



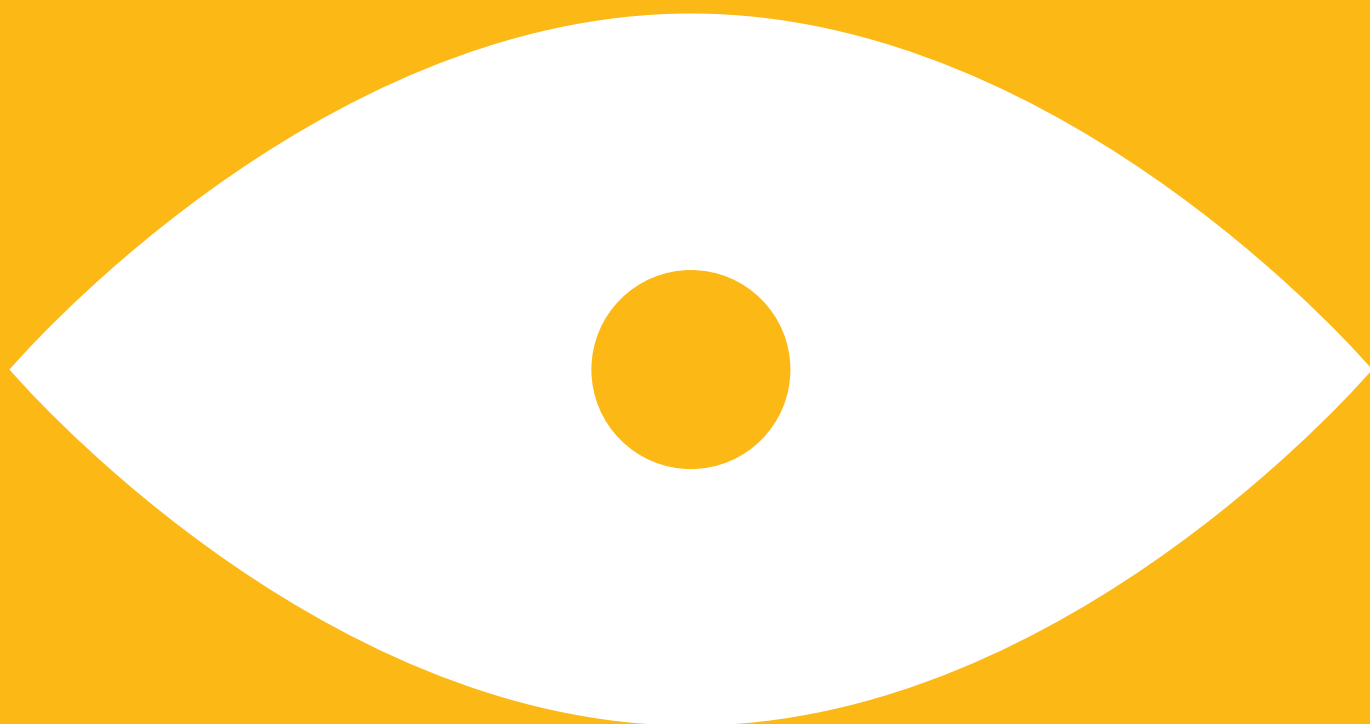
REGIONE DEL VENETO



Progressi delle Aziende Sanitarie
per la Salute in Italia

PASSI IN VENETO

2008 Analisi dei dati
attraverso le serie storiche 2016



PASSI in Veneto

Analisi dei dati
attraverso le serie
storiche 2008-2016

Iniziativa editoriale afferente al Programma “Coordinamento operativo delle sorveglianze di popolazione sugli stili di vita (PASSI, PASSI d’ARGENTO, OKkio alla SALUTE, HBSC” nell’ambito del Piano Regionale Prevenzione 2014-2018 (DGR. n. 749/2015).

Coordinamento istituzionale:

Regione del Veneto - Area Sanità e Sociale –Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Capofila Az.ULSS 6 Euganea – Dipartimento di Prevenzione

Autori

Francesca Russo, Federica Michieletto, Erica Bino, Annarosa Pettenò, Martina Di Pieri, Regione del Veneto – Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Stefano Campostrini, Giovanni Rataj – Università Ca’ Foscari di Venezia

Responsabile Scientifico nazionale

Maria Masocco - Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) - Iss

Gruppo tecnico nazionale

Nicoletta Bertozzi , Stefano Campostrini , Giuliano Carrozzi , Benedetta Contoli, Marco Cristofori, Paolo D’Argenio, Angelo D’Argenzio , Amalia Maria Carmela De Luca, Pirous Fateh-Moghadam, Gianluigi Ferrante, Valentina Minardi, Luana Penna, Alberto Perra, Valentina Possenti, Mauro Ramigni, Massimo Oddone Trinito.

Coordinamento regionale

Federica Michieletto, Erica Bino – Regione del Veneto - Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Mauro Ramigni – Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana – Dipartimento di Prevenzione

Coordinatori Aziendali veneti PASSI

Lalli Antonio, Soppelsa Mauro, Bonotto Maria Caterina, Dal Zotto Alessandra, Pasqualotto Massimo, Colussi Paola, Menegon Tiziana, Lustro Gianluigi, Favaretto Alessandra, Selle Vittorio, Dalla Costa Damiano, Mancarella Paolo, Olivieri Armando, Gottardello Lorena, Schiavinato Chiara, Casale Patrizia, Del Sole Annamaria, Pasqualetto Cristiana, Cervato Katia, Falcone Salvatore.

Finito di stampare nel mese di settembre 2017
presso Società Generale dell’Immagine srl – Torino

©**Regione del Veneto**. Tutti i diritti sono riservati. È possibile riprodurre parzialmente o in toto il presente volume, purché non a scopo di lucro, citando gli autori e chiedendo preventivamente l’autorizzazione al proprietario dei diritti.

*Si ringraziano coloro che hanno collaborato per le diverse aree tematiche.
Un ringraziamento particolare agli intervistatori che hanno reso possibile la realizzazione di questo report.*

Indice

- 4** Presentazione
- 5** Introduzione
- 6** Sorveglianze dei fattori di rischio, evoluzioni e trend
- 8** Le sorveglianze nel Piano Regionale Prevenzione
- 11** La Salute Percepita
- 15** Fumo
- 23** Alcol
- 31** Attività fisica
- 37** Stato ponderale e abitudini alimentari
- 45** Rischio cardiovascolare
- 53** Sicurezza stradale e domestica
- 69** Il consiglio dell'operatore sanitario
- 84** Glossario
- 87** Metodologia

Presentazione

Con piacere presento questa pubblicazione, un lavoro significativo per la nostra Regione condotto nell'ambito della sanità pubblica.

La Regione del Veneto da sempre è impegnata a fianco dei cittadini per promuovere, proteggere e curare la salute. L'attenzione è rivolta alla persona nella sua complessità e il suo ben-essere è indissolubilmente legato al contesto di vita quale fattore determinante per garantire la salute intesa come benessere fisico, ma anche psicologico e sociale. Un contesto sociale solidale, equo, capace di curare, attraverso un sistema efficiente di cura e riabilitazione, ma anche di *prendersi cura* delle persone e di facilitare scelte salutari, è un sistema che crede nel contempo nella prevenzione e nella promozione della salute.

Date tali premesse è fondamentale poter dialogare con i cittadini e monitorare lo stato di salute della popolazione attraverso sistemi di rilevazione sistematici e continui delle abitudini, degli stili di vita e della percezione sul proprio stato di salute per identificare le esigenze di salute della popolazione e le priorità sulle quali intervenire.

In Veneto sono attivi tutti i sistemi nazionali di sorveglianza sulla popolazione specifici per le diverse fasce di età: OKkio alla Salute – Raccolta di dati sullo stato nutrizionale e gli stili alimentari e di vita dei bambini delle terze classi delle scuole primarie; HBSC-Health Behaviour School Children – Sorveglianza sullo stato di salute, sugli stili di vita e sulla percezione della salute in adolescenti (11-13 e 15enni), PASSI - Sistema di sorveglianza della popolazione adulta (18-69 anni) e PASSI d'Argento (65 anni in su) che fornisce informazioni circa la qualità della vita e sulla salute nella terza età. Questo articolato sistema di sorveglianze permette di poter monitorare la popolazione veneta in tutte le fasce di età e dei diversi territori della Regione, e fornisce altresì opportunità di confronto con il dato nazionale.

In particolare auspichiamo che questo report, che riporta le serie storiche dal 2008 al 2016 dei principali fattori di rischio per la nostra salute rilevate grazie al sistema PASSI, possa essere uno strumento programmatico utile nelle mani di decisori ed operatori della salute, in senso ampio, non solo del settore sanitario.

Si ringraziano tutti gli operatori sanitari dei Dipartimenti di Prevenzione delle Az.ULSS venete per la disponibilità, competenza e passione con le quali realizzano il PASSI ed un grazie ai cittadini che aderendo all'intervista svolgono un servizio alla collettività trasformando il concetto da ricerca *SU* a ricerca *CON*.

Domenico Mantoan

Introduzione

Se non sai cosa non va in una persona chiediglielo... te lo potrà dire.
(G. Kelly, 1955)

Questo assunto è alla base della sorveglianza PASSI che raccoglie informazioni dalla popolazione adulta (18-69 anni) sugli stili di vita e fattori di rischio connessi all'insorgenza delle malattie croniche non trasmissibili, sul grado di conoscenza e adesione ai programmi di prevenzione attivati nel territorio.

Il PASSI sancisce così l'idea che il progresso sanitario di un sistema di salute passa attraverso una maggiore interazione e sinergia tra tutti gli attori in gioco, fra utenti e erogatori, fra domanda e offerta dei servizi, per cogliere le priorità di salute e l'evoluzione degli interventi anche al fine di monitorare il raggiungimento degli obiettivi di salute fissati dal Piano Nazionale Prevenzione e dal Piano Regionale Prevenzione.

PASSI è quindi una espressione del concetto di coinvolgimento attivo "engagement" della persona nella promozione della salute e nella prevenzione, che va oltre l'empowerment, in quanto esso presuppone una relazione partecipativa e co-autoriale della persona con il suo sistema sanitario di riferimento. PASSI contribuisce ad aumentare nelle persone la consapevolezza e la motivazione nel giocare tale ruolo attivo e offre ai cittadini, ai decisori e a quanti operano per aumentare la salute ed il benessere delle persone, uno strumento fondamentale alla base del dialogo tra cittadini ed istituzioni sanitarie e non, per realizzare attività e programmi aderenti ai profili di salute e ai fattori di rischio esistenti.

Dal punto di vista epidemiologico, PASSI ha l'obiettivo di stimare la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute, legati ai comportamenti individuali, ma anche serve ad individuare le disuguaglianze di salute e a monitorare lo stato di attuazione dei programmi di intervento per modificare i comportamenti a rischio.

Il valore aggiunto del PASSI è determinato dalla territorializzazione, in quanto permette anche un dettaglio per ogni singola Azienda ULSS, oltre che a livello regionale e nazionale, e dalla continuità nel tempo. In tal modo, garantisce: - un monitoraggio costante, una descrizione aggiornata ed una visione dell'andamento nel tempo dei fattori di rischio e degli stili di vita; - di studiare l'influenza dei determinanti sui fattori di rischio; - di osservare i cambiamenti a seguito di interventi e politiche. Le sorveglianze legano obiettivi e programmi alle priorità di salute pubblica e alle prove scientifiche circa l'efficacia degli interventi.

Nel Piano Regionale Prevenzione 2014-2018 le sorveglianze trovano piena valorizzazione ed applicazione nella programmazione, nella definizione degli obiettivi di salute da raggiungere e nella valutazione dei risultati.

Questo report ci permette di analizzare dal 2008 al 2016 l'andamento dei principali fattori di rischio: abitudine al fumo, consumo di alcol, sedentarietà, scorretta alimentazione, eccesso ponderale e rischio cardiovascolare. Una sezione è dedicata al ruolo dell'operatore sanitario nel consigliare comportamenti salutari, per evidenziare l'attenzione ai diversi stili di vita e agevolare analisi comparate. Un capitolo è dedicato anche alla sicurezza domestica e stradale.

Francesca Russo

Sorveglianze dei fattori di rischio, evoluzioni e trend

Le sorveglianze nascono diversi anni or sono: le origini le si fanno addirittura risalire al quattordicesimo secolo proprio nella Serenissima Repubblica. Per il loro sviluppo come sistemi nazionali bisogna però aspettare il diciannovesimo secolo, epoca di migrazioni, dove sistemi di sorveglianza erano messi in atto negli Stati Uniti, in Gran Bretagna e nella neonata nazione italiana. Ma questi sistemi di sorveglianza erano concentrati unicamente nel controllo delle malattie infettive; solo a partire dagli anni '70 del secolo scorso nei documenti ufficiali (innanzitutto della Organizzazione Mondiale della Sanità) si fa riferimento alla "sorveglianza epidemiologica" prima e poi, finalmente, alla "sorveglianza di salute pubblica". Dopo qualche decennio, l'attenzione si sposta sulle sorveglianze dei fattori di rischio, con la emergente consapevolezza della rilevanza delle cosiddette malattie non trasmissibili o, per qualcun altro, croniche e dei fattori di rischio (contrastabili con interventi di sanità pubblica) ad esse collegate. Se le prime esperienze erano circoscritte ai soli fattori di rischio, le esperienze più avanzate di sorveglianza ormai da diversi anni raccolgono informazioni utili alle decisioni nel campo della prevenzione e promozione della salute (e più in genere della sanità pubblica) comprendendo informazioni relative all'accesso ai servizi, vaccinazioni, relazioni con operatori sanitari e molte altre.

Pur nella loro evoluzione, alcune caratteristiche delle sorveglianze sono rimaste immutate. Una fra tutte quella di incorporare il tempo come variabile fondamentale nella struttura di osservazione e rilevazione. Da subito, infatti, ci si è resi conto che la forte potenzialità dei sistemi di sorveglianza, che li rendeva unici rispetto altre fonti di dati e informazioni, era quella di protrarre nel tempo la rilevazione (mantenendo costanti metodi e modalità) permettendo così di analizzare aspetti evolutivi e cambiamenti occorsi. Se questa caratteristica è di estremo interesse per lo studio dell'evoluzione delle patologie (e in modo particolare per stimare aspetti epidemici) lo è almeno altrettanto nello studio dei fattori di rischio e delle variabili di sanità pubblica a questi associati e sopra menzionate. Informazioni sui "livelli" di alcune variabili (come possono essere offerti da rilevazioni periodiche) sono di certo importanti, ma possono guidare solo parzialmente le decisioni. Informazioni su aspetti evolutivi e sui cambiamenti accaduti (o meno) invece ci dicono se, come e quanto abbiamo inciso con la nostra azione, e poi dove e come è meglio indirizzare i nostri sforzi. Per capirci con un esempio, una prevalenza del 20% di fumatori può essere considerata alta o bassa a seconda di una serie di considerazioni, e di per sé non rappresenta un motivo per intervenire o meno, per cambiare modalità di intervento o altro. Nel mondo dei fattori di rischio è raro trovare "soglie di intervento" precise e condivise. Invece sapere che la prevalenza di fumatori, in un determinato territorio, è in diminuzione è informazione essenziale, quanto capire l'entità e la velocità della diminuzione, chi coinvolge di più, chi lascia fuori, *et cetera*.

Ecco allora che la raccolta protratta nel tempo tipica della sorveglianza, oltre a fornire preziose fotografie aggiornate della situazione, consente di ricostruire un film sull'evoluzione delle variabili di interesse. Osservando allora le serie storiche prodotte dal Sistema PASSI nella Regione del Veneto, rese possibili dall'impegno costante in un decennio da parte di rilevatori e coordinatori si può cogliere la ricchezza di questo patrimonio informativo. Si possono apprezzare i relativi successi (finalmente qualche segno di discesa nel fumo tra i giovani!) e le sfide ancora aperte, quali quelle di una salute più egalitaria tra le diverse classi sociali, lanciate ormai da qualche anno a livello internazionale (il documento OMS *Closing the gap* è del 2008!) e che oggi tocchiamo con mano. Osservando che i cambiamenti positivi hanno riguardato alcune fasce di popolazione e non altre, aumentando così il divario tra queste, vengono suggerimenti non solo sul dove e su chi intervenire, ma anche sul come: se si è lasciato fuori qualcuno evidentemente le modalità di intervento, le capacità di coinvolgere in forma non discriminatoria vanno evidentemente riviste.

L'ultima considerazione è meramente tecnica e forse non appassionerà i più, ma è molto rilevante. Nello sviluppare sistemi di sorveglianza, spesso ci si domanda se una raccolta dati a così brevi intervalli temporali sia sensata e se, per esempio, non sia conveniente avere rilevazioni annuali o, come nel nostro paese si era abituati prima di PASSI, triennali. Anche tralasciando gli aspetti più strettamente metodologici, la risposta è evidente nei grafici qui presentati. Un decennio di rilevazioni avrebbe riportato solo pochi punti che avrebbero consentito solo poche (macro) considerazioni. Serie storiche costituite da una manciata di punti di osservazione infatti consentono solo analisi statistiche puramente descrittive, che spesso lasciano il tempo che trovano. Le molte osservazioni mensili fino ad oggi raccolte, invece, come è facilmente apprezzabile, consentono più vaste e precise considerazioni. Consentono di stimare più precisamente trend, di fare considerazioni sulla stagionalità, di valutare la significatività di certi cambiamenti temporali e, infine, di mettere in relazione l'evoluzione di più variabili. Nuovamente, di questa ricchezza informativa bisogna essere grati a chi ha dedicato il proprio impegno nella rilevazione e nelle analisi, e ora bisogna sfruttarla al meglio per capire, approfondire, progettare e valutare.

Le sorveglianze nel Piano Regionale Prevenzione

Nel Veneto sono attive quattro sorveglianze sugli stili di vita, specifiche per fascia di età: OKkio alla salute (8-9 anni), HBSC (11-13-15 anni), PASSI (18-69 anni) e PASSI d'Argento (dai 65 anni). Tali sistemi di sorveglianza, con protocolli specifici, raccolgono informazioni sugli stili di vita e i comportamenti favorevoli alla salute.

Le sorveglianze campionarie hanno alcune caratteristiche comuni che ne rappresentano anche i punti di forza: l'informazione raccolta è autoriferita e pertanto rappresentano in modo diretto la voce del cittadino; hanno una continuità nel tempo, permettendo di valutare l'andamento dei fenomeni studiati; studiano ambiti comuni così da analizzare i fenomeni nelle diverse fasce di età; hanno un dettaglio territoriale che coincide con l'Azienda Ulss di appartenenza e punto di riferimento per ogni cittadino. Da ultimo, ma non per importanza, tutte le sorveglianze sono condotte dal personale sanitario dei Dipartimenti di Prevenzione opportunamente formato: ciò permette da parte dell'operatore di acquisire e potenziare competenze e qualità professionali utili nell'ambito della propria attività, e da parte dell'utente di trovare un interlocutore competente e vicino al proprio ambito di cura.

Per tutto ciò le sorveglianze di popolazione risultano fondamentali nello sviluppo del Piano Regionale Prevenzione.

Al di là del valore che ha in sé l'attività di sorveglianza di popolazione, le informazioni che ne derivano hanno un ruolo chiave nella definizione di strategie di politica sanitaria. L'attuale Piano Prevenzione poggia la sua definizione e articolazione su un sistema di monitoraggio e valutazione, che vuole misurare nel tempo i progressi di salute raggiunti, attraverso un sistema di indicatori, molti dei quali provengono proprio dai suddetti sistemi di sorveglianza ed in particolare dal PASSI.

Per questo, le sorveglianze sono a pieno titolo inserite nel Piano Regionale Prevenzione e in tutti gli atti della programmazione aziendale (Piani di Prevenzione Aziendale - PPA) nell'ambito del Macro Obiettivo 1 – Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili. Le Aziende Ulss conducono la sorveglianza PASSI intervistando telefonicamente 18 cittadini al mese: sono coinvolti nella rilevazione 150 operatori del comparto (prevalentemente assistenti sanitari, ma anche infermieri e qualche amministrativo) e 21 medici – coordinatori della rilevazione, uno per ciascuna delle vecchie Aziende Ulss.

- **OKKIO** è un sistema di sorveglianza della popolazione in età scolastica al quale collaborano tutte le Regioni e Province Autonome. Il sistema di sorveglianza “OKkio alla Salute”, nell’ambito di un progetto più ampio “Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni”, raccoglie i dati sullo stato nutrizionale, gli stili alimentari e di vita dei bambini che frequentano le terze classi delle scuole primarie (8-9 anni). OKkio è stato realizzato per la prima volta nel 2008, ripetuto nel 2010, nel 2012, nel 2014 e nel 2016 ed è condotto dal personale dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Ulss del Veneto.
- **HBSC**. Lo studio HBSC sullo stato di salute e sugli stili di vita dei giovani in età scolare è uno studio multicentrico internazionale svolto in collaborazione con l’Ufficio Regionale Europeo dell’Organizzazione Mondiale della Sanità. La ricerca viene ripetuta ogni quattro anni e nel 2000 è stata realizzata per la prima volta in Italia, segnatamente nel Veneto. L’indagine HBSC ha come obiettivo primario quello di studiare i comportamenti legati alla salute, gli stili di vita e la percezione della salute degli adolescenti (11-13 e 15 anni) ed indagare i fattori che li possono influenzare, individuando una serie di indicazioni scientificamente fondate che possono costituire uno dei criteri sui quali strutturare le politiche sociali e sanitarie a favore dei giovani adolescenti. Gli ultimi dati disponibili sono relativi al 2014.
- **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. Dall’inizio della sorveglianza, aprile 2007, alla fine del 2016, nel Veneto, sono state intervistate circa 47.700 persone.
- **PASSI D’ARGENTO** è un sistema di sorveglianza della popolazione anziana al quale collaborano quasi tutte le regioni e province autonome. La sorveglianza è condotta, tramite intervista diretta o telefonica, dal personale dei Dipartimenti di Prevenzione e dei Servizi Sociali delle Aziende Ulss. Obiettivi della sorveglianza sono fornire periodicamente informazioni sulla qualità della vita e sulla salute nella terza età. La Regione del Veneto partecipò alla sperimentazione nel biennio 2008-2010 con l’Azienda ULSS 15; nel 2012 la sorveglianza è stata estesa a tutte le Aziende Ulss del Veneto con l’adesione di 19 delle 21 Aziende Ulss del Veneto. Tra ottobre 2012 e febbraio 2013 sono state raccolte 1.060 interviste. È in corso la rilevazione 2016/2017 che vede coinvolte tutte le Aziende ULSS.

La Salute Percepita



72%
Dichiara di sentirsi bene
o molto bene



26%
dichiara di sentirsi
discretamente

2%
dichiara di sentirsi
male o molto male

VENETO 2016

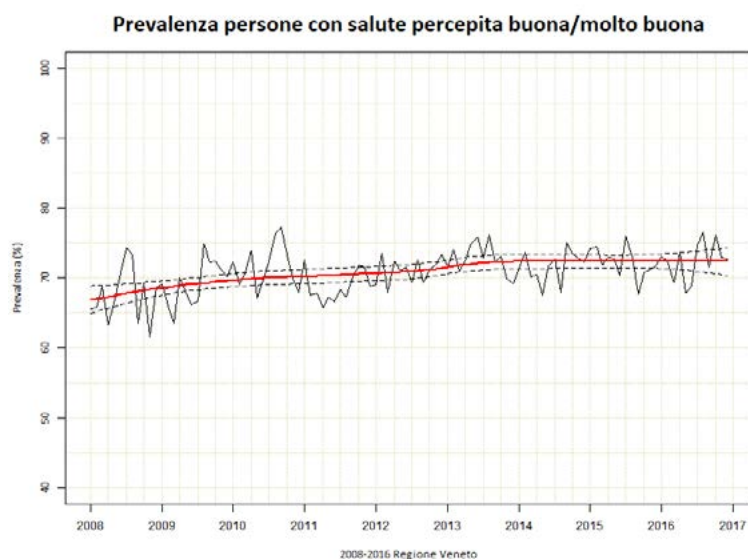
In Veneto il 72% della popolazione tra i 18 e 69 anni dichiara di sentirsi bene o molto bene, mentre il 2% delle persone intervistate dichiara di sentirsi male o molto male, il restante 26% riferisce di sentirsi “discretamente”. Sono più soddisfatti della propria salute i giovani, gli uomini rispetto alle donne, le persone con un livello socioeconomico più elevato, per istruzione o condizioni economiche e i cittadini stranieri rispetto agli italiani.

ITALIA 2016

La gran parte della popolazione adulta italiana (circa 7 persone su 10) giudica positivo il proprio stato di salute, dichiarando di sentirsi bene o molto bene. Una piccola percentuale di persone (circa il 3%) riferisce di sentirsi male o molto male; la restante parte degli intervistati dichiara di sentirsi “discretamente”. Sono più soddisfatti della propria salute i giovani (92% vs 53%), gli uomini (74%) rispetto alle donne (67%).

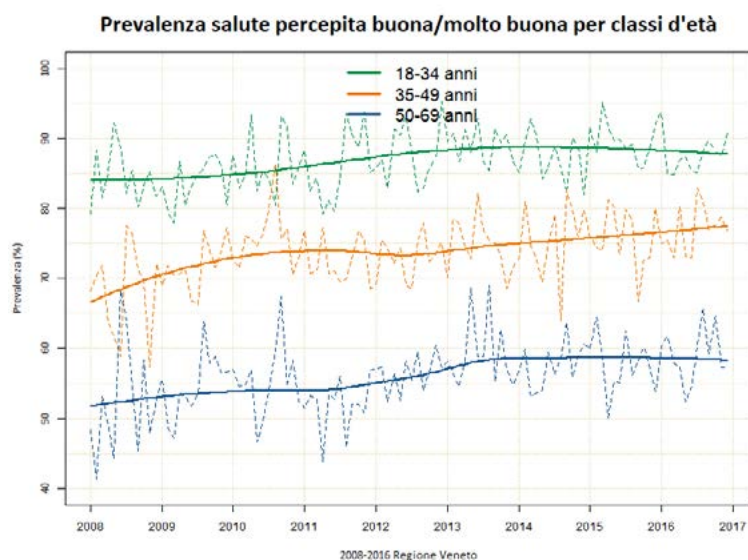
Nel periodo considerato dal 2008 al 2016 (fig. 1), il trend¹ della salute percepita nella popolazione veneta è in aumento ($p < 0.001^2$), passando dal 67% al 72%³

Figura 1



Dividendo il dato per classi d'età (fig. 2) si può notare che per tutte le classi considerate, il trend della salute percepita è in aumento ($p < 0.001$ per tutte e tre le classi d'età). L'aumento sembra continuo negli anni considerati. Tra i giovani si passa dall'84% all' 88%, nella classe mediana le stime puntuali passano dal 68% del 2008 al 77% del 2015. Tra i più anziani la prevalenza è del 52% nel 2008, raggiungendo il 59% nel 2016.

Figura 2

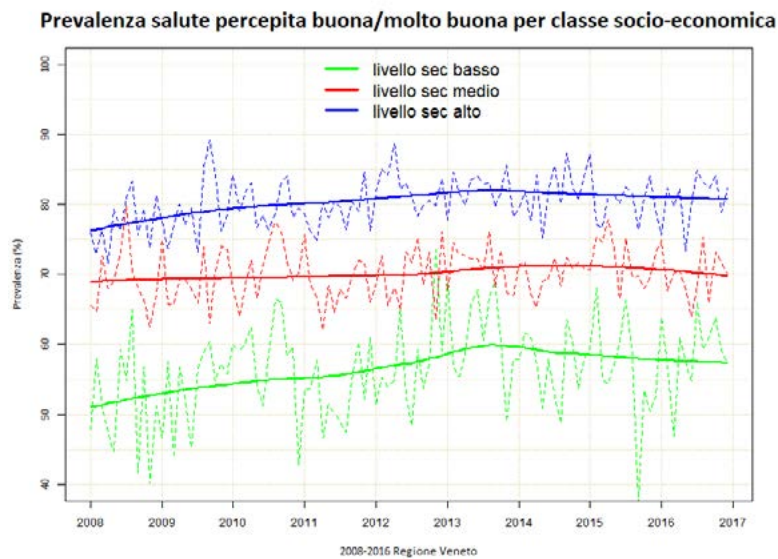


Da qui e per le prossime analisi:

- 1 Rappresentazione del trend stimato con metodo Loess
- 2 Regressione con Cochran - Orcutt per verificare la significatività del trend corretto
- 3 La stima è basata sui singoli anni 2008 e 2016

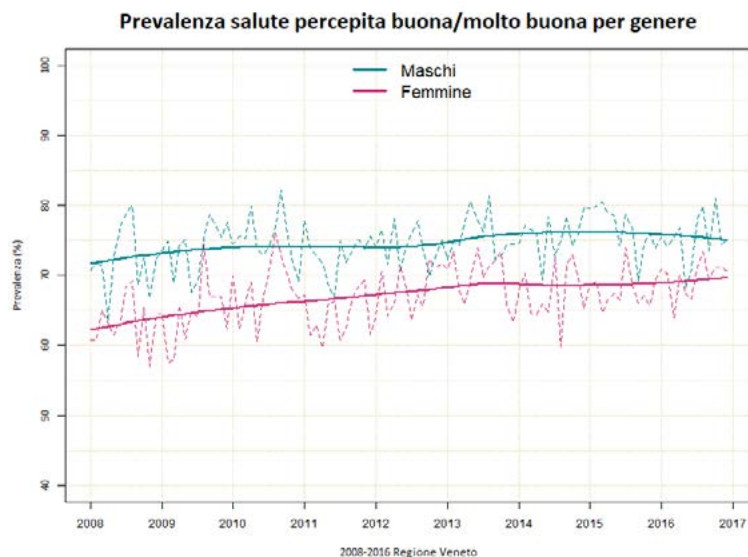
Per quanto riguarda la classe socio economica, nel periodo considerato, risulta significativamente in aumento il trend per le classi più basse o più alte passando rispettivamente dal 51% al 59% ($p < 0.05$) e dal 77% all'81% ($p < 0.01$). La classe media risulta stabile negli anni attorno al 70% (fig. 3).

Figura 3



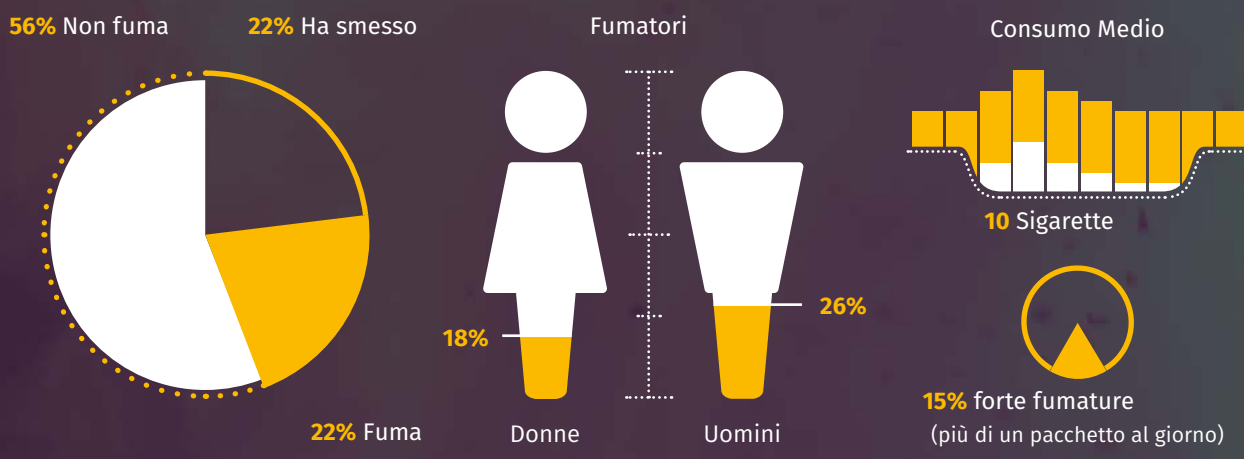
I trend di salute percepita (fig. 4) tra maschi ($p < 0.05$) e femmine ($p < 0.001$) sono in aumento. I maschi passano dal 72% del 2008 al 75% del 2016. Le femmine passano dal 63% al 70% nello stesso periodo considerato.

Figura 4





Fumo



VENETO 2016

In Veneto, la maggioranza degli adulti non fuma (56%) o ha smesso di fumare (22%): attualmente meno di ¼ dei veneti fuma (22%). L'abitudine al fumo è più diffusa fra i più giovani, in particolare fra i 25-34enni e si riduce con l'età, è più frequente fra gli uomini (26%) rispetto alle donne (18%), fra le persone più svantaggiate economicamente (31%), ed è più bassa tra le persone più istruite (21%).

Il consumo medio giornaliero di sigarette è circa 10 sigarette, il 15% dei fumatori è un forte fumatore: consuma più di un pacchetto di sigarette al giorno.

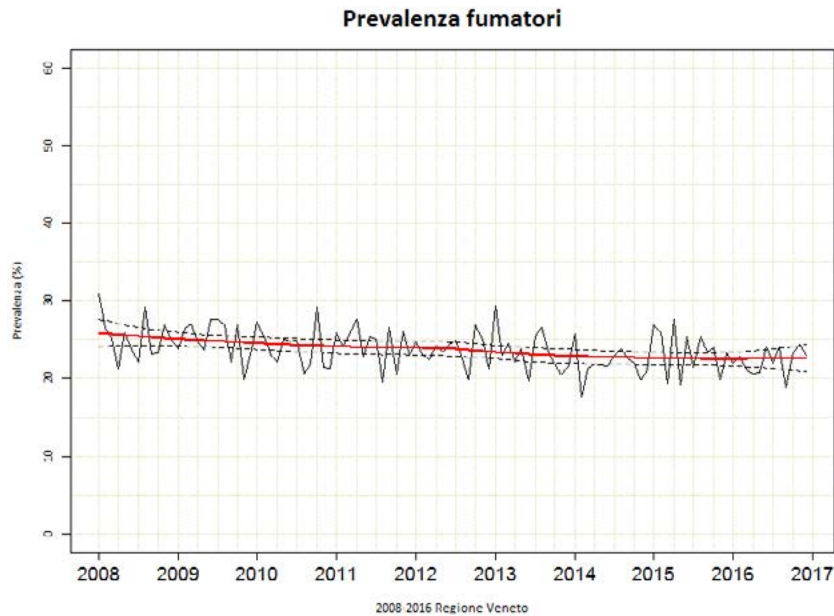
ITALIA 2016

Nel 2016, in Italia i fumatori sono il 26% della popolazione tra i 18 e 69 anni. Si fuma di più nella fasce d'età più giovani, in particolare fra 25-34 anni dove i fumatori sono il 32%, mentre nella fascia 50-69 anni i fumatori sono il 21%. L'abitudine al fumo è più diffusa tra gli uomini che tra le donne (30% vs 21%).

L'andamento dell'abitudine al fumo in Veneto nel periodo 2008-2016

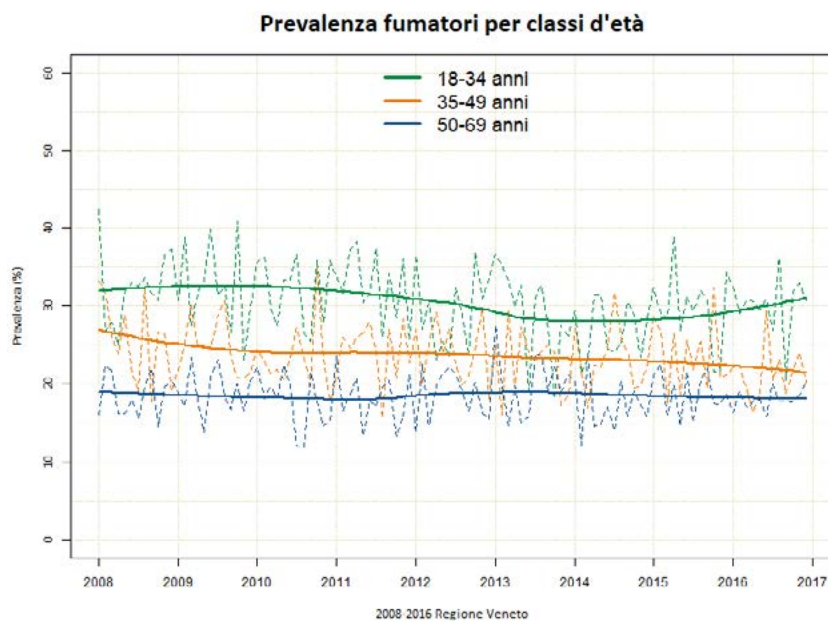
Nel periodo considerato dal 2008 al 2016 (fig. 1), in generale il trend dei fumatori è decisamente in diminuzione ($p < 0.001$). La stima passa dal 26% del 2008 al 22% del 2016.

Figura 1



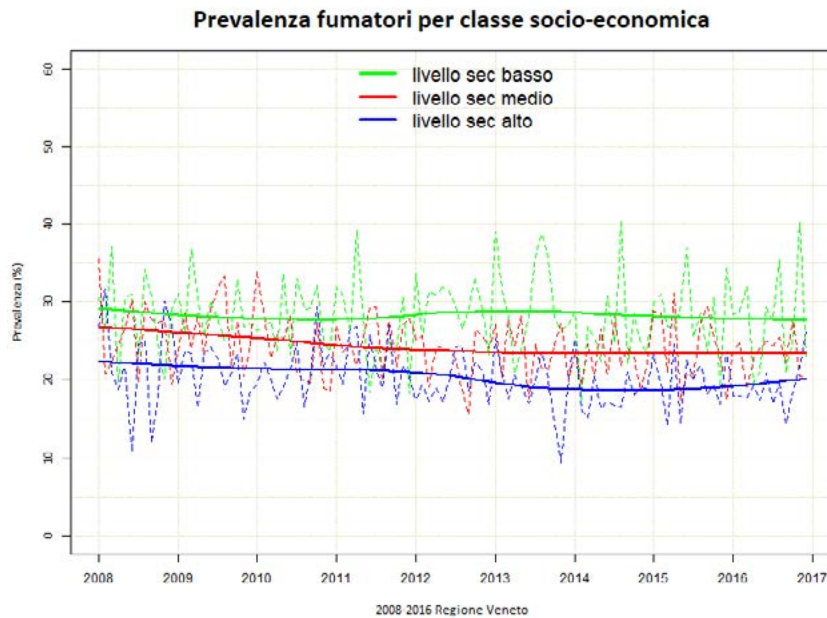
Analizzando i fumatori per classi d'età (fig. 2) la diminuzione risulta significativa per la classe d'età più giovane ($p < 0.001$), passando dal 33% del 2008 al 30% nel 2016. Rimane stabile attorno al 18% per la classe più anziana, mentre sembra esserci una diminuzione ($p < 0.05$) per la classe mediana (26% vs 21%).

Figura 2



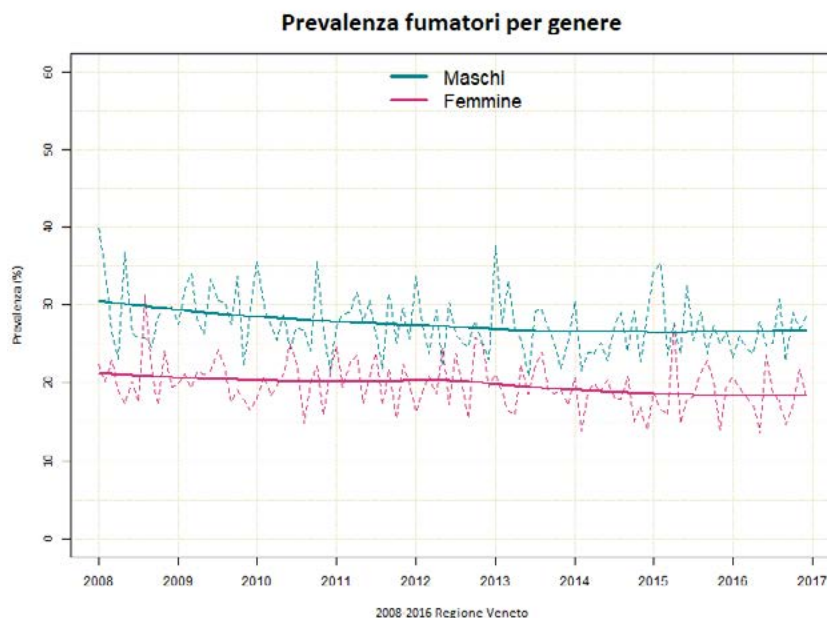
Spostandoci sulla classe socio economica, risultano significativamente in diminuzione i trend per le classi più alte ($p < 0.01$) e quelle medie ($p < 0.05$), passando rispettivamente dal 23% al 19% e dal 26% al 23% tra il 2008 ed il 2016. Mentre le classi sociali più basse restano stabili attorno al 28% (fig. 3).

Figura 3



Sia i fumatori maschi ($p < 0.05$) che le femmine ($p < 0.01$) sono in calo. Nel grafico di figura 4 si può notare come fino al 2013 i fumatori siano in diminuzione e le fumatrici stabili, tale trend si inverte negli anni successivi. Le stime puntuali dal 2008 al 2016, passano dal 30% al 26% tra i fumatori e dal 22% al 18% tra le fumatrici.

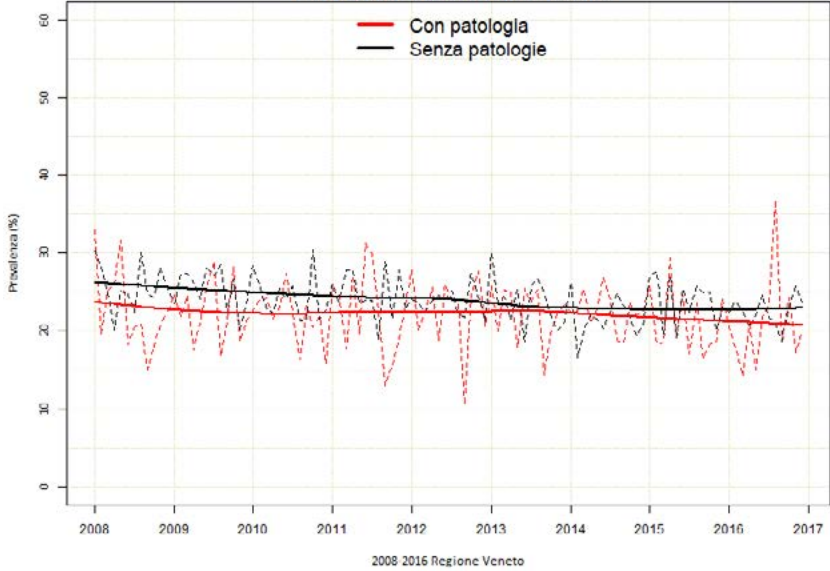
Figura 4



I fumatori con almeno una patologia cronica (fig. 5) sono stabili su livelli del 22%. Diminuiscono invece i fumatori senza alcuna patologia cronica ($p < 0.001$) passando dal 26% al 23%.

Figura 5

Prevalenza fumatori tra soggetti con e senza patologia cronica



Piano regionale per ambienti e persone libere dal fumo di tabacco

La Regione del Veneto da molti anni è impegnata su vari fronti nel promuovere persone, ambienti ed una cultura liberi dal fumo. Attualmente, all'interno del Piano Regionale Prevenzione (PRP) 2014-2018 nel macro obiettivo 1 che riguarda la riduzione del carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili, vi è il Piano per ambienti e persone libere dal fumo di tabacco.

Tale Piano nasce dalla lunga tradizione veneta di impegno nel contrastare il fenomeno del tabagismo basata sul riconoscimento che il fumo è un problema complesso e variegato per la molteplicità di fattori che in esso si intrecciano: sanitari, psicologici, culturali, sociali, economici, ecc... Tale complessità può essere affrontata e contrastata efficacemente solo con una strategia globale che richiede una visione multisettoriale del problema e una integrazione dei diversi tipi di intervento possibili secondo le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che la Regione del Veneto ha fatto proprie sviluppando nel tempo un Piano regionale globale e parte integrante delle politiche di sanità pubblica regionali.

Nel PRP 2014-2018 si intende dare nuovo impulso al suddetto Piano regionale con l'obiettivo di promuovere ambienti e persone libere dal fumo di tabacco attraverso lo sviluppo di tre Programmi:

- Coordinamento dei sistemi di monitoraggio della normativa sul fumo e promozione di ambienti liberi dal tabacco.
- Coordinamento e sviluppo della prevenzione del tabagismo in ambiti scolastici e di comunità in un'ottica di promozione della salute
- Coordinamento e sviluppo del sistema veneto del trattamento del tabagismo

Ognuno di essi concorre al raggiungimento dell'obiettivo finale comune che è ridurre il numero di fumatori in Veneto e con esso di ridurre la mortalità, morbosità e disabilità determinate dal consumo di tabacco. Ogni Programma contribuisce al raggiungimento dell'obiettivo attraverso azioni specifiche mirate a:

- *Programma Coordinamento dei sistemi di monitoraggio della normativa sul fumo e promozione di ambienti liberi dal tabacco:* proteggere i non fumatori dal fumo passivo e favorire scelte di vita salutari sostenute da ambienti di vita e di lavoro liberi dal fumo. Si ritiene ancora opportuno garantire il continuo monitoraggio della Legge 3/2003 di protezione dal fumo passivo e della promozione di una cultura libera dal fumo in tutti gli ambienti di vita e di lavoro attraverso un sistema permanente di monitoraggio per la rilevazione del rispetto, del mantenimento nel tempo e dell'uniformità dell'osservanza della normativa sul fumo, con particolare riguardo agli esercizi pubblici, agli ambienti di lavoro privati e agli ambienti sanitari (Percorso Azienda Sanitaria Libera dal Fumo). Nonostante, infatti, il divieto sia ormai attivo da diversi anni, risulta ancora prioritario garantire il mantenimento nel tempo e l'uniformità dell'osservanza in tutti gli ambiti di competenza. Spesso infatti l'osservanza del divieto è resa difficile da molteplici aspetti - la riduzione nel tempo della percezione collettiva dell'importanza della norma per la salute pubblica e la difficoltà di adesione ad un diverso stile di vita; la difficoltà di passare da mera applicazione della legge a promozione di una cultura della salute e della sua protezione, negli ambienti pubblici, negli ambiti lavorativi come nei servizi sanitari; la difficoltà nella definizione di chiare modalità organizzative di applicazione del divieto di fumo; la difficoltà delle persone delegate al controllo del rispetto della normativa ad espletare il ruolo loro assegnato; la difficoltà nel definire ed utilizzare metodi uniformi e/o consolidati per il monitoraggio della normativa nell'intero territorio nazionale. Tali difficoltà possono essere in parte superate sviluppando e applicando una politica aziendale per la creazione di ambienti sanitari liberi dal fumo che promuovono la salute come obiettivo condiviso e in maniera continuativa. Il Programma sviluppa azioni di monitoraggio e accertamento del rispetto della normativa in scuole, esercizi pubblici (bar, ristoranti), aziende sia pubbliche che private e nelle aziende sanitarie, all'interno delle mansioni lavorative ordinarie. Accanto all'azione di vigilanza viene promossa un'attività di promozione della salute sia a livello individuale che incentivando politiche aziendali per la promozione di un ambiente e una cultura libera dal fumo.
- *Programma Coordinamento e sviluppo della prevenzione del tabagismo in ambiti scolastici e di comunità in un'ottica di promozione della salute:* prevenire l'iniziazione al fumo nei giovani attraverso il potenziamento dei fattori di protezione (life skills; empowerment) per l'adozione di comportamenti sani e di uno stile di vita libero dal fumo nell'ambiente scolastico e nella comunità in un'ottica di promozione della salute. In stretta sinergia con il mondo scolastico tale Programma si propone di implementare in modo uniforme nel territorio

regionale buone pratiche di interventi di prevenzione del tabagismo a scuola consolidate e verificate anche a livello nazionale ed internazionale, integrate con buone pratiche sviluppate a livello regionale, secondo l'ottica efficace della continuità mediante progetti educativi per ogni età e grado scolastico, dalla scuola dell'infanzia alla scuola secondaria di II°. Nello specifico i progetti regionali ad oggi esistenti sono:

- *Alla conquista del pass per la città del sole* - Programma annuale rivolto ai bambini, docenti e genitori dell'ultimo anno della scuola dell'Infanzia (5 anni) e primo ciclo della scuola primaria;
- *Club dei vincenti*. Un piano speciale contro il fumo - Programma rivolto ai bambini, docenti e genitori delle classi IV° e V° della scuola primaria;
- *C'era una volta... e poi vissero sani e contenti* - Programma triennale rivolto ai bambini, docenti e genitori delle classi III°, IV° e V° della scuola primaria;
- *Liberi di scegliere* - Programma di prevenzione primaria dell'abitudine al fumo di sigaretta rivolto agli studenti e docenti della scuola secondaria di I° grado;
- *Diario della salute*. Percorsi di promozione del benessere tra i pre-adolescenti - Programma scolastico di promozione del benessere psicosociale e della salute dei ragazzi di 12-13 anni.
- *Smoke Free Class Competition* - Concorso europeo rivolto alla scuola secondaria di I° grado e al biennio della scuola secondaria di II° grado;
- *Insider* - Programma rivolto agli studenti e docenti della scuola secondaria di II° grado;
- *Sfumiamo i dubbi* - Programma basato sulla peer education e proposto alla scuola secondaria di II° grado.

Ad integrazione dei percorsi educativi sopraindicati vi sono i Laboratori didattici multimediali per la promozione della salute attivi presso Villa Cà Dotta di Sarcedo (VI) rivolti a studenti delle seconde classi primarie, delle prime classi della scuola secondaria di I° grado e di II° grado. Nei laboratori di Cà Dotta si propone una metodologia di lavoro che prevede il coinvolgimento attivo degli studenti con l'utilizzo di modalità comunicative di forte impatto emozionale, centrate sull'immaginario individuale e collettivo legato al fumo di sigaretta e dal prossimo anno scolastico anche all'alcol.

I progetti sopra elencati vanno inseriti all'interno di un processo culturale che mira a raggiungere l'obiettivo di una scuola libera dal fumo in quanto scuola che promuove la salute e il benessere delle nuove generazioni.

- Programma *Coordinamento e sviluppo del sistema veneto del trattamento del tabagismo*: garantire ed aumentare le opportunità terapeutiche per smettere di fumare in tutto il territorio veneto ovvero sostenere i fumatori nella scelta di smettere. Tale obiettivo può essere garantito solo costruendo, coordinando e sviluppando un Sistema Veneto di Trattamento del Tabagismo con il concorso di una rete di servizi e di molteplici figure sanitarie per poter offrire ai cittadini fumatori opportunità diversificate per smettere di fumare.

Gli obiettivi generali sono in sintesi:

- favorire la presa attiva di decisione del fumatore di smettere attraverso l'accesso alle informazioni e la promozione di processi motivazionali;
- supportare la scelta individuale di smettere di fumare attraverso percorsi terapeutici multimodali ed integrati;
- sviluppare interventi innovativi ed efficaci, sostenibili in termini socio-economici, in grado di favorire il trattamento del tabagismo;
- ridurre le disuguaglianze nelle condizioni di salute;
- aumentare la copertura e diminuire la disomogeneità degli interventi nelle singole Aziende ULSS, oltre che darne continuità;
- stabilizzare il sistema con azioni quali linee di orientamento regionali.

Il sistema veneto si sviluppa su due livelli: il 1° livello comprende gli interventi brevissimi e brevi di minimal advice e counselling breve motivazionale che ogni operatore sanitario può svolgere in setting sanitari opportunistici con la finalità di stimolare e supportare nei fumatori la scelta di essere liberi dal fumo; il valore aggiunto del 1° livello è che riguarda un gran numero di persone e che il messaggio è breve e ripetuto in diversi contesti sanitari; il 2° livello di trattamento sono gli interventi specialistici che si sviluppano negli Ambulatori/ Centri Trattamento del Tabagismo presenti in ogni Az.ULSS veneta, che propongono sia percorsi individuali che gruppalmente per accompagnare la persona nella decisione di smettere di fumare (per approfondimenti v. sito www.smettintempo.it).

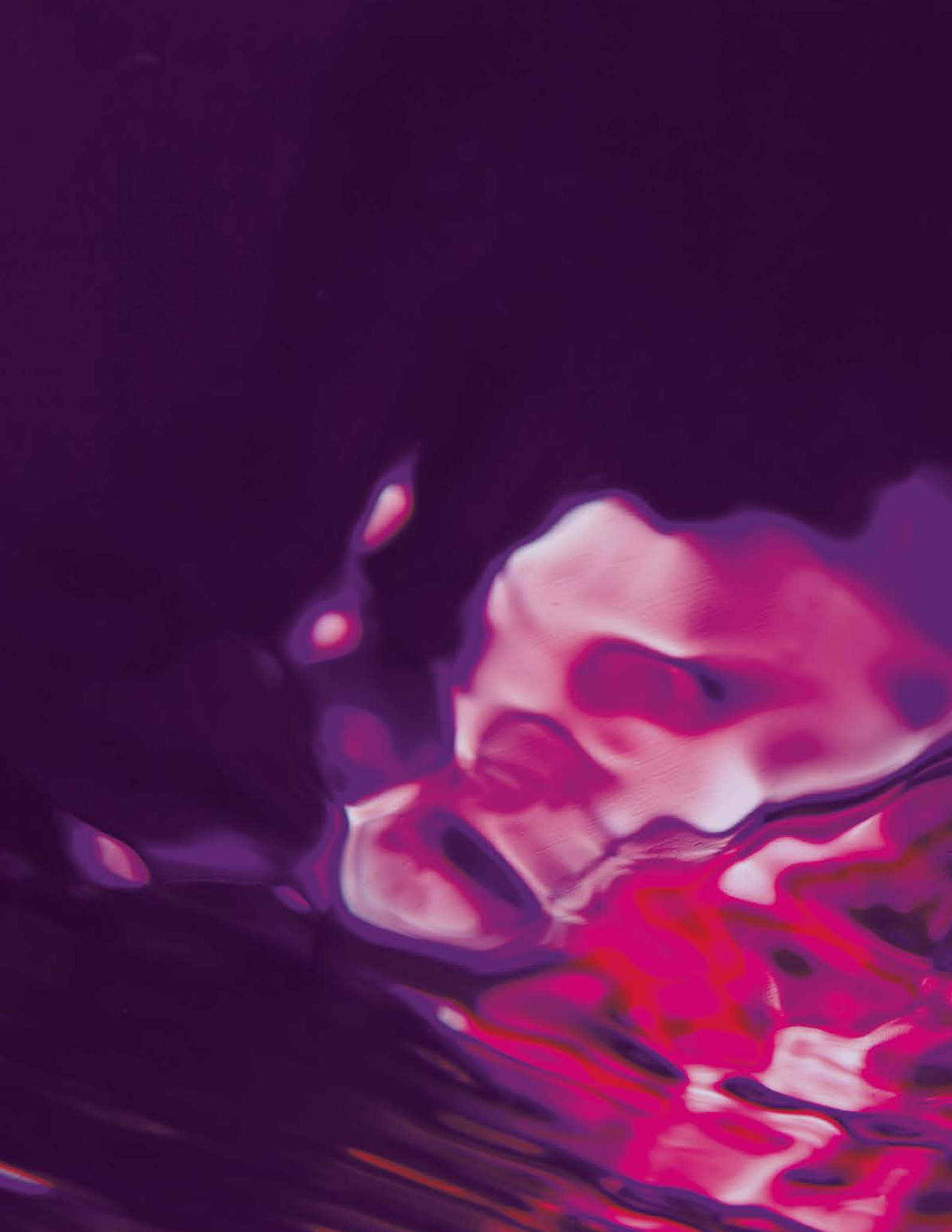
Tali Programmi si sviluppano secondo alcuni punti cardine della programmazione del PRP 2014-2018 quali: l'approccio life course - in essi infatti possiamo ritrovare l'attenzione per la persona nelle diverse fasi della

vita affinché possa essere protetta dal fattore di rischio fumo fin dal concepimento ed in ogni setting di vita, in particolare, la scuola, gli ambienti di lavoro e la comunità. Gli ambienti, compresi quelli sanitari, costituiscono veicoli fondamentali per messaggi di salute e per promuovere l'empowerment individuale e collettivo per scelte di vita positive e responsabili. Infine, in essi ritroviamo l'attenzione per le disuguaglianze, che contraddistinguono anche il fenomeno del tabagismo, al fine di individuare strumenti efficaci per contrastarle, ad esempio è di rilievo la ricerca di opportunità di trattamento del tabagismo diverse per genere partendo dal riconoscimento delle diversità tra i fumatori uomini e donna.

Il Piano sul tabagismo si interfaccia con altri Programmi all'interno del PRP che prevedono un'attenzione particolare rispetto il fumo di tabacco quali: - MammePiù-Guadagnare Salute in gravidanza, GenitoriPiù, ma anche il Programma di screening cardiovascolare e il Programma per la promozione di una corretta alimentazione, con ognuno di essi si sono individuate azioni integrate e sinergiche al fine di potenziare i messaggi di salute che ogni Programma promuove.

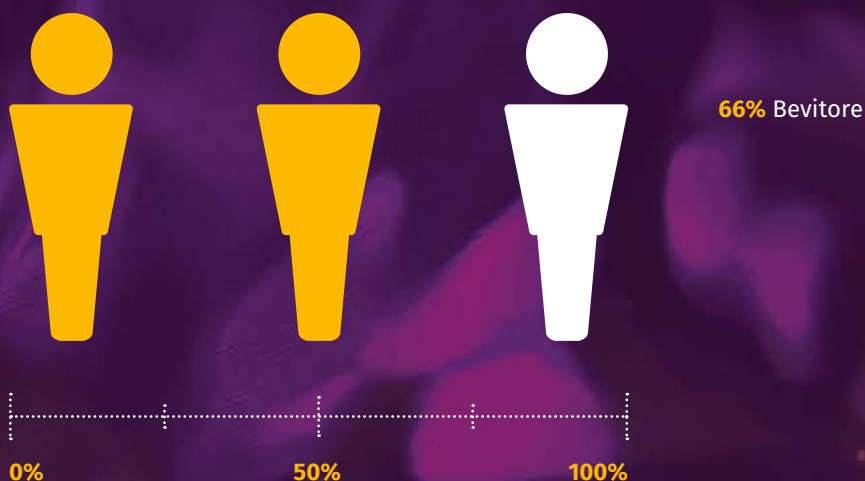
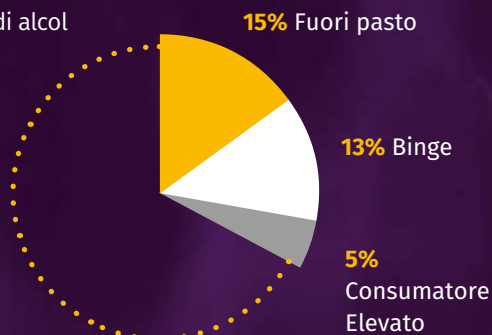
Nello sviluppo del Piano regionale di contrasto al tabagismo è fondamentale l'apporto del sistema di sorveglianza PASSI a più livelli:

- Nella fase di programmazione a livello regionale per comprendere l'andamento del fenomeno, riflettere su eventuali ambiti critici emersi individuando dove è opportuno focalizzare l'attenzione e definire strategie di intervento specifiche. L'apporto fondamentale del sistema PASSI vi è anche nella riflessione relativa al contrasto delle disuguaglianze di salute di genere, di età o per condizione socio-economica.
- Nella fase di programmazione a livello aziendale i dati PASSI rappresentano spesso la fonte di riferimento per lo standard aziendale da raggiungere in quel territorio.
- In ambito formativo e di sensibilizzazione sulla tematica sia con gli operatori sanitari che con gli stakeholder dei diversi Programmi: scuola, enti locali, gestori di esercizi pubblici, cittadini, ecc.. i dati permettono un'analisi puntuale e contestualizzata del fenomeno e questa localizzazione assume spesso anche il valore di una spinta motivazionale ad occuparsene.



Alcol

26% consumatore di alcol a maggior rischio



VENETO 2016

Il 66% dei veneti dichiara di essere bevitore, ossia di aver consumato negli ultimi 30 giorni almeno un'unità di bevanda alcolica. Il consumo di alcol è più diffuso tra gli uomini, nelle fasce di età più giovani e nelle persone con alto livello di istruzione e nessuna difficoltà economica. Più di un quinto degli intervistati (26%) può essere classificabile come consumatore di alcol a maggior rischio o perché fa un consumo abituale elevato (5%) o perché bevitore fuori pasto (15%) o perché bevitore binge (13%) oppure per una combinazione di queste tre modalità. Il consumo di alcol a maggior rischio è associato in maniera statisticamente significativa con la giovane età (18-24 anni) il sesso maschile e la cittadinanza italiana, senza un particolare gradiente socio-economico. I giovani (18-24 anni) che hanno un consumo binge sono il 21%, fenomeno in aumento negli ultimi anni.

ITALIA 2016

In Italia nel 2016 le persone che hanno un consumo di alcol a rischio sono il 17%, ossia dichiara di avere un consumo abituale elevato o di essere un bevitore fuori pasto o binge oppure per una combinazione di queste tre modalità. Il consumo a maggior rischio è più diffuso tra gli uomini (22%) rispetto alle donne (12%) e nelle classi d'età più giovani (18-24 anni) dove i bevitori a maggior rischio sono il 33%, mentre nella classe 50-69 anni sono l'11%.

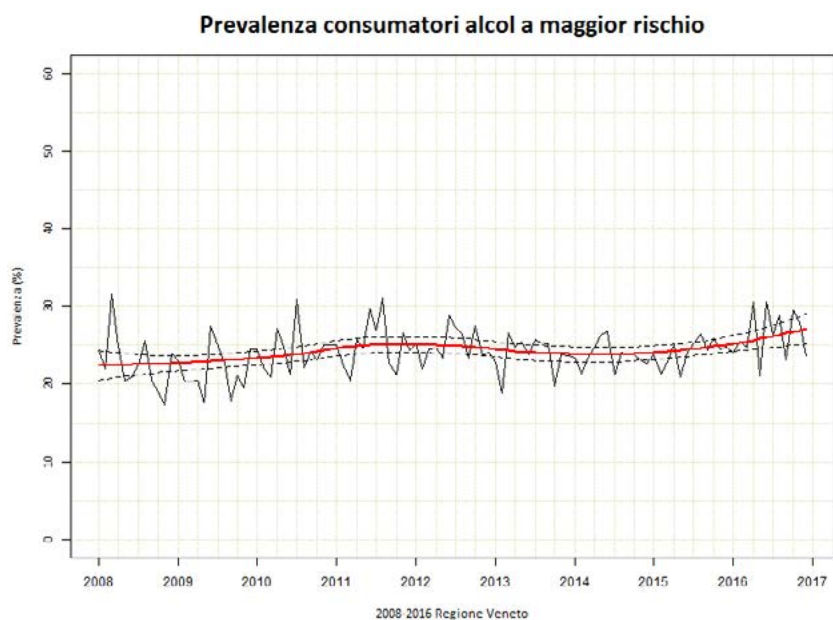
I bevitori binge in Italia sono il 9% ed è un'abitudine diffusa maggiormente tra gli uomini rispetto alle donne (13% vs 5%) e tra i giovani (14%) rispetto alle persone di età compresa tra i 50 e i 69 anni (6%)

L'andamento del consumo di alcol in Veneto nel periodo 2008-2016

Consumo a maggior rischio

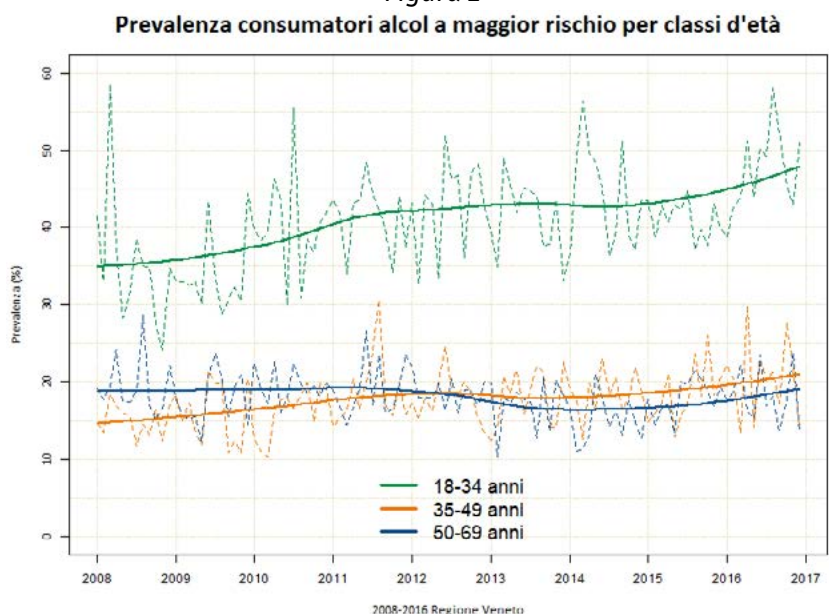
Nel periodo considerato dal 2008 al 2016 (fig. 1), il trend dei consumatori di alcol a rischio¹ è in aumento. La stima va dal 23% nel 2008 al 26% nel 2016 ($p < 0.05$).

Figura 1



Valutando i consumatori di alcol a rischio per classi d'età (fig. 2) la situazione risulta differenziata: l'aumento risulta significativo per la classe d'età più giovane ($p < 0.001$), passando dal 35% del 2008 al 47% nel 2016. La classe mediana aumenta in maniera significativa ($p < 0.001$) passando dal 15% al 20% nel periodo considerato. Nelle classi più anziane diminuisce ($p < 0.1$) la prevalenza di consumatori a rischio: dal 19% nel 2008 al 18% nel 2016.

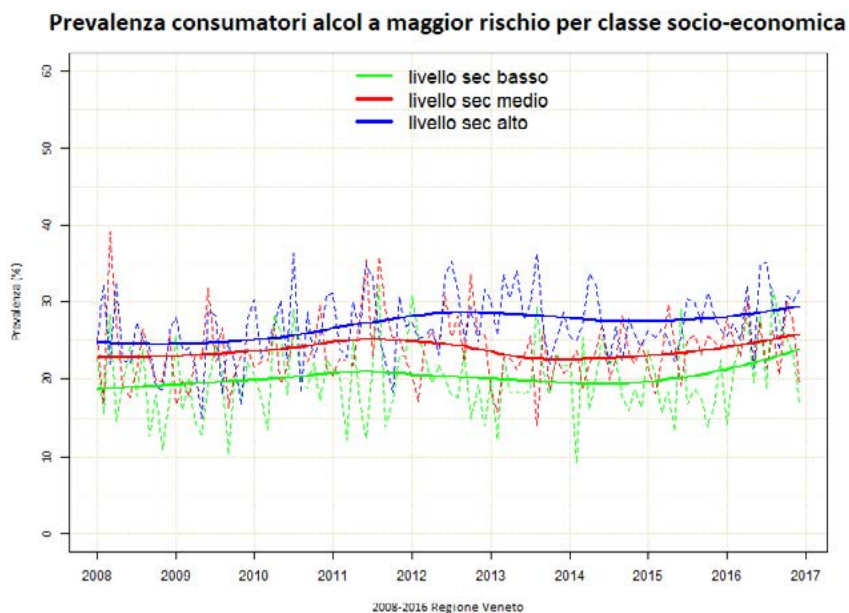
Figura 2



¹ Consumatore a maggior rischio è una persona che, negli ultimi 30 giorni, ha dichiarato un consumo abituale elevato (>2 Unità Alcoliche al giorno, >60 UA al mese per gli uomini; >1 UA al giorno quindi >30 al mese, per le donne), e/o un consumo binge (5 UA per gli uomini, 4 UA per le donne, in una sola occasione) e/o un consumo (esclusivamente o prevalentemente) fuori pasto.

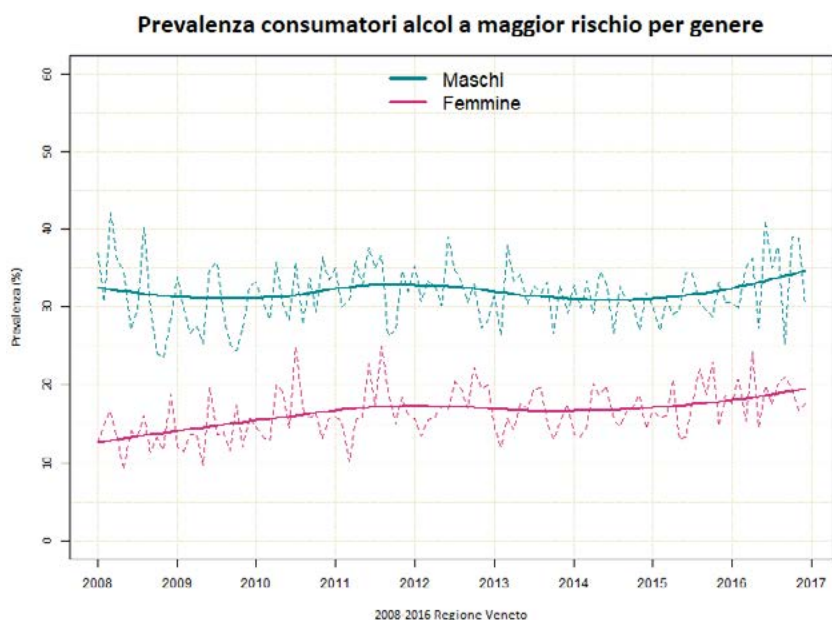
Per quanto riguarda la classe socio-economica (fig. 3), risulta significativamente in aumento il trend per le classi più alte ($p < 0.05$), passando rispettivamente dal 24% al 29% tra il 2008 ed il 2016. Mentre le classi sociali medie e basse restano stabili rispettivamente attorno al 24% e 20%.

Figura 3



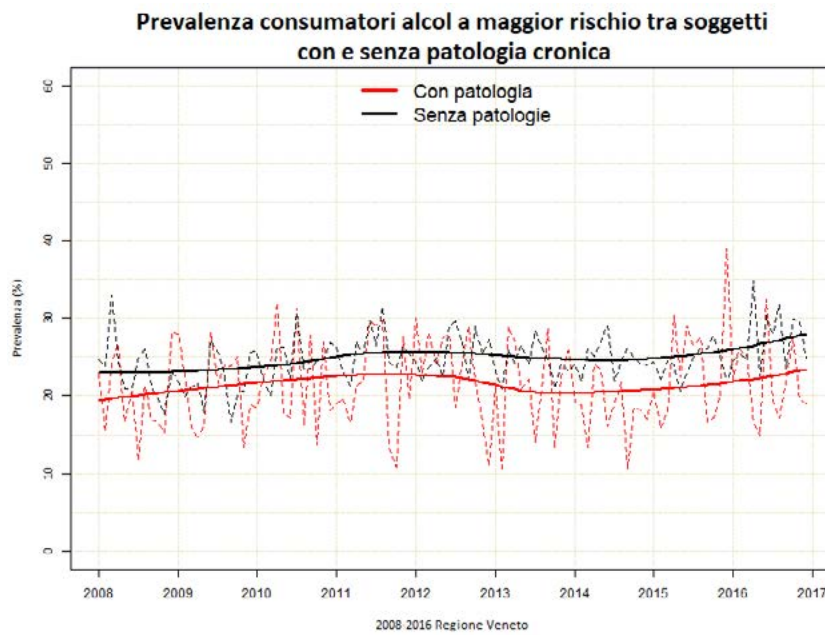
Nonostante i livelli completamente diversi tra maschi e femmine (fig. 4), entrambi i sessi sono in aumento, i primi passano dal 30% al 34% ($p < 0.05$), mentre le donne passano dal 14% al 19% dal 2008 al 2016 ($p < 0.001$).

Figura 4



I consumatori di alcol a rischio con almeno una patologia cronica (fig. 5) sono stabili su livelli del 20%. Aumentano invece i consumatori senza alcuna patologia cronica ($p < 0.01$) passando dal 22% al 27%.

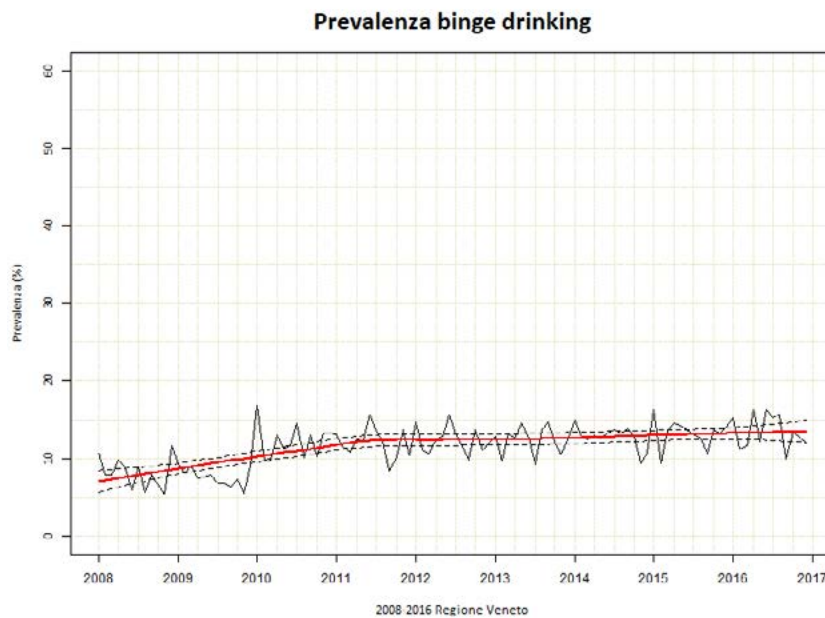
Figura 5



Consumo binge

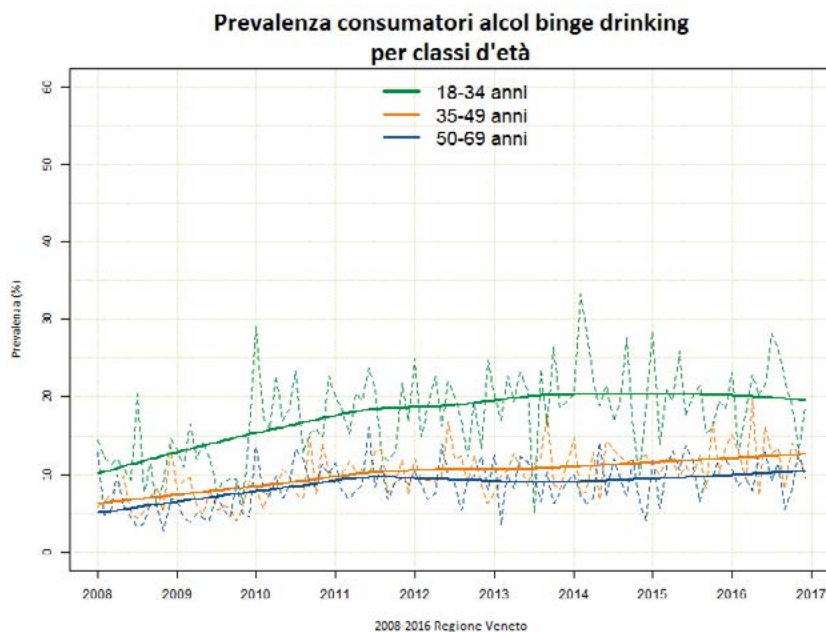
Nel periodo considerato dal 2008 al 2016 (fig. 6), il trend dei consumatori di alcol a livello di binge drinking è in aumento ($p < 0.001$), passando dall'8% al 13%.

Figura 6



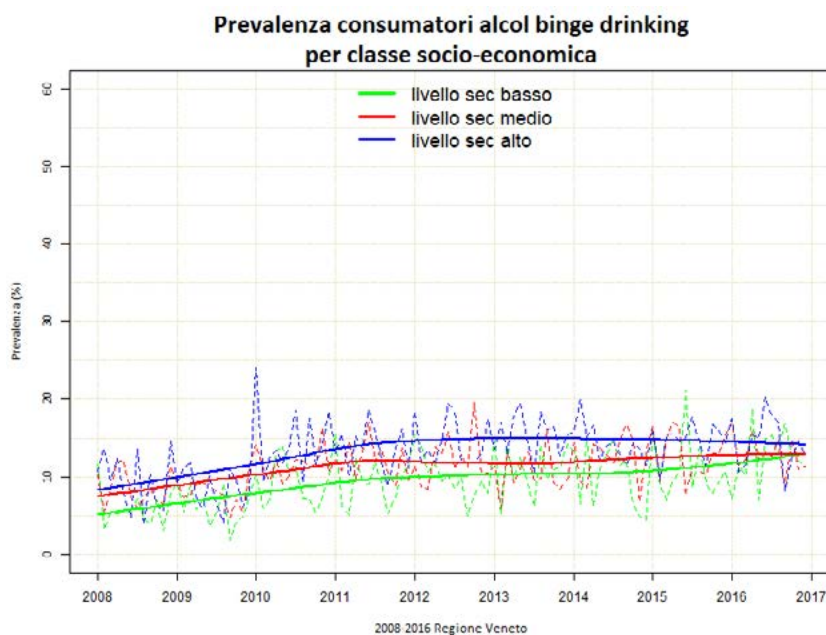
Dividendo il dato per classi d'età (fig. 7) si può notare che per tutte le classi d'età considerate, il trend del binge drinking è in aumento ($p < 0.001$ per tutte e tre le classi d'età). L'aumento è sostanzialmente imputabile ai primi anni dal 2008 al 2012, rimanendo stabile negli anni successivi. Tra i giovani si passa dal 12% al 20%, nella classe mediana le stime puntuali passano dall'8% del 2008 al 12% del 2016. Tra i 50 e 69 anni la prevalenza è del 6% nel 2008, raggiungendo il 10% nel 2016.

Figura 7



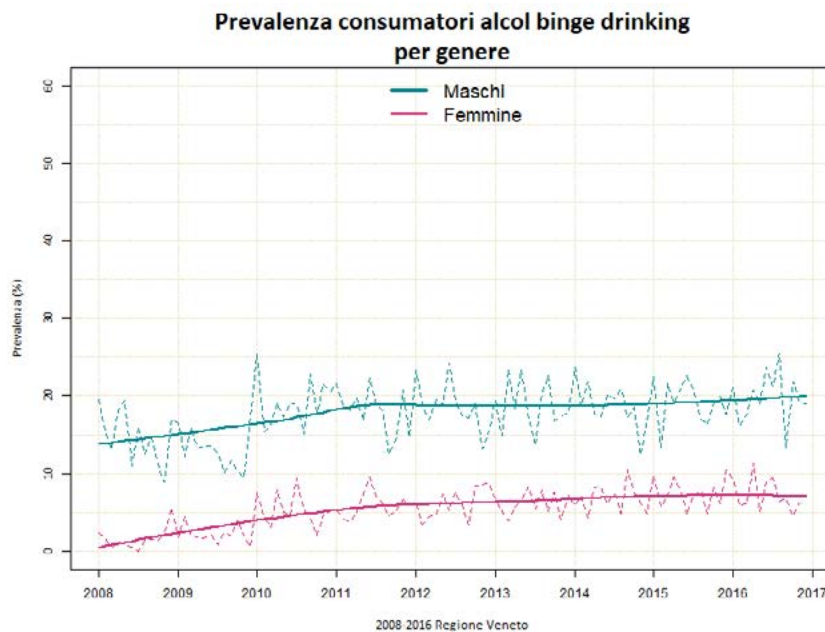
Anche per quanto riguarda la classe socio-economica, risulta significativamente in aumento il trend per tutte le classi considerate ($p < 0.001$ per tutte e tre le categorie socio-economiche). La classe con livello più basso partiva dal 6% del 2008 raggiungendo il 12% nel 2016. Nella classe media tali stime sono rispettivamente l'8% e il 13%. Nella classe più alta il passaggio è dal 10% al 14% (fig. 8).

Figura 8



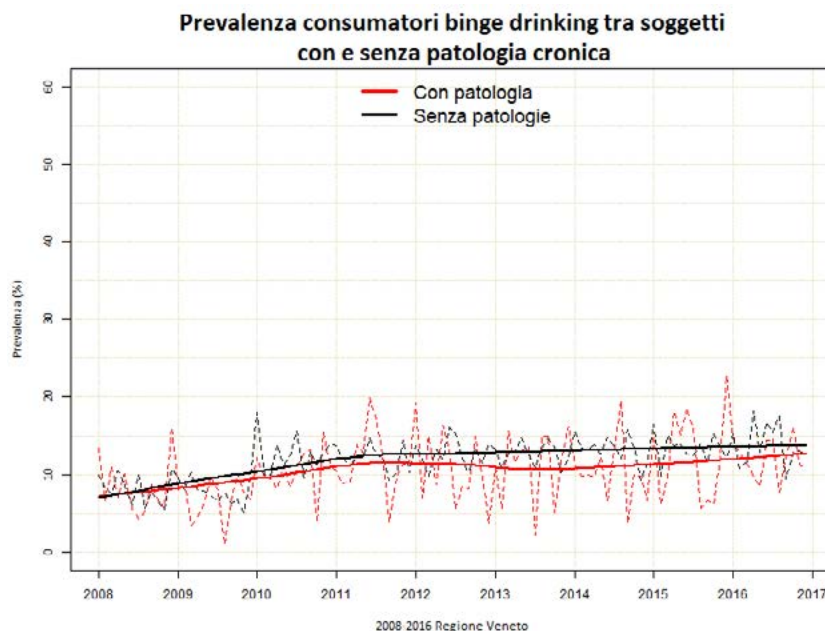
Nonostante i livelli completamente diversi tra maschi e femmine (fig. 9) entrambi i trend sono in aumento ($p < 0.001$). I maschi passano dal 15% del 2008 al 20% del 2016. Le femmine passano dal 2% al 7% nello stesso periodo considerato.

Figura 9



I consumatori di alcol a livello di binge drinking con almeno una patologia cronica (fig. 10) sono in aumento ($p < 0.001$) passando dall'8% al 12%. Aumentano anche i consumatori senza alcuna patologia cronica ($p < 0.001$) passando dal 9% al 13%.

Figura 10



Programma regionale “Formazione personale sanitario sulla prevenzione dei problemi alcol-correlati”

Nell'attuale Piano Regionale Prevenzione (PRP) 2014-2018 è inserito il Programma “Formazione personale sanitario sulla prevenzione dei problemi alcol-correlati” in continuità con il progetto “Non solo cura, ma cultura – formazione degli operatori sanitari sulla prevenzione dei disturbi alcol correlati” del precedente PRP che aveva la finalità di sensibilizzare e formare il personale sanitario delle Aziende ULSS ed Ospedaliere sui problemi alcol correlati e sull'intervento breve. Tali programmi partono dall'evidenza sostenuta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che la maggior parte dei problemi alcol correlati sorgono in associazione con livelli moderati di consumo. Devono essere quindi i bevitori moderati il target privilegiato dell'intervento, attraverso un approccio preventivo di popolazione da parte degli operatori sanitari, che passa attraverso la diffusione ed il rinforzo di interventi di counselling breve (brief intervention).

Peraltro i dati raccolti annualmente con il Sistema di Sorveglianza PASSI, come visto sopra, continuano ad evidenziare una bassa attenzione nei confronti di tali problematiche da parte degli operatori sanitari nei confronti degli utenti con i quali a vario titolo vengono a contatto. E' quindi importante incentivare un intervento di rete, che coinvolga il maggior numero possibile di operatori sanitari, puntando sul loro ruolo fondamentale e autorevole in tema di salute. Si tratta, nello specifico, di attivare un processo culturale tra gli operatori sanitari sul grave problema di sanità pubblica conseguente al consumo di bevande alcoliche che non può essere né facile né immediato, ma deve essere perseguito con perseveranza, allargando il numero dei destinatari e coinvolgendo tutti gli operatori sanitari. L'obiettivo è quello di aumentare la sensibilità del personale sanitario, al fine di indurre un'attenzione alle problematiche alcol-correlate, tramite azioni di prevenzione ed interventi di counselling breve (brief intervention) nei diversi ambiti lavorativi.

In particolare, nell'attuale PRP il Programma prevede attività rivolte ai MMG, figura cardine nella relazione con i cittadini - utenti del servizio sanitario, oltre che auspicare che nelle Az.ULSS continuino i corsi di formazione specifica degli operatori sulla tematica.

Evidence

- Organizzazione Mondiale della Sanità (2001). “Brief intervention for hazardous and harmful drinking. A manual for use in primary care”, 2001.
- Istituto Superiore di Sanità - Osservatorio Nazionale Alcol – CNESPS: “Rischio alcol: la necessità di colmare il gap di conoscenze e formazione medica per la diagnosi precoce e l'intervento breve”, Scafato 2013
- Ministero della Salute: “Relazione del ministro della salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n. 125 “legge quadro in materia di alcol e problemi alcolcorrelati” - anno 2015



Attività fisica



34%
Attivo

47%
Parzialmente
Attivo

20%
Sedentario



15%
Inattivi tra i laureati



29%
Inattivi tra studio elementare o
inferiore

VENETO 2016

In Veneto, nel 2016 il 34% delle persone intervistate, tra i 18 e 69 anni, ha uno stile di vita attivo. Il 47% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) e il 20% è completamente sedentario. La sedentarietà cresce all'aumentare dell'età ed è più diffusa nelle persone con basso livello d'istruzione, con maggiori difficoltà economiche e tra i cittadini stranieri. In particolare tra i laureati i sedentari sono il 15% e ben il 29% tra le persone con titolo di studio elementare o inferiore. Il forte gradiente legato al livello culturale-economico rimane significativo anche analizzando con una opportuna tecnica statistica (regressione logistica). Lo stile di vita sedentario si associa spesso ad altre condizioni di rischio: è presente nel 31% delle persone con sintomi di depressione, nel 22% dei fumatori, nel 23% degli ipertesi e nel 22% delle persone in eccesso ponderale.

ITALIA 2016

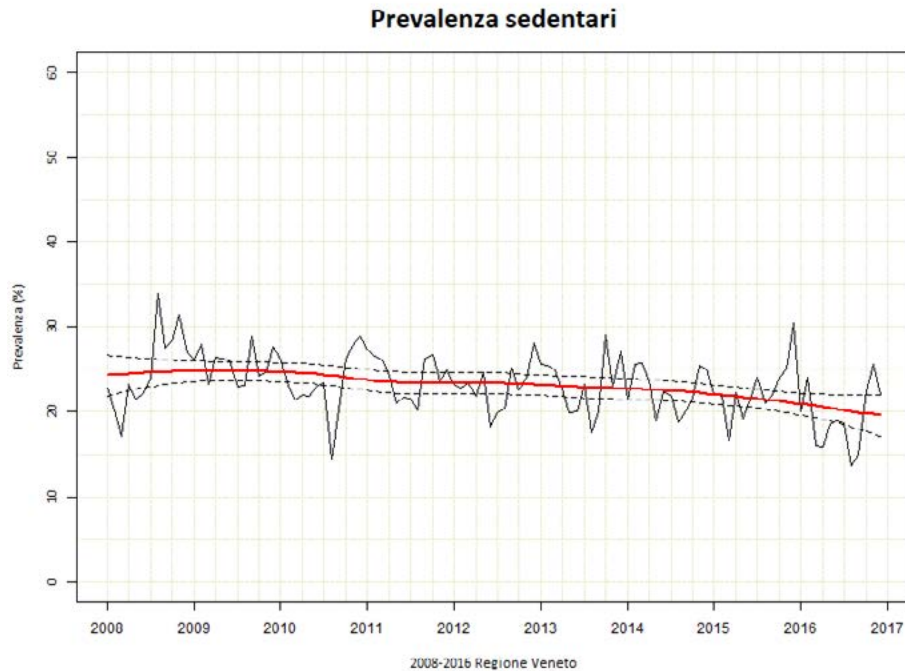
In Italia risulta attivo il 32% delle persone tra i 18-69 anni, il 36% risulta parzialmente attivo ovvero pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato e il 32% è completamente sedentario.

La sedentarietà è più diffusa tra le donne rispetto agli uomini (34% vs 31%) e cresce al crescere dell'età passando dal 25% delle persone con età compresa tra i 18 e 24 anni al 36% di quelle della fascia 50-69 anni.

L'andamento delle persone sedentarie in Veneto nel periodo 2008-2016

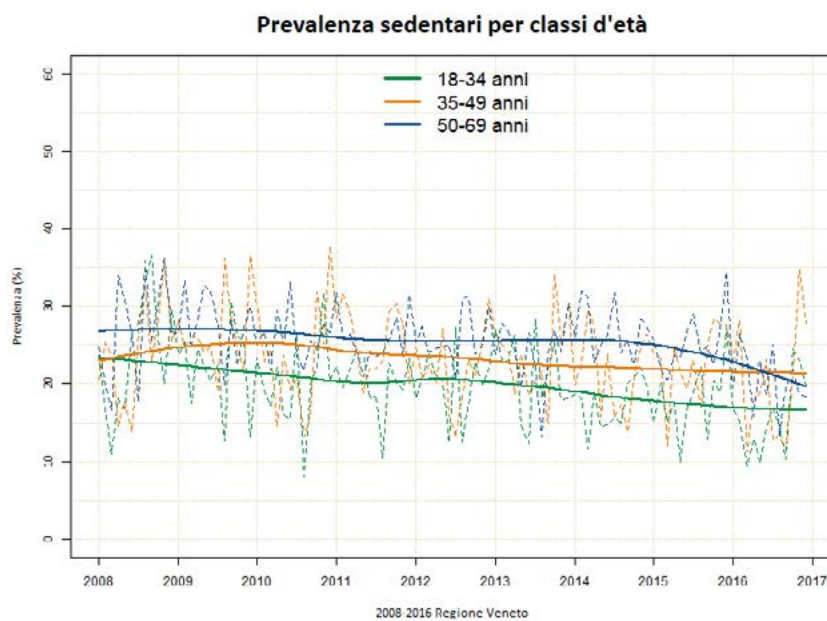
In figura 1 possiamo osservare come la prevalenza di sedentari sia in diminuzione ($p < 0.01$) nel periodo in esame: nel 2008 erano il 25%, mentre sono il 20% nel 2016.

Figura 1



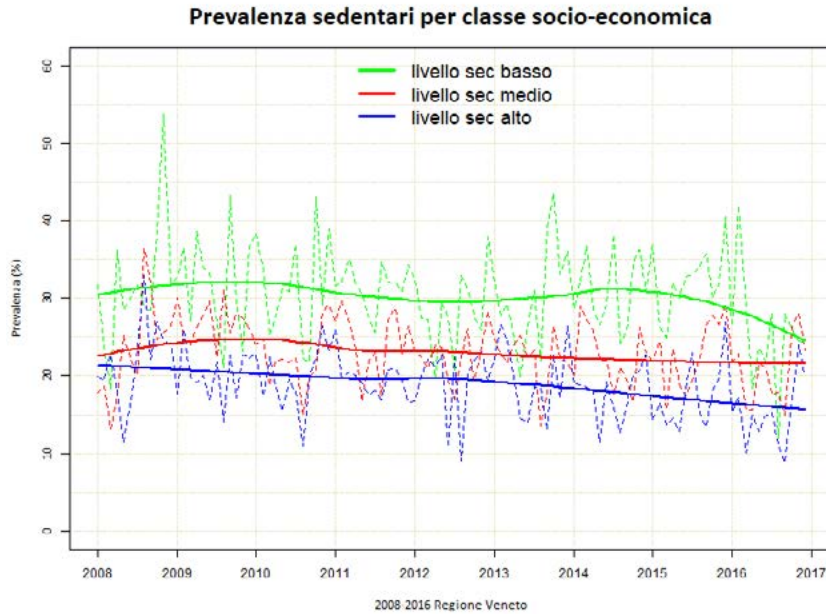
Analizzando i sedentari per classi d'età (fig. 2) si può notare come nella classe più giovane sia in diminuzione tale prevalenza ($p < 0.001$), passando dal 24% al 16% tra il 2008 ed il 2016. La classe dei 35-49enni è in lieve calo ($p < 0.1$) passando dal 24% al 21%. La classe più anziana risulta in calo ($p < 0.01$) passando da una stima puntuale del 27% al 21%.

Figura 2



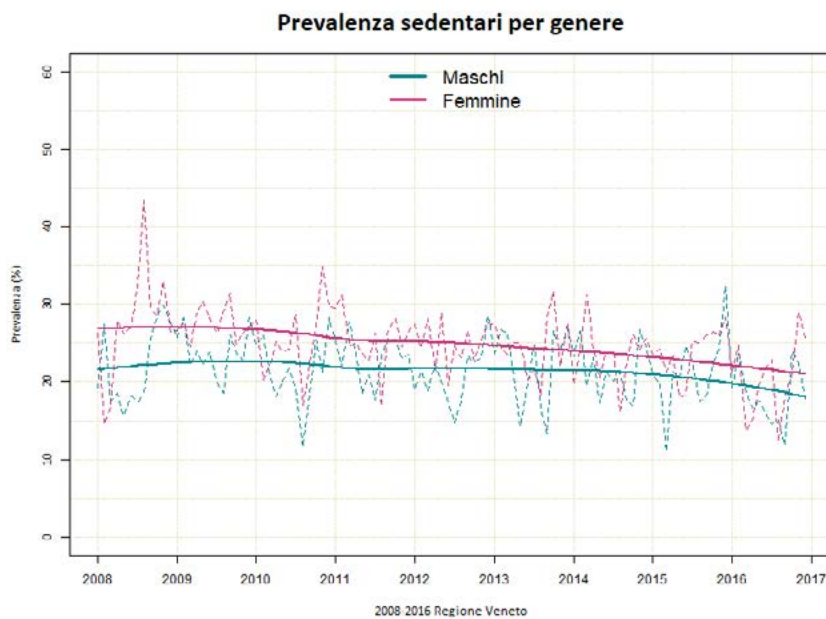
Tra le diverse classi socio-economiche, i sedentari risultano in diminuzione tra le classi più alte ($p < 0.01$) tra il 2008 ed il 2016 passando dal 22% al 15%. I sedentari tra le classi medie sono in lieve calo passando dal 23% al 21% ($p < 0.1$); i sedentari nelle classi svantaggiate, che nel 2008 erano attorno al 30%, sembrano diminuire negli ultimi 2 anni: tuttavia tale trend non è significativo (fig. 3).

Figura 3



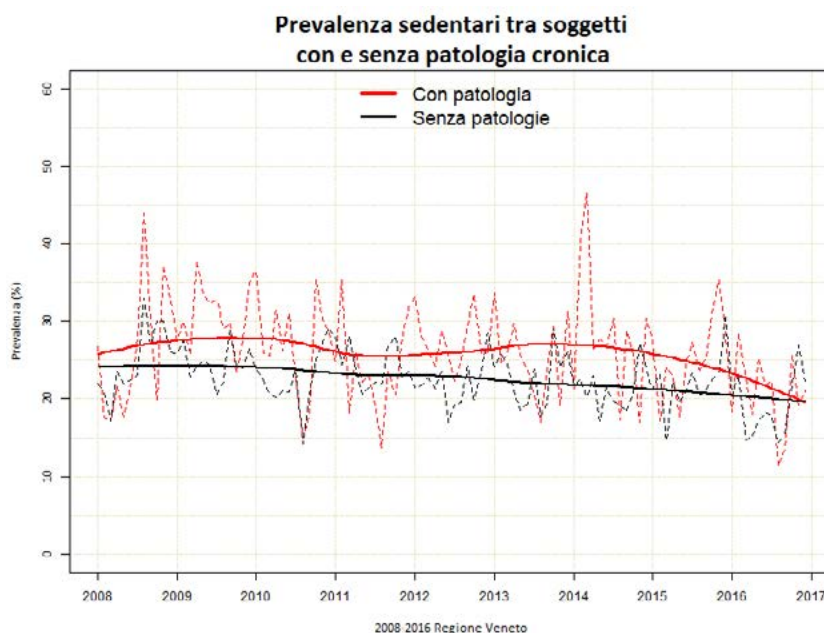
Nella differenziazione di genere (fig. 4), le donne nel periodo in esame si stanno assestando attorno ai livelli degli uomini: i sedentari tra questi ultimi sono in lieve calo, passando dal 23% al 19% ($p < 0.1$), anche le femmine sono in diminuzione ($p < 0.05$) passando dal 27% al 21%.

Figura 4



Per quanto riguarda i sedentari che dichiarano di avere almeno una patologia cronica, nel periodo considerato, si registra un calo che va dal 26% del 2008 al 21% del 2016 ($p < 0.1$). Calano anche le persone senza malattie croniche ($p < 0.001$) passando dal 24% al 20% (fig. 5).

Figura 5



Piano regionale per la promozione dell'attività motoria

La Regione del Veneto ha approvato il Piano per la promozione dell'attività motoria (DGR n. 1563 del 26.08.2014) con la finalità di promuovere l'attività motoria, sviluppando le progettualità già in essere nell'ottica della trasversalità e della multisettorialità.

Il piano si articola nello sviluppo delle seguenti aree:

- interventi sulla popolazione sedentaria sana, promuovendo in setting specifici - quali quello scolastico, lavorativo e di comunità - il movimento, sia nella quotidianità che in occasioni organizzate
- interventi sulla popolazione con presenza di uno o più fattori di rischio o con patologie specifiche che possono trarre beneficio dal movimento, anche predisponendo percorsi di esercizio fisico strutturato;
- interventi finalizzati alla creazione di contesti specifici idonei alla promozione dell'attività motoria con interventi strutturali e ambientali;
- azioni di comunicazione, informazione e formazione, rivolti sia alla popolazione che agli operatori sanitari, nell'ambito dei 3 livelli di intervento.

Il Piano si sviluppa attraverso i seguenti programmi:

- MuoverSi - Promozione dell'attività motoria nel ciclo di vita, con particolare attenzione all'intervento sui determinanti ambientali e al contrasto delle disuguaglianze
Il programma prevede la realizzazione di interventi specifici per le diverse fasce d'età e la costruzione e diffusione di strumenti di intervento sui determinanti ambientali della sedentarietà.

In particolare per le diverse fasce di età, le Aziende Ulss sviluppano i seguenti interventi:

- Bambini in età prescolare: individuare indicazioni per buone pratiche per promuovere uno stile di vita attivo fin dai primi anni di vita, ad es. relative ai modi e tempi di abbandono dell'uso del passeggino e successivamente alla corretta educazione stradale, all'utilizzo di parchi attrezzati e spazi verdi ecc.
- Bambini della scuola primaria: espandere i pedibus e realizzare altri interventi per incentivare il cammino

e l'uso della bicicletta nel percorso casa scuola e negli altri momenti della vita quotidiana, sostenere il recupero e la promozione del gioco di strada e dei giochi tradizionali italiani e stranieri (etnie prevalenti nei singoli ambiti territoriali) - laboratori per ragazzi, formazione insegnanti, lavoro con le famiglie.

- Ragazzi della scuola secondaria di primo e secondo grado: laboratori per ragazzi, formazione insegnanti, lavoro con le famiglie, social marketing mediante i social network ed altri strumenti informatici.
- Adulti - anziani: azioni per incrementare l'attività fisica nella vita quotidiana e anche le attività organizzate (gruppi di cammino, ginnastica in palestra ed altre attività per adulti e/o anziani (ballo, nuoto ecc., promozione dell'utilizzo della bicicletta nella vita quotidiana e attività organizzate, interventi che prevedono la diffusione di comportamenti attivi (uso delle scale, mobilità attiva, movimento nei parchi) allo scopo di prolungarne lo stato di autosufficienza prevenendo più a lungo possibile i disturbi correlati all'invecchiamento, rallentando il processo fisiologico di riduzione dell'efficienza fisica e cognitiva.

Prescrizione dell'esercizio fisico

Gli effetti positivi dell'esercizio fisico sulla patologia cronica non trasmissibile (da quella cardiovascolare, al diabete, ad alcune patologie neoplastiche quali il cancro del colon e della mammella etc...) sono solidamente documentati.

Ciò ha portato alla diffusione nel territorio veneto della prescrizione dell'esercizio fisico, attraverso una stretta collaborazione tra i medici di medicina generale e gli specialisti coinvolti nella gestione di pazienti affetti da patologie croniche, operanti sul territorio ed/o presso i Servizi dell'Azienda, nonché dei centri fitness e delle palestre idonee ad accogliere i soggetti destinatari dell'intervento, allo scopo di realizzare una rete operativa in grado di gestire e seguire nel tempo, in modo ottimale, il soggetto con cronicità.

Il programma prevede che il Dipartimento di Prevenzione, sotto il coordinamento di un gruppo di lavoro regionale, organizzi la rete di palestre territoriale idonee ad accogliere soggetti con cronicità, garantisca la formazione specifica finalizzata all'acquisizione di conoscenze e competenze volte alla prescrizione dell'esercizio fisico, sia per i laureati in scienze motorie che per il personale medico coinvolto; coinvolga i medici di base, rendendoli autonomi nella prescrizione di soggetti a basso-medio rischio.

Sviluppo della Carta di Toronto come modello per l'advocacy, la creazione di reti, la progettazione partecipata

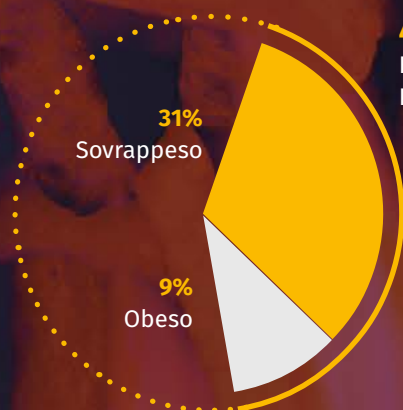
Il programma prevede il coinvolgimento di portatori di interesse appartenenti ad ambiti diversi, comprese le associazioni di promozione sociale capillarmente presenti nel territorio, che dovrebbero facilitare il raggiungimento anche di fasce di popolazione più difficilmente coinvolgibili con canali standard.

In particolare, per il tema "attività fisica" questa visione è supportata da quanto emerge dal recente documento internazionale, la "Carta di Toronto" e dal suo documento integrativo 'I migliori investimenti per l'Attività Fisica', un documento a complemento della Carta di Toronto per la Attività Fisica: chiamata ad una azione globale (febbraio 2011).

Il significato di costituire una rete, oltre a rappresentare una possibilità per ottimizzare azioni e risorse tra stakeholder, è anche quello di acquisire maggior forza nel comunicare al cittadino l'importanza dell'attività motoria come mezzo per mantenere la salute, enfatizzando l'impegno comune (pur nelle rispettive peculiarità). Nell'ambito del piano, tali strumenti e campagne di comunicazione sono consolidati ed ampliati mediante la realizzazione di un sito web dedicato del programma MuoverSi, la prosecuzione ed ampliamento della newsletter regionale, la creazione di materiali divulgativi e di promozione.

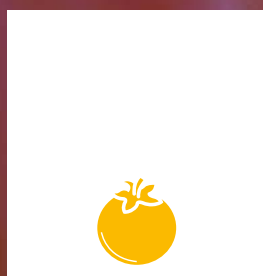


Stato ponderale e abitudini alimentari



40%
Eccesso Ponderale

42%
Frutta o verdura una volta al giorno



43%
3/4 Porzioni al giorno



12%
5 Porzioni al giorno
Quantità raccomandata



VENETO 2016

L'eccesso ponderale è uno dei principali fattori che determinano l'aumento delle malattie croniche non trasmissibili. Sulla base dei dati PASSI relativi al 2016, si stima che in Veneto una quota rilevante (40%) degli adulti 18-69enni presenti un eccesso ponderale: in particolare il 31% risulta essere in sovrappeso e il 9% è obeso. L'eccesso ponderale è significativamente più frequente col crescere dell'età (nella fascia 50-69 anni il 53% delle persone sono in eccesso ponderale); negli uomini; nelle persone socialmente svantaggiate con basso titolo di studio o con difficoltà economiche. Tra le persone con livello di studio molto basso, il 61% è in eccesso ponderale, con una percentuale di obesi del 17%.

Negli anni, la percentuale di persone in eccesso ponderale non si è modificata ed è sempre molto importante nelle persone con un basso livello socioeconomico.

Il 12% degli intervistati veneti dichiara di consumare 5 o più porzioni di frutta e verdura, il 42% dichiara di consumarne una o due porzioni al giorno e il 43% ne consuma 3/4 porzioni. Questa abitudine è più diffusa tra le donne (16% vs 9%) e nelle fasce d'età più vecchie.

ITALIA 2016

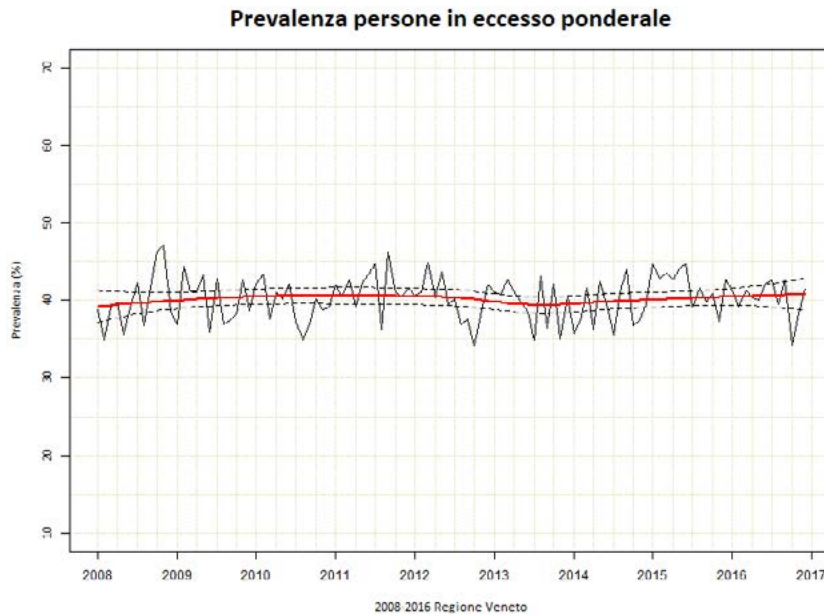
Nel 2016 in Italia le persone tra 18-69 anni in eccesso ponderale sono il 42%, in particolare 31% in sovrappeso e 11% obesi. L'eccesso ponderale è più diffuso tra gli uomini (51% vs 34%) e aumenta al crescere dell'età; le persone in sovrappeso nella fascia d'età 50-69 anni sono il 55% mentre tra i giovani (18-24) sono il 19%.

Il 10% degli intervistati in Italia dichiara di consumare 5 o più porzioni di frutta e verdura, questa abitudine è più diffusa tra le donne (12% vs 8%) e nelle fasce d'età più anziane rispetto a quelle più giovani (7% vs 13%).

L'andamento delle persone in eccesso ponderale in Veneto nel periodo 2008-2016

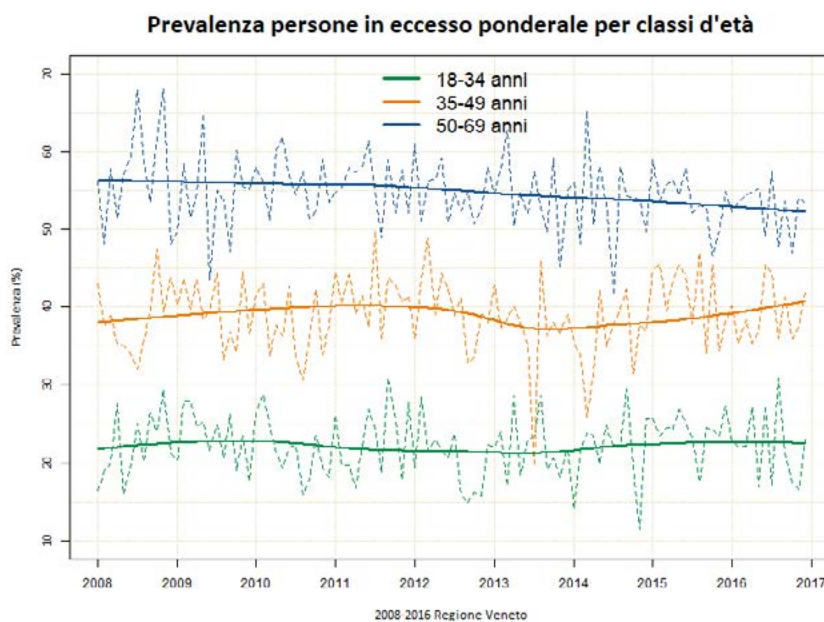
In figura 1 possiamo osservare come la prevalenza di persone in eccesso ponderale sia stabile nel periodo in esame: nel 2008 erano il 41%, mentre sono il 40% nel 2016; tale differenza non risulta significativa.

Figura 1



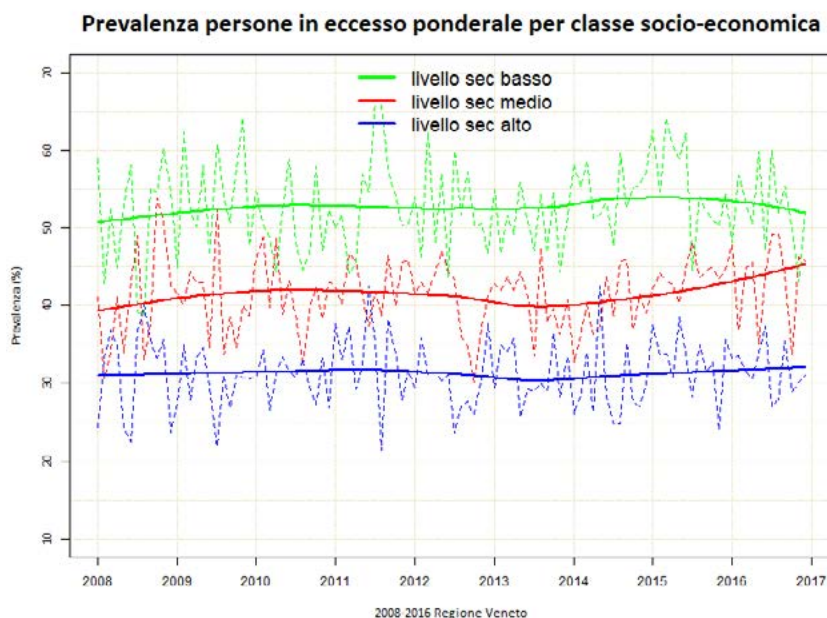
Analizzando le persone in eccesso ponderale per classi d'età (fig. 2), le classi più giovani e la classe mediana sono sostanzialmente stabili nel periodo considerato: le stime puntuali per i giovani sono stabili attorno al 22% mentre per la classe dei 35-49 anni tali prevalenze sono attorno al 39%. Le persone in eccesso ponderale nella classe più anziana sono invece in calo ($p < 0.05$) passando dal 57% al 53%.

Figura 2



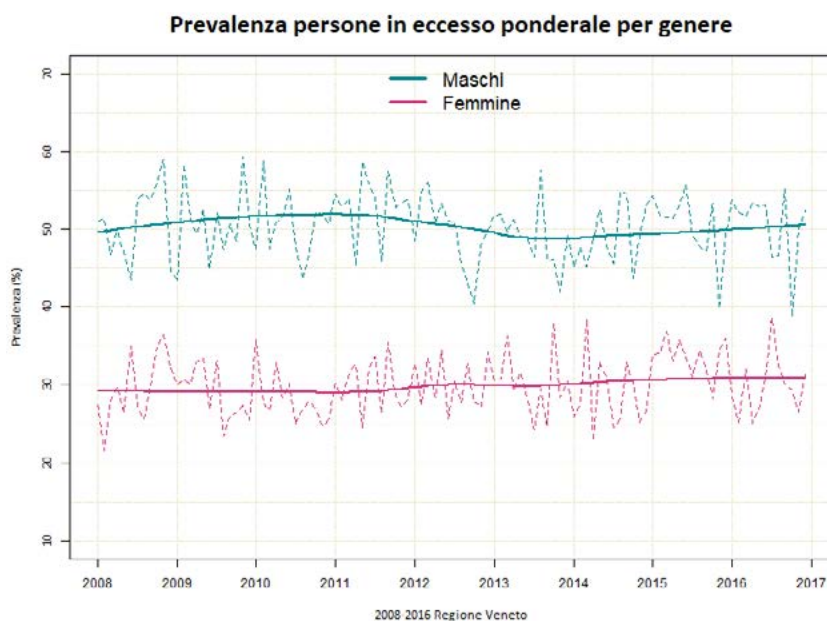
Tra le diverse classi socio-economiche si registra una stabilità nella prevalenza dell'eccesso ponderale per le classi considerate; quelle più basse risultano stabili attorno al 52%, anche le classi più avvantaggiate sono stabili benché partano su livelli decisamente più favorevoli vicino al 31%. La percentuale di persone in eccesso ponderale nelle classi medie è in aumento, anche se non significativo passando dal 41% nel 2008 al 43% nel 2016.

Figura 3



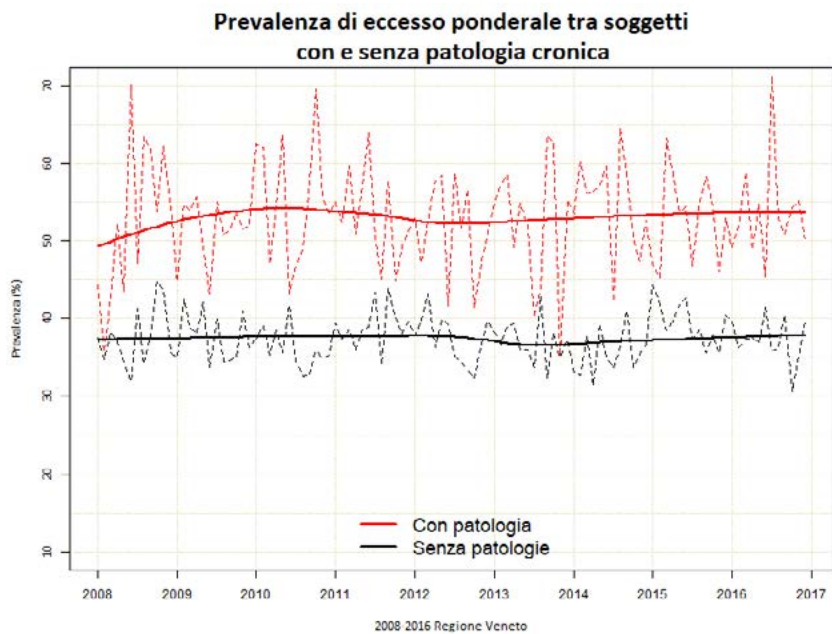
Nella differenziazione di genere (fig. 4), sembra che le femmine nel periodo in esame siano in lieve aumento ($p < 0.05$) passando dal 29% del 2008 al 31% del 2016 ($p < 0.1$). I maschi invece sono stabili su dei livelli più alti con prevalenze attorno al 50% (fig. 3).

Figura 4



Per quanto riguarda le persone in eccesso ponderale che dichiarano di avere almeno una patologia cronica, nel periodo considerato, le stime sono sostanzialmente stabili attorno al 54%, nonostante un breve trend positivo nel primo biennio. Stabili, benché su livelli inferiori, le stime di persone in eccesso ponderale senza malattie croniche, prevalenza attorno al 48% (fig. 5).

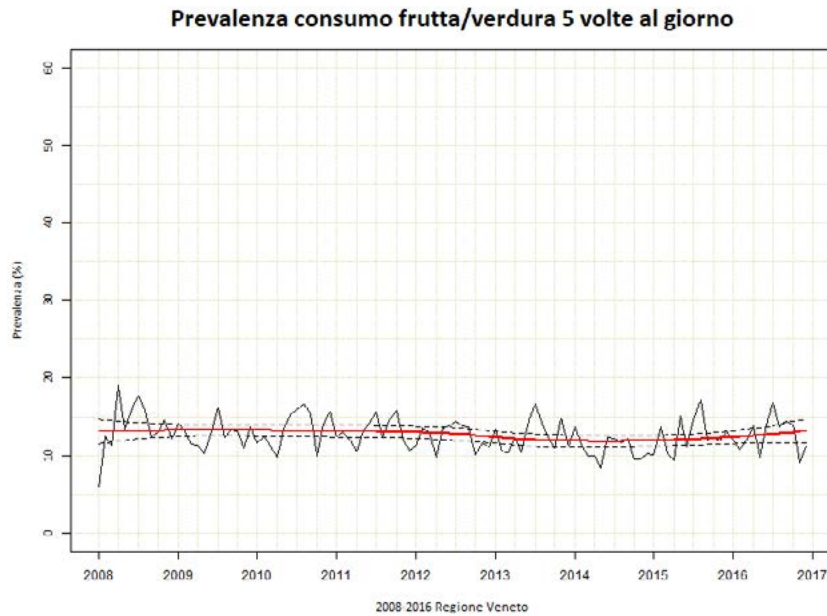
Figura 5



L'andamento del consumo di frutta e verdura in Veneto nel periodo 2008-2016

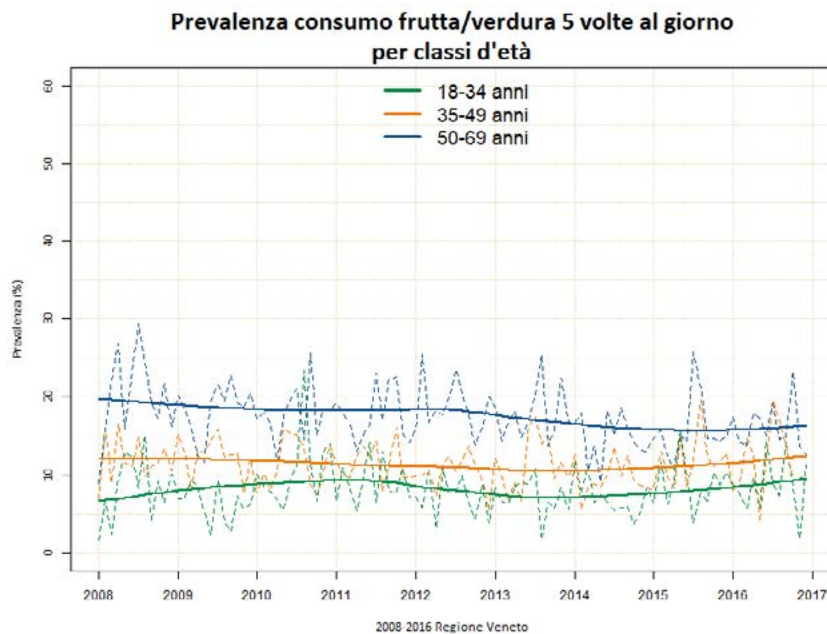
Nel periodo considerato dal 2008 al 2016 (fig. 6), il consumo di almeno 5 porzioni di frutta e verdura è in lieve diminuzione. Tale valore varia dal 13% all'11% ($p < 0.05$).

Figura 6



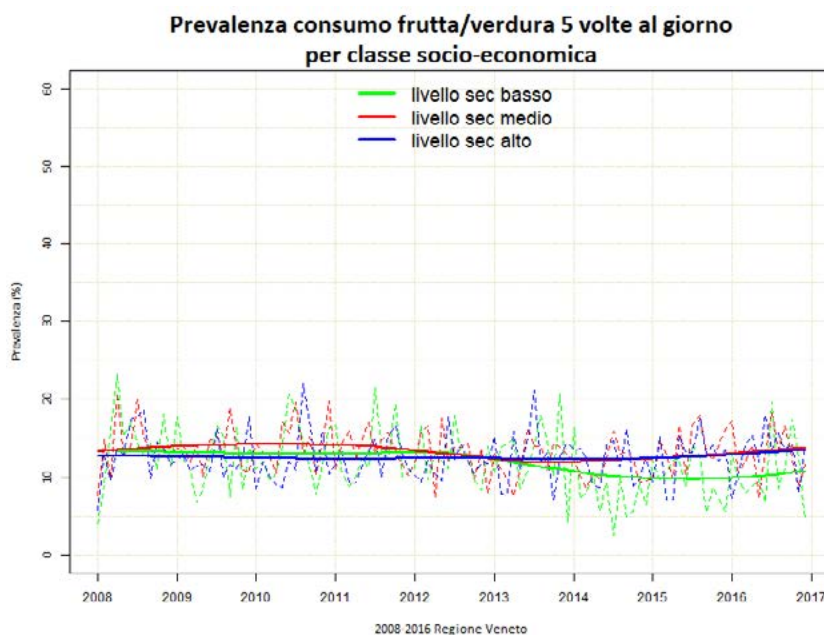
Analizzando il consumo di frutta e verdura per classi d'età (fig. 7) la diminuzione risulta significativa per la classe d'età più anziana ($p < 0.01$), passando dal 19% del 2008 al 16% nel 2016. Rimane stabile attorno all'8% per la classe più giovane ed all'11% per la classe mediana.

Figura 7



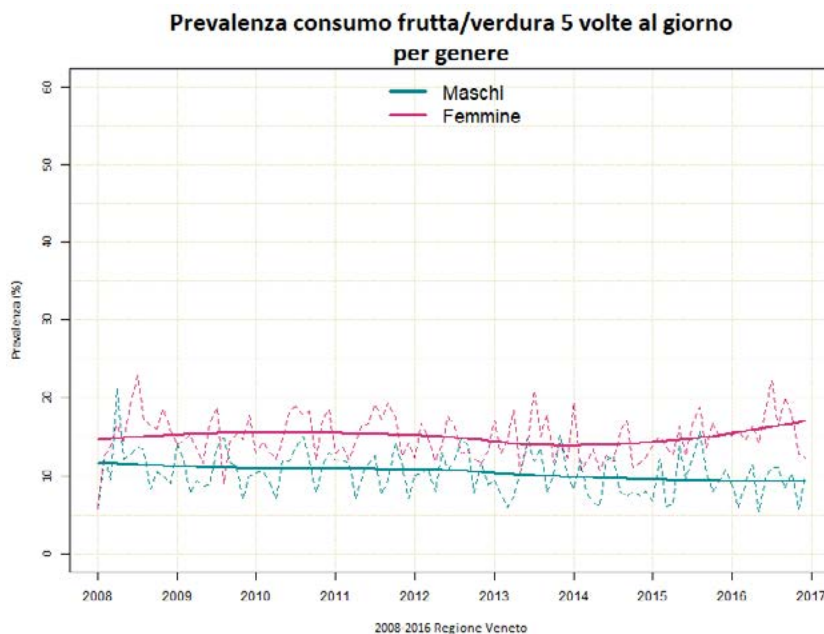
Spostandoci sulla classe socio economica (fig. 8), risultano significativamente in diminuzione i trend per le classi più svantaggiate ($p < 0.001$), passando dal 13% all'11% tra il 2008 ed il 2016. Mentre le classi sociali più avvantaggiate e mediane restano stabili attorno al 13%.

Figura 8



Le stime puntuali del consumo di almeno 5 porzioni di frutta al giorno, sono in calo per i maschi passano dall'11% del 2008 all'8% del 2016 ($p < 0.05$). Mentre le stime per le donne sono stabili nel periodo attorno al 16%, non risultando significativo l'aumento nell'ultimo anno (fig. 9).

Figura 9



Piano regionale per una sana alimentazione

L'importanza di seguire e scegliere una corretta alimentazione diventa essenziale quando si parla di qualsiasi altro fattore di rischio.

Una sana alimentazione influisce sulla prevenzione di malattie croniche non trasmissibili come il diabete, l'ipertensione, l'ipercolesterolemia, ecc.

Per tale assunto la Regione ha voluto rendere questo programma trasversale a tutti gli altri presenti nel Piano, proprio a sottolineare come sia fondamentale agire su di una base comune ben solida.

Il tema dell'alimentazione corretta si articola e si dirama a partire dalla prevenzione primaria per poi passare a quella secondaria e terziaria, attraverso tutte le tematiche che riguardano la prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili, come una colonna portante.

L'idea della trasversalità di tale programmazione è intesa nel senso di una condivisione e collaborazione con tutti gli altri programmi presenti nel Piano, in una sinergia e in un comune accordo di lavoro.

Il programma è stato pensato suddiviso in tre aree: Promozione della salute in ambito nutrizionale; Consulenza dietetico-nutrizionale; Ristorazione collettiva.

La Promozione della salute in ambito nutrizionale riguarda la promozione di una corretta alimentazione nei bambini e nei ragazzi, coinvolge il mondo della scuola, e tutti quegli ambienti di divertimento, o in cui si svolgono molte delle attività del tempo libero, attraverso programmi che si basano sul potenziamento delle life skills, in associazione con diverse altre azioni come ad esempio l'attività motoria.

Punto cruciale e di partenza di quest'area è stata la formalizzazione della collaborazione con il mondo della scuola realizzata grazie alla firma del Protocollo d'intesa Scuola-Regione. La Regione partecipa con diverse strutture, non solo la Sanità, ma anche il Turismo, ad esempio, con tutta la programmazione prevista per le fattorie didattiche, per i parchi regionali, oppure la Direzione Agroalimentare con il Progetto Frutta nelle Scuole; all'insegna di una collaborazione che vada al di là del singolo progetto per fattore di rischio, ma che si allarghi a contemplare e a promuovere la scelta di uno stile di vita sano ed attivo.

Parte importante riguarderà il formare alleanze e interagire con reti che hanno come finalità quella di promuovere fin dall'infanzia stili di vita sani e il prendersi cura di se stessi, attraverso il potenziamento delle proprie abilità di vita.

Altro importante ruolo regionale sarà seguire il coordinamento di tutti gli strumenti presenti sul territorio regionale che hanno come tematica quella della sana e corretta alimentazione.

La Consulenza dietetico-nutrizionale riguarda direttamente la prevenzione secondaria e terziaria, e si rivolge alle persone con problematiche riguardanti la nutrizione. Quest'area verte, in modo particolare, sullo studio di un modello di ambulatorio nutrizionale da estendere a livello regionale.

Questa azione viene svolta in sinergia con gli ambulatori specialistici degli altri fattori di rischio, già realizzata una rete sul counseling motivazionale tra gli ambulatori per il trattamento del tabagismo e quelli nutrizionali, che sarà da ampliare e da sviluppare. Questo per fare in modo che le persone siano prese in carico per quanto possibile in modo completo.

Riguardo l'area della Ristorazione collettiva, la Medicina Basata sulle Evidenze dimostra che la promozione della corretta alimentazione è efficace se effettuata anche attraverso la ristorazione scolastica e sociale, in quanto produce significativi e stabili cambiamenti nell'alimentazione degli alunni e delle famiglie, tanto più se collegata con una corretta educazione alimentare fatta in collaborazione con la scuola. A livello regionale si sono sviluppate progettualità nelle diverse aree di interesse quali la ristorazione scolastica, delle case di riposo, e degli ospedali con stesura e diffusione delle relative Linee Guida Regionali per il miglioramento delle qualità nutrizionale e del relativo ricettario. A tale produzione vengono proposti periodicamente interventi di formazione per gli addetti alla ristorazione collettiva sociale, il supporto alle amministrazioni locali per la stesura dei capitolati d'appalto per la ristorazione collettiva, e la formazione dei componenti dei comitati mensa nelle strutture scolastiche diffuse sul territorio della Regione del Veneto.

Tale approccio va implementato nell'ottica non più settoriale bensì coordinato per setting e life course e di comunità, con una politica delle alleanze con il mondo della scuola, delle ditte di ristorazione e con il progetto "Okkio alla Salute" con attenta valutazione e relativo intervento nei confronti dell'ambiente obesogeno, quale ad esempio l'assenza di palestre a scuola, assenza di possibilità di raggiungere la scuola a piedi, ecc. quindi anche con un approccio urbanistico, e della mobilità dei cittadini.



Rischio cardiovascolare

20%
Iperteso



25%
ipercolesterolemia



VENETO 2016

Ipertensione.

Nel Veneto, nel 2016, il 20% degli intervistati, tra i 18 e 69 anni, che hanno effettuato la misurazione della pressione arteriosa (PA) riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa. La percentuale di ipertesi varia a seconda del sesso, cresce con l'età, in presenza di difficoltà economiche e di sovrappeso/obesità, mentre diminuisce al crescere del livello di istruzione. Tra i 50 e 69 anni, quasi 4 persone su 10 dichiarano di essere ipertese. Tra le persone in sovrappeso, la percentuale di ipertesi è circa 3 volte quella riscontrata tra le persone normopeso. Il 74% degli ipertesi ha dichiarato di essere in trattamento farmacologico.

Ipercolesterolemia.

Tra le persone di 18-69 anni, che riferiscono di essere stati sottoposti a misurazione del colesterolo, il 25% ha avuto diagnosi di ipercolesterolemia. L'ipercolesterolemia cresce con l'età ed è più frequente nelle persone in eccesso ponderale (BMI ≥ 25), senza difficoltà economiche e con un basso livello di istruzione. Nel 2016 in Veneto, il 29% delle persone con elevati livelli di colesterolo nel sangue ha riferito di essere in trattamento farmacologico.

ITALIA 2016

Nel 2016 in Italia le persone tra 18-69 anni che dichiarano di essere ipertese sono il 20%. La percentuale di ipertesi è più alta tra gli uomini (21%) rispetto alle donne (18%) e cresce all'aumentare dell'età, nella fascia più giovane gli ipertesi sono il 2% mentre nella fascia d'età più alta sono il 37%.

Tra le persone di 18-69 anni, in Italia nel 2016, il 23% dichiara di aver avuto una diagnosi di ipercolesterolemia.

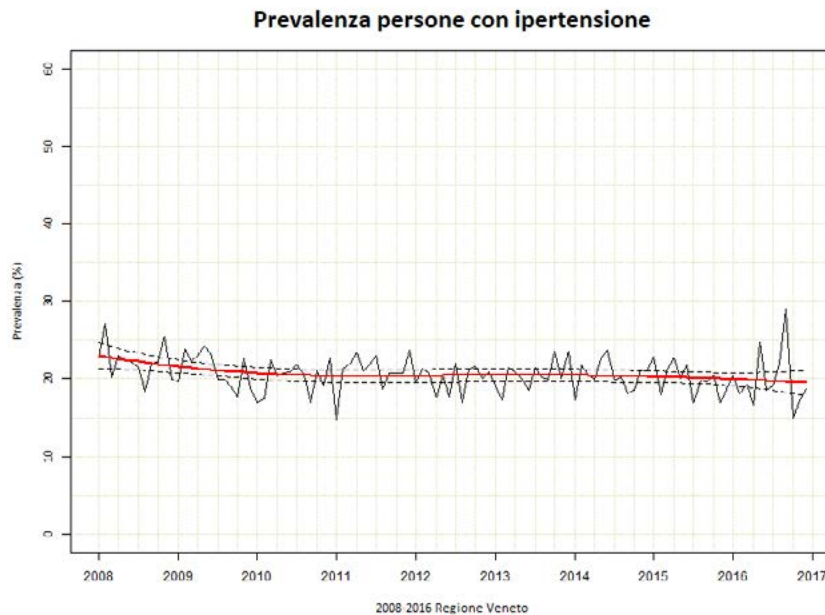
L'ipercolesterolemia cresce al crescere dell'età nella fascia 18-24 gli ipercolesterolemici sono il 5% mentre nella fascia 50-69 anni sono il 35%. Non si registrano differenze tra uomini e donne.

L'andamento dell'ipertensione e dell'ipercolesterolemia in Veneto nel periodo 2008-2016

Ipertensione

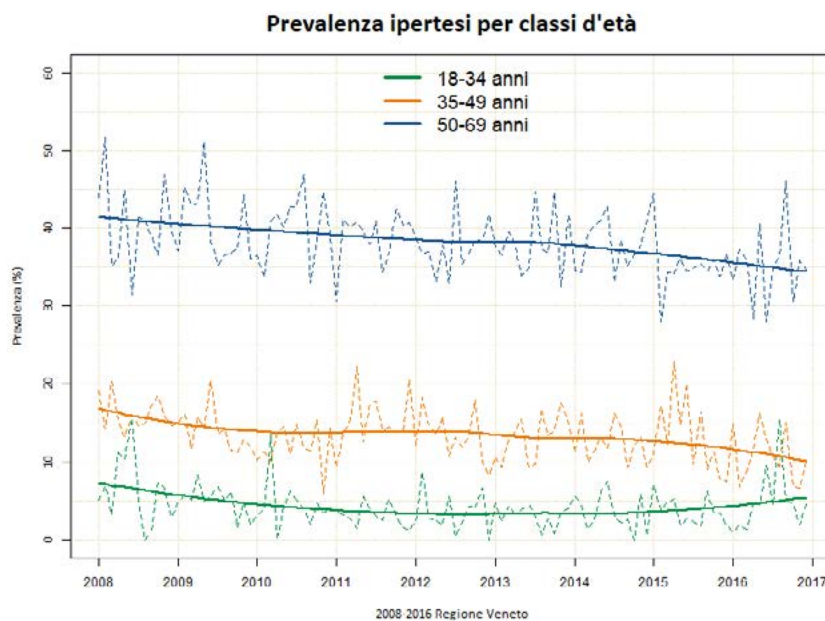
In figura 1 possiamo osservare come la prevalenza di persone con problemi di ipertensione siano in lieve calo ($p < 0.01$) nel periodo in esame: nel 2008 erano il 23%, mentre sono il 20% nel 2016.

Figura 1



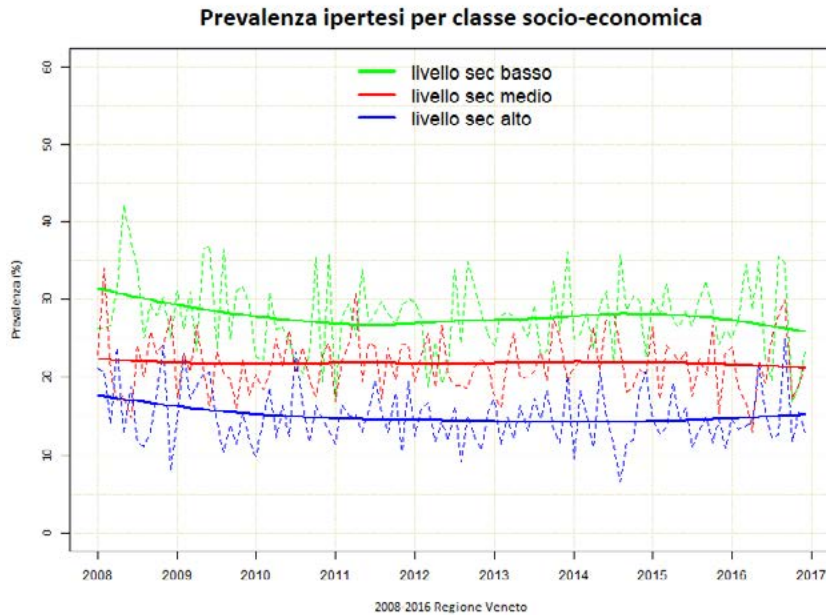
Analizzando gli ipertesi per classi d'età (fig. 2), tutte le classi appaiono in diminuzione: i più giovani ($p < 0.1$) passano dal 6% del 2008 al 5% del 2016; la classe mediana nello stesso periodo considerato passa dal 17% all'11% ($p < 0.01$); la classe più anziana dal 41% al 35% ($p < 0.001$).

Figura 2



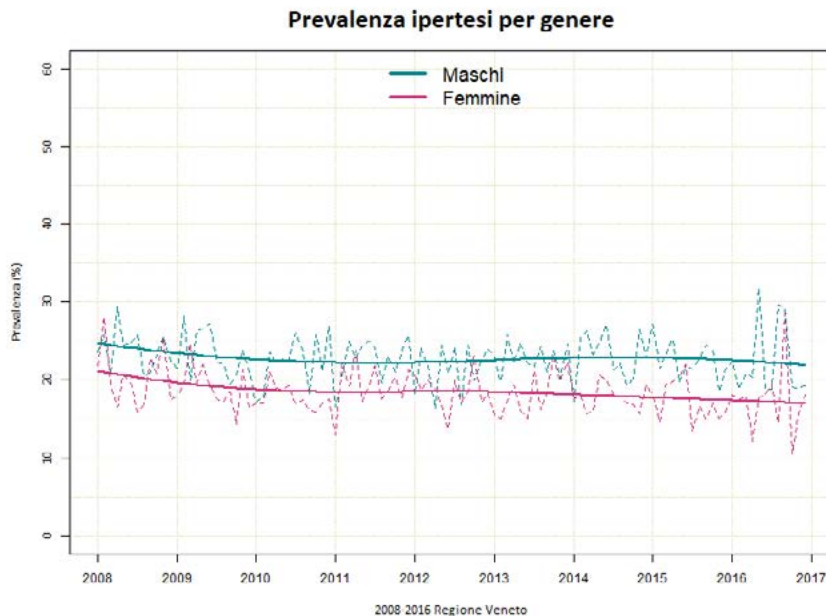
Tra le diverse classi socio-economiche (fig. 3), solamente quelle più avvantaggiate risultano in calo ($p<0.1$) tra il 2008 ed il 2016 passando dal 17% al 15%. Le classi medie sono sostanzialmente stabili attorno al 22%; anche le classi più svantaggiate sono stabili, benché partano su livelli decisamente più alti, vicino al 28%.

Figura 3



Nella differenziazione di genere, sembra che le femmine, con ipertensione, nel periodo in esame siano in calo ($p<0.01$) passando dal 21% del 2008 al 17% del 2016. I maschi invece sono stabili su dei livelli più alti con una leggera diminuzione (non significativa) passando dal 24% al 22% (fig. 4).

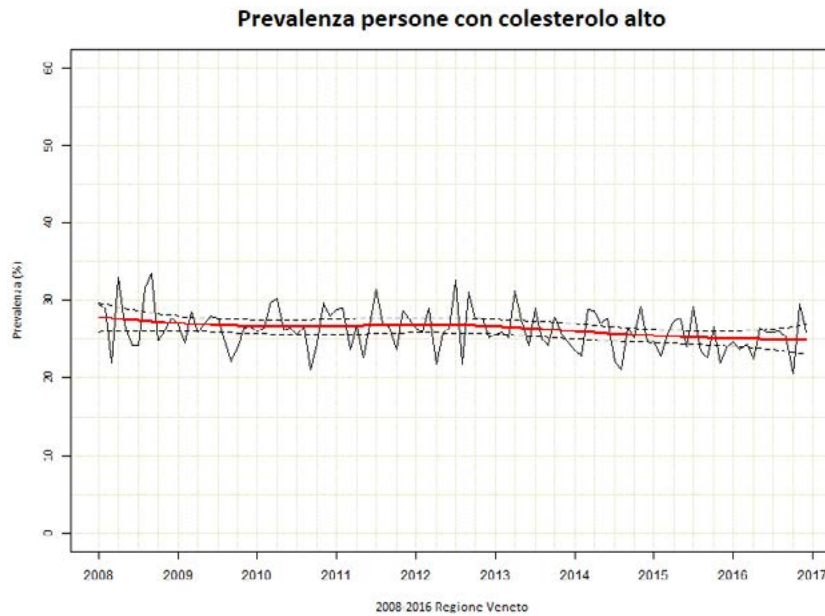
Figura 4



Ipercolesterolemia

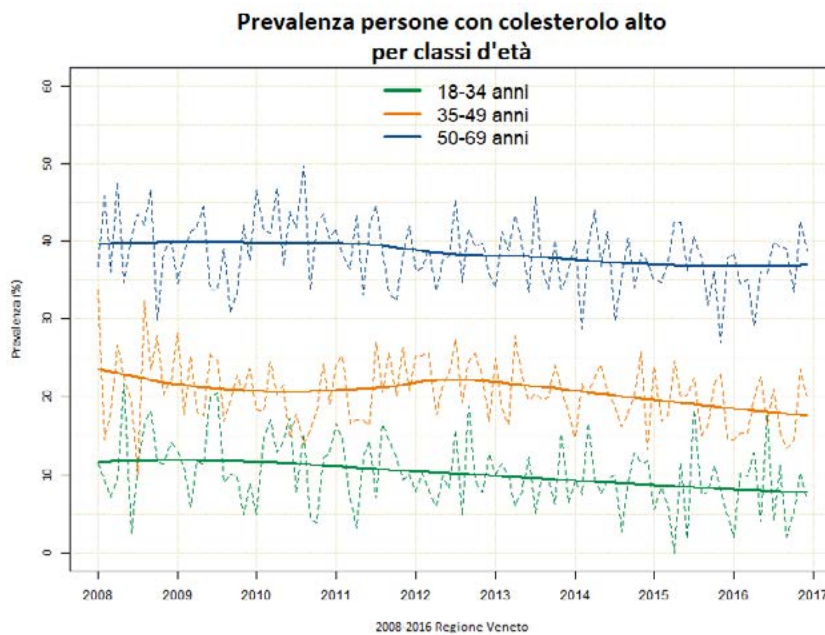
In figura 5 possiamo osservare come la prevalenza di persone con colesterolo alto sia in calo ($p < 0.05$) nel periodo in esame: nel 2008 erano il 28%, mentre sono il 25% nel 2016.

Figura 5



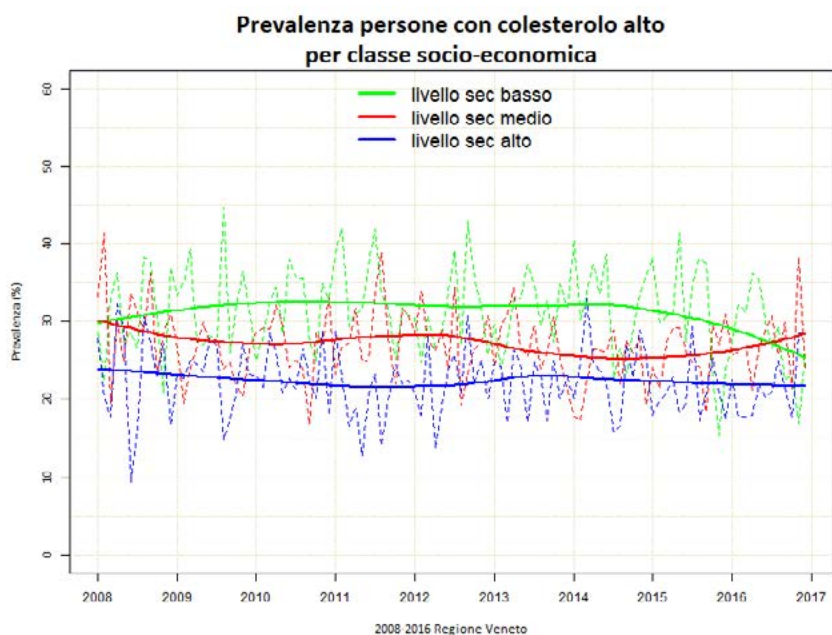
Analizzando per classi d'età (fig. 6) si può notare come per tutte le classi, tra il 2008 e il 2016, la prevalenza di persone con ipercolesterolemia diminuisce. In particolare nelle classi più giovani si passa dal 12% all'8% ($p < 0.01$), la classe dei 35-49enni varia tra il 23% e il 18% ($p < 0.05$) e la classe più anziana da 39% a 36% ($p < 0.01$).

Figura 6



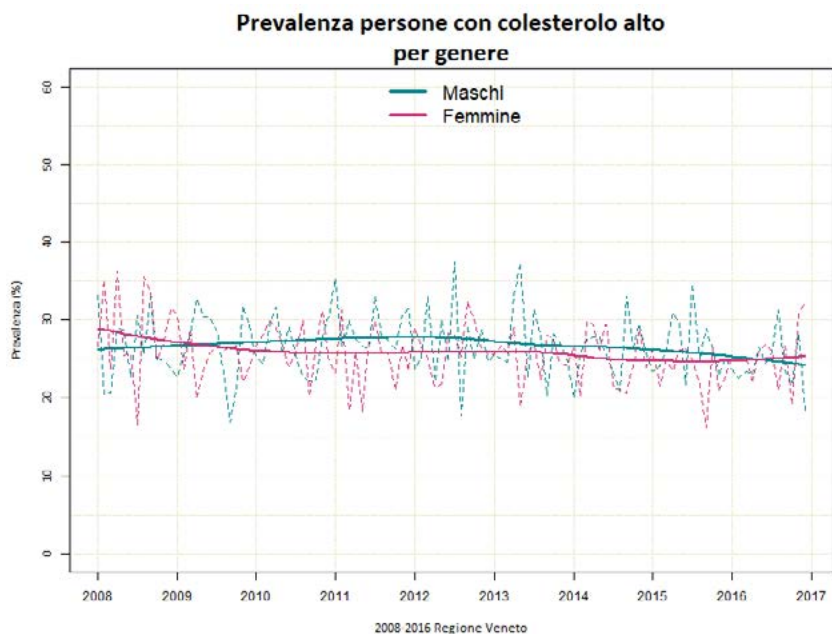
Tra le diverse classi socio-economiche, nessun trend pare significativamente in calo o in aumento: i livelli sono attorno al 30% per le classi più svantaggiate, 26% tra le classi medie e 22% tra le classi più alte. Nelle classi più svantaggiate il calo che si vede negli ultimi anni (fig. 7) non è al momento indicativo di uno spiccato trend.

Figura 7



Nella differenziazione di genere (fig. 8), sembra che i maschi siano stabili nella prevalenza di ipercolesterolemici nel periodo in esame: questi sono stabili vicino al 26%. Le femmine sono in calo ($p < 0.01$) passando dal 28% al 25% tra 2008 ed il 2016.

Figura 8



Programma regionale

L'identificazione, quanto più possibile precoce, dei soggetti in condizioni di rischio aumentato per Malattie Croniche Non Trasmissibili (MCNT) o che, in assenza di sintomatologia evidente, ne siano già affetti e la loro conseguente presa in carico da parte del Sistema Sanitario è essenziale per la riduzione del rischio di mortalità e disabilità evitabili nel breve-medio termine.

Anche per quanto concerne le patologie cardio-cerebrovascolari, la diagnosi precoce e la conseguente auspicabile modificazione delle condizioni di rischio individuate (stili di vita, livelli elevati di pressione arteriosa e di colesterolemia, dislipidemie, diabete mellito, sovrappeso e obesità) influenzano notevolmente la probabilità di sviluppare la malattia e le sue complicanze. Le evidenze scientifiche hanno rafforzato l'importanza di interventi di tipo preventivo, atti ad impedire o a ritardare l'insorgenza delle MCV attraverso l'adozione di stili di vita sani, in particolare corretta alimentazione, attività fisica regolare e abolizione del fumo di sigaretta. Sebbene i dati epidemiologici dimostrino un'elevata prevalenza di MCV, si riscontra una bassa percezione collettiva del rischio di MCV e una scarsa informazione sui fattori predisponenti; da qui la necessità di organizzare un programma di individuazione del rischio e di prevenzione cardiovascolare in forma attiva, sul modello dei programmi di screening oncologico.

Per quanto detto, la Regione del Veneto, attraverso il CCMR (Coordinamento Regionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie del Veneto), ha attivato un programma di screening cardiovascolare nelle Aziende ULSS del Veneto diretto ai cittadini residenti di 50 anni di età di entrambi i sessi.



Sicurezza stradale e domestica

VENETO 2016

LA SICUREZZA STRADALE

Tra i bevitori di 18-69 anni che hanno guidato l'auto/moto negli ultimi 12 mesi, il 9% dichiara di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol, cioè dopo avere bevuto nell'ora precedente almeno 2 unità alcoliche. Il 32% degli intervistati riferisce di aver subito almeno un controllo, come guidatore o passeggero, da parte delle Forze dell'Ordine nel corso dell'ultimo anno; il 11% riferisce di essere stato sottoposto all'etilotest, in percentuale maggiore i giovani (17%).

Nel 2016, in Veneto la maggior parte degli intervistati ha un comportamento responsabile alla guida di auto e moto, indossando sempre la cintura di sicurezza sui sedili anteriori (94%) e il casco (99%).

L'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori è invece ancora poco frequente: solo il 40% degli intervistati, infatti, la usa sempre.

L'utilizzo delle cinture di sicurezza sui sedili posteriori è significativamente più basso nelle classi d'età più giovani (25-34 anni) e nelle persone che riferiscono di avere difficoltà economiche; non sono emerse differenze per sesso, livello d'istruzione.

In Veneto, il 13% degli intervistati nel 2016 ha riferito di avere delle difficoltà nell'utilizzare sempre il dispositivo di sicurezza per bambini.

LA SICUREZZA DOMESTICA

In Veneto la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico appare scarsa: il 96% degli intervistati ha dichiarato infatti di considerare questo rischio basso o assente.

In particolare hanno una più bassa percezione del rischio: gli uomini le persone senza difficoltà economiche

La presenza di persone potenzialmente a rischio (bambini e anziani) nel nucleo familiare è invece un fattore che aumenta la percezione del rischio di infortunio domestico.

ITALIA 2016

Nel 2016, in Italia la maggior parte degli intervistati ha un comportamento responsabile alla guida di auto e moto, indossando sempre la cintura di sicurezza sui sedili anteriori (85%) e il casco (97%).

L'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori è invece ancora poco frequente: solo il 20% degli intervistati, infatti, la usa sempre.

Il 18% degli intervistati nel 2016 ha riferito di avere difficoltà nell'uso dei dispositivi di sicurezza per bambini, questa difficoltà diminuisce al crescere dell'età, nella fascia 18-24 anni le persone che dichiarano di avere delle difficoltà sono il 24% mentre nella fascia 50-69 sono il 14%.

In Italia la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico appare scarsa: il 93% degli intervistati ha dichiarato infatti di considerare questo rischio basso o assente.

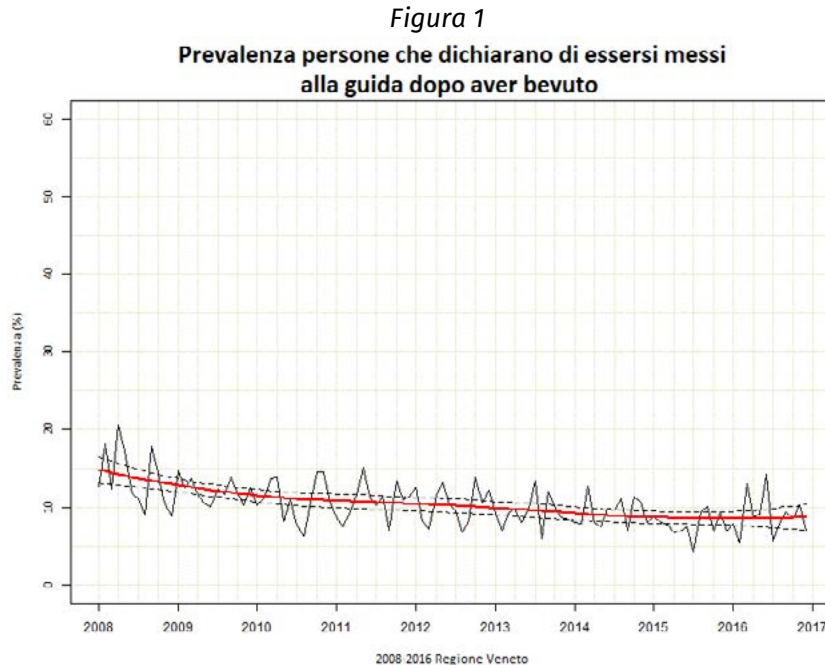
In particolare hanno una più bassa percezione del rischio: gli uomini le persone più giovani (18-24 anni).

Tra i bevitori di 18-69 anni che hanno guidato l'auto/moto negli ultimi 12 mesi, il 7% dichiara di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol, cioè dopo avere bevuto nell'ora precedente almeno 2 unità alcoliche. Questa abitudine è più diffusa tra gli uomini (10%) rispetto alle donne (3%)

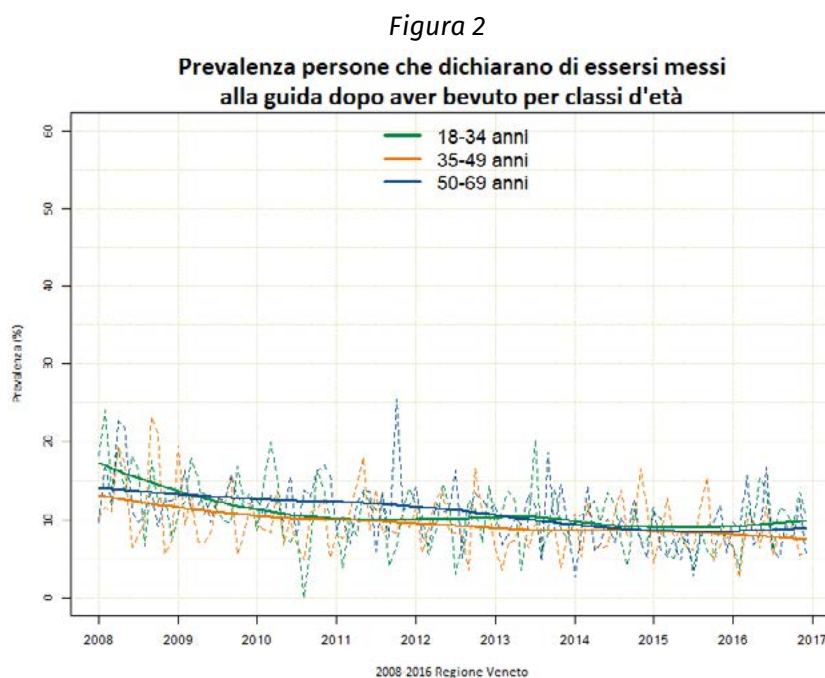
L'andamento della sicurezza stradale in Veneto nel periodo 2008-2016

Alcol e guida

La prevalenza di persone che dichiarano di essersi messi alla guida dopo aver bevuto (fig. 1) è in calo ($p < 0.001$) nel periodo in esame: nel 2008 erano il 13%, mentre sono il 9% nel 2016.

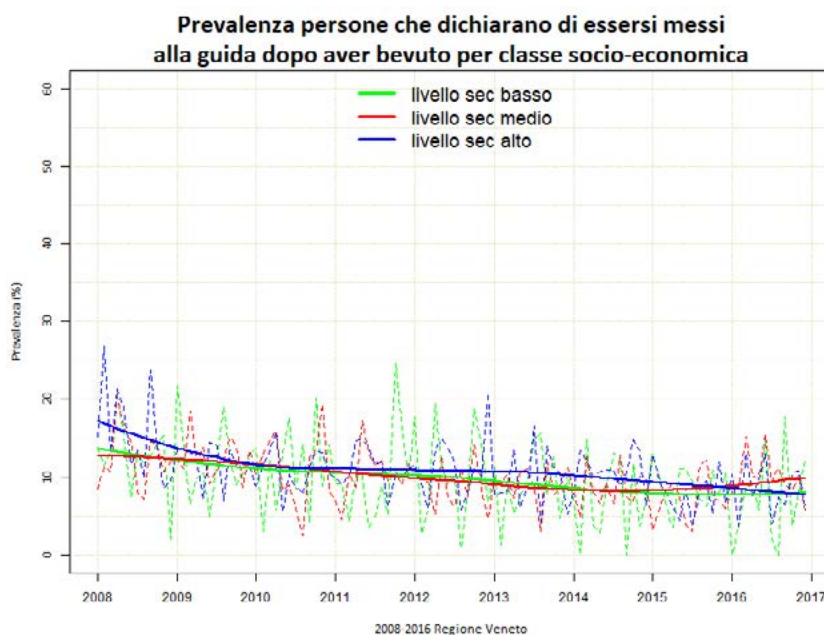


Analizzando il dato per classi d'età (fig. 2) si può notare che per tutte le classi considerate, il trend è in calo ($p < 0.001$ per tutte e tre le classi d'età). Nei giovani, si passa dal 15% al 10%, nella classe mediana le stime puntuali passano dal 12% del 2008 al 7% del 2016. Nella classe dei 50-69 anni, la prevalenza è del 13% nel 2008, e del 10% nel 2016.



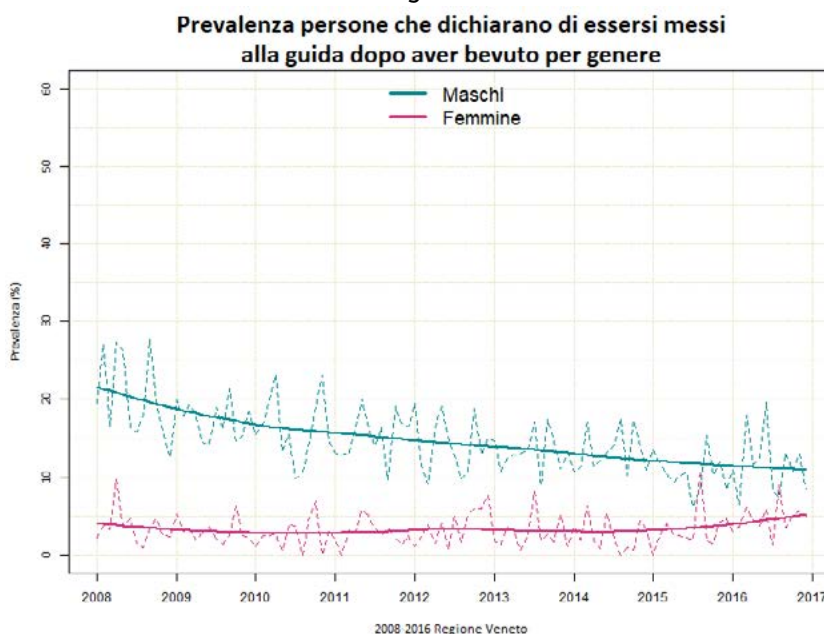
Nelle diverse classi socio-economiche (fig. 3) tutte appaiono in diminuzione ($p < 0.001$ per tutte le classi considerate). La classe più svantaggiata passa dal 12% del 2008 al 7% del 2016. La classe media ha una prevalenza che varia tra il 12% e il 10%. Le classi più avvantaggiate passano dal 14% del 2008 al 9% nel 2016.

Figura 3



Il trend delle persone che dichiarano di aver guidato dopo aver bevuto è in calo per i maschi ($p < 0.001$) passando dal 19% nel 2008 all'11% nel 2016, mentre le femmine sono stabili, nel periodo considerato, su livelli più bassi attorno al 4% (fig. 4).

Figura 4

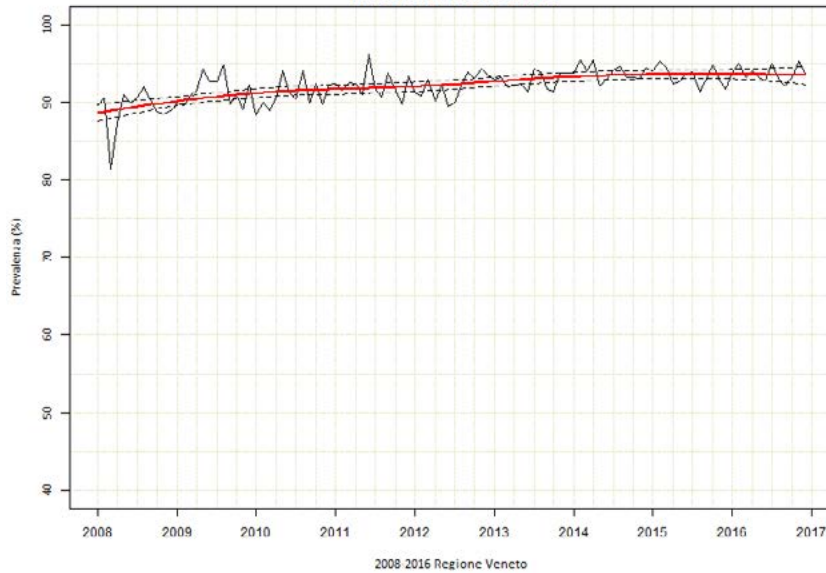


Uso cinture anteriori

In figura 5 possiamo osservare come la prevalenza di persone che dichiarano di utilizzare sempre la cintura se seduti sul sedile anteriore, siano in aumento ($p < 0.001$) nel periodo in esame: nel 2008 erano l'89%, mentre sono il 94% nel 2016.

Figura 5

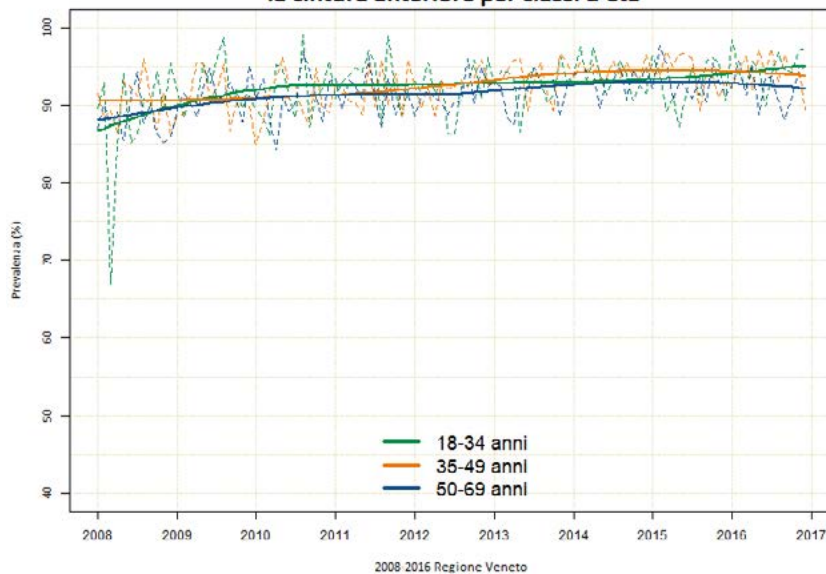
Prevalenza persone che dichiarano di usare sempre la cintura anteriore



Analizzando per classi d'età (fig. 6) tutte le classi ($p < 0.001$) sono in aumento negli anni in esame: la classe più giovane passa dall'89% del 2008 al 95% del 2016. Nella classe mediana la prevalenza era del 90% nel primo anno del periodo considerato, raggiungendo il 94% nel 2016. Le stime puntuali per le persone da 50 a 69 anni, negli stessi anni, sono rispettivamente dell'88% e del 93%.

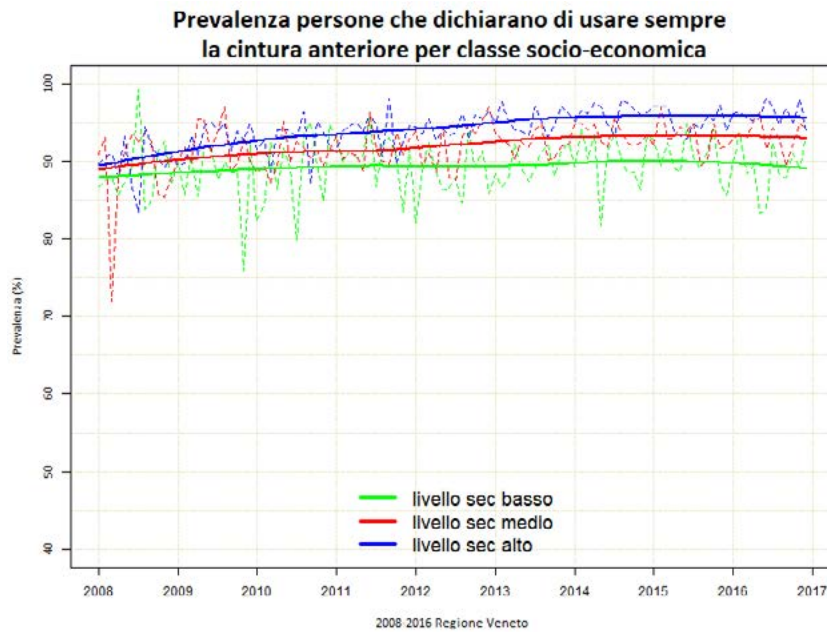
Figura 6

Prevalenza persone che dichiarano di usare sempre la cintura anteriore per classi d'età



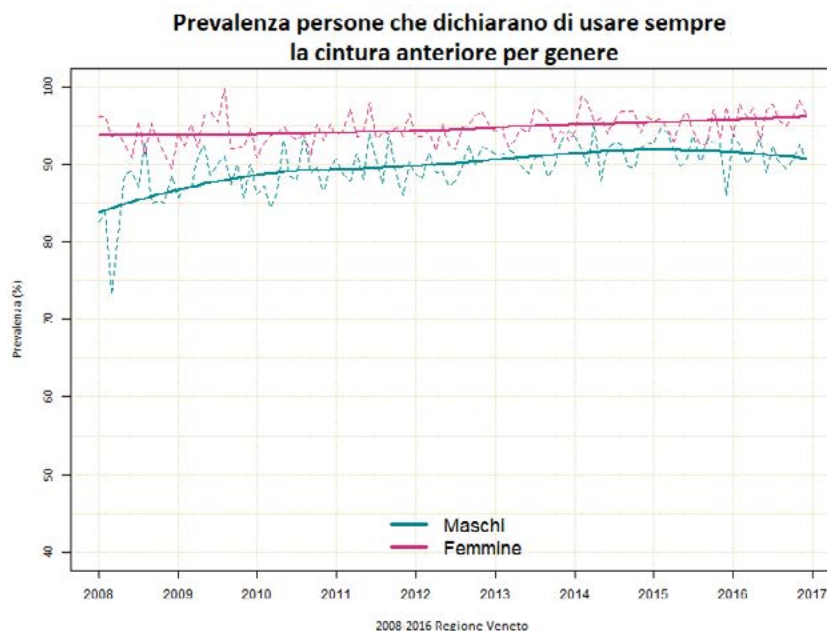
Tra le diverse classi socio-economiche (fig. 7) la classe più svantaggiata rimane stabile negli anni attorno all'89%. La classe media e quella con un livello socio-economico alto sono in aumento ($p < 0.001$) con una stima puntuale che varia rispettivamente da 88% nel 2008 a 93% nel 2016 e da 90% a 96%

Figura 7



Nella differenziazione di genere, sia i maschi ($p < 0.001$) che le femmine ($p < 0.001$) sono in aumento. Come si evince dalla figura 8, le femmine partivano comunque da livelli più alti: le stime al 2008 erano del 93% per le femmine e dell'85% per i maschi. Nell'ultimo anno tali prevalenze sono del 96% e 91% rispettivamente.

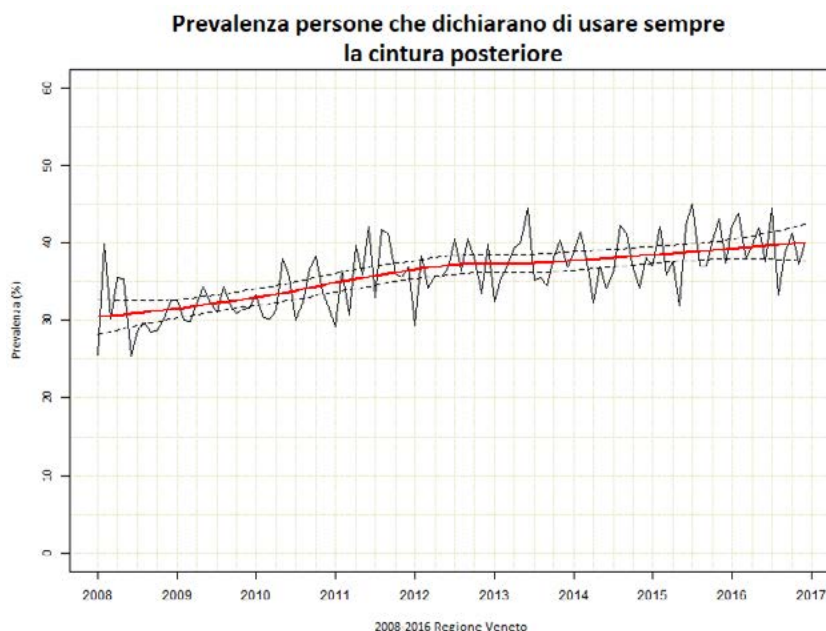
Figura 8



Uso cinture posteriori

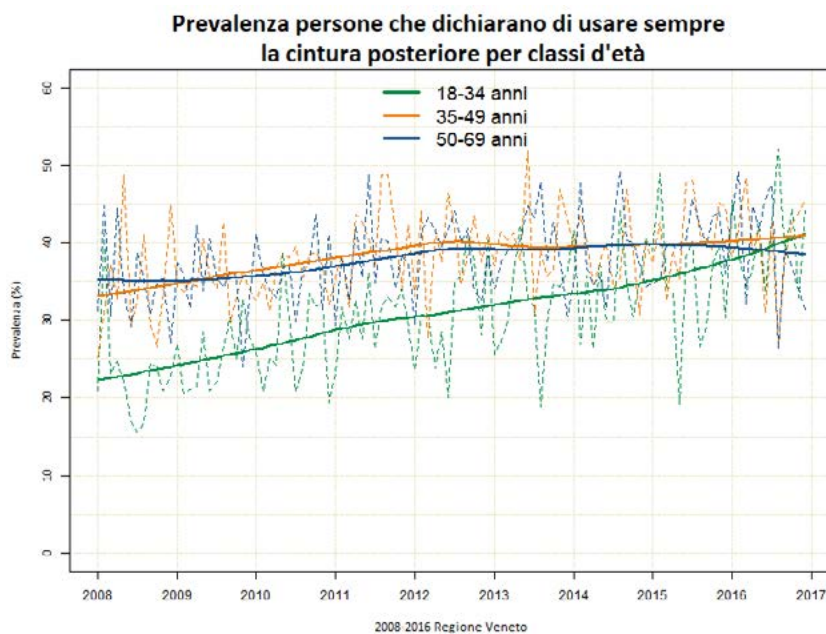
Nel periodo considerato dal 2008 al 2016 (fig. 9), il trend riguardante chi dichiara di utilizzare sempre la cintura se seduto sul sedile posteriore, nella popolazione veneta è in aumento ($p < 0.001$), passando dal 31% al 40%.

Figura 9



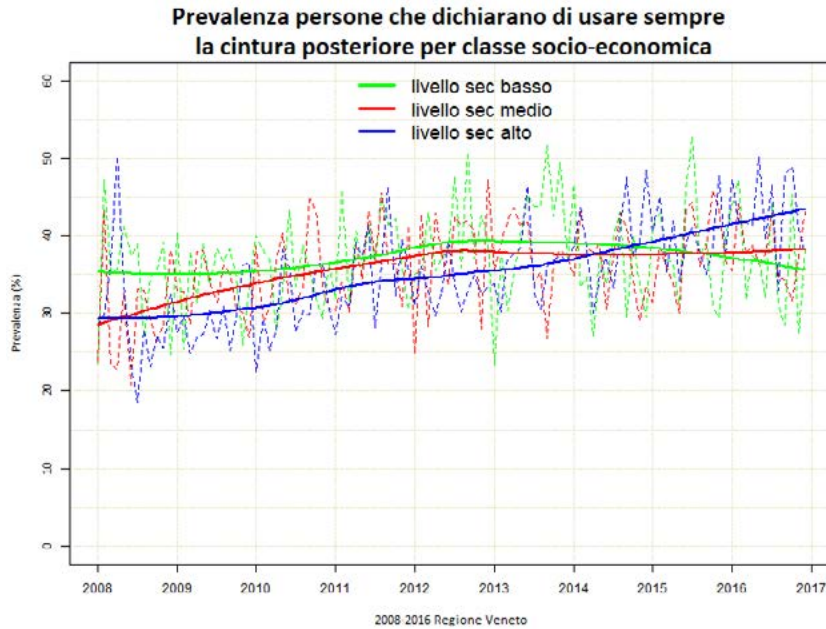
Analizzando il dato per classi d'età (fig. 10) si può notare che per tutte le classi considerate, il trend riguardo il tema dell'utilizzo della cintura sul sedile posteriore è in aumento ($p < 0.001$ per tutte e tre le classi d'età). Tra i giovani, che partivano da livelli più bassi, si passa dal 24% al 40%, nella classe mediana le stime puntuali passano dal 34% del 2008 al 41% del 2016. Nella classe dei 50-69 anni, la prevalenza è del 35% nel 2008, raggiunge il 40% nel 2016.

Figura 10



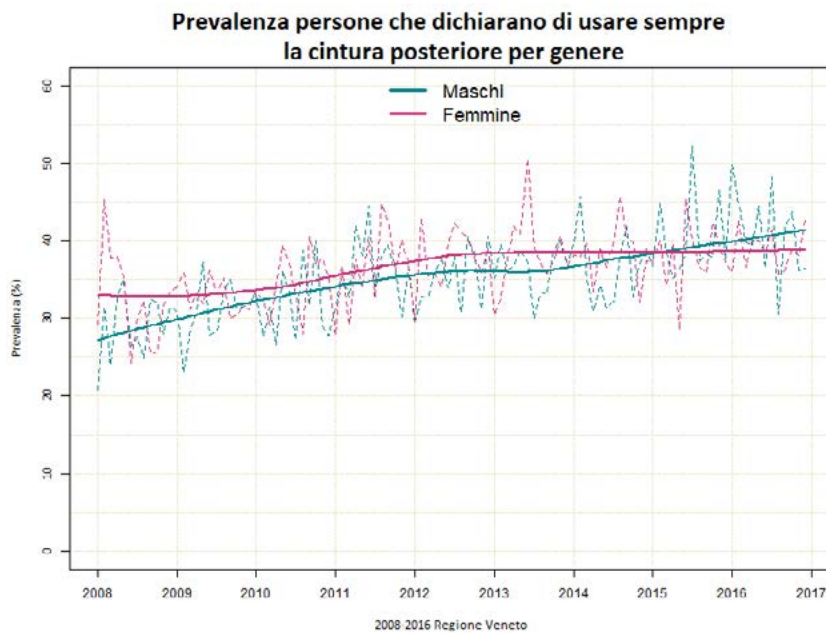
Per quanto riguarda la classe socio economica, risulta significativamente in aumento il trend per le classi con un livello alto o medio ($p < 0.001$). Nella classe media, nel periodo considerato tali stime sono rispettivamente 30% e 38%, nella classe più alta il passaggio è dal 29% al 43%. La classe più svantaggiata partiva dal 35% nel 2008 e raggiunge il 36% nel 2016 (fig. 11).

Figura 11



I trend sull'utilizzo della cintura sul sedile posteriore (fig. 12) sia per maschi che per femmine ($p < 0.001$) sono in aumento. I maschi passano dal 29% del 2008 al 41% del 2016. Le femmine passano dal 33% al 39% nello stesso periodo considerato.

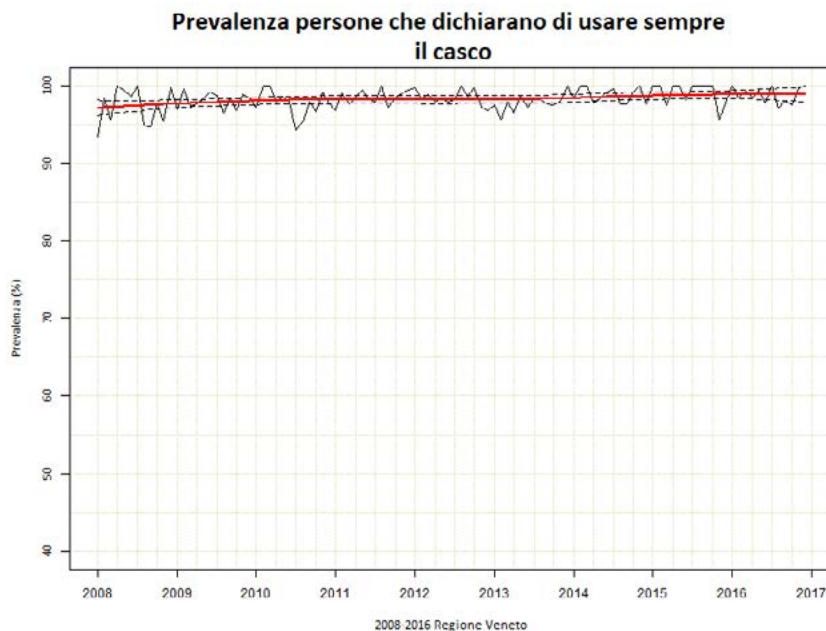
Figura 12



Uso del casco

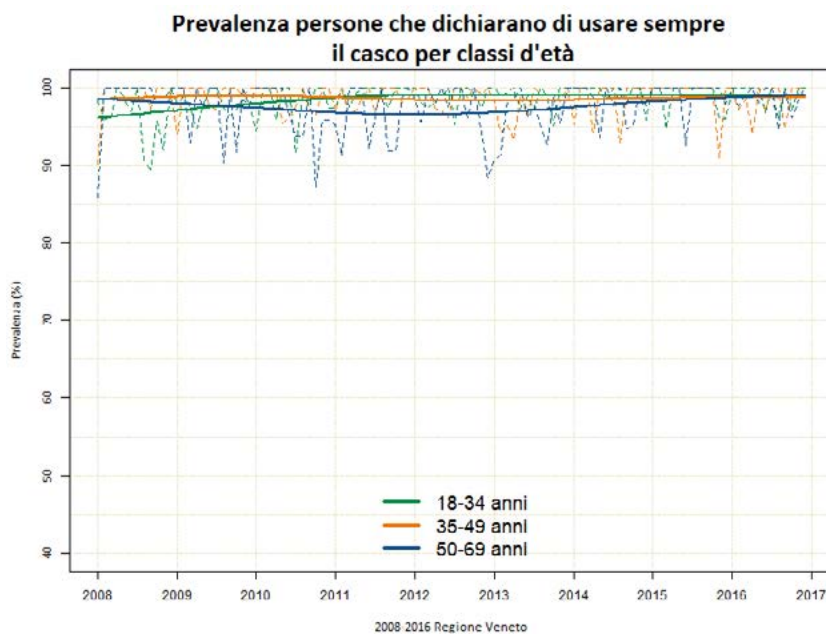
In figura 13 possiamo osservare come la prevalenza di persone che dichiarano di utilizzare sempre il casco in moto è in aumento ($p < 0.001$) nel periodo in esame: nel 2008 erano il 94%, mentre sono il 99% nel 2016.

Figura 13



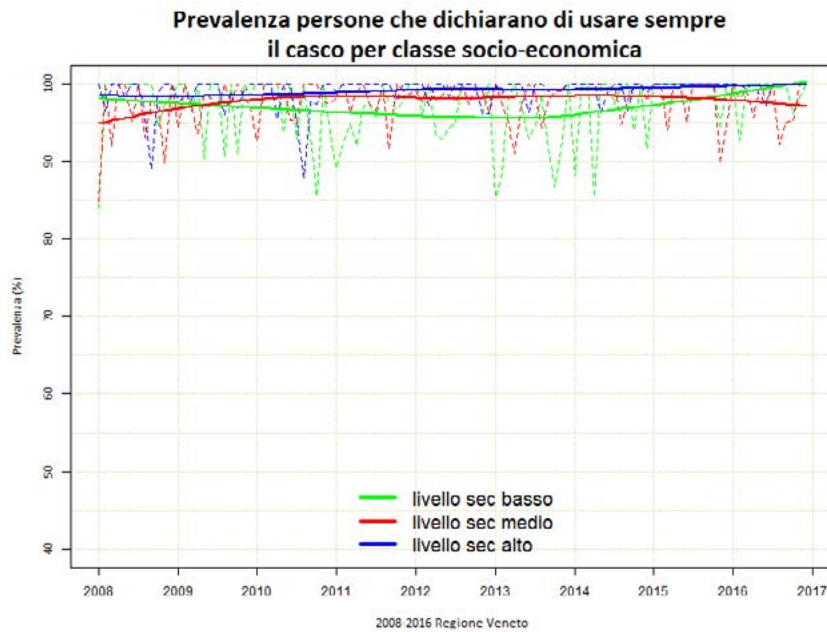
Analizzando le prevalenze per classi d'età (fig. 14) si può notare come la classe più giovane sia in aumento ($p < 0.001$) passando dall'89% al 99% tra il 2008 ed il 2016. La classe dei 35-49enni è sostanzialmente stabile, senza grandi indicazioni di movimento nel trend con valori attorno al 99%. Allo stesso modo, la classe dei 50-69 anni è stabile nel tempo: le stime puntuali sono analoghe a quelle della classe mediana.

Figura 14



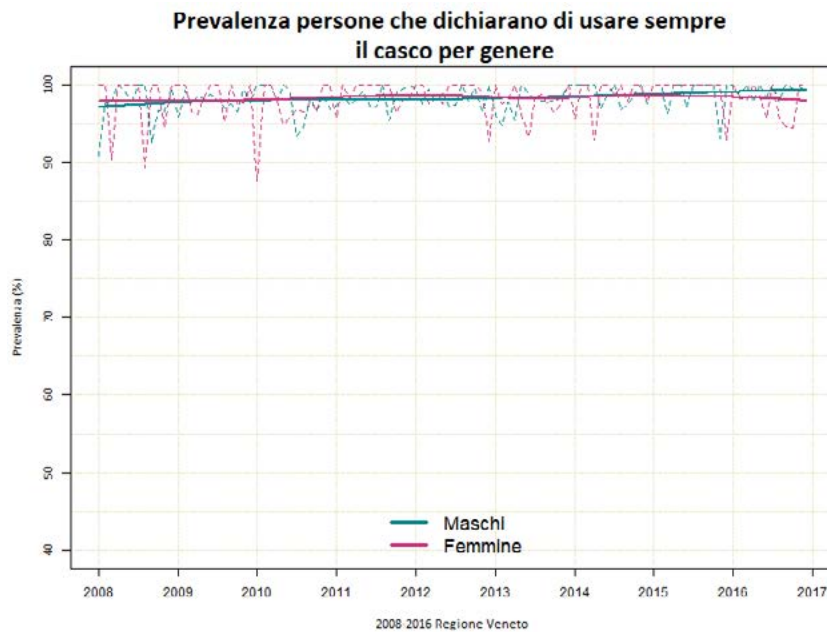
Tra le diverse classi socio-economiche, quelle più alte e quelle medie risultano stabili su alti livelli, rispettivamente 99% e 98% tra il 2008 ed il 2016. Le classi più svantaggiate erano in calo fino al 2012 ($p < 0.05$), ma nell'ultimo periodo si sono riassestate sui livelli iniziali, anche qui con prevalenze alte attorno al 99%.

Figura 15



Nella differenziazione di genere, sembra che le femmine nel periodo in esame siano sostanzialmente stabili, su livelli che sfiorano la totalità dei casi (98%). In aumento i maschi ($p < 0.01$): le stime puntuali sono del 94% nel 2008 e del 99% nel 2016.

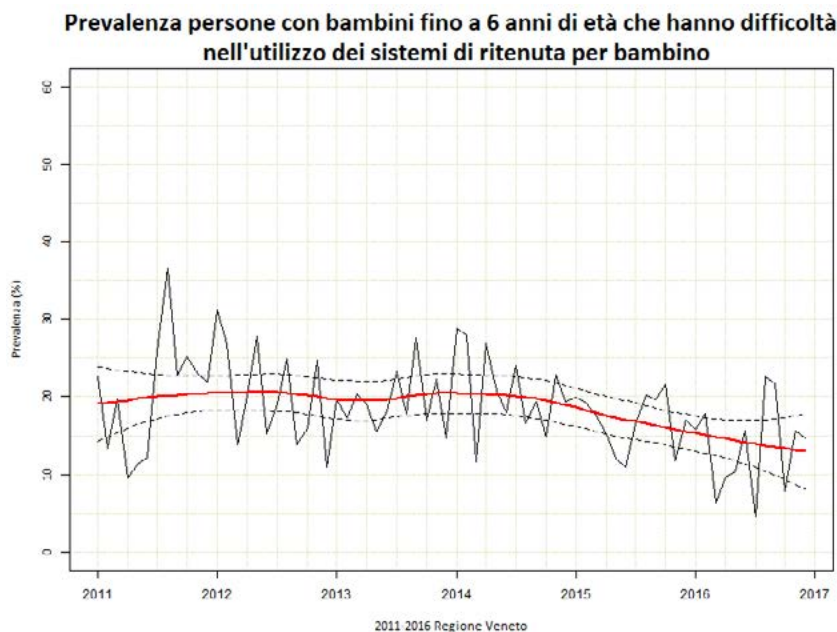
Figura 16



Uso sistemi di ritenuta per bambini

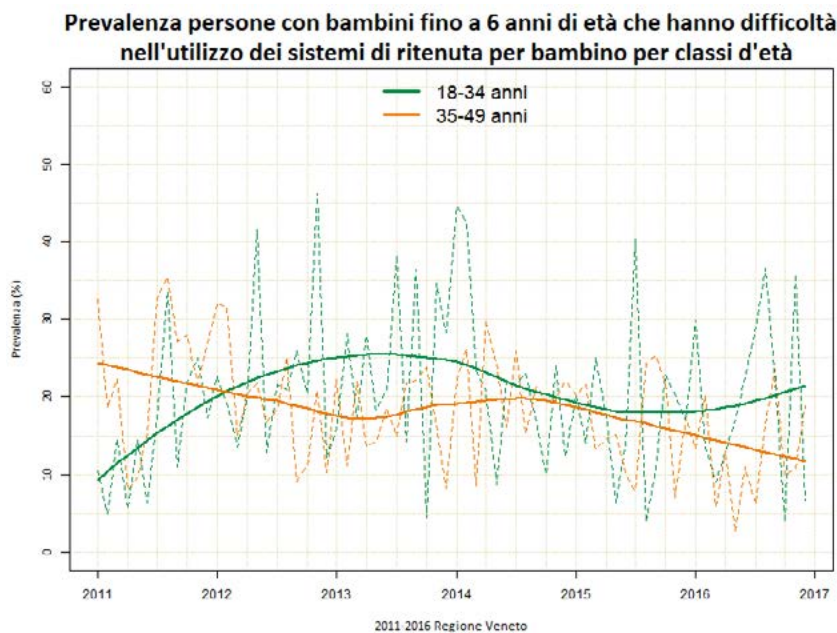
Nel periodo considerato dal 2011 al 2016 (fig. 17), il trend delle persone con bambini fino a 6 anni che hanno difficoltà nell'utilizzo dei sistemi di ritenuta per bambino (SRB) sono stabili fino al 2014 su stime attorno al 20%. Sono in calo negli ultimi anni raggiungendo un livello del 13% nel 2016 ($p < 0.01$).

Figura 17



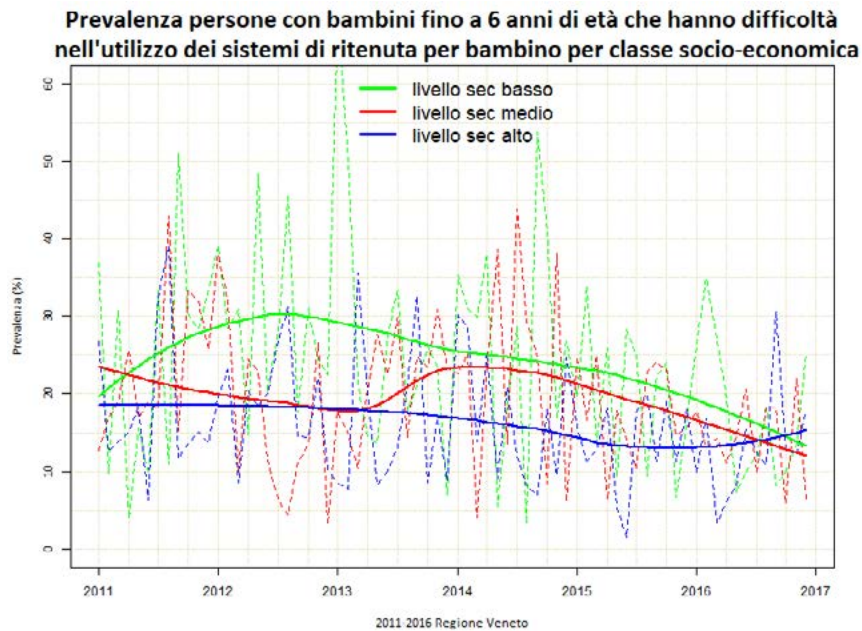
Dividendo il dato per classi d'età (fig. 18), vengono riportati i trend solamente per la classe più giovane e quella mediana. Anche qui i trend non sono netti. Nei più giovani da circa 14% del 2011, si sale a 23% nel 2013 per poi scendere al 15% negli ultimi anni. Nella classe dei 35-49 anni il trend parrebbe in calo con stime che vanno dal 23% nel 2011 al 12% nel 2016 ($p < 0.01$).

Figura 18



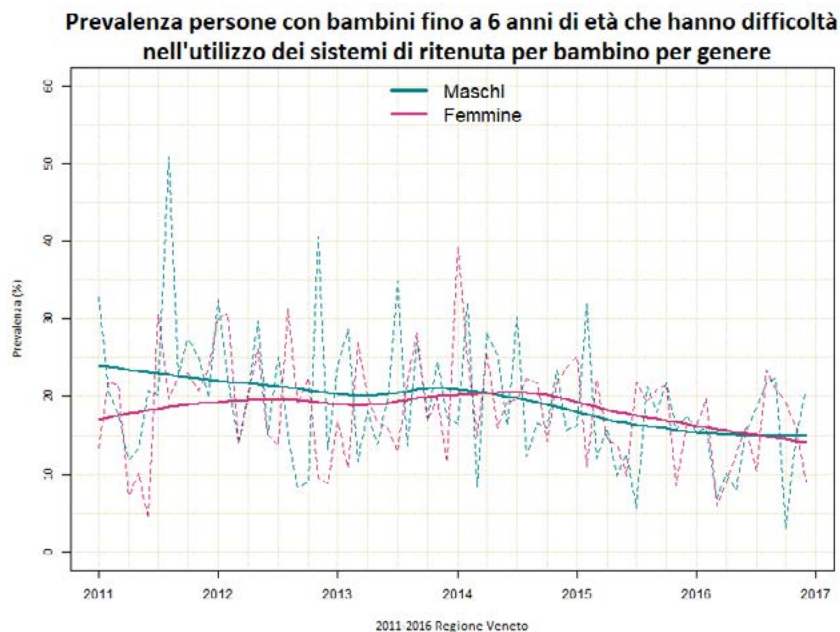
Per quanto riguarda la classe socio economica, i trend sono in calo per tutti i livelli nel periodo 2011-2016 in modo particolare a partire dal 2013. Sicuramente le prevalenze di persone che hanno difficoltà con i SRB sono più alte per le classi più svantaggiate (stime annuali che passano dal 25% al 17% - $p < 0.05$). Più bassi i livelli per la classe media che parte dal 20% e arriva al 14% ($p < 0.1$) ed ancora inferiori per le classi più avvantaggiate (16% nel 2011 – 12% nel 2016 con $p < 0.1$) (fig. 19).

Figura 19



Sia i maschi che le femmine (fig. 20) appaiono in calo. I maschi passano dal 22% del 2011 al 13% del 2016 ($p < 0.01$), mentre le femmine da 18% a 14% ($p < 0.1$).

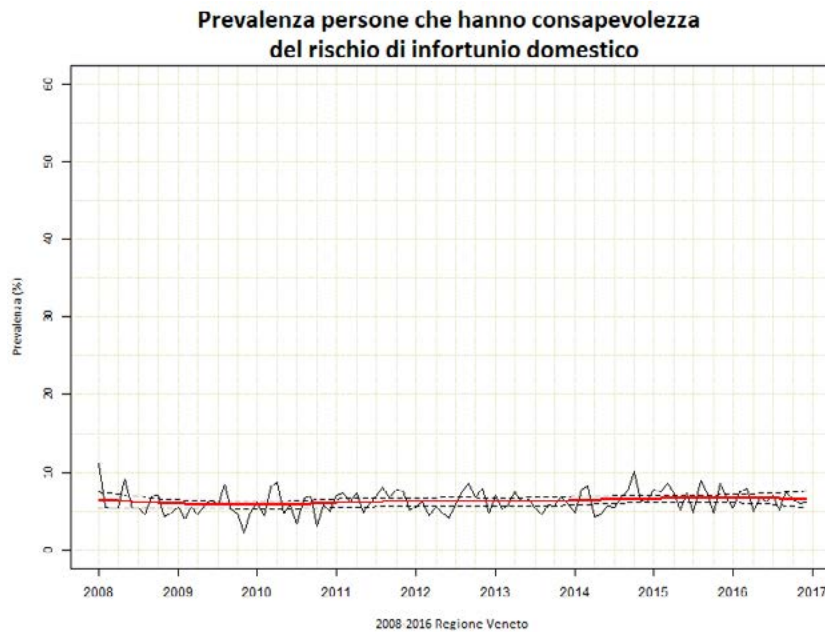
Figura 20



L'andamento della Sicurezza domestica in Veneto nel periodo 2008-2016

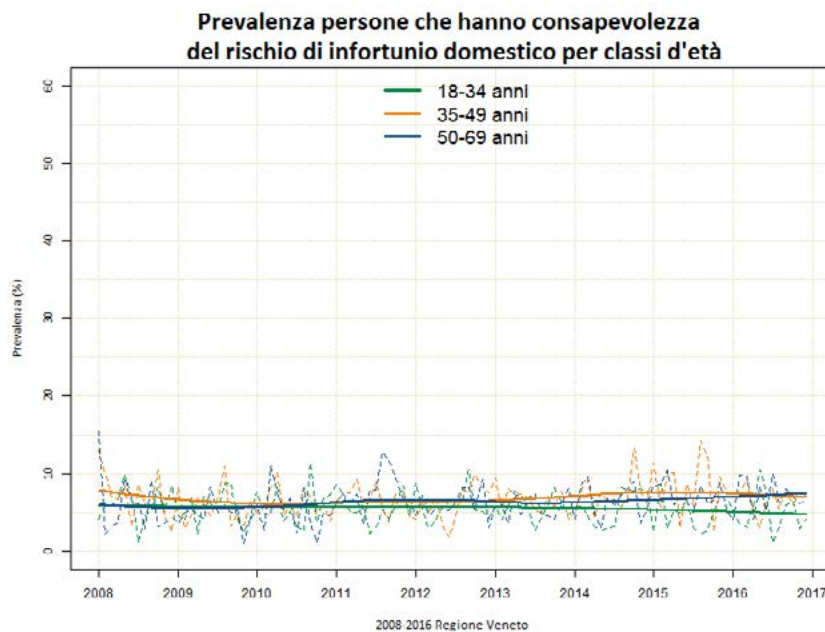
In figura 21 possiamo osservare come la prevalenza di persone che dichiarano di avere consapevolezza alta o molto alta del rischio di infortunio domestico siano in lieve aumento ($p < 0.05$): le stime sono del 6% nel 2008 e del 7% nel 2016.

Figura 21



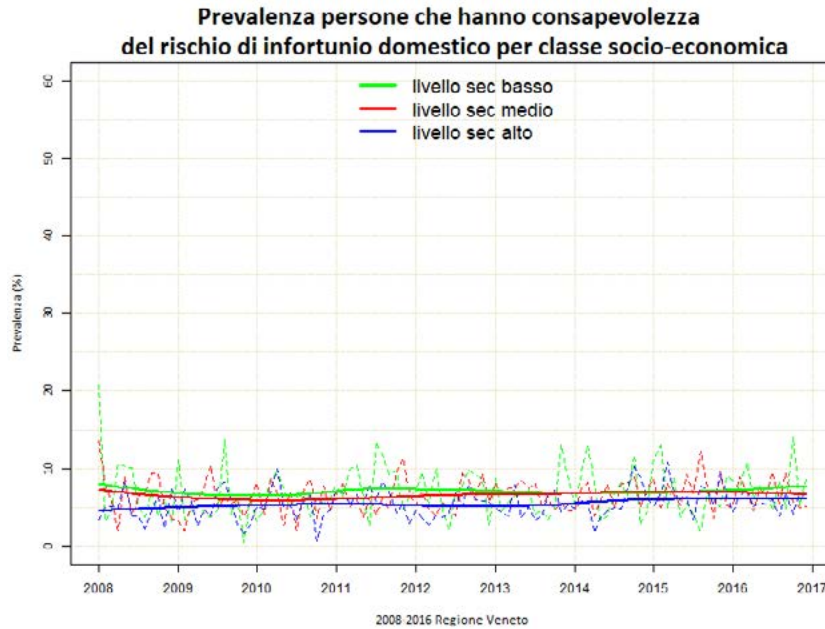
Analizzando la stessa prevalenza per classi d'età (fig. 22), la classe dei più giovani e quella mediana risultano stabili con stime rispettivamente attorno al 5% e al 6%. È in lieve aumento la classe più anziana ($p < 0.01$) con valori che vanno dal 6% al 7%.

Figura 22



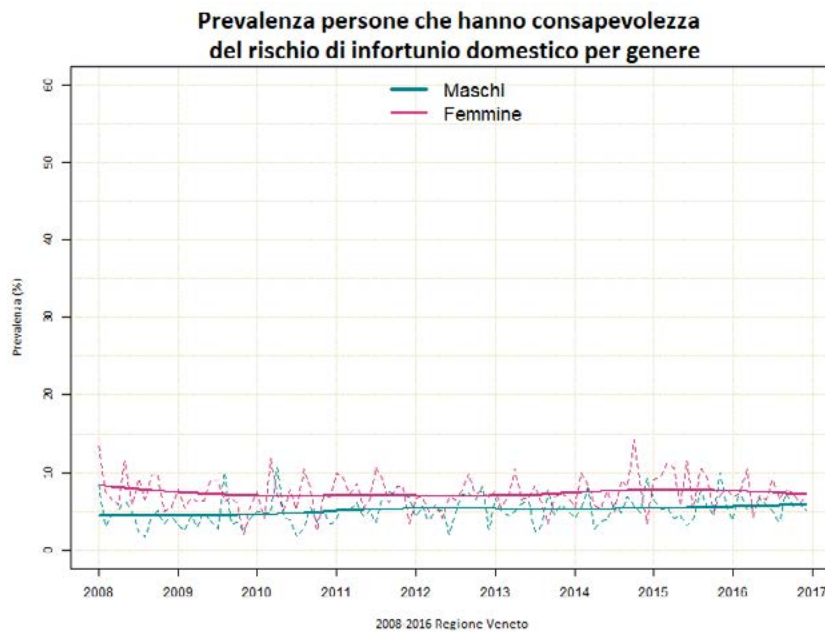
Tra le diverse classi socio-economiche, solamente quelle più svantaggiate risultano ferme su stime attorno al 7% nel periodo considerato. Le classi medie sono in leggero aumento ($p < 0.1$) passando dal 5% del 2008 al 7% del 2016; anche le classi più avvantaggiate sono in lieve aumento ($p < 0.1$), nel primo anno erano il 5%, nell'ultimo il 6% (fig. 23).

Figura 23



Nella differenziazione di genere, sembra che le femmine nel periodo in esame siano stabili su livelli attorno al 7%. I maschi invece sono in lieve aumento ($p < 0.01$) con prevalenze del 5% nel 2008 e del 6% nel 2016.

Figura 24



Piano regionale per la sicurezza

Il Piano Regionale della Prevenzione 2014 – 2018 in tema di sicurezza stradale vuole inserirsi nel solco tracciato dalla Legge n. 15 del 27 aprile 2012, che all'articolo 1 recita: *“La Regione del Veneto riconosce e valorizza il ruolo dell'educazione, dell'informazione e della sensibilizzazione, nella prevenzione degli incidenti stradali favorendo ogni azione finalizzata a ridurre i rischi connessi alla circolazione sulle strade e a garantire una maggiore sicurezza stradale, in coerenza con le direttive del Piano nazionale della sicurezza stradale, valorizzando le collaborazioni e le sinergie tra gli enti operanti sul territorio e promuovendo la realizzazione di progetti innovativi per lo sviluppo di nuove tecnologie atte al miglioramento della sicurezza stradale”.*

Considerata l'eziologia multifattoriale degli incidenti, il programma vuole perseguire sinergie e collaborazioni, soprattutto con Enti e Istituzioni al di fuori del mondo sanitario, vuole proseguire con azioni già parzialmente attivate negli anni precedenti e avviarne di nuove, dando particolare enfasi alle azioni mirate alla modifica dei comportamenti scorretti, con beneficio atteso e impatto sui tre obiettivi centrali individuati nel PNP.

Il programma si interfaccia con altri programmi sviluppati all'interno del PRP, in particolare per le attività rivolte al target genitori, operatori sanitari, operatori scolastici.

Gli incidenti domestici costituiscono un rilevante problema di sanità pubblica; la maggior parte di tali eventi, però, è prevedibile ed evitabile mediante l'adozione di comportamenti adeguati e di modifiche, talora anche piccole, degli ambienti di vita per renderli più sicuri.

Alla luce dei dati epidemiologici e della possibilità di prevenire tali eventi, il Programma Regionale di Prevenzione degli Incidenti Domestici 2010-2012 e successive proroghe ha previsto la realizzazione nel territorio di progetti appositamente studiati per bambini e anziani, che rappresentano le due fasce d'età maggiormente a rischio in termini di mortalità ed invalidità permanente, attraverso il coinvolgimento delle persone che se ne prendono cura: genitori per quanto riguarda i bambini, caregiver e familiari per gli anziani.

Ogni progetto ha visto la strutturazione di una rete di Aziende Sociosanitarie e di operatori sanitari che hanno lavorato per implementare e diffondere nel territorio le azioni previste, a cui si è accompagnata una formazione continua specifica.

Il programma regionale di Prevenzione degli Incidenti Domestici 2014-2018 si propone di dare continuità alle azioni già intraprese, aumentarne la diffusione nel territorio regionale, coinvolgere il target “intermedio” costituito dalla popolazione adulta, nell'ambito della quale gli eventi accidentali sono più frequenti, seppur meno gravi, sviluppare nuovi strumenti di comunicazione, offrire una formazione rivolta a tutte le figure professionali sanitarie, diffusa su tutto il territorio regionale, offrire una formazione ed addestramento specifici per gli operatori della Scuola, aperti ai genitori.

Tra le varie iniziative di prevenzione avviate a livello istituzionale, le più efficaci sembrano essere quelle che considerano approcci multipli: campagne di informazione e di educazione (verso anziani, bambini, genitori), formazione di operatori sanitari volta all'acquisizione di competenze per la rilevazione della sicurezza degli ambienti domestici, fornitura a basso costo di dispositivi di sicurezza.

Per quanto riguarda la sostenibilità, i percorsi finora proposti e realizzati dalle Aziende Sociosanitarie del Veneto si sono dimostrati fattibili nella normale routine degli operatori coinvolti, tanto che per l'implementazione delle azioni che riguardano l'età infantile non è stato necessario erogare alcun contributo economico alle Aziende Ulss; un modesto sostegno economico è stato riconosciuto esclusivamente per l'avvio delle attività previste nel percorso di “ArgentoAttivo”.

In riferimento al tema del contrasto alle disuguaglianze in salute, nel programma le azioni rivolte ai bambini si realizzano in due momenti significativi dei primi anni di vita, che coinvolgono la quasi totalità dei nati, sia italiani che stranieri: il punto nascita e la scuola dell'infanzia (sia pubblica che paritaria). Inoltre tutti i materiali rivolti ai genitori sono stati tradotti in più lingue per raggiungere il maggior numero possibile di persone. La popolazione anziana è per definizione fragile, e la progettualità ad essa rivolta coinvolge non solo il target diretto, ma anche i caregiver.



Il consiglio dell'operatore sanitario

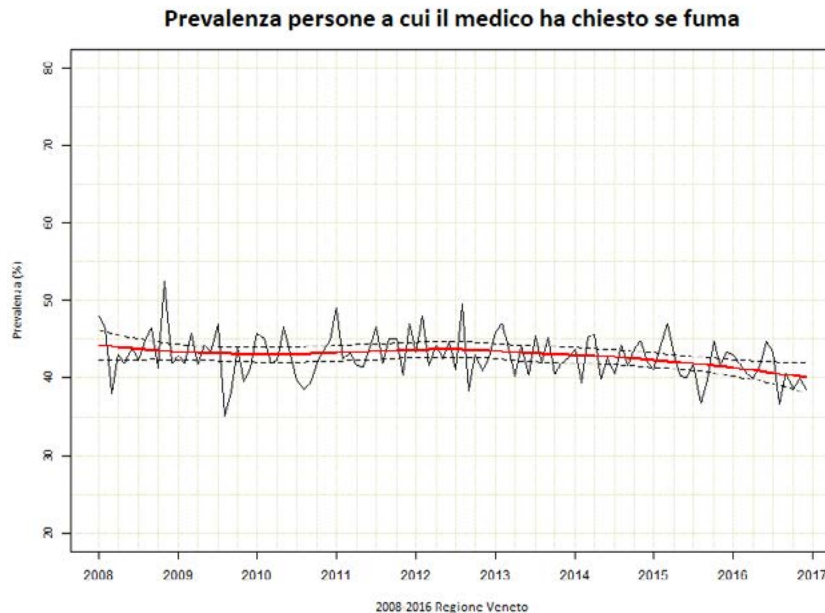
In un approccio intersettoriale e multidisciplinare, uno dei compiti sicuramente specifici del personale sanitario è quello di veicolare alla popolazione a cui si rivolge e che incontra nella propria attività professionale corretti messaggi di salute trasversali. In particolare, la raccomandazione dell'operatore sanitario, anche se brevissima e breve, si è dimostrata efficace nel contribuire ai processi di cambiamento degli stili di vita, ancor più se svolta in setting sanitari opportunistici e inserita in un approccio integrato di interventi di comunità. Il valore aggiunto della raccomandazione seppur brevissima o breve dell'operatore sanitario è il coinvolgimento di un numero sempre più ampio ed eterogeneo di operatori che in modo coerente e in diversi setting all'interno del sistema sanitario offrono al cittadino una opportunità di salute verso scelte responsabili e consapevoli di stili di vita sani.

Il questionario PASSI indaga l'entità della diffusione dell'intervento e del messaggio del personale sanitario nei diversi ambiti della prevenzione e promozione di corretti stili di vita; in particolare, indaga se un operatore sanitario negli ultimi 12 mesi ha "sollevato" il problema ovvero ha chiesto rispetto abitudini di vita quali il fumare, l'attività fisica svolta, l'alimentazione e il consumo di bevande alcoliche e ha dato il consiglio di cambiare tale comportamento. La dichiarazione 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".

Fumo: Un medico o un operatore sanitario hanno chiesto se fuma

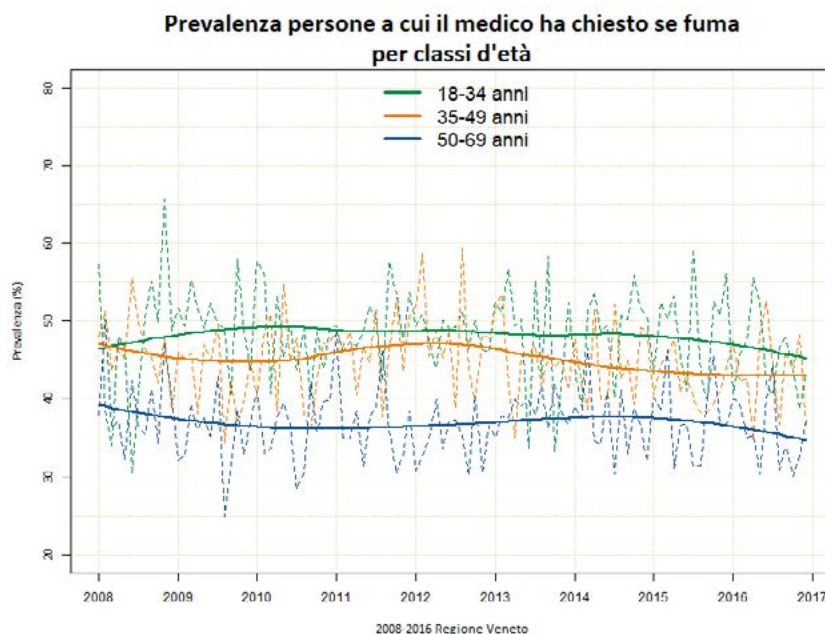
Nel periodo considerato dal 2008 al 2016 (fig. 1), il trend delle persone a cui il medico ha chiesto se fuma è in lieve diminuzione ($p < 0.05$) e passa dal 45% del 2008 al 41% del 2016.

Figura 1



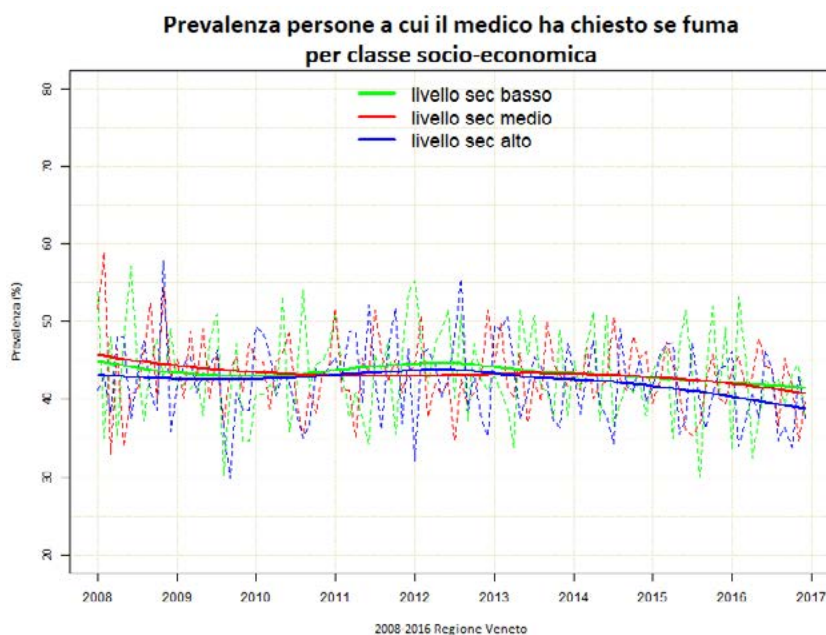
Dividendo il dato per classi d'età (fig. 2), non si notano grandi scostamenti se non che nell'ultimo periodo si può notare come le persone a cui il medico ha chiesto se fuma, tra classi mediane e più giovani, siano in lieve calo ($p < 0.01$): si parte da attorno a 50% tra i giovani per arrivare al 45% del 2016. Tali percentuali passano dal 46% al 43% nelle classi di mezzo. Stabili invece i dati per la classe più anziana, attorno al 39%.

Figura 2



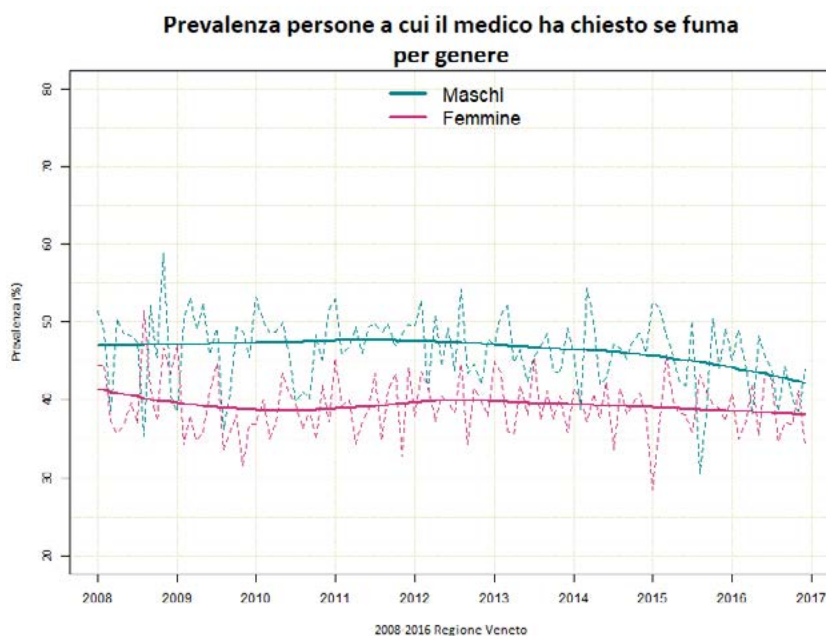
Nessun movimento neanche per i trend divisi per classe socio economica (fig. 3): livelli molto simili tra le tre classi e prevalenze attorno al 42%. Si nota una leggera flessione nell'ultimo anno, ma tale differenza non risulta significativa nell'indirizzare un trend al momento.

Figura 3



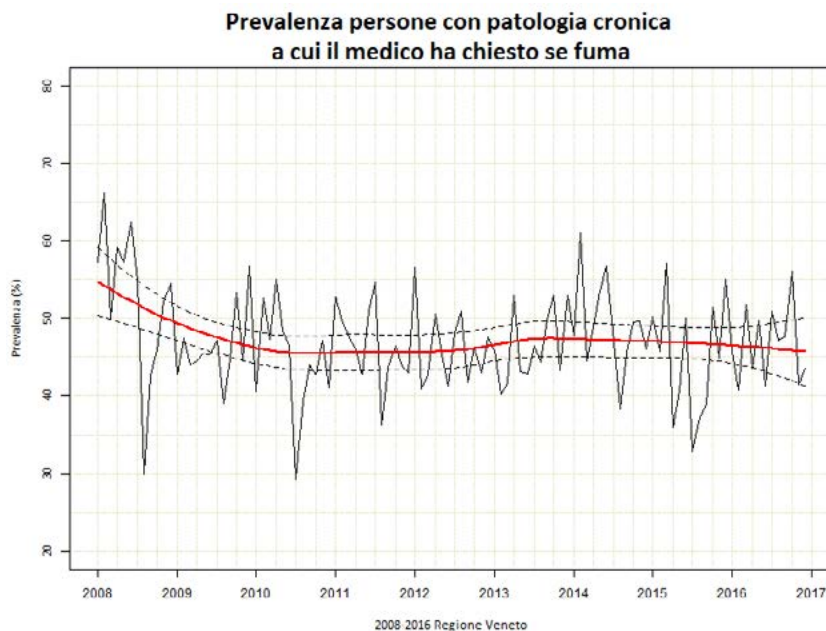
Nella differenziazione di genere, sembra che le femmine nel periodo in esame siano stabili con valori attorno al 39%, per quanto riguarda i maschi si nota un calo ($p < 0.05$) con valori che variano dal 47% nel 2008 al 43% nel 2016 (fig. 4).

Figura 4



Il trend delle persone con patologia cronica che dichiarano che un medico o un operatore sanitario si è informato sull'abitudine al fumo è in diminuzione nei primi due anni del periodo considerato ($p < 0.05$), nel 2008 il valore era del 54%, mentre nel 2010 era del 45%; negli anni successivi la prevalenza si assesta intorno a questo ultimo valore (fig. 5).

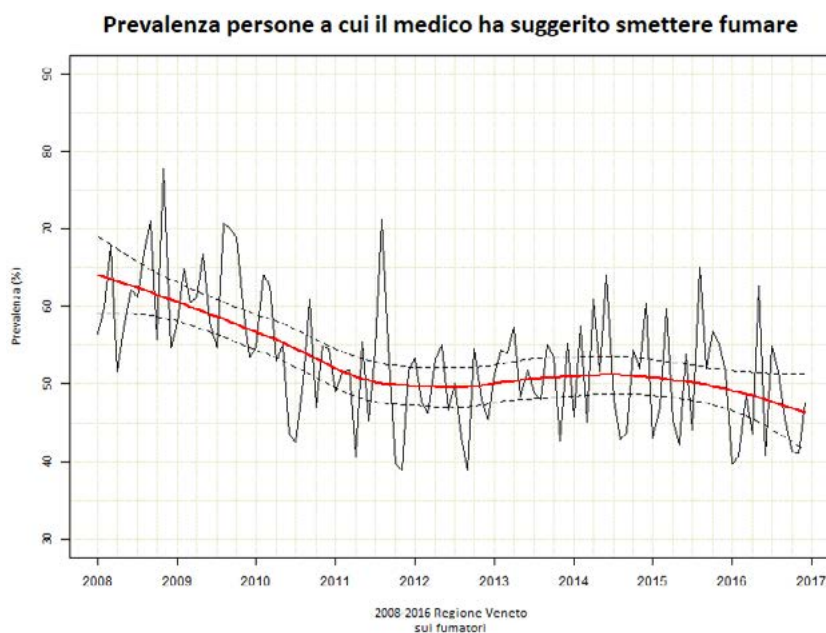
Figura 5



Consiglio di smettere di fumare

In figura 6 possiamo osservare come la prevalenza di persone a cui il medico ha suggerito di smettere di fumare (se fumatori) è in calo nel periodo in esame ($p < 0.001$): nel 2008 erano il 62%, mentre sono il 46% nel 2016.

Figura 6



Analizzando per classi d'età il consiglio di smettere di fumare è in diminuzione significativa in tutte le classi d'età considerate. La classe più giovane passa dal 53% nel 2008 al 37% nel 2016 ($p < 0.05$), mentre nella classe mediana la prevalenza passa da 64% a 45% ($p < 0.001$); nella classe più anziana: si passa dal 71% del 2008 al 57% del 2016 ($p < 0.0$).

Tra le diverse classi socio-economiche, quelle più svantaggiate risultano in calo ($p < 0.01$) tra il 2008 ed il 2016 passando dal 71% al 59%. Nella classe media la prevalenza è in diminuzione fino al 2013 ($p < 0.01$), per poi stabilizzarsi nell'ultimo quadriennio: nel 2008 tale prevalenza era del 63% mentre nel 2016 del 46%. Anche per le classe più alta il valore è in diminuzione ($p < 0.001$) passando dal 52% al 39%.

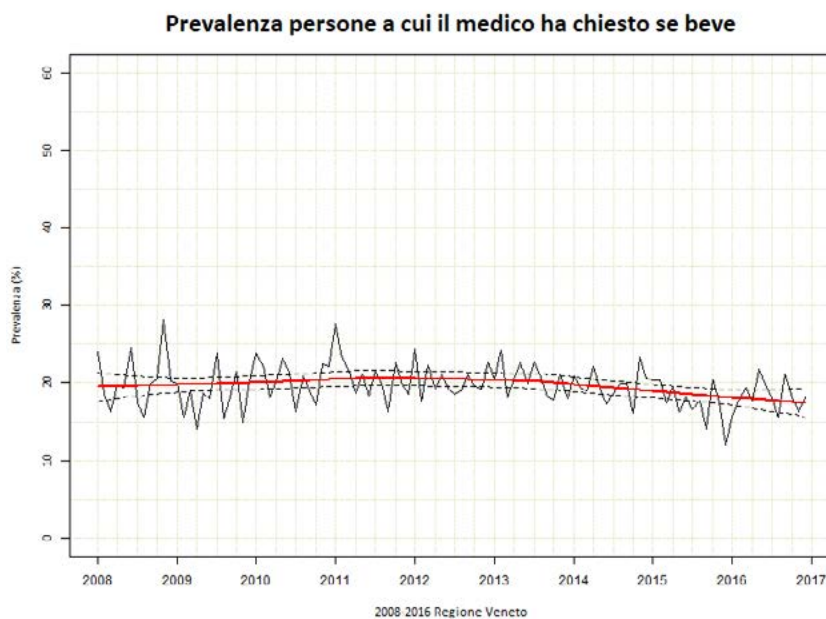
Nella differenziazione di genere, sia i maschi che le femmine mostrano una prevalenza in calo ($p < 0.001$): i primi passano dal 63% nel 2008 al 47% nel 2016. Le femmine passano dal 70% al 52%.

Il trend per quanto riguarda la prevalenza di persone, con patologie croniche e fumatrici, che dichiarano che un medico ha consigliato di smettere di fumare è in diminuzione ($p < 0.05$) passando dal 73% al 64% nel periodo considerato.

Alcol: Un medico o un operatore sanitario hanno chiesto se ha assunto alcol

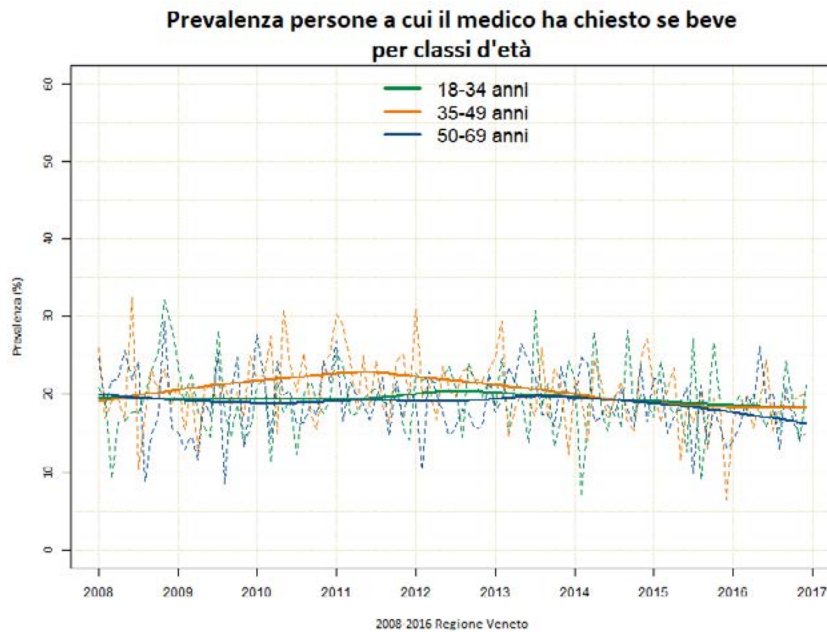
In figura 7 possiamo osservare come la prevalenza di persone a cui il medico abbia chiesto se beve sia sostanzialmente stabile fino al 2014 su livelli del 20% circa. Negli ultimi anni invece il trend sembra in diminuzione, assestandosi su un dato annuale di 18% ($p < 0.1$).

Figura 7



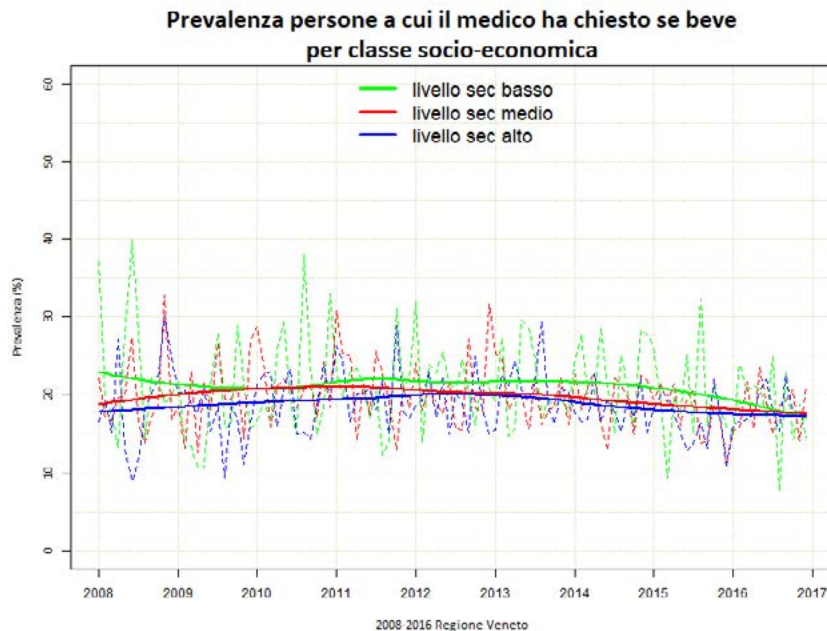
Analizzando lo stesso dato per classi d'età (fig. 8), non sembrano esserci particolari scostamenti nel tempo: per i giovani e per la classe 50-69 le prevalenze si aggirano attorno al 19%, mentre per la classe mediana che fino al 2012 risultava in aumento (22%), si registra un calo ($p < 0.05$), nel 2016 il valore è del 19%.

Figura 8



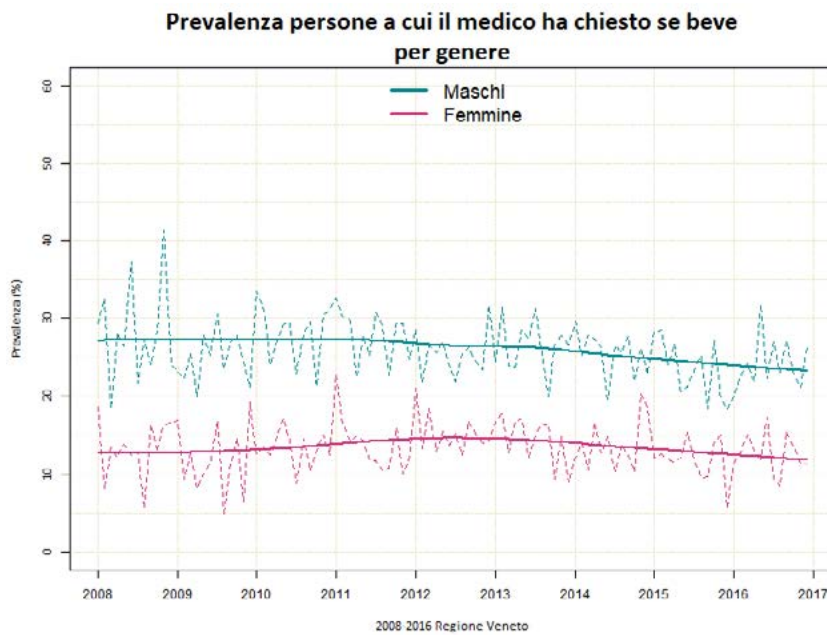
Anche tra le diverse classi socio-economiche (fig. 9), la situazione è pressoché stabile, appare un trend in aumento fino al 2012, per poi riportarsi a livello di inizio serie nell'ultimo anno; prevalenze attorno al 19%.

Figura 9



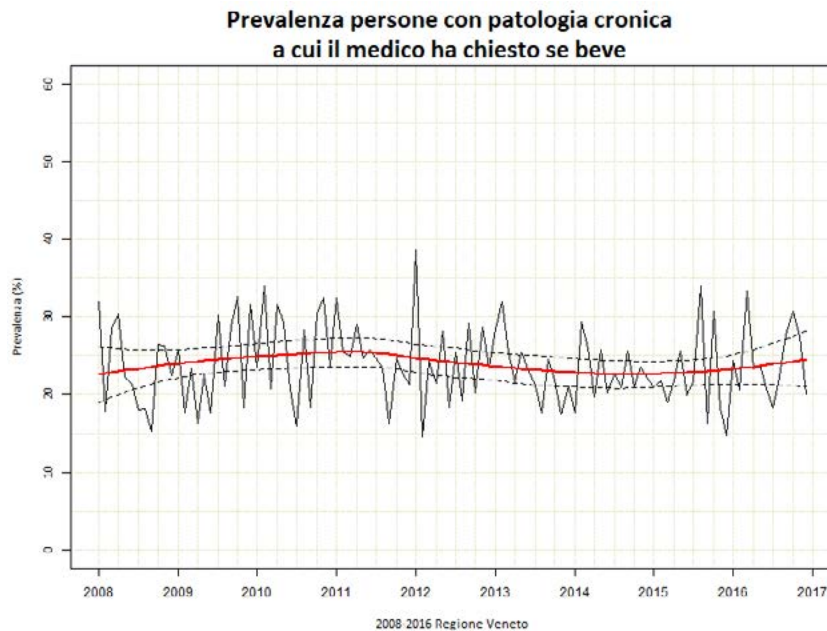
Nella differenziazione di genere (fig. 10), è in calo ($p < 0.001$) il trend per i maschi: le stime passano dal 28% del 2008 al 24% del 2016. Stabile la prevalenza invece tra le donne: 13% le stime annuali.

Figura 10



Il trend per quanto riguarda la prevalenza di persone, con patologie croniche, che dichiarano che un medico si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol è stabile negli anni attorno al 23% (fig. 11).

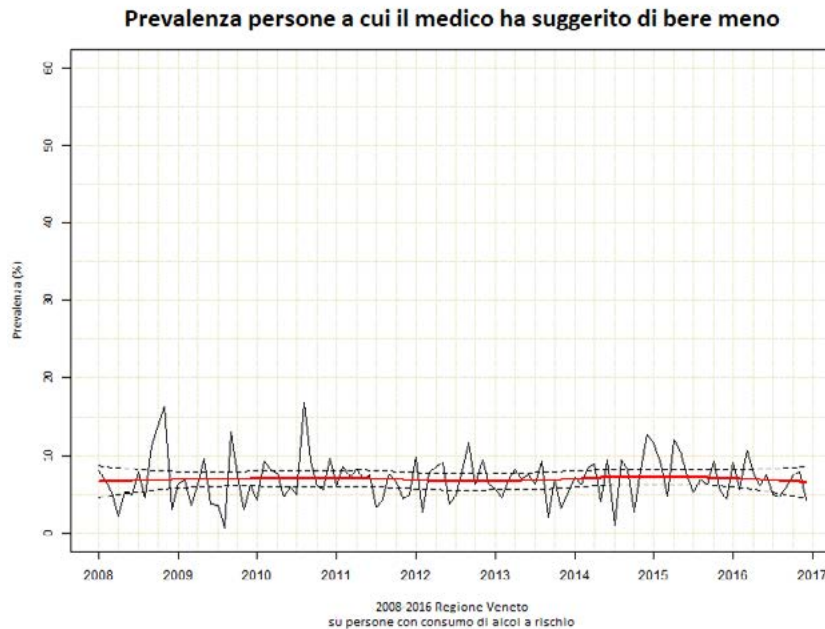
Figura 11



Consiglio di bere meno

Nel periodo considerato dal 2008 al 2016 (fig. 12), in generale il trend delle persone che hanno un consumo di alcol a rischio, a cui è stato suggerito di bere meno è stabile su livelli molto bassi: le stime annuali si aggirano attorno al 7%.

Figura 12



Analizzando i trend per classi d'età risultano in aumento le persone che dichiarano di aver ricevuto un suggerimento dal medico di bere meno per le classi più giovani ($p < 0.05$) passando dal 2% al 4% tra il 2008 ed il 2016. Stabile la prevalenza nella popolazione di classe mediana, attorno al 6% la stima annuale. Sono in calo ($p < 0.1$) nella classe più anziana: si passa dal 17% al 12% nel periodo considerato.

Spostandoci sulla classe socio economica, l'unico trend significativamente in aumento ($p < 0.05$) è quello riguardante la classe più avvantaggiata: la prevalenza passa dal 4% nel 2008 al 6% nel 2016. Gli altri due trend non mostrano variazioni significative. Stabili attorno al 6% le stime per le classi medie mentre quelle più svantaggiate, passano dall'11% al 13% ma tale differenza non risulta significativa.

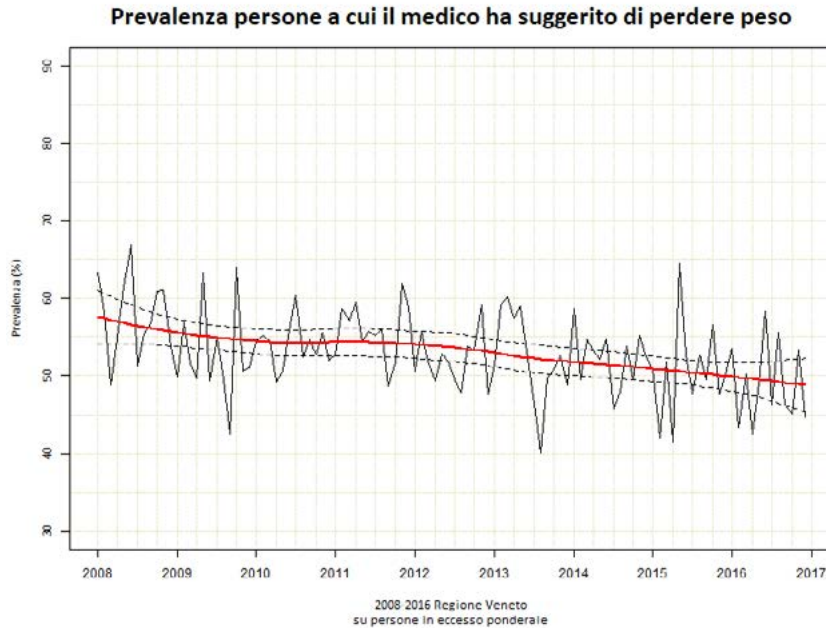
Analizzando le prevalenze sui consigli sul bere meno fra maschi e femmine, queste ultime sono in aumento ($p < 0.01$) passando dal 2% al 5% tra il 2008 ed il 2016. Stabili gli uomini invece attorno al 7%, il calo nell'ultimo periodo di quest'ultimi non dà evidenze di un trend netto al momento.

Per quanto riguarda il suggerimento da parte di un medico o di un operatore sanitario alle persone con almeno una patologia cronica, il trend non risulta significativamente in calo o in aumento. Le stime puntuali sono del 17% nel 2008 e del 14% nel 2016.

Eccesso ponderale: Un medico o un operatore sanitario hanno suggerito di perdere peso

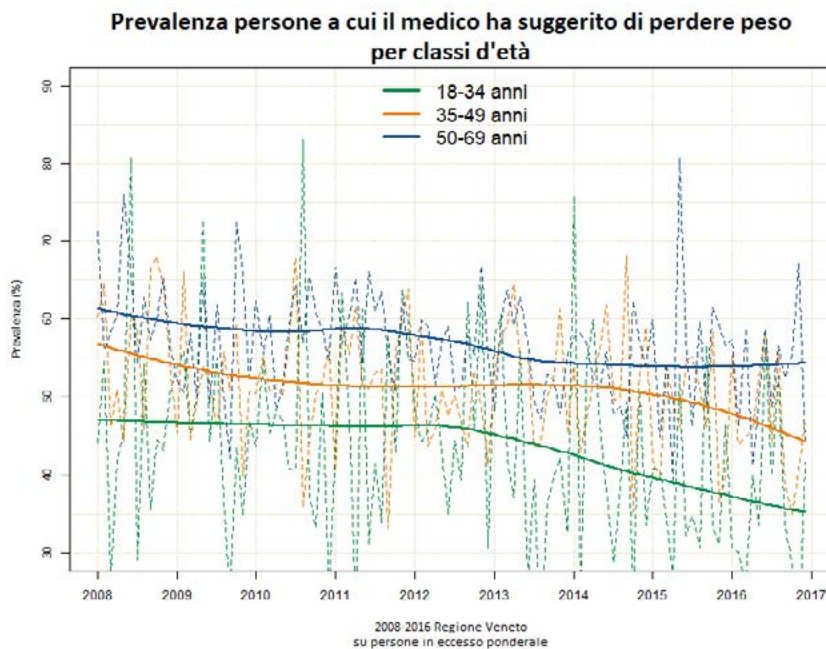
In figura 13 possiamo osservare come la prevalenza di persone, in eccesso ponderale, a cui il medico ha suggerito di perdere peso sia in diminuzione ($p < 0.001$) nel periodo in esame: nel 2008 erano il 58%, 49% nel 2016.

Figura 13



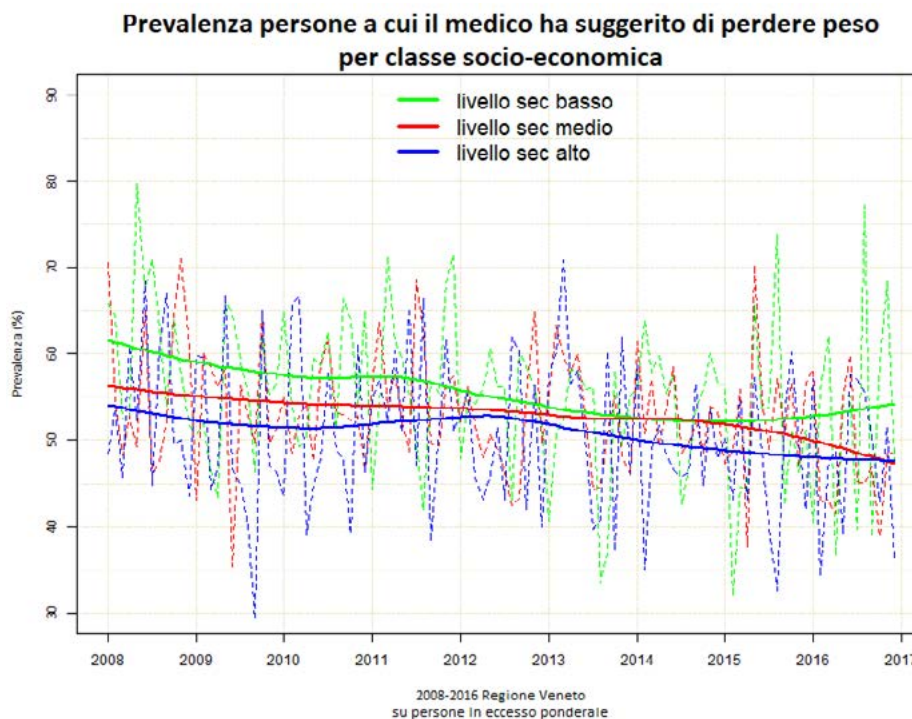
In figura 14 possiamo vedere i trend divisi per classe d'età: per tutte e tre le classi d'età considerate le prevalenze sono in calo: tra i più giovani ($p < 0.001$) si passa dal 45% del 2008 al 37% del 2016, nella classe mediana ($p < 0.05$) dal 59% al 47% mentre nella classe più anziana ($p < 0.05$), nello stesso periodo considerato, si passa dal 62% al 53%.

Figura 14



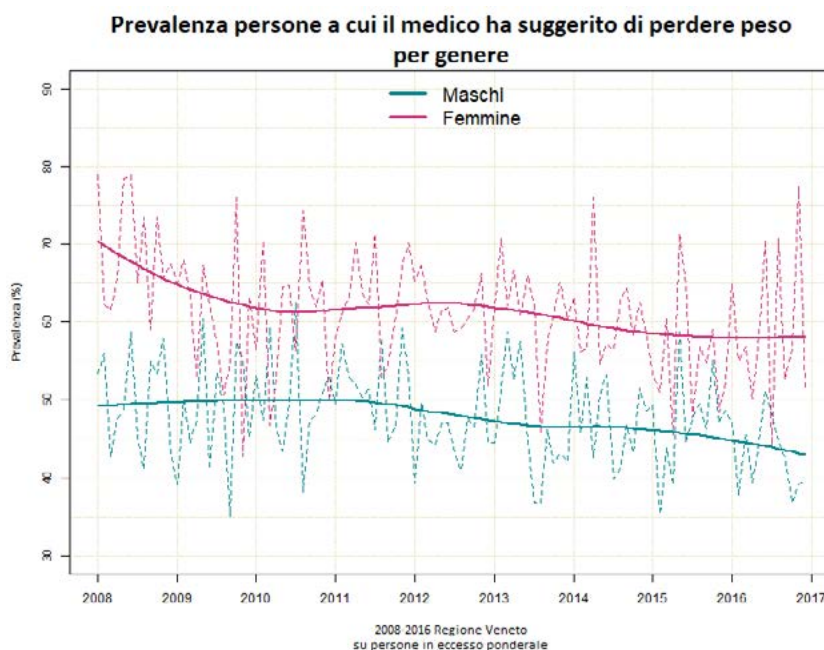
Tra le diverse classi socio-economiche (fig. 15), tutte e tre le classi risultano in calo nella prevalenza di persone in eccesso ponderale a cui il medico ha suggerito di perdere peso: la prevalenza nelle classi più svantaggiate ($p<0.01$) passa dal 61% al 52% nel periodo considerato. In diminuzione tale prevalenza anche fra le classi medie e quelle alte ($p<0.05$): le prime passano dal 59% al 47%, le seconde invece dal 52% al 48%.

Figura 15



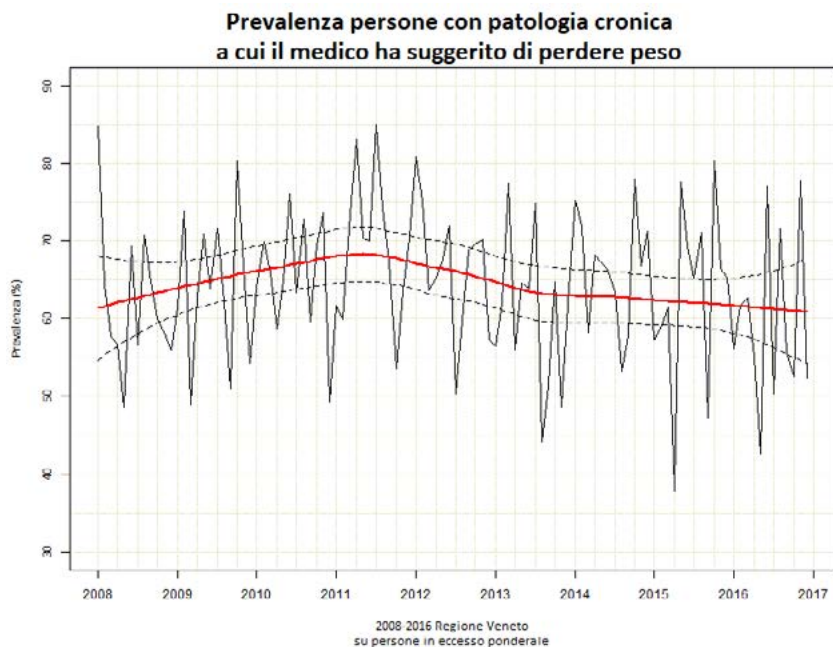
Anche i trend per maschi ($p<0.01$) e femmine ($p<0.001$) sono in calo, con maggiore accentuazione per le donne: quest'ultime passano dal 69% al 58%, i maschi invece calano dal 51% al 43% (fig. 16).

Figura 16



Il trend per quanto riguarda la prevalenza di persone, con patologie croniche ed in eccesso ponderale, che dichiara che un medico o un operatore sanitario ha suggerito la perdita di peso corporeo, non mostra scostamenti significativi negli anni considerati. Si parte da livelli attorno al 63% nel 2008, salendo al 68% nel 2011 per poi scendere al 59% nel 2016. Tali fluttuazioni non sono risultate significative (fig. 17).

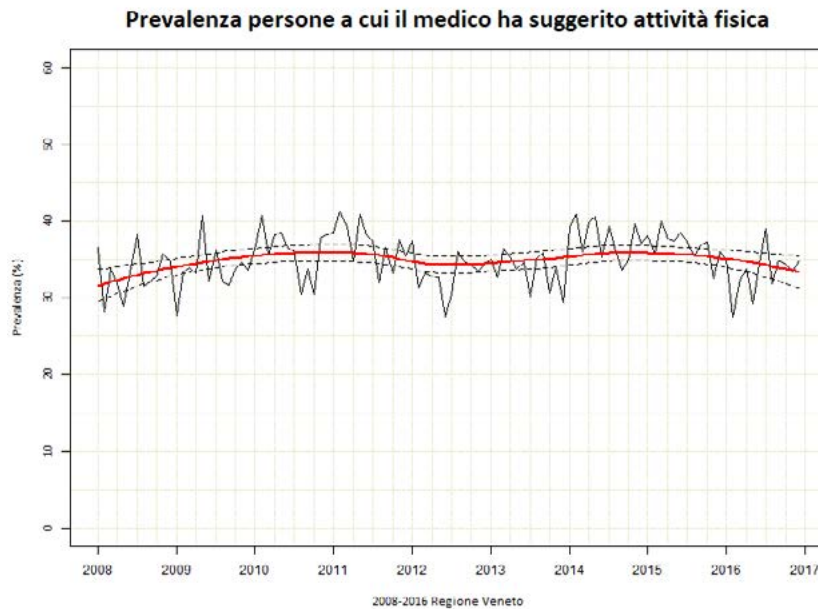
Figura 17



Sedentari: Un medico o un operatore sanitario hanno suggerito di fare attività fisica

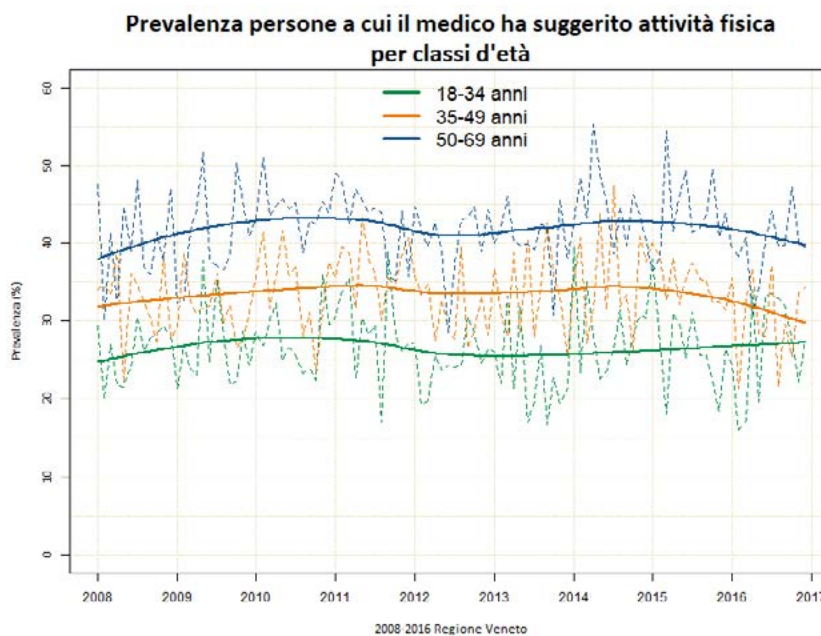
Nel periodo considerato dal 2008 al 2016 (fig. 18), il trend delle persone che hanno ricevuto un suggerimento di fare attività fisica nella popolazione veneta è sostanzialmente stabile, attorno al 34%.

Figura 18



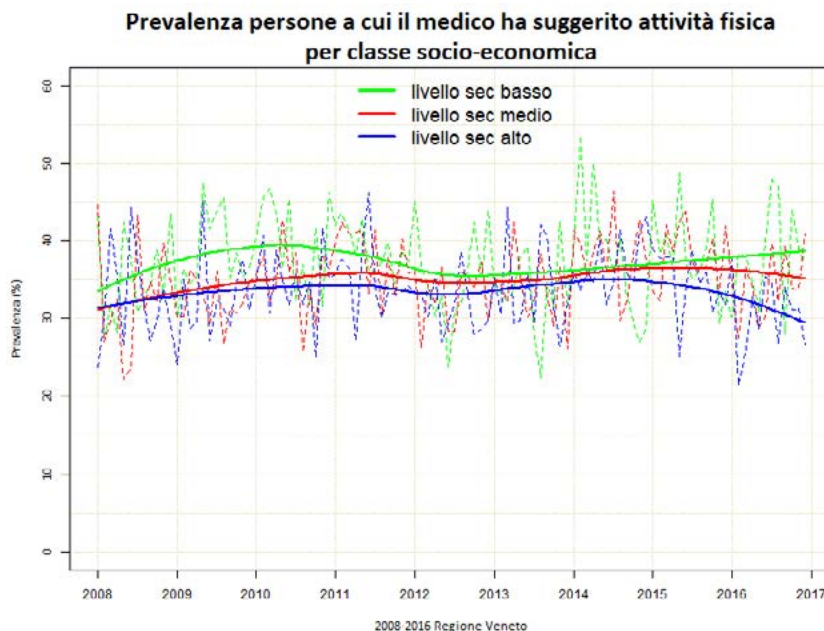
Dividendo il dato per classi d'età (fig. 19) il trend è stabile per tutte le classi d'età, benché siano diversi i livelli percentuali: sono attorno al 41% per la classe più anziana, attorno al 26% per i più giovani, 34% nella classe mediana. Gli scostamenti non sono risultati significativi

Figura 19



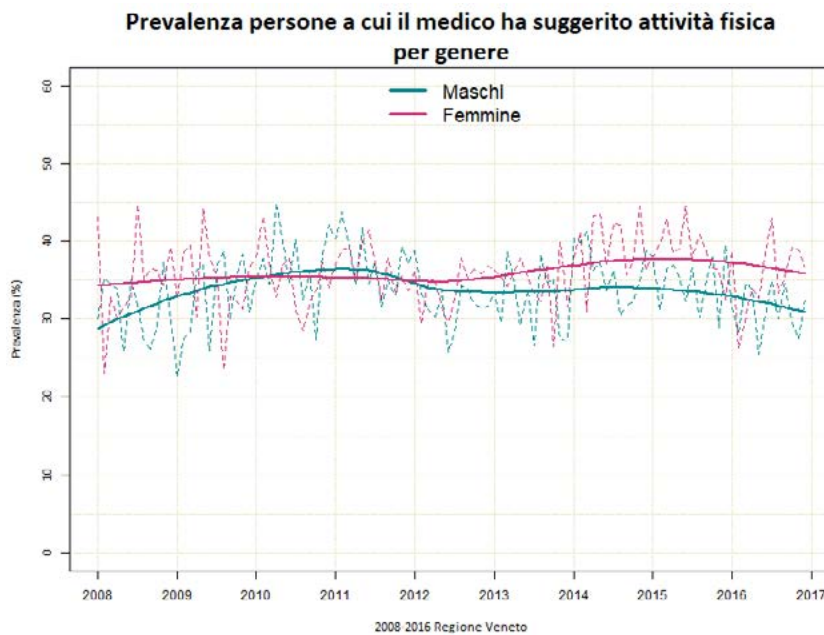
Per quanto riguarda la classe socio economica, risulta significativamente in aumento il trend per le classi media ($p < 0.001$) passando dal 33% al 35% nel periodo considerato. Stabile invece la situazione per le altre due classi: per i più svantaggiati la prevalenza è attorno al 37%, mentre per le persone con un livello socio-economico alto la stima puntuale è attorno al 30% (fig. 20).

Figura 20



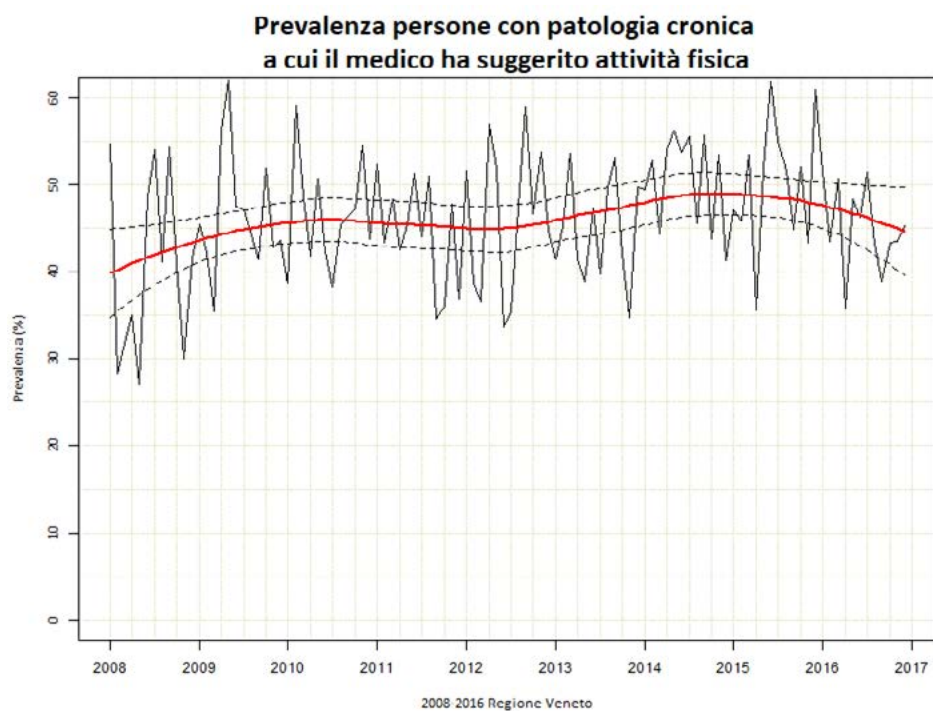
I trend di persone a cui il medico ha suggerito attività fisica (fig. 21) sono in aumento tra i maschi fino al 2011 ($p < 0.05$) partendo su livelli del 32% per poi raggiungere il 36% e poi riscendere al 30%. Le femmine sono in lieve aumento in tutto il periodo ($p < 0.01$) passando dal 35% al 36% nello periodo considerato.

Figura 21



Per quanto riguarda il suggerimento da parte di un medico o di un operatore sanitario alle persone con almeno una patologia cronica (fig. 22) il trend è in aumento ($p < 0.05$) passando dal 40% nel 2008 al 45% nel 2016.

Figura 22



Ormai è un dato consolidato in letteratura quanto sia di fondamentale importanza anche solo chiedere al paziente informazioni sulle sue abitudini di vita, come il fumare, il bere bevande alcoliche, fare attività fisica, l'alimentazione seguita, ecc. E' dimostrato, infatti, come una domanda fatta nel modo corretto in un setting sanitario, può portare l'1-2% delle persone spontaneamente a cambiare il proprio stile di vita da non salutare a salutare.

Il ruolo del medico e di ogni operatore sanitario è riconosciuto come modello autorevole di raccomandazioni su temi di salute e su come poter affrontare la vita per un buon mantenimento della propria salute e per migliorarla. La Regione del Veneto, partendo da questi presupposti, ha da sempre avuto un'attenzione particolare alla formazione degli operatori sanitari nel loro ruolo di promotori della salute ovvero di veicoli di messaggi di salute capaci di incidere sui processi di cambiamento e di adozione di corretti stili di vita nei cittadini che a vario titolo si rivolgono all'assistenza sanitaria.

Sono stati sviluppati e tutt'oggi vengono realizzati moduli formativi specifici su elementi dell'approccio motivazione e del counselling breve rivolti agli operatori sanitari mirati all'acquisizione delle competenze di base necessarie per migliorare la loro professionalità primaria sanitaria e saper rivolgersi alle persone non solo per ottenere delle informazioni utili per una buona raccolta dell'anamnesi, diagnosi e cura, ma anche per valutare di volta in volta quando e se è possibile fare un intervento mirato per confermare un comportamento adeguato o promuovere un cambiamento.

Molti Programmi inseriti nel Piano Regionale Prevenzione 2014-2018 prevedono eventi formativi di tale tipologia finalizzati all'intervento su vari stili di vita, quali: il fumo, l'alimentazione, il consumo di bevande alcoliche, l'attività motoria, le scelte vaccinali, ecc. sia con la popolazione generale che con tipologie specifiche come le mamme in attesa e le neomamme, i genitori, i cinquantenni dello screening cardiovascolare, ecc.. Gli operatori sanitari coinvolti nella suddetta formazione sono sia operatori sanitari di ogni professionalità e setting di lavoro sia specialisti in ambiti peculiari, come ad es. gli ambulatori nutrizionali, i percorsi nascita, i punti vaccinali, i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta, gli accertatori, gli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione.

La Regione del Veneto con tali attività formative intende investire su un processo culturale di cambiamento della cultura sanitaria e generale verso la trasversalità, il task shifting, un sistema di aggiornamento continuo e accreditato, linguaggi e competenze condivise, procedure e protocolli uniformi, nuove linee di lavoro, sviluppo e consolidamento delle reti di collaborazione tra professionisti e settori sanitari diversi.

E' importante, quindi, a livello regionale l'uniformità dell'offerta formativa agli operatori sanitari indispensabile affinché sempre più operatori siano disponibili e motivati a dare un messaggio coerente in setting diversi e per auspicare che ogni occasione di contatto con la struttura sanitaria e il suo personale divenga un'opportunità di salute per ogni cittadino rispondendo al diritto di equità.

Glossario

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.

Consapevolezza rischio infortunio domestico: chi dichiara alto o molto alto il rischio di infortunio in ambiente domestico, per se o per i propri famigliari.

Consumo abituale elevato di alcol: più di 2 unità alcoliche in media al giorno per gli uomini e più di 1 per le donne.

Consumo a maggior rischio di alcol: consumo abituale elevato e/o bevitore fuori pasto e/o bevitore binge.

Consumo 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).

Ex fumatore: chi dichiara di aver fumato nella sua vita almeno 100 sigarette e di non essere fumatore al momento dell'intervista e di aver smesso di fumare da più di 6 mesi.

Fumatore: chi dichiara di aver fumato nella sua vita almeno 100 sigarette e di essere fumatore al momento dell'intervista o di aver smesso di fumare da meno di 6 mesi.

Guida sotto l'effetto dell'alcol: un uomo o una donna che, negli ultimi 30 giorni, almeno una volta, si è messo alla guida di un veicolo a motore (auto o moto) dopo aver bevuto, nell'ultima ora, 2 unità alcoliche o più.

Ipercolesterolemia riferita: persone che rispondono di avere il colesterolo nel sangue elevato, secondo quanto è stato detto loro da un medico.

Ipertensione arteriosa riferita: persone che riferiscono di aver ricevuto da un medico una diagnosi di ipertensione.

Livello socio-economico: è la combinazione tra il livello di istruzione e le difficoltà economiche e viene così categorizzato:

- livello basso: bassa istruzione (nessun titolo, licenza elementare o media inferiore) e presenza di difficoltà economiche (molte o alcune);
- livello medio: bassa istruzione e assenza di difficoltà economiche oppure alta istruzione (licenza media superiore o laurea/diploma universitario o titolo superiore) e presenza di difficoltà economiche;
- livello alto: alta istruzione e assenza di difficoltà economiche.

Non fumatore: chi dichiara di aver fumato nella sua vita meno di 100 sigarette e di non essere fumatore al momento dell'intervista.

Normopeso/sottopeso: indice di massa corporea inferiore a 25.

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

Parzialmente Attivo: Soggetto che non svolge un lavoro pesante dal punto di vista fisico, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati dalle linee guida.

Persona con patologia cronica: persona che riferisce di avere almeno una delle seguenti patologie : diabete, insufficienza renale, asma bronchiale, bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, ictus o ischemia cerebrale, ictus o ischemia cerebrale, infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie, altre malattie del cuore, tumori, malattie croniche del fegato, cirrosi, artrosi o artrite

Persona in buona salute: Persona in buon stato di salute è una persona, in età tra 18 e 69 anni, che alla domanda: "Come va in generale la sua salute?" risponde: bene o molto bene.

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.

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

Uso della cintura anteriore è l'abitudine di una persona che dichiara di indossarla sempre quando, viaggiando in città o fuori, è seduto sui sedili anteriori dell'auto.

Metodologia

Per la stima dei trend storici dei vari indicatori, viene utilizzato, nelle serie, il metodo LOESS, metodo di regressione non parametrico che consiste nello stimare una retta di regressione pesata localmente per il punto x usando k vicini più vicini (nearest neighbour). Esso stima $f(x)$ tramite:

$$\hat{f}(x) = b_0(x) + b_1(x)x + \dots + b_p(x)x^p$$

Dove i coefficienti dell'equazione, dipendenti da x , sono determinati minimizzando:

$$\sum_i k \left(\frac{x_i - x}{h(x)} \right) (y_i - b_0(x) - b_1(x)x - \dots - b_p(x)x^p)^2$$

Dove

$$k(x) = \begin{cases} (1 - |x|^3)^3 & \text{se } |x| \leq 1 \\ 0 & \text{altrove} \end{cases}$$

Il numero di *nearest neighbour* da considerarsi nell'intorno dei k valori più vicini ad x è espresso come percentuale (span) dei punti utilizzati per lo stimatore. Tale percentuale è sostanzialmente un pseudo-parametro che viene prefissato (nelle nostre analisi la quasi totalità ha span fissato a 0.75). L'altro pseudo-parametro che viene prefissato è il grado (*degree*) del polinomio utilizzato, solitamente di grado 1 o 2.

Tale filtro liscia ripetutamente i dati e sostanzialmente pesa in maniera minore i punti con residui maggiori. È una buona approssimazione per una rappresentazione destagionalizzata di una serie ma l'utilizzo di questo filtro rende lo stimatore non lineare.

Per analizzare l'andamento delle variabili in studio nel tempo è stata condotta un'analisi di significatività delle serie storiche partendo dall'esplorazione delle funzioni grafiche di autocorrelazione e autocorrelazione parziale al fine di verificare eventuali dipendenze temporali. Successivamente, sempre dal punto di vista grafico, la serie è stata decomposta nelle tre classiche componenti additive (trend, stagionalità e componente erratica). Specifiche metodologie sono state utilizzate per testare i trend e le stagionalità dal punto di vista inferenziale: si è provato ad analizzare una regressione sui ritardi stagionali per verificare se la stagionalità fosse significativa, successivamente si è voluto valutare se gli andamenti dei trend fossero significativi¹.

Le stime puntali riportate fanno riferimento invece al dato annuale dell'indicatore di volta in volta presentato, sia nel caso singolo che diviso per le tre variabili socio-demografiche prese in esame (genere, età e livello socio-economico).

In alcune serie storiche le prevalenze mensili sono stimate su numerosità basse legate ad analisi effettuate solo su alcuni gruppi di popolazione: questo può portare ad oscillazioni delle serie.

¹ per la significatività delle stagionalità è stata utilizzata una regressione lineare dinamica (Kleiber e Zeiles, 2008) a ritardo 12 (corretta opportunamente con eventuali ulteriori ritardi significativi di ordine inferiore) tramite il pacchetto dynlm (Zeiles, 2014). Per il test su presenza o meno di trend si sono utilizzate le regressioni con lo stimatore di Cochrane Orcutt; utilizzando il pacchetto orcutt di R (Spada et al., 2012). Per le altre analisi grafiche di serie storiche è stato utilizzato il pacchetto astsa (Stoffer, 2014).

