costante; nell'ultimo anno è invece diminuita la percentuale di operatori che hanno consigliato ai pazienti di smettere di fumare.

Attività motoria e alimentazione: in Veneto, sembra aumentata l'attenzione degli operatori sanitari verso la pratica di attività fisica, anche nei confronti delle persone in eccesso ponderale; la percentuale di coloro ai cui è stato consigliato di fare movimento in modo regolare passa dal 30% del 2007 al 37% del 2011.

Alcol: l'attenzione degli operatori sanitari verso il consumo dell'alcol non si muove nel tempo, attestandosi sempre attorno al 20%.

Nella pagine successive è analizzato il consiglio per i singoli argomenti.

FUMO

Circa il 44% degli intervistati ha dichiarato che un operatore sanitario si è informato sul comportamento in relazione all'abitudine al fumo.

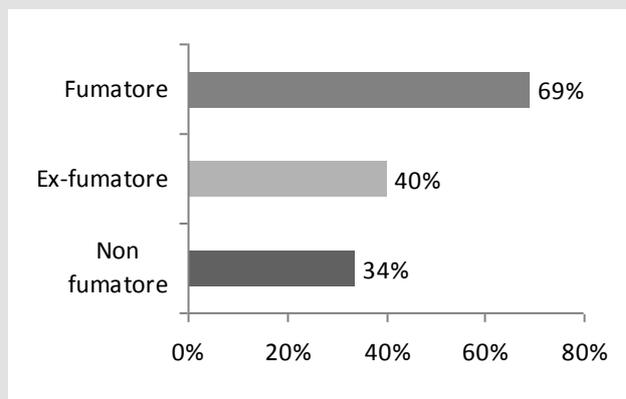
In particolare, è stato chiesto a:

- il 69% dei fumatori
- il 40% degli ex fumatori
- il 34% dei non fumatori.

Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale è pari al 41%.

% di persone interpellate da un operatore sanitario sulle proprie abitudini sul fumo

Regione Veneto—PASSI 2011



Tra i fumatori, che sono stati dal medico negli ultimi 12 mesi, il 50% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.

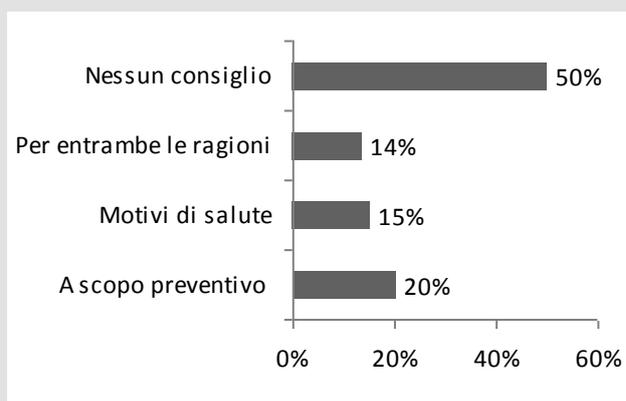
L'operatore sanitario è più propenso a consigliare di smettere alle persone tra i 50 e 69 anni piuttosto che ai giovani: infatti si passa dal 42% nella fascia di età 18-34, al 60% negli ultracinquantenni.

Il consiglio è stato dato prevalentemente a scopo preventivo.

Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che dichiarano di avere ricevuto il consiglio di smettere di fumare è risultata pari al 54%.

Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e motivazione

Regione Veneto—PASSI 2011



ALCOL

In Veneto il 21% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol.

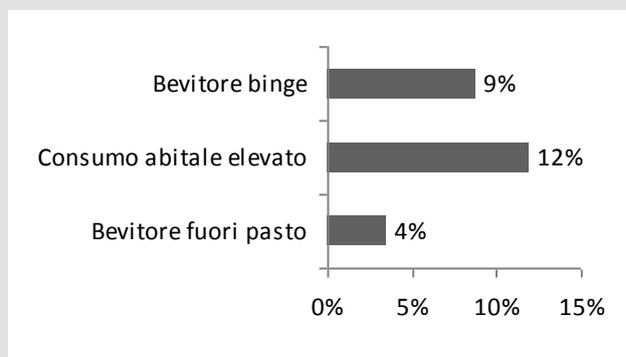
In Veneto solo il 6% dei consumatori a maggior rischio dichiara di aver ricevuto da un medico o da un altro operatore sanitario il consiglio di bere meno.

La percentuale sale al 12% per coloro che consumano anche occasionalmente quantità di alcol superiori alle dosi raccomandate (consumo abituale elevato), al 9% per i bevitori binge, mentre in coloro che consumano alcolici fuori pasto è del 4%.

Nel Pool di ASL PASSI 2011, il 16% del campione ha riferito che un operatore sanitario si è informato sul consumo dell'alcol; il 6% dei consumatori a rischio ha riferito di aver ricevuto il consiglio di ridurre il consumo da parte di un operatore sanitario.

Categorie di bevitori a maggior rischio* che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario

Regione Veneto - PASSI 2011

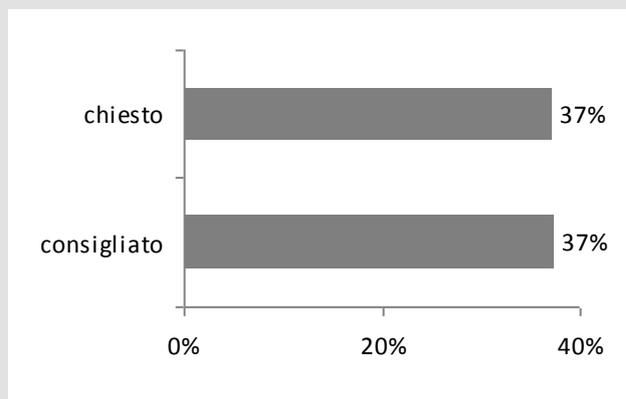


ATTIVITÀ MOTORIA

In Veneto solo il 37% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica; il 37% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di farla regolarmente.

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di svolgere attività fisica da parte del medico è risultata del 33%, con un evidente gradiente territoriale.

Promozione dell'attività fisica da parte degli operatori sanitari
Regione Veneto – PASSI 2011



ALIMENTAZIONE

In Veneto il 56% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare hanno riferito questo consiglio il 48% delle persone in sovrappeso e 80% delle persone obese

Il 22% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso (21% nei sovrappeso e 27% negli obesi).

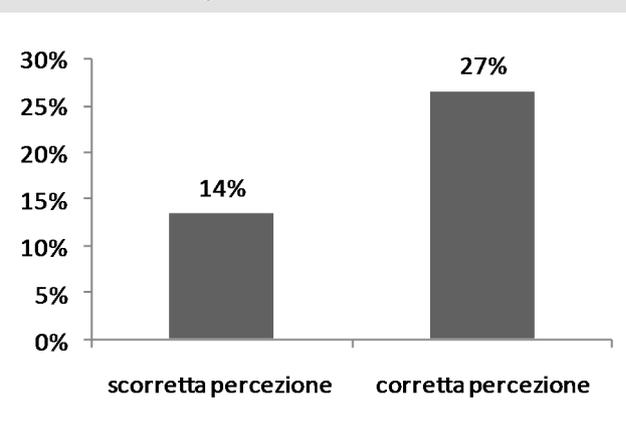
La proporzione di persone con eccesso ponderale che seguono una dieta è significativamente più alta:

- nelle donne;
- negli obesi;
- nelle persone sovrappeso (esclusi gli obesi) che ritengono il proprio peso "troppo alto" (27%) rispetto a quelle che ritengono il proprio peso "giusto" (14%);
- in coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (33% vs 12%).

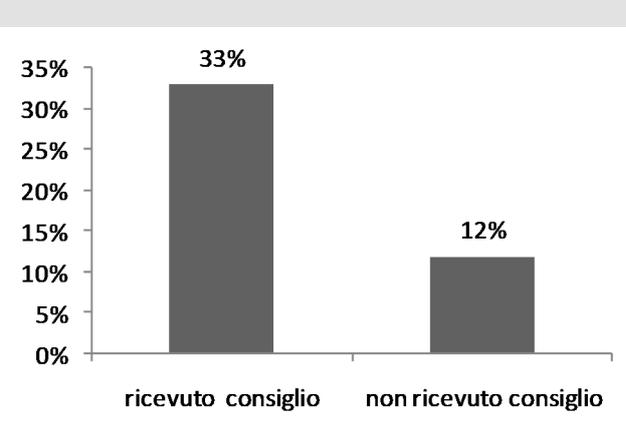
In Veneto il 26% delle persone in eccesso ponderale è sedentario (24% nei sovrappeso e 32% negli obesi). Il 47% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 44% delle persone in sovrappeso e il 55% di quelle obese.

Tra le persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio, il 76% pratica un'attività fisica almeno moderata, rispetto al 73% di chi non l'ha ricevuto.

Attuazione della dieta in rapporto a percezione del proprio peso tra le persone in sovrappeso
Regione Veneto - PASSI 2011



Attuazione della dieta in rapporto ai consigli degli operatori sanitari tra le persone in eccesso ponderale
Regione Veneto - PASSI 2011





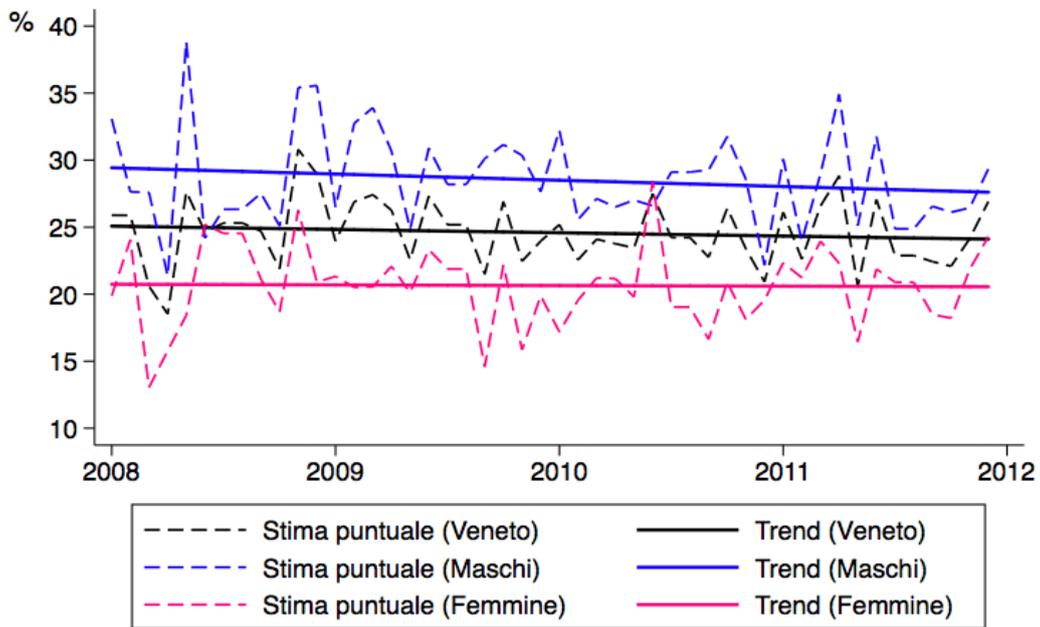
L'evoluzione dei comportamenti nel tempo

Fumo

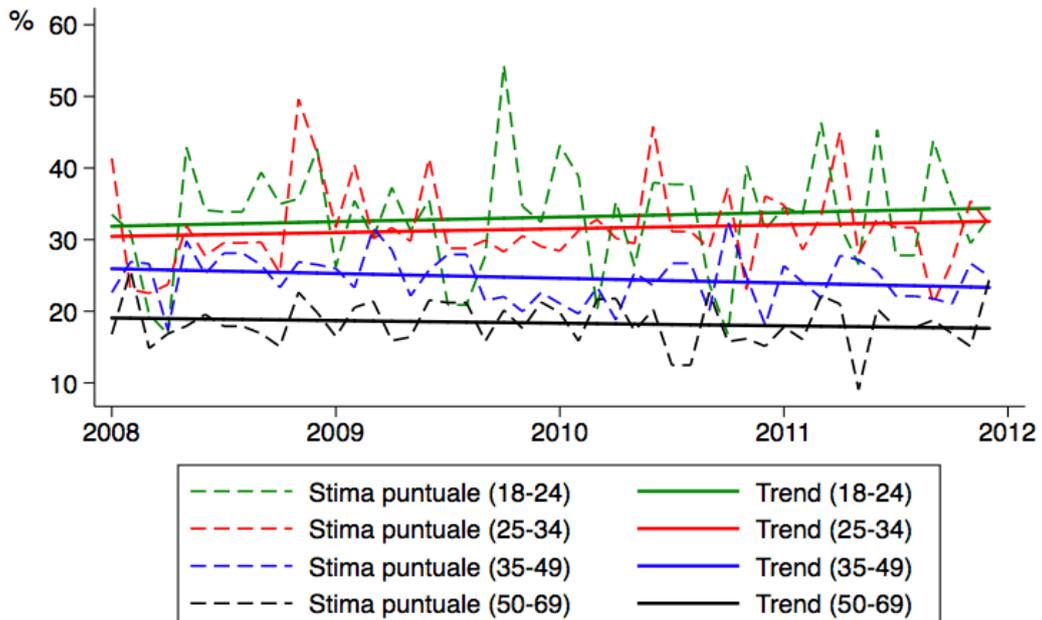
Fumatori <i>Regione Veneto</i>		2007 % (IC 95%)	2008 % (IC 95%)	2009 % (IC 95%)	2010 % (IC 95%)	2011 % (IC 95%)
TOTALE		25,7 (24,2-27,2)	25,9 (24,4-27,5)	24,9 (23,6-26,1)	24,0 (22,7-25,3)	24,5 (23,3-25,7)
nei due sessi	Uomini	28,9	30,2	29,6	27,8	28,0
	Donne	22,4	21,6	20,1	20,2	21,0
nelle classi di età	18-24 anni	38,9	36,2	33,6	32,3	35,3
	25-34 anni	30,6	33,7	31,6	32,4	32,0
	35-49 anni	26,5	25,7	24,6	23,3	24,4
	50-69 anni	18,4	19,0	19,0	18,0	18,1
nei diversi livelli di istruzione	Nessuna/ elementare	17,5	15,6	18,4	17,2	15,0
	Media inferiore	31,0	29,5	29,0	26,4	27,8
	Media superiore	34,8	27,9	26,3	25,7	25,8
	Laurea	24,7	20,3	15,4	17,9	18,6
nelle diverse situazioni economiche	Molte difficoltà	32,1	35,5	36,8	40,7	33,9
	Qualche difficoltà	29,1	28,7	27,4	25,7	25,9
	Nessuna difficoltà	22,7	22,8	21,7	21,2	22,5

Considerando solo le aziende ULSS che hanno partecipato alla sorveglianza per l'intero periodo 2008-2011 la prevalenza di fumatori è rimasta stabile intorno al 25%. Studiando il fenomeno per mese l'andamento risulta in lieve diminuzione negli uomini e in leggero aumento nelle fasce d'età 18-34 anni e 25-34, ma non in maniera statisticamente significativa.

Trend dei fumatori per genere
Prevalenze mensili in Veneto - Asl Passi - 2008-2011



Trend dei fumatori per classi d'età
Prevalenze mensili in Veneto - Asl Passi - 2008-2011



Alcol

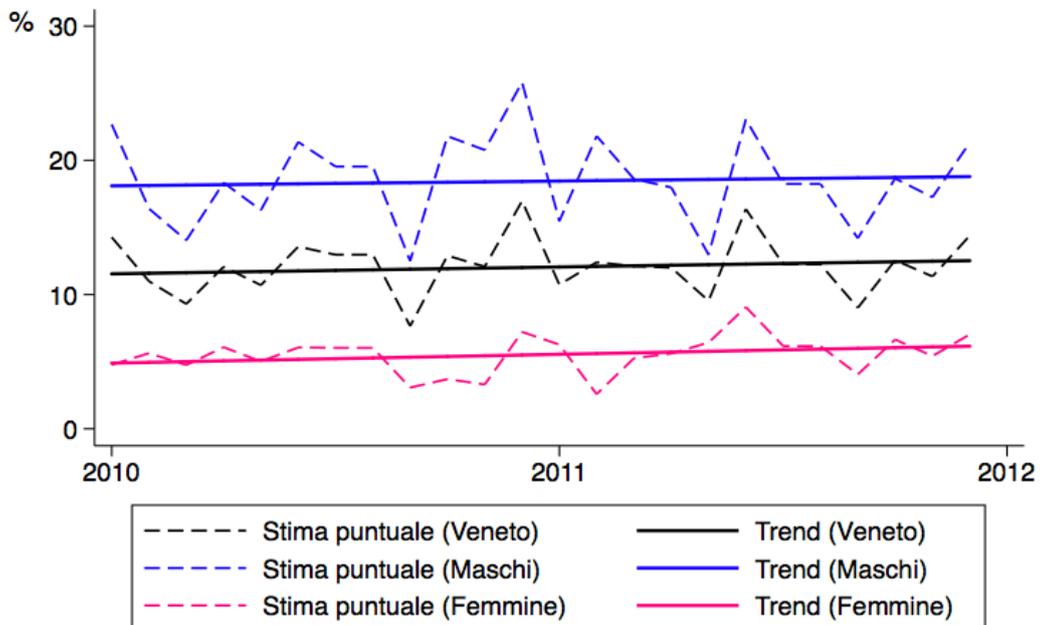
Consumo di alcol Regione Veneto	2007 (IC 95%)	2008 (IC 95%)	2009 (IC 95%)	2010 (IC 95%)	2011 (IC 95%)
Bevuto ≥ 1 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese	70,0 (68,3-71,8)	67,3 (65,7-68,8)	63,8 (62,6-65,2)	65,6 (64,2-66,9)	64,9 (63,6-66,2)
Bevitori prevalentemente fuori pasto	13,0	10,7 (9,7-11,6)	11,5 (10,6-12,3)	12,3 (11,3-13,1)	12,6 (11,8-13,5)
bevitori binge	11,8 (4,6-13,1)	8,4 (7,4-9,4)	7,6 (6,9-8,4)	12,1 (11,2-13,1)	12,0 (11,1-12,9)
Guida sotto l'effetto dell'alcol	17,8 (16,1-19,5)	13,5 (12,1-14,9)	12,1 (10,9-13,2)	11,2 (10,1-12,3)	10,5 (9,4-11,5)

La definizione di bevitori binge fino al 2009 è stata la seguente: chi beve 6 o più unità alcoliche in un' unica occasione almeno una volta negli ultimi 30 giorni; dal 2010 la definizione di bevitore binge è stata modificata come segue: chi beve 5 o più unità alcoliche (uomini) e 4 o più unità alcoliche (donne), almeno una volta negli ultimi 30 giorni.

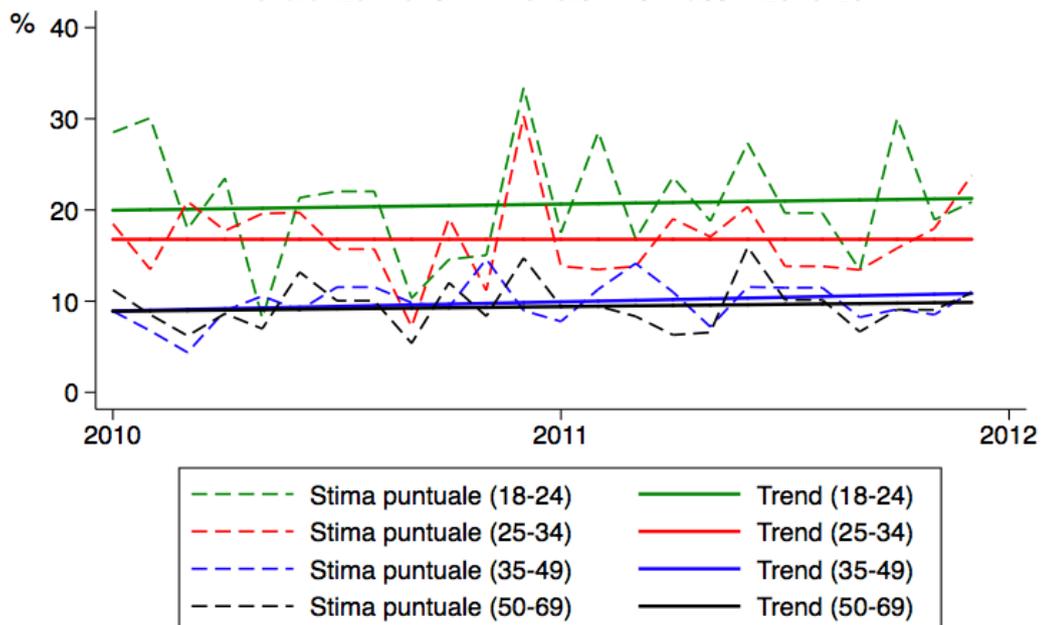
Per questo motivo non è possibile confrontare la prevalenza di bevitori binge nell'intero periodo ma bisogna valutare gli andamenti nei periodi 2007-2009 e 2010-2011:

I trend per genere e per età dei binge drinking nel periodo 2010-2011 non presentano aumenti statisticamente significativi.

Trend dei binge drinkers per genere
Prevalenze mensili in Veneto - Asl Passi - 2010-2011



Trend dei bevitori binge per classi d'età
Prevalenze mensili in Veneto - Asl Passi - 2010-2011

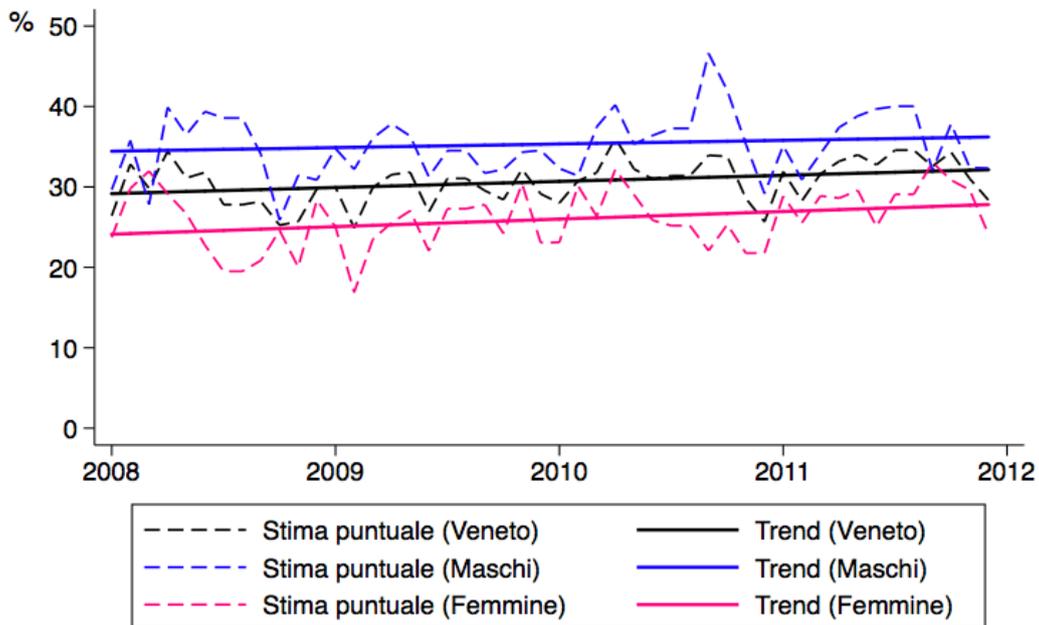


Attività Fisica

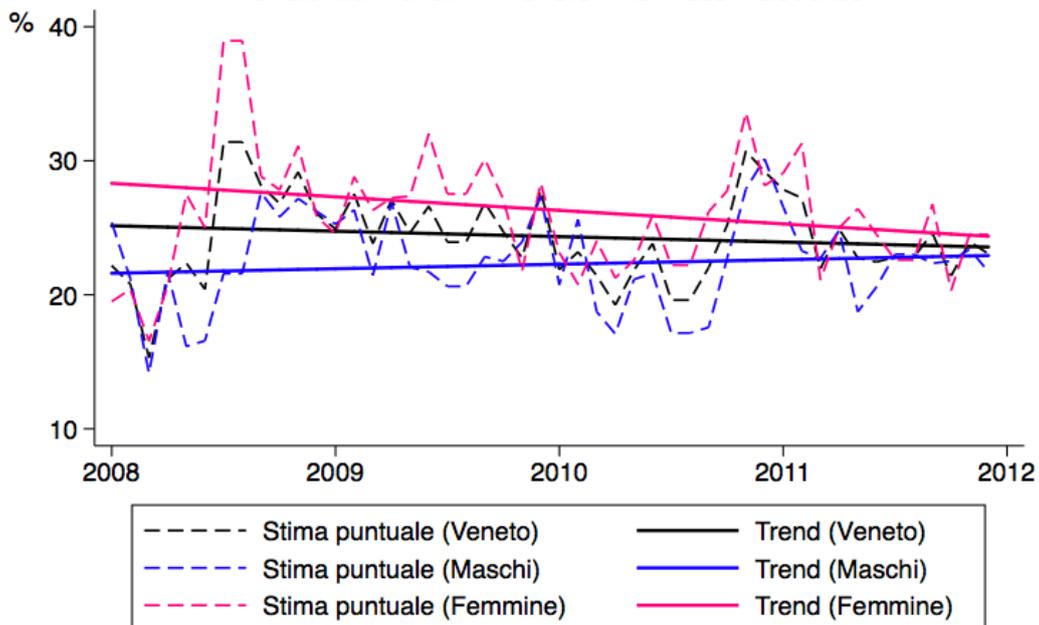
Sedentari <i>Regione Veneto</i>		2007 % (IC 95%)	2008 % (IC 95%)	2009 % (IC 95%)	2010 % (IC 95%)	2011 % (IC 95%)
TOTALE		19,6 (18,0-21,2)	25 (23,8-26,8)	25,5 (24,4-26,8)	23,2 (22,0-24,5)	23,9 (22,6-25,1)
nei due sessi	Uomini	18,4	23,3	23,6	21,7	22,7
	Donne	20,8	27,3	27,4	24,8	25,1
nelle classi di età	18-34 anni	17,0	24,4	22,2	20,1	20,6
	35-49 anni	18,7	24,4	26,0	23,1	25,0
	50-69 anni	22,8	27,0	27,7	25,9	25,1
nei diversi livelli di istruzione	Nessuna/ elementare	26,4	31,7	32,5	27,6	30,6
	Media inferiore	19,6	27,3	29,6	26,8	26,2
	Media superiore	18,1	23,4	23,0	20,9	22,1
	Laurea	15,7	20,2	16,3	18,8	17,3
nelle diverse situazioni economiche	Molte difficoltà	28,0	29,8	27,7	33,3	31,8
	Qualche difficoltà	21,2	28,6	28,7	25,6	27,5
	Nessuna difficoltà	17,2	22,5	23,2	20,7	20,7

La prevalenza di sedentari è rimasta stabile dal 2008 al 2011 intorno al 24%; il trend degli attivi, sia donne che uomini è in aumento statisticamente significativo, a riprova del fatto che una parte delle persone non sufficientemente attive con piccoli cambiamenti del loro stile di vita abbia raggiunto i livelli settimanali di attività fisica raccomandata.

Trend degli attivi per genere
Prevalenze mensili in Veneto - Asl Passi - 2008-2011



Trend dei sedentari attivi per genere
Prevalenze mensili in Veneto - Asl Passi - 2008-2011

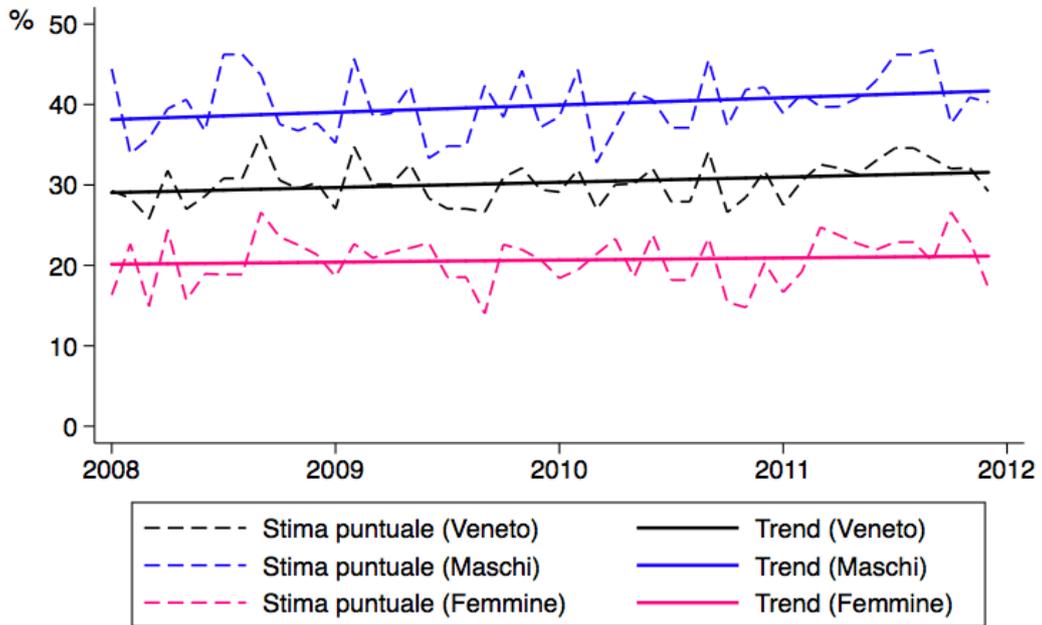


Alimentazione

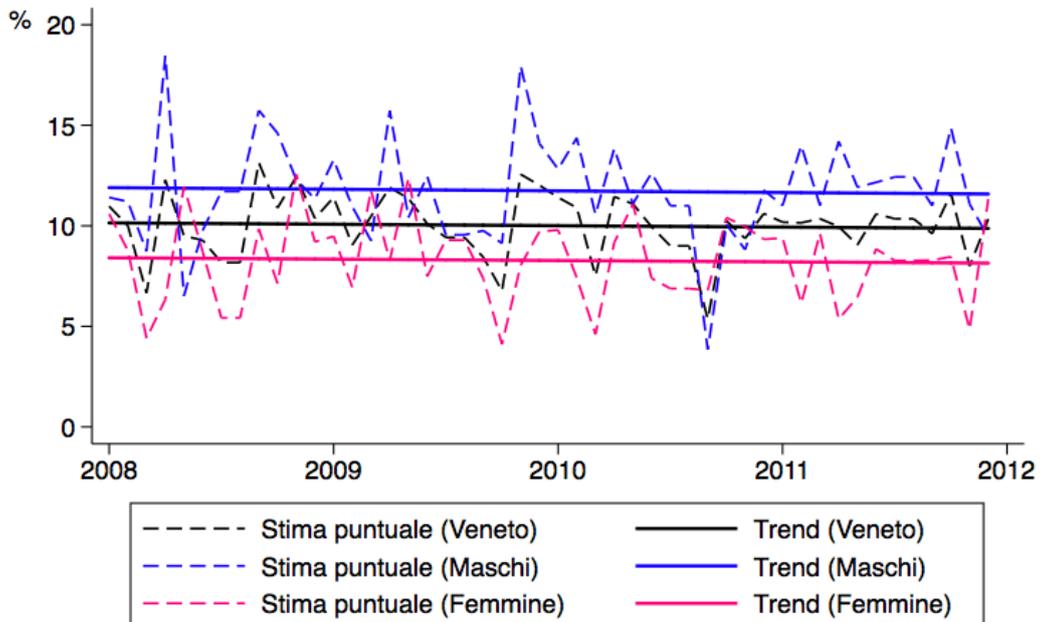
Popolazione in eccesso ponderale <i>Regione Veneto</i>		2007 % (IC 95%)	2008 % (IC 95%)	2009 % (IC 95%)	2010 % (IC 95%)	2011 % (IC 95%)
TOTALE		40,1	41,2	40,1	39,7	41,7
nei due sessi	Uomini	50,8	41,7	50,9	50,9	53,5
	Donne	28,9	30,4	29,1	28,2	29,6
nelle classi di età	18-34 anni	23,0	22,7	23,4	22,1	23,2
	35-49 anni	38,2	39,8	39,8	37,6	41,4
	50-69 anni	57,0	30,4	29,1	28,2	55,8
nei diversi livelli di istruzione	Nessuna/ elementare	59,0	61,7	59,3	61,1	60,8
	Media inferiore	46,1	47,4	48,3	46,0	47,7
	Media superiore	31,9	34,5	32,8	33,8	35,6
	Laurea	25,6	29,1	25,3	26,0	29,7
nelle diverse situazioni eco- nomiche	Molte difficoltà	47,6	45,1	47,9	46,1	50,5
	Qualche difficoltà	44,5	46,5	43,4	41,3	44,7
	Nessuna difficoltà	36,2	37,3	36,9	37,2	38,7

Considerando solo le aziende ULSS che hanno partecipato alla sorveglianza per l'intero periodo 2008-2011, emerge un andamento significativo in aumento delle persone in sovrappeso ed in particolare degli uomini, mentre il trend degli obesi, sia uomini che donne, non appare in aumento.

Trend dei sovrappeso per genere
Prevalenze mensili in Veneto - Asl Passi - 2008-2011



Trend degli obesi per genere
Prevalenze mensili in Veneto - Asl Passi - 2008-2011





Alcune
considerazioni...

Fumo

In Veneto, si stima che circa una persona su quattro sia classificabile come fumatore; in particolare le prevalenze più alte e preoccupanti si riscontrano nelle fasce d'età 18-24 (35%) e 25-34 (32%). Negli ultimi anni la percentuale di fumatori, sia totale che disaggregata per genere e fascia di età, è abbastanza stabile. L'indagine HBSC (Health Behavior School Children) condotta nel 2010 in Veneto ha evidenziato una diminuzione statisticamente significativa nei fumatori abituali quindicenni di quasi 5 punti percentuali rispetto alla rilevazione del 2002, passando dal 21,4% al 16%. Se tale tendenza rimane nel tempo, nei prossimi anni si dovrebbe assistere ad un calo nella prevalenza anche nelle fasce più giovani oggetto della sorveglianza PASSI.

Per quanto riguarda l'abbandono dell'abitudine, si trovano più ex fumatori tra gli uomini e nelle fasce di età più elevate: tuttavia indipendentemente dal genere, 4 fumatori su 10 hanno cercato di smettere di fumare, 1 su 2 sotto i 34 anni. La maggioranza ha provato da sola, con risultati piuttosto scarsi; pochi si sono rivolti a specialisti o ad aiuti esterni. Questa situazione sottolinea la necessità di un ulteriore consolidamento del rapporto tra operatori sanitari e pazienti, per valorizzare al meglio l'offerta di opportunità per smettere di fumare presente a diversi livelli nelle Aziende ULSS ed Ospedaliere venete.

L'esposizione al fumo passivo nelle abitazioni, nei luoghi pubblici e di lavoro rimane un aspetto rilevante da continuare a monitorare nel tempo. Nei luoghi pubblici in Veneto il rispetto è maggiore rispetto a quanto rilevato nel pool italiano (94% verso 88%), mentre nell'ambito lavorativo la differenza è meno marcata (93% verso 90%).

Alcol

I livelli di consumo di alcol in Veneto sono significativamente superiori a quelli medi del pool di ASL partecipanti all'indagine. Alta è la percentuale di giovani, soprattutto uomini, che hanno un consumo potenzialmente a rischio: si tratta prevalentemente di consumatori "binge". Al contrario di altri fattori di rischio per la salute, il consumo di alcol è più diffuso nelle persone con più alti livelli di istruzione e con nessuna difficoltà economica.

Secondo le indicazioni dell'OMS, alcuni settori della società e certe circostanze dovrebbero essere alcol-free (l'infanzia, l'adolescenza, gli ambienti frequentati dai giovani, la guida, i luoghi di lavoro, o in presenza di condizioni in cui l'assunzione di alcol è controindicata come la gravidanza): i dati PASSI raccolti ci indicano che queste sono aree di intervento in cui sono possibili grandi miglioramenti.

In particolare l'intervento di counselling breve si è dimostrato efficace nel ridurre il consumo rischioso e dannoso di alcol. Tuttavia, solo il 21% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol; solo il 6% dei consumatori a rischio ha riferito di aver ricevuto il consiglio di ridurre il consumo da parte di un medico o di un operatore sanitario.

Per essere efficace, la politica sull'alcol deve essere globale ed esprimere l'intera gamma di azioni disponibili. Le analisi costo-efficacia fin qui svolte dimostrano come le politiche combinate risultano più convenienti nel ridurre i consumi e, quindi, i danni alcol-correlati rispetto alla semplice somma delle politiche separate. Numerosi studi dimostrano, ad esempio, come i programmi scolastici orientati a educare non riducono materialmente il danno arrecato dall'alcol tra i giovani, ma hanno un ruolo chiave nella diffusione dell'informazione corretta e nell'aumentare il livello di consapevolezza e di attenzione sull'argomento

favorendo una cultura della sicurezza e l'accettazione di politiche e misure rivolte alla riduzione del consumo. È stata dimostrata l'efficacia di politiche e dell'applicazione rigorosa della normativa sulla vendita e la distribuzione, sulle caratteristiche della commercializzazione dell'alcol, in particolare il prezzo, la reperibilità e l'accessibilità del prodotto alcolico.

Secondo l'ottica di Guadagnare Salute adottare l'approccio "salute in tutte le politiche" è una grande opportunità in grado di considerare adeguatamente il rispetto del diritto a una vita, una famiglia, una società e un luogo di lavoro protetti dagli effetti negativi dell'uso rischioso e dannoso di alcol (Carta europea sull'alcol, 1994), per poter intervenire sul contesto al fine di rendere più facili le scelte salutari e quindi ridurre il consumo di alcol.

Attività motoria

In Veneto si stima che solo una persona adulta su tre (32%) pratichi l'attività fisica raccomandata, mentre il 24% può essere considerato completamente sedentario.

L'indagine Okkio condotta nel 2010 in Veneto tra i bambini di 8 anni, ha evidenziato che solo il 20% svolge almeno un'ora di attività fisica, sia strutturata che non, per almeno 5 giorni a settimana. Il movimento raccomandato, giornaliero e continuo, rimane ancora un'abitudine poco diffusa nella popolazione.

A ciò si aggiunga che è presente una percezione distorta dell'attività fisica praticata: circa un sedentario su cinque ritiene infatti di praticare sufficiente movimento.

La compresenza di fattori di rischio rimane ancora un problema da non sottovalutare: proprio in quelle fasce di popolazione che potrebbero trarre maggiore beneficio dal movimento, la percentuale di sedentari è più alta; in particolare, tra le persone con sintomi di depressione, ipertesi, obesi o in sovrappeso.

Gli operatori sanitari sembrano avere una maggiore consapevolezza dell'importanza del promuovere una vita attiva: infatti aumentano le persone che ricevono il consiglio di fare attività fisica regolare.

Alimentazione

In letteratura è ampiamente documentata una sottostima nel rilevare la prevalenza dell'eccesso ponderale attraverso indagini telefoniche analoghe a quelle condotte nel sistema di Sorveglianza PASSI; nonostante questa verosimile sottostima, in Veneto quasi una persona adulta su due presenta un eccesso ponderale.

Una particolare attenzione nei programmi preventivi va posta, oltre alle persone obese, alle persone in sovrappeso. In questa fascia di popolazione emerge infatti una sottostima del rischio per la salute legato al proprio peso: meno di una persona su due percepisce il proprio peso come "troppo alto" e quasi una persona su cinque è aumentata di peso nell'ultimo anno. L'andamento nel tempo evidenzia infatti un aumento significativo del sovrappeso in particolare negli uomini.

La maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura: circa la metà ne assume oltre 3 porzioni, ma solo una piccola quota assume le 5 porzioni al giorno raccomandate per un'efficace prevenzione delle neoplasie.



Le attività regionali in corso

Area: GUADAGNARE SALUTE

Programma di "Sostegno alle funzioni di interfaccia tra le Regioni e le province Autonome e il Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie – CCM - 2007"
Macroarea "Guadagnare Salute"

DGR. n° 2009 del 03.08.2010

Referente della Regione del Veneto
Dr.ssa Francesca Russo
Gestione amministrativa affidata a:
Azienda ULSS 4 Alto Vicentino
Referente Aziendale Dr. Ivo Dagazzini
Azienda ULSS 9 Treviso
Referente Aziendale Dr. Giovanni Gallo

Obiettivo generale: Potenziare a livello regionale le politiche e le strategie a sostegno della promozione della salute, secondo i principi e l'implementazione delle azioni di competenza regionale previste dal programma nazionale "Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari" approvato con DPCM 4 maggio 2007

Azioni

- Coordinamento regionale "Guadagnare Salute"
- Elaborare una proposta condivisa di Piano Regionale Guadagnare Salute alla luce delle buone pratiche in essere sul territorio e della sperimentazione di un modello operativo di promozione della salute, in corso in due aziende ULSS venete, secondo i principi di Guadagnare Salute, svolta nell'ambito del progetto CCM affidato alla Regione Umbria.
- Modulo formativo dei gruppi aziendali inerenti a "Guadagnare salute" identificati dai Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione delle Az. ULSS venete (in corso).
- Modulo formativo Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS venete e Dirigenti regionali (previsto)
- Modulo formativo integrato operatori e docenti (previsto)
- Modulo formativo per Tecnici della prevenzione (previsto)
- Modulo formativo per operatori SPISAL e Medici competenti delle Az. ULSS (previsto).

Sviluppare a livello locale la promozione della salute secondo i principi del programma "Guadagnare Salute" (Programma CCM 2008)

DGR. n° 1556 del 08.06.2010

Capofila Regione Umbria
Regioni partner: Veneto, Emilia-Romagna, Calabria
Referente Scientifico per la Regione del Veneto Dr.ssa Francesca Russo
Partecipazione e gestione contabile-amministrativa affidata a:
Azienda ULSS 4 Alto Vicentino
Referenti Aziendali : Dr. Flavio Banovich e dr.ssa Fabrizia Polo
Azienda ULSS 9 Treviso
Referente Aziendale Dr. Giovanni Gallo

Obiettivo generale: Sviluppare a livello delle comunità locali un approccio alla promozione alla salute, basato sui presupposti concettuali del Programma nazionale "Guadagnare Salute" che prevede, quindi, in particolare: - L'approccio trasversale ai quattro principali fattori di rischio per la salute (fumo, alcol, inattività motoria e scorretta alimentazione); - La leadership dell'Azienda sanitaria; - Un ruolo di protagonista per tutte le istituzioni che sono in grado di influire sulla salute.

Azioni:

- Sperimentazione nelle Regioni partecipanti di un modello operativo di promozione della salute secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" attraverso: - Definizione dei bisogni di popolazione; - Formazione condivisa degli operatori coinvolti; - Costruzione del rapporto con le istituzioni locali e della rete degli interventi.

**Guadagnare Salute negli Adolescenti
(Programma CCM 2009)**

DGR. n° 2865 del 30/11/2010
DGR. n° 3592 del 30.12.2010

Capofila Regione Piemonte

Area progettuale "Peer education – prevenzione delle infezioni sessualmente trasmissibili"

Gestione tecnica-amministrativa affidata all' Azienda ULSS 13 Mirano
Referente Aziendale Dr. Fabrizio Guaita

Area progettuale "Promozione attività fisica e corretta alimentazione"

Gestione tecnica-amministrativa affidata all' Azienda ULSS 20 Verona
Referente Aziendale Dr.ssa Susanna Morgante

Area progettuale "Peer education – prevenzione delle infezioni sessualmente trasmissibili"

Obiettivo generale: Informare e sensibilizzare gli adolescenti sulle infezioni sessualmente trasmissibili attraverso un intervento di educazione tra pari in ambito scolastico

Azioni:

- Costituzione di un gruppo regionale di coordinamento. Tale gruppo è composto dai referenti delle Aziende ULSS 13, 4 e 9.
- Individuazione dei peer educators
- Formazione degli insegnanti
- Formazione dei peer
- Progettazione dell'intervento tra pari
- Realizzazione dell'intervento tra pari in classe
- valutazione

Area progettuale "Promozione attività fisica e corretta alimentazione"

Obiettivo generale: Promozione dell'attività fisica e dell'alimentazione sane negli adolescenti

Azioni:

- Formazione dei formatori (operatori ASL)
- Costituzione gruppo di coordinamento
- Coinvolgimento delle scuole e di altre agenzie educative e formative
- Formazione degli insegnanti
- Coinvolgimento dei genitori
- Progettazione intervento educativo e materiali didattici
- Realizzazione intervento educativo in classe
- Progettazione e realizzazione evento conclusivo
- Monitoraggio e valutazione dell'intervento

Progetto "Percorsi di prevenzione sugli stili di vita sani per la popolazione in età scolastica e per gli adulti significativi nella Comunità Locale"

DGR. n° 3458 del 30.12.2010

Referente della Regione del Veneto
Dr.ssa Francesca Russo

Coordinatore scientifico del progetto
Dr.ssa Fabrizia Polo
Azienda ULSS 4 Alto Vicentino

Obiettivo generale: Favorire l'empowerment dei singoli individui e della comunità nei confronti dei corretti stili di vita quali: comportamenti alimentari salutari – lotta al tabagismo – lotta all'abuso di alcol – promozione dell'attività fisica.

Azioni:

- Estendere e potenziare i percorsi esperienziali dei laboratori per gli adolescenti, inserendo per l'anno scolastico 2010-2011 l'argomento alcol, oltre al fumo già esistente.
- Programmare e definire i laboratori sull'alimentazione per renderli fruibili nell'anno scolastico 2011-2012
- Sperimentare format innovativi di promozione della salute come ad es. i Centri Ricreativi Estivi
- Sperimentare il coinvolgimento e la formazione di alcune categorie da scegliere tra gli stakeholders per rafforzare il loro ruolo di moltiplicatori di messaggi (MMG, farmacisti, insegnanti, educatori della prevenzione, datori di lavoro, preparatori sportivi, ecc.)

**Programma di prevenzione precoce –
monitoraggio dei comportamenti e
delle azioni di prevenzione e promozio-
ne della salute nei primi anni di vita**

DGR. n° 3139 del 14.12.2010

Referente della Regione del Veneto
Dr.ssa Francesca Russo

Coordinatore scientifico del progetto
Dr. Leonardo Speri –
Azienda ULSS 20 Verona

Obiettivo generale: orientare la popolazione verso scelte di salute consapevoli e praticabili su 7 determinanti/interventi di salute prioritari nel percorso nascita (assunzione acido folico, astensione dal fumo in gravidanza e davanti al bambino, allattamento materno, posizione supina in culla, protezione da traumi stradali e incidenti domestici, vaccinazioni, lettura precoce ad alta voce) sviluppando e orientando le attività di promozione, formazione e offerta di servizi, anche già in essere, in modo integrato e sulla base di dati di qualità.

Obiettivo Specifico 1 - Rete:

- 1a) Consolidamento della Rete Regionale per il Coordinamento dell'attività a livello Regionale/Aziendale
- 1b) Consolidamento della rete degli Esperti/ Project leader Regionali sui 7 determinanti.

Obiettivo Specifico 2 – Valutazione:

- 2a) Attivazione di un Service di dati alle Aziende Sanitarie aderenti al progetto. Valutazione dati a livello regionale da Panel di esperti (§ Rete "1b" project leaders 7 determinanti)
- 2b) Utilizzo delle Pagine WEB dedicate, per la condivisione, interrogazione dei data base 2008-2009 e dei nuovi dati raccolti
- 2c) Sperimentazione di un sistema di azioni coordinate a livello regionale per la valutazione dell'evoluzione delle conoscenze e dei comportamenti degli operatori e dei genitori sui 7 determinanti (sperimentazione di un set di indicatori "Piccoli Passi")

Obiettivo Specifico 3 - Formazione:

- 3a) Riedizione mirata del percorso formativo Blended sul Counseling Vaccinale (sviluppato c/o ULSS n. 3)
- 3b) Consolidamento dell'attività formativa sui 7 determinanti e sul Counseling per gli operatori e approfondimento secondo le priorità emerse dai dati rilevati.

Obiettivo Specifico 4 - Promozione:

- 4a) Ottimizzazione dell'utilizzo del libretto pediatrico
- 4b) Revisione/ristampa, produzione e diffusione mirata di materiale divulgativo per la popolazione, comprendente aspetti multiculturali e di contrasto alle disuguaglianze in salute.
- 4c) Aggiornamento/manutenzione del sito WEB www.genitoripiu.it.

**Progetto per la realizzazione di
"Guadagnare Salute" in Veneto**

DGR. n° 3139 del 14.12.2010

Referente
Dr. Giovanni Gallo
Azienda ULSS 9 Treviso

Obiettivo generale: Potenziare a livello regionale politiche e strategie a sostegno della promozione della salute, secondo i principi e l'implementazione delle azioni di competenza regionale previste dal Programma nazionale "Guadagnare Salute – rendere facili le scelte salutari" (DPCM 4 maggio 2007)

Azioni previste:

- Identificazione di un referente tecnico con funzioni di coordinamento all'interno del Dipartimento di Prevenzione delle Aziende ULSS venete per la macroarea progettuale "Guadagnare Salute"
- Formalizzazione della nomina del/i referente/i tecnico aziendale per la macroarea progettuale "Guadagnare Salute". Atto formale di nomina del referente/coordinatore del programma.

Implementazione di buone pratiche di prevenzione de tabagismo a scuola (Programma CCM 2009)

DGR. n° 2212 del 21.09.2010

DGR. n° 2404 del 14.10.2010

Referente scientifico della Regione Dr.ssa Francesca Russo

Gestione contabile-amministrativa affidata all'Azienda ULSS 19 Adria
Referente Aziendale Dr. Luca Gino Sbrogiò

Obiettivo generale: Prevenire l'iniziazione al fumo dei giovani tramite l'attivazione di interventi di promozione della salute rivolti ai ragazzi in età scolare (dalla scuola dell'infanzia alla scuola secondaria di II° grado).

Azioni in corso:

Sostegno alle Aziende ULSS nella programmazione ed implementazione delle buone pratiche regionali di prevenzione del tabagismo nelle scuole che sono: Un pass per la città del sole (scuola dell'Infanzia); Il club dei vincenti (scuola primaria); C'era una volta e poi ... vissero sani e e contenti (scuola primaria); Liberi di scegliere (scuola secondaria di II° grado); Smoke Free Class (scuola secondaria di I° grado e biennio scuola secondaria di II° grado); Sfumiamo i dubbi ed Insider (scuola secondaria di II° grado). Ad integrazione dei progetti sopraindicati vi sono i Laboratori didattici multimediali per la promozione della salute attivi presso Villa Cà Dotta di Sarcedo VI.

Formazione degli operatori coinvolti.

Definizione ed implementazione di un sistema di monitoraggio del rispetto della normativa sul fumo in Italia (Programma CCM 2008) (CCM 3 Veneto)

DGR. n° 4268 del 30.12.2008

DGR. n° 2211 del 21.09.2010

Capofila Regione del Veneto

Referente scientifica per la Regione del Veneto Dr.ssa Francesca Russo

Gestione contabile-amministrativa affidata all'Azienda ULSS 1 Belluno
Referente Aziendale Dr.ssa Daniela Marcolina

Obiettivi generali:

1. Definire e sviluppare un sistema permanente di monitoraggio nazionale per la rilevazione del rispetto della normativa sul fumo in Italia.
2. Rafforzare un sistema di tutoraggio e di monitoraggio permanente dell'applicazione dei quattro progetti di prevenzione del tabagismo per la scuola identificati nei programmi CCM precedenti.

Azioni:

- Individuare e formare un referente regionale responsabile del sistema di monitoraggio a livello regionale
- Definire metodi utili e/o consolidati per verificare il rispetto della normativa in ambienti quali: esercizi pubblici, ambienti sanitari, ambienti di lavoro privati
- Coordinare e sostenere il sistema di monitoraggio nazionale
- Facilitare e coordinare l'implementazione dei progetti di prevenzione del tabagismo a scuola identificati quali buone pratiche trasferibili e sostenibili, quali: Un pass per la città del sole (scuola dell'Infanzia); Il club dei vincenti (scuola primaria); Liberi di scegliere (scuola secondaria di II° grado); Smoke Free Class (scuola secondaria di I° grado e biennio scuola secondaria di II° grado)
- Monitorare l'applicazione dei suddetti progetti nel territorio nazionale.

**Sostegno alle iniziative di controllo del tabagismo: consolidamento degli interventi di rete nella pianificazione aziendale
(Programma CCM 2008)**

Lettera di adesione formale al progetto prot. N. 108393 del 25.02.2009

Capofila Regione Emilia-Romagna

Per la Regione del Veneto partecipa l'Azienda ULSS 14 Chioggia
Referente Aziendale Dr. Stefano Vianello

Obiettivo generale: Sostenere le reti di prevenzione, cura e controllo del tabagismo nel territorio aziendale.

Azioni:

- Formazione formatori
- Formazione degli operatori della rete aziendale per il controllo del tabagismo
- Realizzazione di un kit formativo multimediale finalizzato a fornire ai pianificatori aziendali strumenti e metodi per l'automonitoraggio/autovalutazione di efficacia del proprio ruolo professionale e del funzionamento della rete.

Programma regionale di prevenzione delle patologie fumo-correlate

DGR. n° 3139 del 14.12.2010

Area 1 – Prevenzione del tabagismo e promozione della salute a scuola
Referenti

Dr. Luca Gino Sbrogiò Azienda ULSS 19 Adria
Dr.ssa Fabrizia Polo
Azienda ULSS 4 Alto Vicentino

Area 1 – Prevenzione del tabagismo e promozione della salute a scuola

Obiettivo generale: Prevenire o ritardare l'iniziazione al fumo tra i giovani e giovanissimi ed il passaggio dalla sperimentazione al fumo abituale.

Tale area si sviluppa attraverso le seguenti azioni previste:

- Promozione ed implementazione nel territorio regionale dei programmi di prevenzione per la scuola che sono rivolti alle scuole di ogni ordine e grado: Un pass per la città del sole (scuola dell'Infanzia); Il club dei vincenti (scuola primaria); C'era una volta e poi ... vissero sani e e contenti (scuola primaria); Liberi di scegliere (scuola secondaria di II° grado); Smoke Free Class (scuola secondaria di I° grado e biennio scuola secondaria di II° grado); Sfumiamo i dubbi ed Insider (scuola secondaria di II° grado). Ad integrazione dei progetti sopraindicati vi sono i Laboratori didattici multimediali per la promozione della salute attivi presso Villa Cà Dotta di Sarcedo VI. I progetti sopra elencati vanno inseriti all'interno di un processo culturale che mira a raggiungere l'obiettivo "Verso una scuola libera dal fumo"
- Partecipazione a progetti europei e nazionali specifici per la prevenzione del tabagismo a scuola e la promozione di uno stile di vita sano
- Realizzazione e revisione critica e/o ristampa di materiali educativi necessari
- Coordinamento e supporto tecnico-scientifico continui dei progetti di prevenzione del tabagismo a scuola.
- Monitoraggio e valutazione continui dei programmi educativi adottati.

Area 2 – Trattamento Tabagismo

Referente Dr.ssa Daniela Orlandini Azienda ULSS 12 Veneziana

Obiettivo generale: Sostenere i fumatori nella disassuefazione

Il programma si articola in due livelli di intervento:

INTERVENTI DI 1° LIVELLO – Promozione a livello di comunità e di assistenza primaria dell'abbandono del consumo di tabacco attraverso azioni di sensibilizzazione della popolazione generale (iniziative locali e regionali per la Giornata mondiale senza tabacco 31 maggio, coordinamento con i progetti Genitori Più, ecc.), formazione al counselling breve degli operatori sanitari (proseguimento del sostegno all'implementazione

del Programma Mamme libere dal fumo; corsi di formazione a livello locale e regionale per operatori sanitari, ecc.), mantenimento e sviluppo delle reti regionali, nazionali ed internazionali (Rete HPH – Ospedali e Servizi Sanitari per la Promozione della Salute, promozione della TFU Charter e del Patto TFU ecc.) ed integrazioni con reti e progetti regionali e nazionali (Progetto di prevenzione cardiovascolare, Guadagnare Salute, ecc.).

INTERVENTI DI 2° LIVELLO – Trattamenti individuali e di gruppo per fumatori: definizione dei modelli di trattamento individuali e gruppalmente in base alle buone prassi sviluppatesi in Veneto, implementazione di tali modelli, sviluppo di un sistema di monitoraggio, coordinamento degli interventi di 2° livello (ambulatori e percorsi di gruppo TGFumo), sviluppo della rete veneta delle offerte terapeutiche per fumatori (anche attraverso la creazione di un sito dedicato), studio delle caratteristiche dei fumatori correlate all'esito del trattamento a breve, medio e lungo termine (studio FocusFumo).

Area 3 – Fumo passivo

Referente Dr.ssa Daniela Marcolina Azienda ULSS 1 Belluno

Obiettivo generale: Proteggere i non fumatori dal fumo passivo

Il progetto si propone di intervenire con iniziative di vigilanza e monitoraggio sull'applicazione del divieto nei seguenti settori e di continuare l'implementazione dei progetti CCM:

- Ambienti di lavoro privati e pubblici coinvolgendo gli SPISAL affinché inseriscano nella vigilanza di routine il controllo degli aspetti sul rispetto del divieto del fumo
- Esercizi pubblici e locali di ristorazione coinvolgendo il personale del Dipartimento di Prevenzione in campagne di monitoraggio temporali (programmi ENFASI)
- Ambienti sanitari coinvolgendo sia il personale del Dipartimento di Prevenzione che il personale ospedaliero in un percorso di educazione, counselling, disassuefazione ma senza trascurare gli aspetti di vigilanza
- Formazione per il personale dei Dipartimenti per la Prevenzione, su tematiche riguardanti il fumo passivo.

Area: ALCOL

“Non solo cura ma cultura – Formazione degli operatori sanitari sulla prevenzione dei problemi alcolcorrelati”

DGR. n° 3139 del 14.12.2010

Referente
Dr. Fabrizio Guaita Azienda ULSS 13 Mirano

Obiettivi generali:

- Migliorare la sensibilità del personale sanitario sul tema dell'alcolologia, al fine di indurre un'attenzione alle problematiche alcol correlate, tramite azioni di prevenzione ed anche interventi di counselling breve nei propri ambiti lavorativi.
- Favorire/rafforzare il coordinamento dei diversi interventi rivolti alle problematiche alcol correlate.

Azioni previste:

- 1° step. Predisposizione dei Moduli Formativi (MF) per formatori ed operatori
- 2° step. Costituzione di gruppi di lavoro aziendali di tipo interdipartimentale
- 3° step. Formazione dei Formatori Aziendali

Area: ATTIVITA' FISICA

Prescrizione esercizio fisico come strumento di prevenzione e terapia

DGR. n° 167/2011

DGR. n° 1093/2011

Regioni partecipanti: Veneto, Emilia-Romagna, Lombardia, Sicilia.

Referente scientifica per la Regione del Veneto Dr.ssa Francesca Russo

Gestione contabile-amministrativa affidata all'Azienda ULSS 4 Alto Vicentino

Obiettivo generale: Implementazione in sede regionale e valutazione della funzionalità di una struttura organizzativa attraverso la quale la pratica terapeutica e preventiva dell'esercizio fisico è correttamente prescritta e somministrata alla popolazione eligibile.

Obiettivo specifico 1: individuazione delle risorse d'offerta chiamate a partecipare al progetto.

Azioni:

- Individuazione dei MMG chiamati a partecipare al progetto
- Individuazione di Centri dove dovranno essere condotte le valutazioni funzionali e delle ripetitive responsabilità professionali
- Individuazione di strutture accreditate per la somministrazione dell'esercizio fisico
- Realizzazione protocollo di funzionamento rete

Obiettivo specifico 2: inserimento dei pazienti in un programma di esercizio fisico correttamente prescritto e somministrato.

- Avviamento dei pazienti in un Centro di valutazione funzionale
- Esecuzione dei test di valutazione previsti.
- Somministrazione dell'allenamento prescritto
- Utilizzo di un data base

Obiettivo specifico 3: valutazione del percorso

- Monitoraggio dei tempi di attesa
- Monitoraggio degli esiti della prescrizione di esercizio fisico agli utenti
- Valutazione degli esiti della prescrizione di esercizio fisico agli utenti

La valutazione dell'impatto delle iniziative di promozione dell'attività motoria nella popolazione (CCM 2010)

Capofila Azienda ULSS 20 Verona - Regione del Veneto
Regioni partner Emilia-Romagna, Trentino Alto Adige

Referente scientifico Dr.ssa Francesca Russo

Ente responsabile dell'esecuzione Azienda ULSS 20 Verona
Referente Aziendale Dr.ssa Susanna Morgante

Obiettivo generale: valutazione di processo e di esito delle attività di promozione dell'Attività Motoria (AM).

Obiettivo specifico 1: Attivare un percorso strutturato di "emersione" di tutte le esperienze di promozione dell'AM

Azioni:

- Costituzione gruppo di lavoro
- Definizione degli strumenti per la rilevazione

Obiettivo specifico 2: Individuazione indicatori per la valutazione di esito già rintracciabili nei sistemi di sorveglianza attivi.

Azioni:

- Censimento di tutti gli indicatori utilizzati nei diversi sistemi di rilevazione nell'ambito dell'AM
- Definizione di un sistema di indicatori, che permetta di definire un quadro completo della pratica, domanda e offerta di AM
- Produzione di stime di impatto

Obiettivo specifico 3: Valutazione di alcuni progetti di promozione dell'AM

Azioni:

- Scelta dei progetti da valutare
- Definizione del piano di valutazione
- Realizzazione della valutazione
- Produzione e divulgazione dei risultati

Obiettivo specifico 4: "Service" valutativo

Azioni:

- Definizione del pacchetto standard per la valutazione di processo
- Formazione
- Raccolta dati

Obiettivo specifico 5: La valutazione qualitativa: come giudicano i progetti gli operatori dei territori

Azioni:

- Realizzazione dei focus group
- Divulgazione dei risultati.

Piano di comunicazione ai decisori dei contenuti di salute di una vita attiva

Capofila Emilia-Romagna
Partner: Regione Piemonte, Regione del Veneto, Università di Bologna, Società editoriale Zadig Srl Roma.

Referente regionale Dr.ssa Federica Michieletto

Obiettivo generale: Diffondere tra i decisori locali e regionali la conoscenza dei contenuti di salute dell'attività fisica e migliorare la loro abilità di inserire questo tema tra gli obiettivi dei diversi settori.

Obiettivo specifico 1: Elaborare con modalità condivisa un Piano di comunicazione adeguato e allestire gli strumenti di comunicazione necessari alla sperimentazione (es. newsletter, seminari, testi scritti per letteratura specializzata, set di diapositive, slogan, ecc.)

Obiettivo 2: Sperimentare e valutare, in alcune AUSL afferenti alle Regioni partecipanti al Progetto, gli strumenti di comunicazione studiati (es. newsletter, seminari, testi scritti per letteratura specializzata, set di diapositive, slogan, ecc.) per promuovere relazioni e trasmettere i contenuti ai decisori locali e regionali.

Obiettivo 3: Diffondere nelle AUSL delle Regioni partecipanti al Progetto il Piano di comunicazione e gli strumenti sperimentati e valicati (es. newsletter, seminari, testi scritti per letteratura specializzata, set di diapositive, slogan, ecc.) per trasmettere ai decisori locali e regionali i contenuti di salute dell'attività fisica e come questa possa essere influenzata da molteplici settori della comunità locale.

Programma per la promozione dell'attività motoria nella popolazione, con particolare riguardo ai bambini/giovani e anziani

DGR. n° 3139 del 14.12.2010

Referente

Dr.ssa Susanna Morgante

Azienda ULSS 20 Verona

Obiettivi generali:

1. Ridurre l'incidenza delle malattie cronico-degenerativo legate alla sedentarietà (obesità, diabete, malattie cardiocircolatorie, tumori) della depressione nella popolazione generale e con particolare attenzione alla popolazione che presenta fattori di rischio
2. Prolungare lo stato di autosufficienza nell'anziano rallentando il processo fisiologico di riduzione dell'efficienza fisica e cognitiva, riducendo anche l'incidenza degli infortuni domestici
3. Favorire il recupero di abilità fondamentali negli anziani istituzionalizzati ed il rallentamento dei danni cognitivi nelle persone affette da demenza
4. Migliorare l'autonomia e le competenze motorie nei bambini dalla scuola materna in poi al fine di assicurare l'assunzione di comportamenti attivi che dureranno per tutta la vita; individuare interventi specifici per i bambini affetti da obesità o e diabete
5. Migliorare i contesti urbanistici al fine di renderli favorevoli ai comportamenti salutari ed in particolare all'attività fisica.

Azioni previste:

- Attività per adulti/anziani: gruppi di cammino, ginnastica in palestra, ballo, piscina ecc.; - interventi specifici per portatori di patologie croniche (diabetici, cardiopatici, obesi, pazienti psichiatrici e anziani parzialmente non autosufficienti)
- Attività per ragazzi: pedibus, interventi per incentivare il cammino e l'uso della bicicletta, attività ludico-sportive per giovani
- Interventi che prevedono la diffusione di "punti di decisione" per favorire comportamenti attivi (solleciti all'uso delle scale, alla mobilità attiva, al movimento nei parchi)
- Interventi che migliorano la collaborazione dei vari soggetti nella stesura dei piani di zona;
- Interventi sui determinanti ambientali degli stili di vita (urbanistici e sociali)
- Integrazione trasversale tra progetti: lotta alla sedentarietà, promozione della sana alimentazione, prevenzione cardiovascolare e collaborazione ospedale-territorio, prevenzione delle malattie croniche (diabete, obesità ecc.), urbanistica, prevenzione incidenti stradali e domestici
- Coinvolgimento sistematico dei medici di medicina generale, anche attraverso attività di formazione specifiche.

Sorveglianza epidemiologica e sicurezza nutrizionale

DGR. n° 3139 del 14.12.2010

Referenti

Dr Angiola Vanzo

Azienda ULSS n.6 "Vicenza"

Dr Oscar Cora

Azienda ULSS 1 Belluno

1. Obiettivi generali di salute :

Sorveglianza di patologie, determinanti e rischi per la salute

Prevenzione dell'obesità, con particolare riguardo a quella infantile, con obiettivo di contenimento al di sotto del 10%

Ridurre incidenza e mortalità per malattie ischemiche del cuore e cerebrovascolari:

Obiettivi specifici di salute:

Prevenzione e sorveglianza di abitudini alimentari e stili di vita non corretti

Ridurre/controllare i fattori di rischio di malattia cardiovascolare con particolare riferimento a sovrappeso e obesità, pattern nutrizionali e attività fisica

Obiettivi di processo

Prosecuzione programma "Okkio alla salute"

3.1.1 Elaborazione dei dati raccolti nello studio 2010 e confronto con i dati delle survey regionali precedenti

Diffusione sistematica nelle scuole primarie e nei centri vaccinali del materiale didattico di OKkio, restituzione degli esiti della ricerca alle scuole (insegnanti e genitori) che vi hanno partecipato, diffusione a mezzo di pubblicazione cartacea del risultato dello Studio Okkio 2010 ai MMG - PLS - Scuole e Decisori Politici

Predisposizione rilevazione Okkio 2012 con significatività regionale.

Implementazione piattaforma web regionale (www.venetonutrizione.it) per:

3.2.1 diffondere i dati delle indagini epidemiologiche relative all'obesità infantile e allo stile di vita dei minori, delle attività di prevenzione dell'obesità infantile promosse nel territorio in collaborazione con PLS, DSS, altri enti o associazioni, delle attività di promozione di stili di vita salutari diretti ai genitori e alle famiglie

3.2.2 raccogliere ed elaborare e restituire ai professionisti ed ai servizi i dati di un set di strumenti (EMME), già validato dalla nostra regione per valutare la motivazione al cambiamento verso una corretta alimentazione ed uno stile di vita attivo nelle attività di counseling

3.2.2 incentivare la collaborazione con i PLS per l'utilizzo dei dati dei bilanci di salute

Educazione e promozione della salute in ambito alimentare

DGR. n° 3139 del 14.12.2010

Referenti

Dr Angiola Vanzo

Azienda ULSS n.6 "Vicenza"

Dr Stefania Tessari

Azienda ULSS 16 Padova

1 Obiettivi generali di salute :

1.1 Prevenzione dell'obesità, con particolare riguardo a quella infantile, con obiettivo di contenimento al di sotto del 10%

1.2 Ridurre incidenza e mortalità per malattie ischemiche del cuore e cerebrovascolari

2. Obiettivi specifici di salute:

Prevenzione e sorveglianza di abitudini alimentari e stili di vita non corretti

Ridurre/controllare i fattori di rischio di malattia cardiovascolare con particolare riferimento a sovrappeso e obesità, pattern nutrizionali e attività fisica

3.Obiettivi di processo

3.1 Promuovere la valutazione KAB (conoscenze, atteggiamenti, comportamenti) negli interventi nel settore scolastico

3.2 Rafforzare partnership/ alleanze con la scuola, finalizzate al sostegno di interventi educativi, all'interno delle attività curricolari, orientati all'empowerment individuale

3.3 Potenziare i programmi volti all'incremento dei consumi di frutta e verdura nella popolazione generale, nella scuola e nei gruppi a rischio per obesità e MCNT

3.4 Diffondere e strutturare a livello regionale programmi di promozione/educazione e counseling per motivare all'adozione di una corretta alimentazione e ad uno stile di vita attivo con interventi intersettoriali e multidisciplinari, sostenibili e basati sull'evidenza scientifica e sulle migliori pratiche, da ritagliare su target specifici di popolazione (bambini, adolescenti, anziani, ecc) e su fasce di utenti con fattori di rischio per malattie croniche non trasmissibili ed obesità, in collaborazione con i medici curanti (MMG, PLS, specialisti)

Ristorazione collettiva

DGR. n° 3139 del 14.12.2010

Referenti

Dr Angiola Vanzo

Azienda ULSS n.6 2Vicenza"

Dr Saverio Chilese

Azienda ULSS 4 Thiene

Obiettivi generali di salute :

1.2 Prevenzione dell'obesità, con particolare riguardo a quella infantile, con obiettivo di contenimento al di sotto del 10%

Obiettivi specifici di salute:

Prevenzione e sorveglianza di abitudini alimentari e stili di vita non corretti

Obiettivi di processo

3.1 Favorire nella ristorazione collettiva sociale la disponibilità di scelte alimentari nutrizionalmente corrette.

3.2 Proseguire nella diffusione delle linee guida regionali in materia di miglioramento della qualità nutrizionale nella Ristorazione Scolastica (DGR Veneto 3883/2001 e s.m. Decreto 517/2004 e Decreto 475/2008) e verifica dell'applicazione delle linee guida regionali di cui sopra nelle PP.AA. per quanto attiene i capitolati d'appalto, le scelte dei menù, le diete speciali e il monitoraggio del servizio come previsto nell'aggiornamento delle LG ristorazione scolastica 2008.

Consulenza dietetico-nutrizionale

DGR. n° 3139 del 14.12.2010

Referenti

Dr Angiola Vanzo

Azienda ULSS n.6 2Vicenza"

Dr Antonio Stano

Azienda ULSS 3 Bassano

Obiettivi generali di salute :

Prevenzione dell'obesità, con particolare riguardo a quella infantile, con obiettivo di contenimento al di sotto del 10%

Ridurre incidenza e mortalità per malattie ischemiche del cuore e cerebrovascolari

Migliorare la diagnosi precoce, la gestione del paziente e l'offerta assistenziale per il diabete

2. Obiettivi specifici di salute:

Prevenzione e sorveglianza di abitudini alimentari e stili di vita non corretti

Ridurre/controllare i fattori di rischio di malattia cardiovascolare con particolare riferimento a sovrappeso e obesità, pattern nutrizionali e attività fisica

Ridurre/controllare i fattori di rischio di diabete connessi a pattern nutrizionali e stili di vita non salutari

3. Obiettivi di processo

3.1 Promuovere il CM nelle consulenze rivolte alla prevenzione ed al trattamento dell'obesità e dei fattori di rischio correlati, in collaborazione con MMG e PLS

3.2 Sviluppare programmi di promozione e counseling per motivare all'adozione di una corretta alimentazione e ad uno stile di vita attivo con interventi intersettoriali e multidisciplinari, sostenibili e basati sull'evidenza scientifica e sulle migliori pratiche, da ritagliare su target specifici di popolazione (bambini, adolescenti, anziani, ecc) e su fasce di utenti con fattori di rischio per malattie croniche non trasmissibili, obesità e fattori di rischio collegati, in collaborazione con i medici curanti (MMG, PLS, specialisti)

- 3.3 Predisporre percorsi di counseling da inserire nei protocolli terapeutici per il controllo dei principali fattori di rischio (alimentazione e attività fisica), secondo criteri di evidenza di efficacia e analisi costi-benefici: in particolare del rapporto costo-beneficio tra adozione di stili di vita salutari e utilizzo di farmaci (antipertensivi, ipolipemizzanti, e per il trattamento del diabete), dato che questi ultimi incidono pesantemente sulla spesa sanitaria nazionale.
- 3.4 Definire percorsi di counseling con particolare riguardo all'appropriatezza del trattamento ambulatoriale e della gestione da parte del medico di assistenza primaria o specialistica per obesità malattie cardiovascolari e diabete
- 3.5 Predisposizione di linee di indirizzo per il counseling motivazionale per la corretta alimentazione e per uno stile di vita attivo
- 3.6 Predisposizione di una proposta contenente le raccomandazioni per la valorizzazione del ruolo dei MMG/PLS per la promozione di stili di vita sani, in collaborazione con i SIAN nel nodo di primo livello della rete assistenziale per il contrasto dell'obesità e delle malattie trasmissibili correlate ad alimentazione ed attività fisica, in adempimento alle linee guida basate sulle evidenze scientifiche, qualora raccomandino di prevedere un percorso terapeutico basato sul cambiamento dello stile di vita prima dell'intervento farmacologico e successivamente a supporto dello stesso. Tale prassi trova sostegno anche nella proposta di DDL n. 2788/2011 "Disposizioni in materia di prevenzione, cura e riabilitazione dell'obesità e dei disturbi dell'alimentazione".

Metodi

Caratteristiche della sorveglianza PASSI

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

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

Popolazione di studio

La popolazione di studio è costituita dalle persone di 18-69 anni iscritte all'Anagrafe Sanitaria della Regione Veneto, periodicamente aggiornata. Criteri di inclusione nella sorveglianza PASSI sono: la residenza nel territorio di competenza dell'AULSS e la disponibilità di un recapito telefonico. I criteri di esclusione sono: la non conoscenza della lingua italiana per gli stranieri, l'impossibilità di sostenere un'intervista (ad esempio, per gravi disabilità), il ricovero ospedaliero o l'istituzionalizzazione durante il periodo dell'indagine.

Strategie di campionamento

Il sistema di sorveglianza PASSI è nato soprattutto per fornire informazioni sulle condizioni di salute e gli stili di vita della popolazione a livello delle AULSS, il campionamento deve garantire quindi la rappresentatività a livello aziendale. Il tipo di campionamento scelto per la sorveglianza PASSI è il campionamento stratificato proporzionale per sesso e classi di età (18-34, 35-49, 50-69) ed è direttamente effettuato dall'Anagrafe Sanitaria dell'AULSS. Il protocollo dello studio prevede inoltre che la dimensione minima del campione mensile di persone intervistate, per ciascuna AULSS, sia di 25 unità. Per raggiungere la dimensione minima del campione mensile sono previste precise modalità di sostituzione delle persone non eleggibili o irreperibili o che non desiderano partecipare all'indagine.

Per confrontare i dati di ciascuna realtà locale con i dati complessivi della regione di appartenenza, il Gruppo Tecnico Nazionale ha provveduto a mettere a disposizione i programmi di analisi per ottenere le stime anche a livello regionale, aggregando i dati delle singole AULSS partecipanti al sistema di sorveglianza.

Interviste

I cittadini selezionati e i loro Medici di Medicina Generale, sono preventivamente avvisati tramite una lettera personale informativa spedita dall'AULSS.

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

Le interviste alla popolazione in studio sono state condotte da personale dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS; nel 2011 sono state effettuate 5443 interviste, con cadenza mensile (luglio e agosto sono stati considerati come un'unica mensilità). La qualità dei dati è stata assicurata da un sistema automatico di controllo al momento del caricamento e da una successiva fase di analisi ad hoc con conseguente correzione delle anomalie riscontrate.

Analisi delle informazioni

L'analisi dei dati raccolti è stata effettuata utilizzando il software EPI Info 3.5.1

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

Per gli indicatori di principale interesse di ciascuna sezione, sono inoltre presentati i valori relativi all'insieme delle ASL partecipanti al sistema PASSI ("pool PASSI") nel 2011.

Bibliografia

- Istituto Superiore di Sanità. Sistema di Sorveglianza PASSI (Progressi delle aziende sanitarie per la Salute in Italia) Gruppo Tecnico di Coordinamento del progetto di sperimentazione del "Sistema di Sorveglianza PASSI" Rapporti ISTISAN 07/30, 2007

Definizioni

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

Colui che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e non fuma da almeno 6 mesi

Bevitore Binge

Colui che dichiara di aver consumato 5 o più unità alcoliche (uomini) e 4 o più unità alcoliche (donne) in un'unica occasione, almeno una volta negli ultimi 30 giorni.

Consumo abituale elevato

Colui che dichiara di aver consumato più di due unità alcoliche in media al giorno per gli uomini e più di una per le donne negli ultimi 30 giorni.

Consumo a maggior rischio

Colui che è un bevitore binge e/o ha un consumo abituale elevati e/o è un bevitore fuori pasto.

Sedentario

Chi fa un lavoro sedentario e che in una settimana non svolge, neppure nel tempo libero, alcuna attività fisica moderata o intensa per almeno 10 minuti al giorno.

Attivo

Soggetto che fa un lavoro pesante, oppure, tra chi fa un lavoro sedentario, svolge un'attività fisica moderata per più di 30 minuti per almeno 5 giorni a settimana, oppure, chi fa attività intensa per più di 20 minuti per almeno tre giorni a settimana.

Obeso—sovrappeso

Obeso: Indice di massa corporea superiore o uguale a 30.

Sovrappeso: indice di massa corporea compreso tra 25 e 29,9

