



Rapporto Azienda ULSS 18

- Anno 2010 -

Un ringraziamento particolare alle intervistatrici

- ✿ ***Claudia Cavalieri***
- ✿ ***Fabrizia Chioldin***
- ✿ ***Sebastiana Giliberto***
- ✿ ***Giliola Rando***

per il lavoro svolto con passione e professionalità,

... e a tutti gli intervistati per la loro cortesia e disponibilità.

Rapporto elaborato da:

Patrizia Casale

Azienda ULSS 18 Rovigo

Coordinatore Aziendale PASSI

Responsabile SOS Osservatorio Epidemiologico e di Epidemiologia Valutativa

SOC Qualità e Organizzazione



I dati relativi a OKkio alla SALUTE sono stati estrapolati dal “Rapporto OKkio alla SALUTE Risultati dell’indagine 2010 - AZIENDA ULSS 18”

Fiorella Costa, Responsabile SIAN

Linda Albarello, Dietista

Giliola Rando, Assistente Sanitaria

Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione

Dipartimento di Prevenzione - Azienda ULSS 18 Rovigo



I dati relativi all’indagine HBSC sono stati estrapolati dal volume “I giovani in Veneto - Approfondimenti dei risultati dell’indagine Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2010 dell’Organizzazione Mondiale della Sanità sui giovani di 11,13 e 15 anni”

Autori vari - Regione Veneto

Gruppo tecnico regionale PASSI

Riccardo Galesso, Federica Michieletto (*Direzione Regionale Prevenzione - Regione del Veneto*), Stefano Campostrini (*Dipartimento di Statistica-Università degli Studi Ca' Foscari*), Gianstefano Blengio (*AULSS 22*), Edoardo Chiesa (*AULSS 4*), Adolfo Fiorio (*AULSS 5*), Guglielmo Frapporti (*AULSS 22*), Giovanni Gallo (*AULSS 9*), Enrico Massa (*AULSS 15*), Silvia Milani (*AULSS 13*), Mauro Ramigni (*AULSS 9*), Massimo Valsecchi (*AULSS 20*).

Gruppo tecnico nazionale PASSI

Paolo D'Argenio, Nicoletta Bertozzi, Giuliano Carrozzi, Sandro Baldissera, Barbara De Mei, Gianluigi Ferrante, Valentina Minardi, Giada Minelli, Valentina Possenti, Stefano Campostrini, Pirus Fateh-Moghadam, Angelo D'Argenio, Massimo Oddone Trinito, Stefania Vasselli, Alberto Perra, Stefania Salmaso

PASSI, OKkio e HBSC per Guadagnare Salute

La sorveglianza è ormai da molti anni una pratica comune adottata in Sanità Pubblica, nel suo impiego classico per il controllo delle malattie infettive che rappresentavano una delle più frequenti cause di morte.

Oggi, a livello mondiale nei paesi industrializzati, la prima causa di morbilità e mortalità sono le malattie “non trasmissibili” (non-communicable diseases), in particolare le malattie cardio-circolatorie e i tumori, e, pertanto, l’attenzione si è spostata sulla ricerca di informazioni su tali malattie, ed in particolare mettendo in atto una sorveglianza dei “fattori di rischio” determinanti tali patologie.

Secondo i dati dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l’86% delle morti in Europa e il 60% nel mondo, oltrechè il 75% delle spese sanitarie in Europa e in Italia, sono determinate da patologie che hanno come minimo comune denominatore una scorretta alimentazione, l’inattività fisica, l’abitudine al fumo e l’abuso di alcol, principali fattori di rischio di malattie cronico-degenerative.

Il programma “Guadagnare Salute”, promosso dal Ministero della Salute e approvato con DPCM 4 maggio 2007, nasce dall’esigenza di diffondere e facilitare con un approccio non soltanto medico ma multisetoriale comportamenti che influiscono positivamente sullo stato di salute della popolazione. Gli ambiti di intervento di “Guadagnare Salute” sono quattro: *consumo di alcol, abitudine al fumo, attività fisica e alimentazione*.

Il Sistema di Sorveglianza 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.

Per rilevare informazioni sui determinanti di salute, che rappresentano un classico “bersaglio in movimento”, è necessario un sistema di sorveglianza dinamico.

PASSI, sistema di sorveglianza “in continuo”, è in grado di monitorare la maggior parte dei comportamenti della popolazione affrontati dal programma “Guadagnare Salute” per verificarne l’andamento nel tempo e per indirizzare e/o modificare le politiche e gli interventi di sanità pubblica.

Oltre ai dati PASSI relativi all’anno 2010, vengono riportati alcuni risultati, pertinenti sempre ai quattro ambiti di “Guadagnare Salute”, delle indagini svolte sui bambini di 8 e 9 anni e sugli adolescenti, estrapolati rispettivamente dal “*Rapporto OKkio alla SALUTE-Risultati dell’indagine 2010-AZIENDA ULSS 18*” e dal volume “*I giovani in Veneto-Approfondimenti dei risultati dell’indagine Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2010 dell’Organizzazione Mondiale della Sanità sui giovani di 11, 13 e 15 anni*”.

Sono stati, inoltre, inseriti i risultati di altre sezioni indagate con le interviste PASSI effettuate alla popolazione dell’Azienda ULSS 18; tali risultati sono stati messi a confronto con i dati rilevati a livello regionale e a livello nazionale dal Pool di ASL italiane partecipanti al Sistema di Sorveglianza PASSI.

Infine, sono state riportate le attività/progetti regionali relativi a Guadagnare Salute svolti o in corso di svolgimento dalle AULSS del Veneto.

**Il coordinatore aziendale
Dr.ssa Patrizia Casale**

INDICE

<i>Descrizione del campione aziendale</i>	<i>pag.6</i>
<i>Gli ambiti di “Guadagnare Salute”</i>	<i>pag.10</i>
<i>Il cruscotto PASSI: indicatori per l’azione</i>	<i>pag.12</i>
• <i>L’attività fisica</i>	<i>pag.13</i>
• <i>La situazione nutrizionale e l’alimentazione</i>	<i>pag.19</i>
• <i>L’abitudine al fumo</i>	<i>pag.30</i>
• <i>Il consumo di alcol</i>	<i>pag.39</i>
<i>I fattori di rischio cardio-vascolare</i>	<i>pag.43</i>
- <i>Iperensione</i>	
- <i>Ipercolesterolemia</i>	
- <i>Carta del rischio CV</i>	
- <i>Fattori di rischio multipli</i>	
<i>I consigli degli operatori sanitari negli ambiti di Guadagnare Salute</i>	<i>pag.51</i>
<i>Altri argomenti indagati dal Sistema di Sorveglianza PASSI</i>	
• <i>La percezione dello stato di salute e sintomi di depressione</i>	<i>pag.58</i>
• <i>I programmi di prevenzione oncologica</i>	<i>pag.63</i>
• <i>La sicurezza stradale</i>	<i>pag.67</i>
<i>Metodi</i>	<i>pag.69</i>
<i>Le attività regionali “Guadagnare Salute”</i>	<i>pag.70</i>
<i>Bibliografia</i>	<i>pag.73</i>

Descrizione del campione aziendale

La popolazione in studio è costituita da circa 118.000 residenti (media nei 4 trimestri) di età compresa tra 18-69 anni iscritti nelle liste dell'anagrafe sanitaria dell'ULSS 18 nell'anno 2010.

Da gennaio a dicembre 2010, sono state intervistate 276 persone, selezionate con campionamento proporzionale, trimestrale, stratificato per sesso e classi di età.

Rispetto ai soggetti inizialmente selezionati, il 5,9% delle persone campionate sono risultate *non eleggibili*¹, il *tasso di risposta*², che valuta l'adesione all'indagine, è risultato pari all'86,8% (Veneto 88,0%, Pool ASL 86,8%), il *tasso di sostituzione*³ è stato del 13,2% (Veneto 12,0%, Pool ASL 13,4%) e *quello di rifiuto*⁴ del 7,9% (Veneto 8,9%, Pool ASL 9,8%).

Quali sono le caratteristiche demografiche degli intervistati?

L'età e il sesso

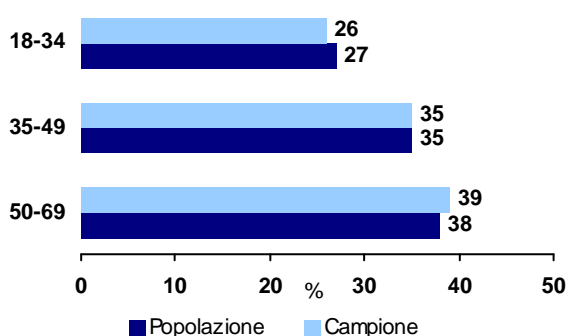
Nell'ULSS 18, il campione intervistato (276 persone) è risultato composto dalla stessa percentuale di donne e di uomini (50,0%), con un'età media di 44,8 anni.

Il campione è risultato costituito per il 26,8% da persone nella fascia 18-34 anni, il 33,7% di 35-49 anni ed il 39,5% di 50-69 anni.

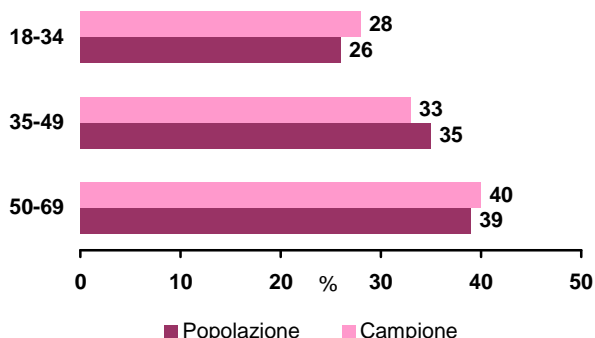
La distribuzione per sesso e classi di età del campione selezionato risulta sovrapponibile a quella della popolazione di riferimento dell'anagrafe aziendale, indice di una buona rappresentatività del campione selezionato.

La distribuzione per sesso ed età è risultata simile anche nelle ASL partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale.

Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età negli UOMINI
Azienda ULSS 18 - PASSI 2010 (n=276)



Distribuzione del campione e della popolazione per classi di età nelle DONNE
Azienda ULSS 18 - PASSI 2010 (n=276)



1 **Non eleggibilità** = persone campionate e inserite nel diario dell'intervistatore, ma escluse dal campione per i motivi previsti dal protocollo, cioè residente altrove, senza telefono, istituzionalizzato, deceduto, non conoscenza lingua italiana, grave disabilità, con età minore di 18 oppure maggiore di 69 anni.

2 **Tasso di risposta** = numero interviste / (numero interviste + rifiuti + non reperibili)

3 **Tasso di sostituzione** = (rifiuti + non reperibili) / (numero interviste + rifiuti + non reperibili)

4 **Tasso di rifiuto** = numero di rifiuti / (numero interviste + rifiuti + non reperibili)

Il titolo di studio

Nell'ULSS 18 il 12,3% degli intervistati ha riferito di non avere alcun titolo di studio o la licenza elementare, il 34,8% la licenza media inferiore, il 41,3% la licenza media superiore e l'11,6% la laurea.

In Regione Veneto le percentuali sono rispettivamente 10,8%, 32,1%, 44,3% e 12,8%, mentre a livello del Pool ASL nazionale risultano il 10,5%, il 30,8%, il 44,6% e il 14,1%.

Pertanto risulta un alto livello di istruzione nel 53% degli intervistati nell'ULSS 18 mentre è del 57% in Veneto e del 58% nel Pool ASL.

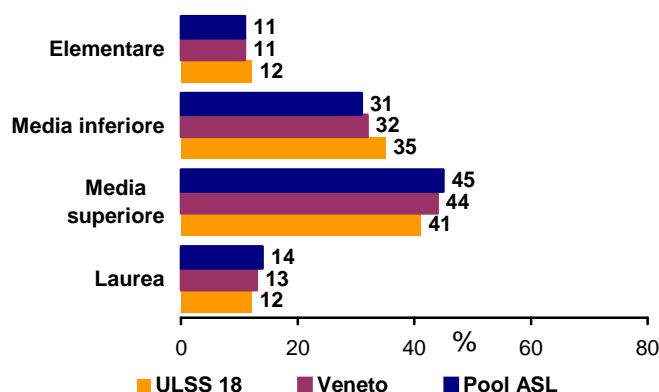
L'istruzione è fortemente età-dipendente: gli anziani mostrano livelli di istruzione significativamente più bassi rispetto ai più giovani.

Lo stato civile

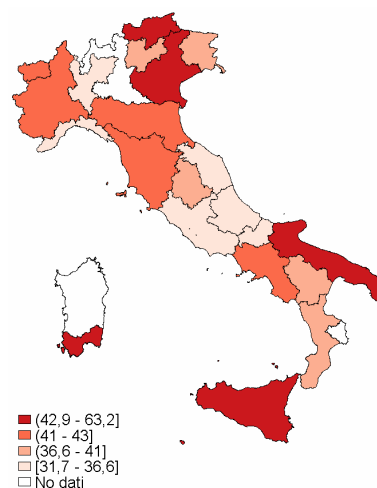
Nell'ULSS 18 i coniugati/conviventi rappresentano il 64,5% del campione, i celibi/nubili il 29,0%, i separati/divorziati il 4,0% ed i vedovi il 2,5%.

A livello regionale, queste percentuali sono rispettivamente del 59,6%, 33,2%, 4,8% e 2,4%, mentre a livello delle ASL partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale risultano 60,8%, 32,0%, 4,8% e 2,4%.

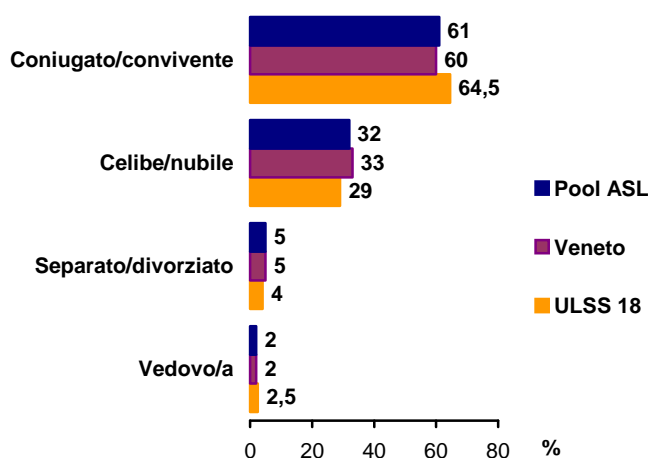
Campione per titolo di studio
ULSS 18, Veneto e Pool ASL - PASSI 2010



Prevalenza di scolarità medio-bassa
Pool PASSI 2010



Campione per categorie stato civile
ULSS 18, Veneto e Pool ASL - PASSI 2010



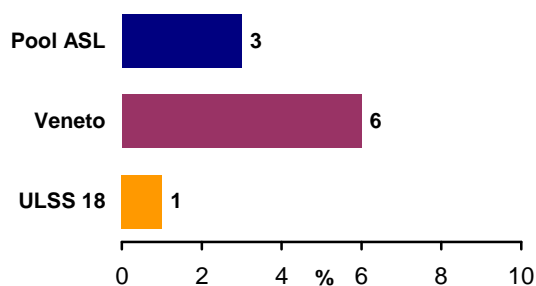
Cittadinanza

Nell'ULSS 18, la popolazione straniera nella fascia 18-69 anni rappresenta circa il 9% della popolazione. Nel campione estratto l'1% degli intervistati ha cittadinanza straniera.

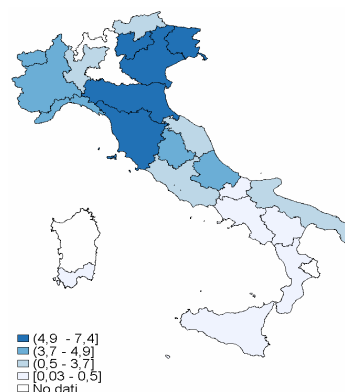
Il protocollo del Sistema di Sorveglianza PASSI prevede la sostituzione degli stranieri non in grado di sostenere l'intervista telefonica in italiano. PASSI pertanto fornisce informazioni solo sugli stranieri più integrati o da più tempo nel nostro paese.

A livello regionale e delle ASL partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale, le persone con cittadinanza straniera rappresentano il 5,7% e il 3,2% degli intervistati, rispettivamente.

% di stranieri
ULSS 18, Veneto e Pool ASL - PASSI 2010



Percentuale di stranieri
Pool PASSI 2010



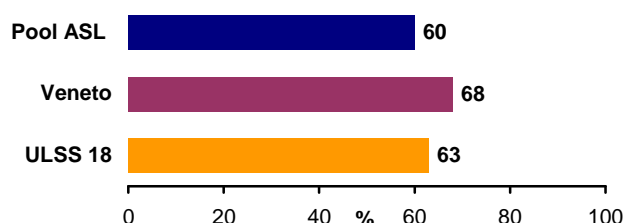
Il lavoro

Nell'ULSS 18, il 63,0% di intervistati nella fascia d'età 18-65 anni ha riferito di lavorare regolarmente.

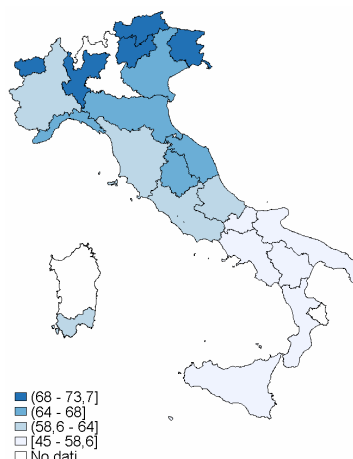
In Regione Veneto il lavoro regolare viene dichiarato dal 67,9% degli intervistati, mentre nel Pool ASL italiane tale percentuale è pari al 59,6.

A livello regionale e delle ASL partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale, è presente un rilevante gradiente Nord-Sud.

% di lavoratori regolari (18-65 anni)
ULSS 18, Veneto e Pool ASL - PASSI 2010



% di lavoratori regolari
Pool PASSI 2010



Difficoltà economiche

Nell'ULSS 18:

- il 53,4% del campione ha riferito di non avere alcuna difficoltà economica,
- il 38,2% qualche difficoltà,
- l'8,4% molte difficoltà economiche.

A livello regionale:

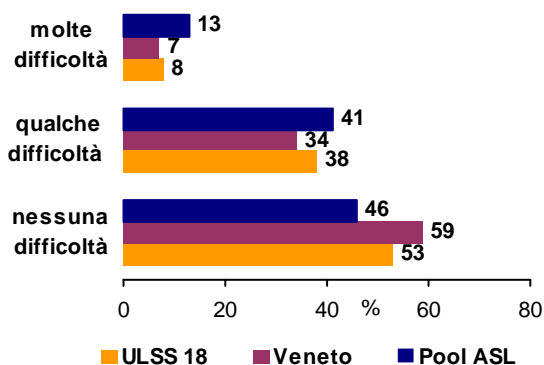
- il 59,0% non ha difficoltà economica,
- il 34,4% qualche difficoltà,
- il 6,6% molte difficoltà economiche.

A livello delle ASL partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale:

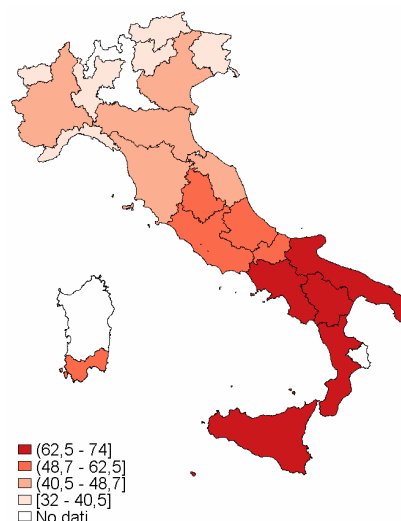
- il 46,3% non ha riferito difficoltà economica,
- il 40,7% qualche difficoltà,
- il 13,1% molte difficoltà economiche.

La prevalenza di persone con molte difficoltà economiche ha mostrato un rilevante gradiente territoriale nord-sud.

Intervistati che riferiscono difficoltà economiche
ULSS 18, Veneto e Pool ASL - PASSI 2010



% di intervistati che riferiscono qualche/molte difficoltà economiche
Pool PASSI 2010



Conclusioni

L'elevato tasso di risposta e le basse percentuali di sostituzione e di rifiuti indicano la buona qualità complessiva del Sistema di Sorveglianza PASSI, correlata sia al forte impegno e all'elevata professionalità degli intervistatori sia alla buona partecipazione della popolazione, che complessivamente ha mostrato interesse e gradimento per la rilevazione.

Il confronto del campione selezionato con la popolazione residente nell'Azienda ULSS 18 indica una buona rappresentatività, consentendo di poter estendere le stime ottenute alla popolazione aziendale.

I dati socio-anagrafici, oltre a confermare la validità del campionamento effettuato, sono indispensabili all'analisi e all'interpretazione delle informazioni fornite nelle altre sezioni indagate.

Gli ambiti di “Guadagnare Salute”

L'attività fisica

Nell'Azienda ULSS 18 è completamente sedentario il 39% del campione ed il 30% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica. In poco più di un terzo dei casi, i Medici si informano e consigliano di svolgere attività fisica.

Attività fisica	Azienda ULSS 18	Veneto %
Livello di attività fisica		
<i>attivo</i> ¹	30,4%	31,2
<i>parzialmente attivo</i> ²	30,4%	45,5
<i>sedentario</i> ³	39,1%	23,2
Riferisce che un medico/operatore sanitario		
<i>gli ha chiesto se fa regolare attività fisica</i> ⁴	33,2%	36,2
<i>gli ha consigliato di fare più attività fisica</i> ⁴	39,0%	34,4
Sedentari che percepiscono sufficiente il proprio livello di attività fisica	31,4%	18,8
¹ lavoro pesante oppure adesione alle linee guida (30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni) ² non fa lavoro pesante, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati ³ non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero ⁴ vengono escluse le persone che non sono state dal medico negli ultimi 12 mesi		

L'alimentazione e la situazione nutrizionale

Nell'ULSS 18 il 34% degli intervistati è in sovrappeso, mentre gli obesi sono il 12%. Le persone in eccesso ponderale dichiarano di seguire una dieta per perdere peso nel 19% dei casi e di praticare un'attività fisica almeno moderata nel 59%.

Il consumo di frutta e verdura risulta diffuso, oltre il 90% consuma da 1 a 4 porzioni al dì ma solo il 13% aderisce alle raccomandazioni internazionali consumandone cinque volte al giorno: un'abitudine scarsamente diffusa in particolare nelle persone tra i 18 e i 49 anni.

Situazione nutrizionale	Azienda ULSS 18	Veneto %
Popolazione con eccesso ponderale		
<i>sovrappeso</i>	34,4%	29,9
<i>obesi</i>	12,0%	9,7
Consigliato di perdere peso da un operatore sanitario ¹		
<i>sovrappeso</i>	44,4%	45,9
<i>obesi</i>	83,3%	76,7
Consumano almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	8,3%	13,3
¹ tra coloro che sono stati dal medico negli ultimi 12 mesi		

L'abitudine al fumo

Nell'ULSS 18 il 21% degli intervistati si dichiara fumatore e il 22% ex fumatore. Quasi tutti gli ex-fumatori hanno smesso di fumare da soli. Il 93% delle persone intervistate dichiara che, sul luogo di lavoro, viene sempre o "quasi sempre" rispettato il divieto di fumo, il 94% dichiara che lo stesso divieto è rispettato nei luoghi pubblici. Il 14% dichiara che nelle proprie abitazioni è permesso fumare "ovunque" (3%) o solo in "alcune zone" (11%).

Abitudine al fumo	Azienda ULSS 18	Veneto %
Fumatori ¹	21,0%	24,0
Riferisce che un medico/operatore sanitario		
<i>gli ha chiesto se fuma²</i>	44,1%	42,8
<i>gli ha consigliato di smettere di fumare</i>	58,5%	53,5
Fumatori che hanno tentato di smettere nell'ultimo anno	33,9%	45,1
Ex fumatori che hanno smesso da soli	95,0%	93,9
Divieto di fumare rispettato sempre o quasi sempre		
<i>nei locali pubblici</i>	94,2%	95,0
<i>sul luogo di lavoro</i>	93,2%	93,2
Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione	85,9%	88,9
¹ chi ha fumato più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno o ha smesso da meno di 6 mesi		
² tra coloro che sono stati da un medico o un operatore sanitario negli ultimi 12 mesi		

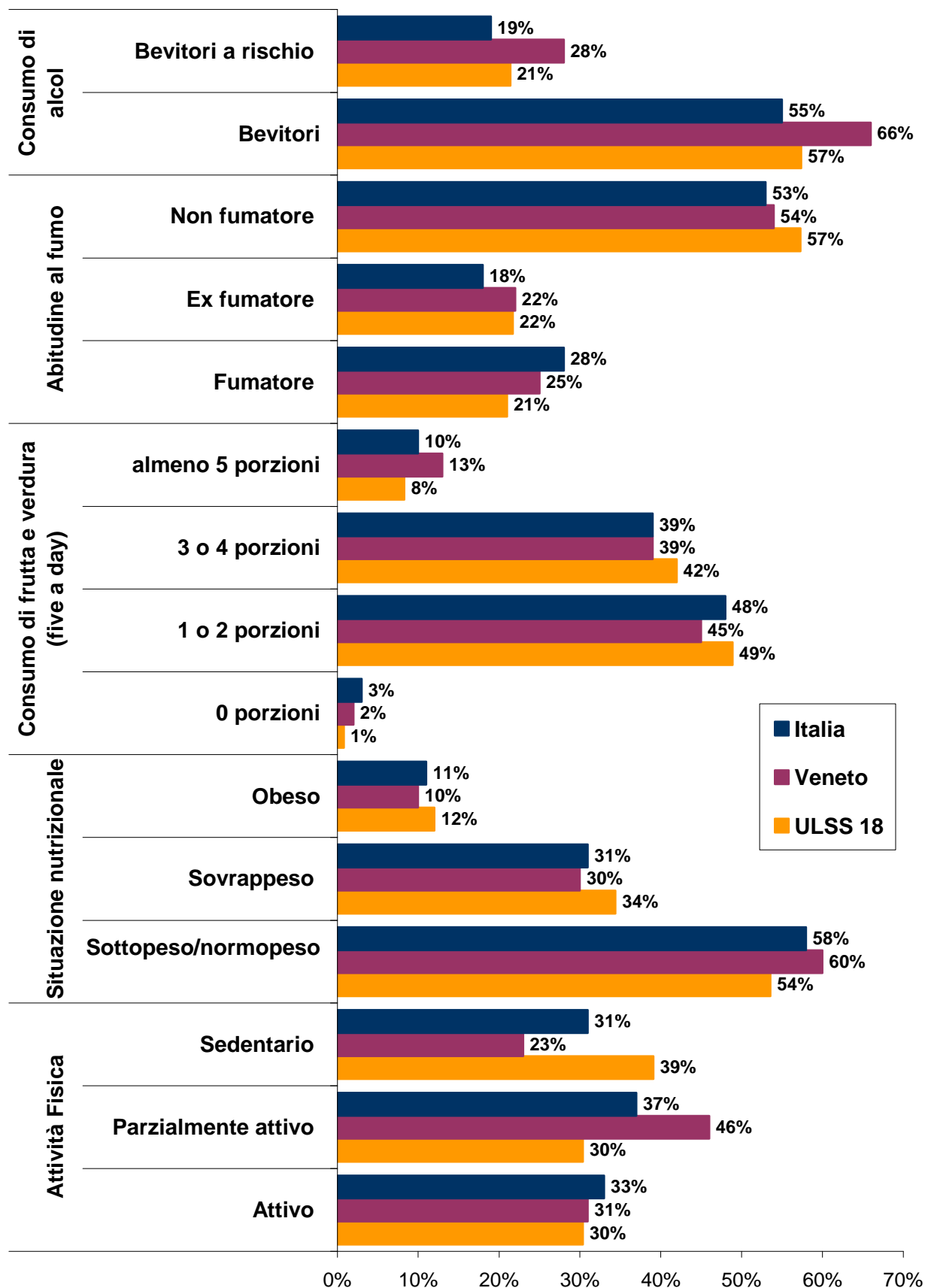
Il consumo di alcol

Si stima che il 57% della popolazione dell'ULSS 18 tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche ed il 21% abbia abitudini di consumo considerate a rischio (complessivamente il 8,5% beve fuori pasto, l'8% è bevitore "binge" ed l'11% è forte bevitore, cioè ha superato anche in una sola occasione le dosi soglia). Gli operatori sanitari si informano sulle abitudini dei loro pazienti in relazione all'alcol solo in un caso su cinque e consigliano raramente di moderarne il consumo.

Il 12% degli intervistati dichiara, inoltre, di aver guidato in stato di ebbrezza (almeno 2 unità alcoliche nell'ora precedente) nel mese precedente all'intervista.

Consumo di alcol a rischio (ultimo mese)	Azienda ULSS 18	Veneto %
Bevitori (chi ha bevuto una o più unità alcoliche nell'ultimo mese)	57,4%	65,5
Bevitori (prevalentemente) fuori pasto	8,5%	12,2
Bevitori <i>binge</i> ¹	8,1%	12,1
Forti bevitori ²	10,7%	11,0
Bevitori a rischio ³	21,4%	25,8
Riferisce che un medico/operatore sanitario		
<i>gli ha chiesto sul consumo</i>	19,7%	20,5
<i>gli ha consigliato, ai bevitori a rischio, di ridurre il consumo</i>	(2008-10) 5,9%	7,2
¹ 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)		
² più di 2 unità alcoliche al giorno per gli uomini, più di 1 per le donne		
³ bevitori fuori pasto e/o bevitori binge e/o forti bevitori.		

Cruscotto PASSI: alcuni indicatori per l'azione
 Confronto ULSS 18, Veneto e Pool ASL nazionale - PASSI 2010



L'attività fisica

L'attività fisica svolta con regolarità induce numerosi benefici per la salute, aumenta il benessere psicologico e previene una morte prematura. In particolare, chi pratica regolarmente l'attività fisica riduce significativamente il rischio di avere problemi di: ipertensione, malattie cardiovascolari, diabete tipo 2, osteoporosi, depressione, traumi da caduta degli anziani, alcuni tipi di cancro (colon retto, del seno e dell'endometrio e, seppur con prove incomplete del polmone e della prostata). Inoltre, il sovrappeso e l'obesità, problemi ovunque in aumento, sono causati essenzialmente da sedentarietà e cattiva alimentazione.

Esiste ormai un ampio consenso circa il livello dell'attività fisica da raccomandare nella popolazione adulta: 30 minuti di attività moderata al giorno per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni.

È importante che gli operatori sanitari raccomandino lo svolgimento di un'adeguata attività fisica: i loro consigli, in combinazione con altri interventi, possono essere molto utili nell'incrementare l'attività fisica dei loro assistiti. Promuovere l'attività fisica rappresenta pertanto un'azione di sanità pubblica prioritaria, ormai inserita nei piani e nella programmazione sanitaria in tutto il mondo. Negli Stati Uniti il programma *Healthy People 2010* inserisce l'attività fisica tra i principali obiettivi di salute per il Paese. L'Unione Europea nel *Public Health Programme (2003-2008)* propone progetti per promuovere l'attività fisica.

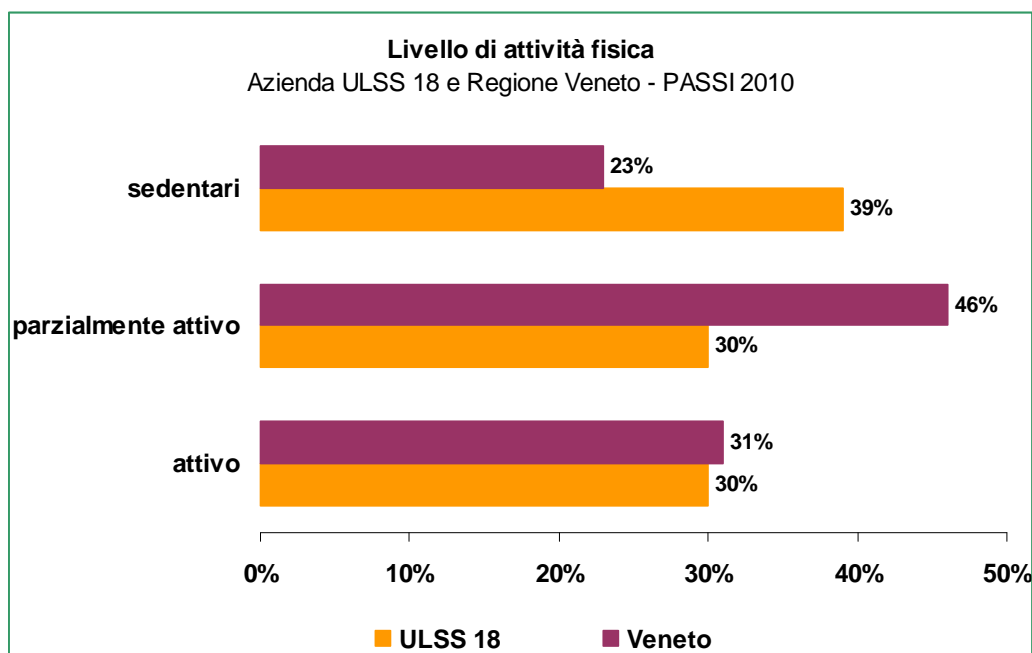
In Italia, sia nel Piano Sanitario Nazionale sia nel Piano della Prevenzione, si sottolinea l'importanza dell'attività fisica per la salute; il programma *Guadagnare Salute* si propone di favorire uno stile di vita attivo, col coinvolgimento di diversi settori della società allo scopo di "rendere facile"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

Quante persone attive fisicamente e quanti sedentari?

Nell'Azienda ULSS 18, nel 2010, il 30% delle persone intervistate ha uno stile di vita attivo: conduce, infatti, un'attività lavorativa pesante o pratica l'attività fisica moderata o intensa raccomandata; il 30% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) ed il 39% è completamente sedentario.

Nel Veneto, nel 2010, il 31% delle persone intervistate ha uno stile di vita attivo, il 46% risulta parzialmente attivo ed il 23% è completamente sedentario.

Sedentari Azienda ULSS 18		%
Totale		39,1
nei due sessi	Uomini	39,1
	Donne	39,1
nelle classi di età	18-34 anni	35,1
	35-49 anni	38,7
	50-69 anni	42,2
nei diversi livelli di istruzione	Nessuna/elementare	41,2
	Media inferiore	46,9
	Media superiore	33,4
	Laurea	34,4
nelle diverse situazione economiche	Molte difficoltà	52,2
	Qualche difficoltà	41,0
	Nessuna difficoltà	36,1



A livello regionale, la sedentarietà cresce all'aumentare dell'età ed è più diffusa nelle persone con basso livello d'istruzione e con maggiori difficoltà economiche. Analizzando con una opportuna tecnica statistica (regressione logistica) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, si conferma un rischio maggiore di sedentarietà per le donne, le persone nella fascia di 50-69 anni e le persone con basso livello di istruzione e difficoltà economiche.

Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, è risultato sedentario il 31% del campione, con un evidente gradiente territoriale.



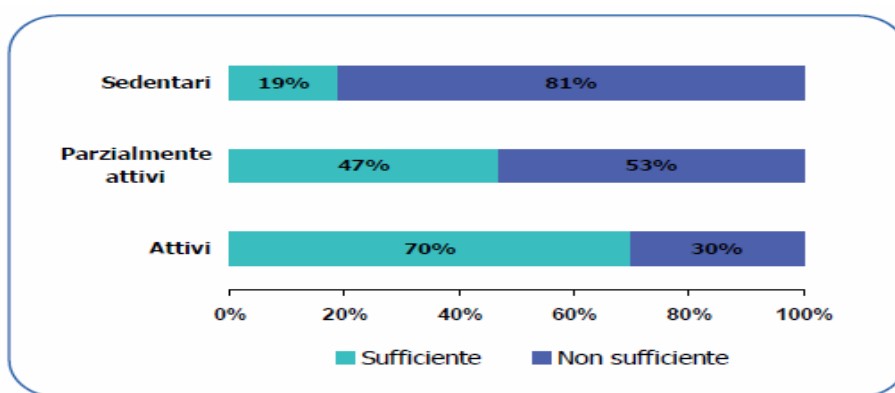
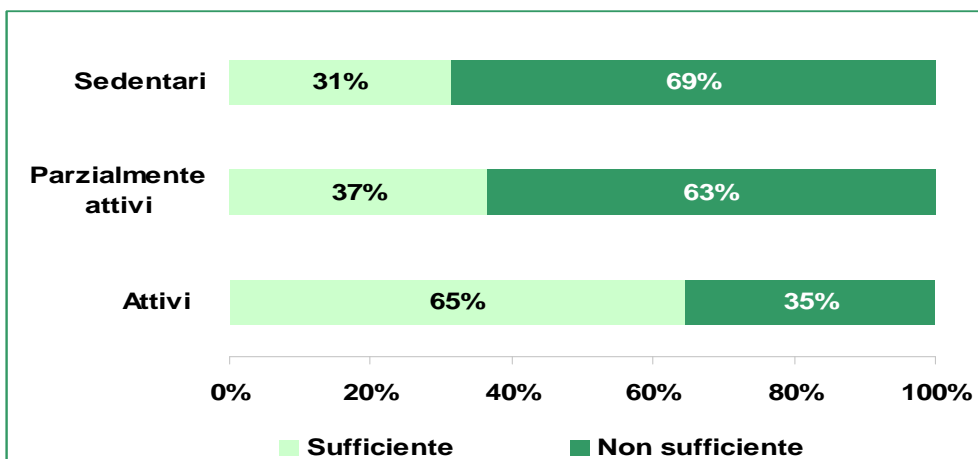
Come viene percepito il proprio livello di attività fisica?

La percezione che la persona ha del proprio livello di attività fisica praticata è importante in quanto condiziona eventuali cambiamenti verso uno stile di vita più attivo.

Nell'Azienda ULSS 18, il 69% delle persone *attive*, il 37% delle persone *parzialmente attive* ed il 31% dei *sedentari* hanno percepito il proprio livello di attività fisica come sufficiente.

In Regione Veneto, chi ritiene sufficiente la propria attività fisica sono il 70% degli *attivi*, il 47% dei *parzialmente attivi* e il 19% dei *sedentari*, dati in linea con quelli rilevati a livello del Pool ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale (70% degli attivi, 49% dei parzialmente attivi e 20% dei sedentari).

Autopercezione e livello di attività fisica praticata
Azienda ULSS 18 e Regione Veneto - PASSI 2010

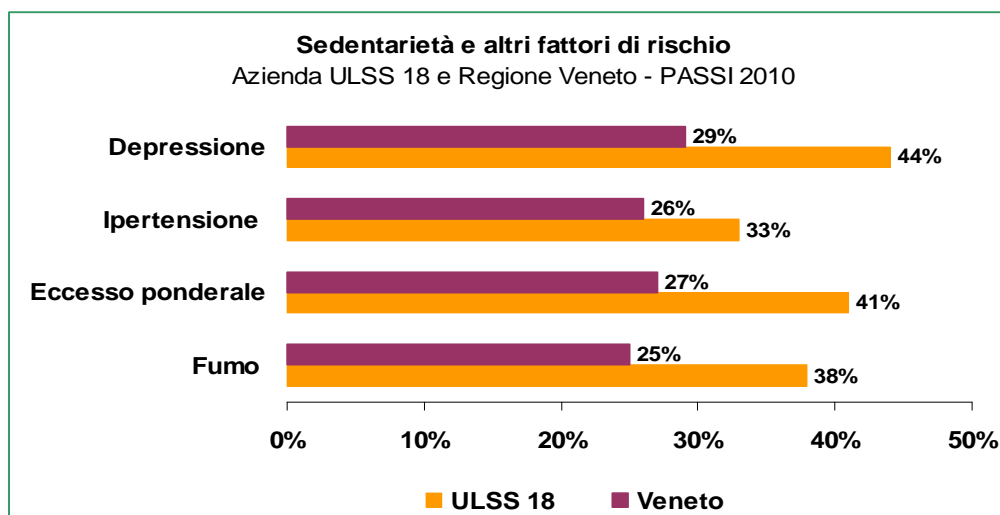


Stile di vita sedentario e presenza di altre condizioni di rischio

Lo stile di vita sedentario si associa spesso ad altre condizioni di rischio; in particolare nell'ULSS 18 è risultato essere *sedentario*:

- il 44% delle persone depresse,
- il 33% degli ipertesi,
- il 41% delle persone in eccesso ponderale,
- il 38% dei fumatori.

In Veneto le percentuali rilevate sono inferiori e rispettivamente sono il 29%, il 26%, il 27% ed il 25%.



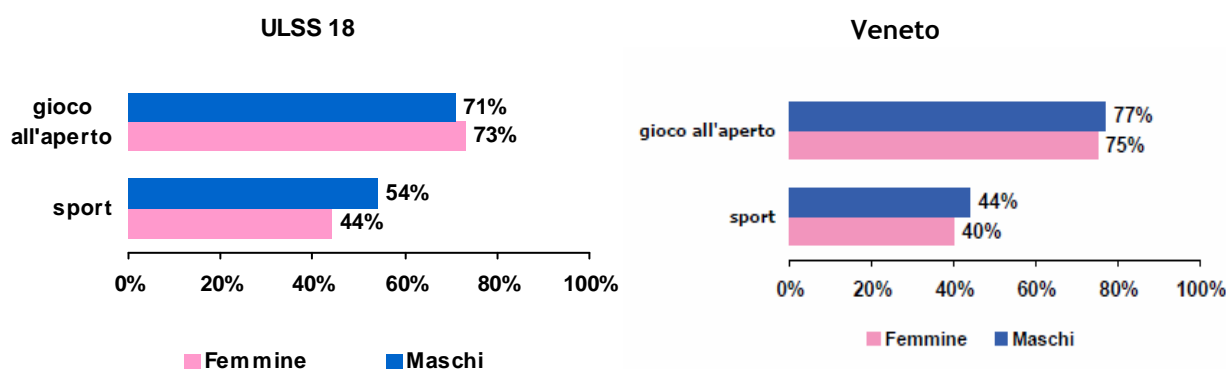


L'attività fisica nei bambini (8 e 9 anni)

Nell'Azienda ULSS, 18 l'89% (Veneto 87%) dei bambini risulta attivo, ovvero ha svolto attività motoria a scuola e/o attività sportiva strutturata e/o ha giocato all'aperto nel pomeriggio il giorno precedente la rilevazione. Non sono state rilevate differenze statisticamente significative tra i due sessi.

Nel pomeriggio antecedente l'indagine, il 72% (Veneto 76%) dei bambini ha giocato all'aperto, mentre il 49% (Veneto 42,5%) dei bambini ha fatto attività sportiva strutturata. Nell'ULSS 18 le femmine giocano all'aperto più dei maschi mentre questi ultimi fanno più sport, in Veneto entrambe le attività sono svolte con maggiore frequenza dai ragazzi.

Bambini che hanno giocato all'aperto o hanno fatto sport il giorno precedente
Okkio 2010

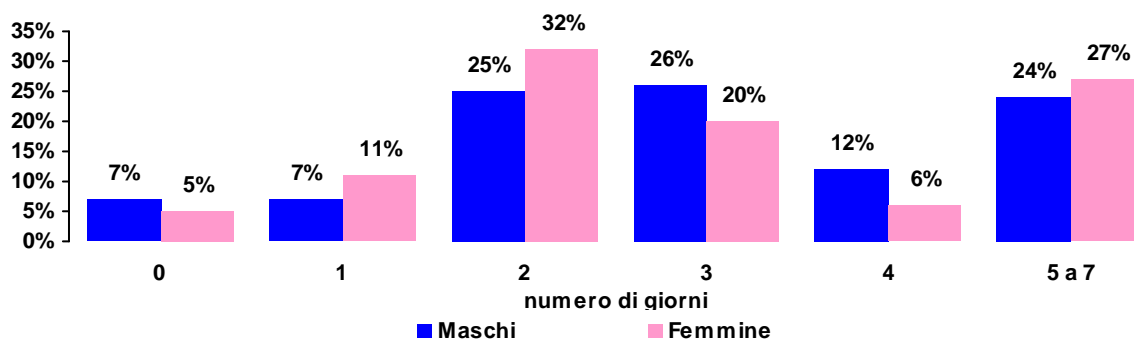


Secondo i genitori, quanti giorni i bambini fanno attività fisica per almeno un'ora al giorno durante l'intera settimana?

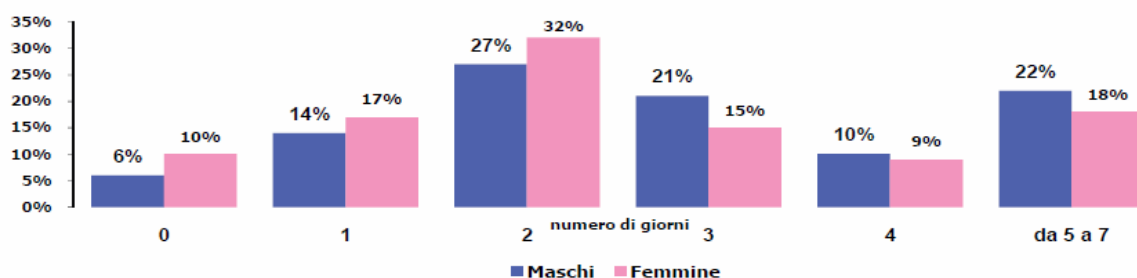
Per stimare l'attività fisica dei bambini si può ricorrere anche all'informazione fornita dai genitori, ai quali si è chiesto quanti giorni, in una settimana normale, i bambini giocano all'aperto o fanno sport strutturato per almeno un'ora.

Secondo i genitori, nell'ULSS 18, il 28% dei bambini fanno un'ora di attività fisica per 2 giorni la settimana (Veneto 29%), e il 32% (Veneto 28%) per 3-4 giorni alla settimana; il 6% neanche un giorno (Veneto 8%) ed il 25% da 5 a 7 giorni (Veneto 20%).

Giorni di attività fisica per almeno un'ora durante la settimana
Azienda ULSS 18 - Okkio 2010



Giorni di attività fisica per almeno un'ora durante la settimana
Okkio 2010 - Veneto



	Valore desiderato per i bambini	Valore ULSS 18 2010	Valore regionale 2010	Valore nazionale 2010
Bambini definiti <i>fisicamente attivi</i>	100%	89%	87%	82%
Bambini che hanno giocato all'aperto il pomeriggio prima dell'indagine	100%	72%	76%	65%
Bambini che hanno svolto attività sportiva strutturata il pomeriggio prima dell'indagine	100%	49%	43%	46%
Bambini che svolgono attività fisica almeno un'ora al giorno per 5-7 giorni alla settimana	100%	25%	20%	16%



Attività fisica e comportamento sedentario dei giovani (11, 13 e 15 anni)

Dall'indagine HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) condotta in collaborazione con l'OMS in Italia nell'anno 2010 tra i ragazzi di 11, 13 e 15 anni che frequentano la scuola media inferiore (prima e terza) e superiore (seconda), si riportano i risultati di 2 delle 5 domande poste relativamente all'argomento.

Nell'ULSS 18 è emerso che svolgono "almeno 1 ora di attività fisica per 5 o più giorni alla settimana -settimana tipo- il 24% dei ragazzi di 11 anni (25% Veneto), il 32% dei ragazzi di 13 anni (29% Veneto) ed il 21% di quelli di 15 anni (21% Veneto). I valori sono in linea con i dati rilevati a livello regionale e con la tendenza evidenziata in letteratura secondo cui nell'adolescenza l'attività fisica diminuisce rispetto a quanto non accada in pre-adolescenza o addirittura nell'infanzia, dove la partecipazione ad attività ludico-sportive scolastiche ed extra-scolastiche ricopre un ruolo fondamentale. Anche a livello di genere si riscontrano delle differenze significative: le femmine si dimostrano meno attive dei maschi in tutte e tre le fasce del campione.

I risultati sul comportamento sedentario, in particolare quelli "sull'uso della televisione durante i giorni di scuola" mostrano che l'ULSS 18 ha la frequenza maggiore di giovani di 11 e di 13 anni che trascorrono più di 4 ore al giorno davanti alla TV (11enni=26% vs 14% del Veneto; 13enni= 29% vs 16% Veneto). L'ULSS 18 ha valori superiori alle altre ULSS anche nella visione della TV nei fine settimana nelle 3 età.

Conclusioni

Nell'ULSS 18 si stima che solo circa 1 persona adulta su 3 (30%) pratici l'attività fisica raccomandata, mentre il 39% può essere considerato completamente sedentario. Anche in Veneto risulta attivo solo il 31% degli intervistati ma i sedentari sono il 23%, mentre nel Pool ASL a livello nazionale risultano essere attivi il 33% e sedentari il 31% degli adulti.

Si rileva anche una percezione distorta dell'attività fisica praticata: nell'ULSS 18 circa 1 sedentario su 3, pari al 31%, ritiene di praticare sufficiente movimento, contro il 19% in Veneto e 20% a livello nazionale.

La percentuale di sedentari è, inoltre, più alta, rispetto al Veneto, in sottogruppi di popolazione che potrebbero beneficiarne di più (in particolare nelle persone con sintomi di depressione, ipertesi, obesi o in sovrappeso).

I dati raccolti sui bambini dell'ULSS 18 hanno evidenziato che circa 1 bambino su 10 risulta fisicamente inattivo e che appena 1 bambino su 4 ha un livello di attività fisica raccomandato per la sua età, anche per ragioni legate al recarsi a scuola con mezzi motorizzati, giocare poco all'aperto e non fare sufficienti attività sportive strutturate. Le scuole e le famiglie devono collaborare nella realizzazione di condizioni e di iniziative che incrementino la naturale predisposizione dei bambini all'attività fisica.

Gli effetti positivi di una diffusa attività fisica nella popolazione sono evidenti sia a livello sociale, sia economico. Lo sviluppo di strategie per accrescere la diffusione dell'attività fisica (attraverso l'attivazione di interventi di dimostrata efficacia) è un importante obiettivo che può essere raggiunto solo con l'applicazione di strategie intersectoriali, intervenendo sugli aspetti ambientali, sociali ed economici che influenzano l'adozione di uno stile di vita attivo (ad es. politica di trasporti, ambiente favorente il movimento, ecc.). Risulta fondamentale, pertanto, una stretta collaborazione con tutte le istituzioni, in particolare i Comuni e la Scuola.

La situazione nutrizionale e l'alimentazione

Lo stato nutrizionale è un determinante importante delle condizioni di salute di una popolazione; in Italia, come nella gran parte dei Paesi a medio e alto reddito, l'eccesso ponderale è uno dei principali fattori che sostengono l'aumento delle malattie croniche non trasmissibili ed è correlato con una riduzione di aspettativa e qualità di vita nei paesi industrializzati. Per questo, si compiono molti sforzi per monitorare l'andamento dell'eccesso ponderale nei bambini, negli adulti e nella terza età.

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

Ad alcuni alimenti è riconosciuto un ruolo protettivo: è ormai evidente per esempio la protezione rispetto alle neoplasie associate all'elevato consumo di frutta e verdura.

Secondo l'“Atlante delle malattie cardiache e dell'ictus cerebrale” (OMS) lo scarso consumo di frutta e verdura è responsabile, in tutto il mondo, di circa il 31% delle malattie coronariche e di circa l'11% degli ictus cerebrali. Se ogni cittadino dell'Unione Europea consumasse 600 grammi di frutta e verdura al giorno, si eviterebbero più di 135 mila morti all'anno per malattie cardiovascolari. La soglia di 400 grammi al giorno, corrispondente a circa 5 porzioni, è la quantità minima consigliata.

Anche le “Linee Guida per una sana alimentazione italiana” (INRAN) rilevano che adeguate quantità di frutta e verdura, oltre a proteggere da malattie cardiovascolari, neoplastiche, respiratorie (asma e bronchiti), cataratta e stipsi, assicurano un rilevante apporto di carboidrati complessi, nutrienti (vitamine, minerali,...), sostanze protettive antiossidanti e consentono di ridurre la quota energetica della dieta, per il senso di sazietà che causano. Per questi motivi ne viene consigliato il consumo tutti i giorni: l'adesione alle raccomandazioni internazionali prevede il consumo di almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno (*five-a-day*).

Il Sistema di Sorveglianza PASSI indaga lo stato nutrizionale e le abitudini alimentari relative al consumo di frutta e verdura.

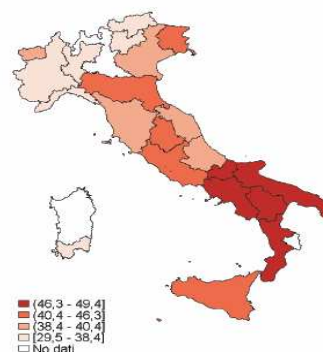
Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

Nell'Azienda ULSS 18, il 3,6% delle persone intervistate risulta essere sottopeso, il 50,0% normopeso, il 34,4% sovrappeso e il 12,0% obeso, pertanto il 46,4% risulta in eccesso ponderale.

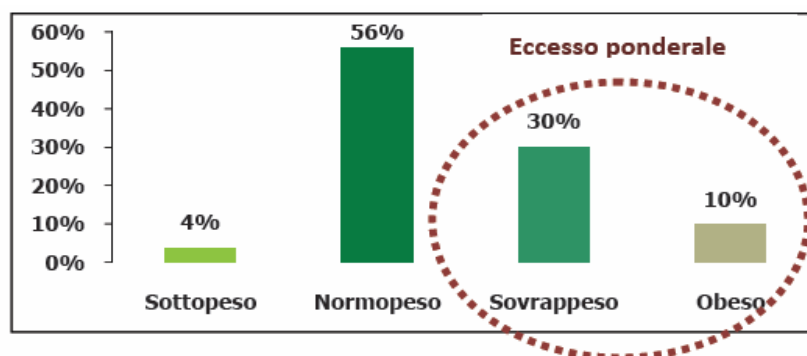
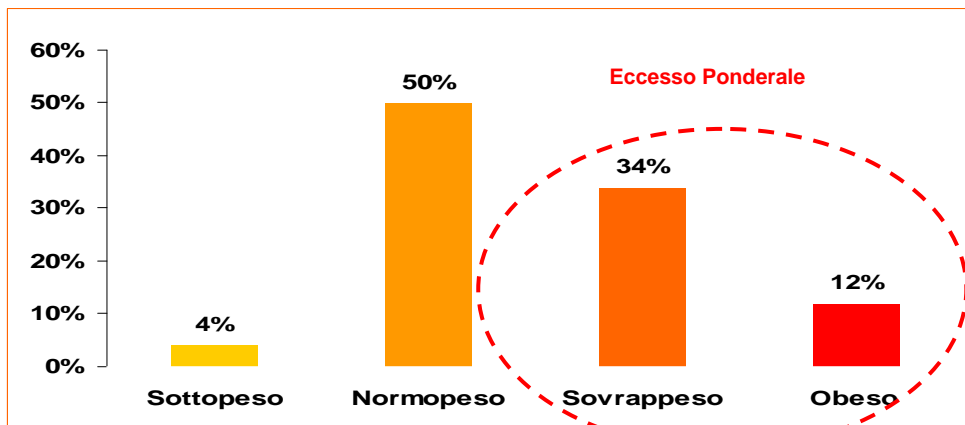
In Regione Veneto, sono il 30,0% in sovrappeso e il 9,7% obesi, quindi il 39,6% in eccesso ponderale.

Tra le ASL partecipanti al PASSI a livello nazionale, il 42,2% degli intervistati ha presentato un eccesso ponderale (31,6% in sovrappeso e 10,6% obesi); relativamente all'eccesso ponderale è presente un evidente gradiente territoriale.

% persone in eccesso ponderale
Pool PASSI 2010



Situazione nutrizionale della popolazione
Azienda ULSS 18 e Regione Veneto - PASSI 2010



Quante e quali persone sono in eccesso ponderale?

Nell'ULSS 18, l'eccesso ponderale è più frequente:

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

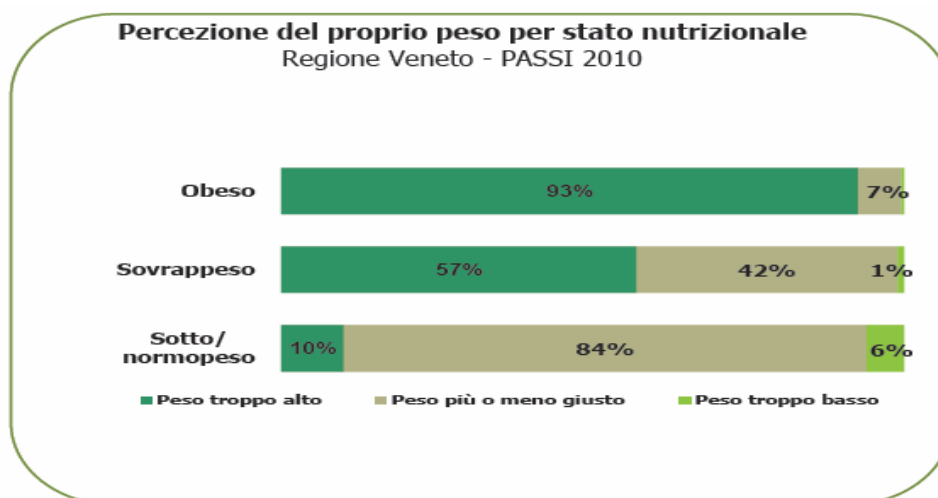
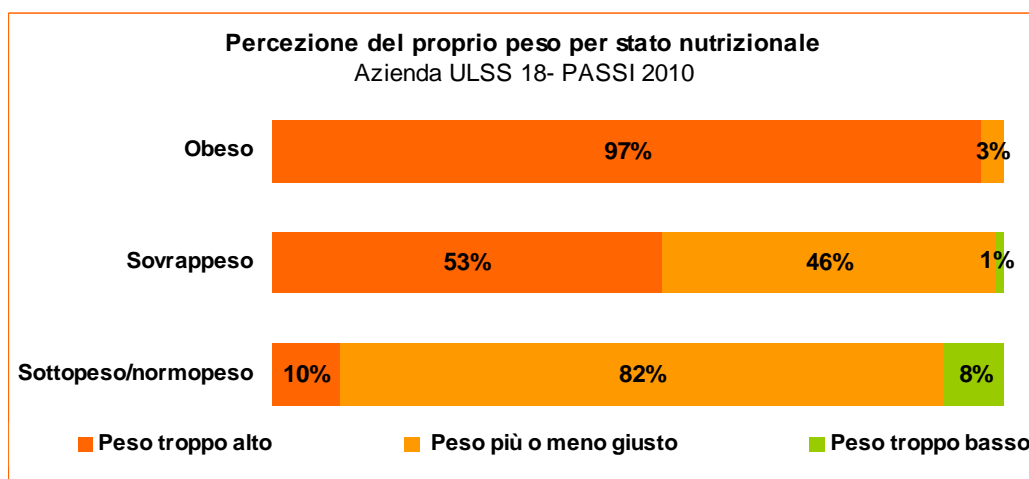
Popolazione in eccesso ponderale Azienda ULSS 18		Sovrappeso	Obesi
		%	%
Totale		34,4	12,0
nei due sessi	uomini	46,4	14,5
	donne	22,5	9,4
nelle classi di età	18-34 anni	21,6	8,1
	35-49 anni	31,2	9,7
	50-69 anni	45,9	16,5
nei diversi livelli di istruzione	nessuna/elementare	29,4	26,5
	media inferiore	38,5	13,5
	media superiore	36,0	8,8
	laurea	21,9	3,1
nelle diverse situazioni economiche	molte difficoltà	43,5	26,1
	qualche difficoltà	36,2	19,0
	nessuna difficoltà	32,0	4,8

Come considerano il proprio peso le persone intervistate?

La percezione che la persona ha del proprio peso è un aspetto importante da considerare in quanto condiziona un eventuale cambiamento nel proprio stile di vita. La percezione del proprio peso non sempre coincide con IMC calcolato sulla base di peso ed altezza riferiti dagli stessi intervistati.

Nell'ULSS 18 si osserva un elevato accordo tra percezione del proprio peso e IMC negli obesi (per il 97% è troppo alto) e nei normopeso (per l'82% è più o meno giusto); tra le persone in sovrappeso invece il 46% ritiene il proprio peso più o meno giusto. Concordanze simili si riscontrano in Veneto con il 93% negli obesi e l'84% nei normopeso; mentre il 42% delle persone in sovrappeso ritiene il proprio peso più o meno giusto.

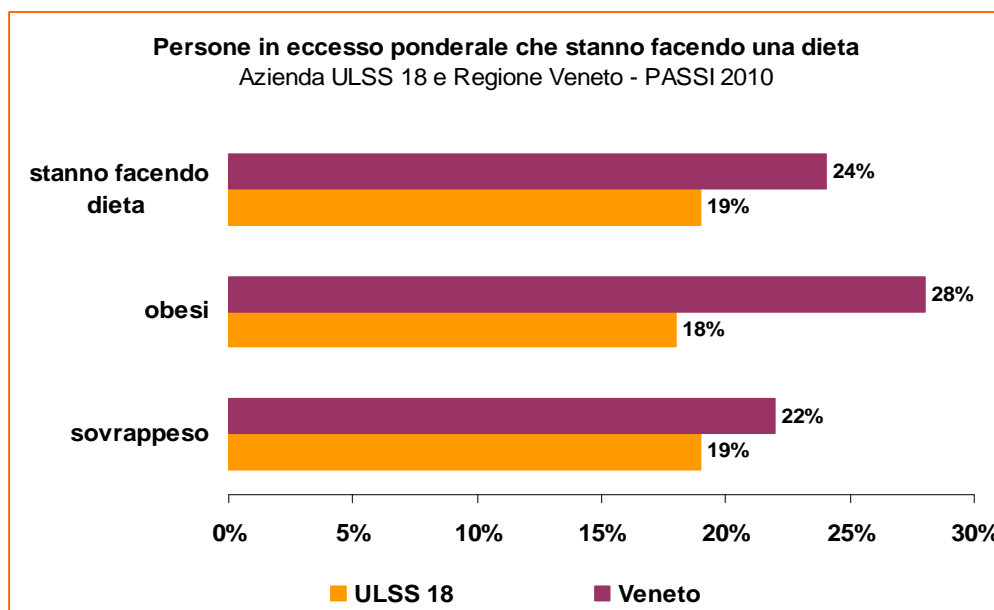
Emerge una diversa percezione del proprio peso per sesso: tra le donne in sovrappeso il 27% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto al 55% degli uomini, in Veneto le percentuali sono rispettivamente 25 e 51%.



Quante persone in eccesso ponderale stanno facendo una dieta per perdere o mantenere peso?

Nell'Azienda ULSS 18, il 18,8% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso, in particolare:

- il 19% nei sovrappeso e il 18% negli obesi,
- il 19% negli uomini e 18% nelle donne,
- il 26% nelle persone sovrappeso (esclusi gli obesi) ritengono il proprio peso "troppo alto" rispetto al 16% di quelle che lo ritengono "giusto",
- il 28% tra coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario, rispetto al 10% di chi non l'ha ricevuto.



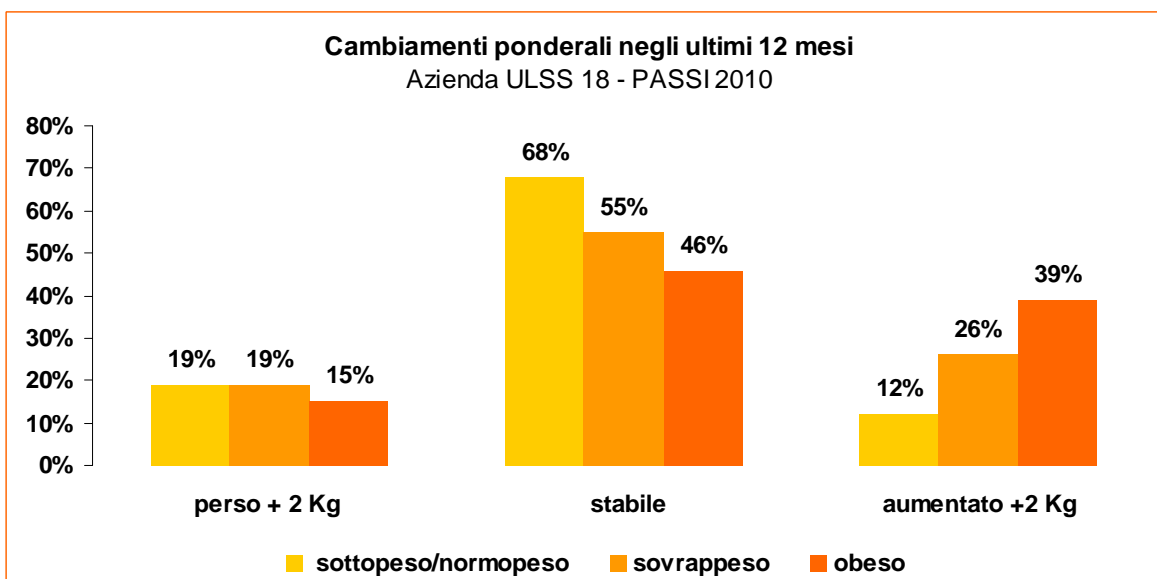
Quante persone hanno cambiato peso nell'ultimo anno?

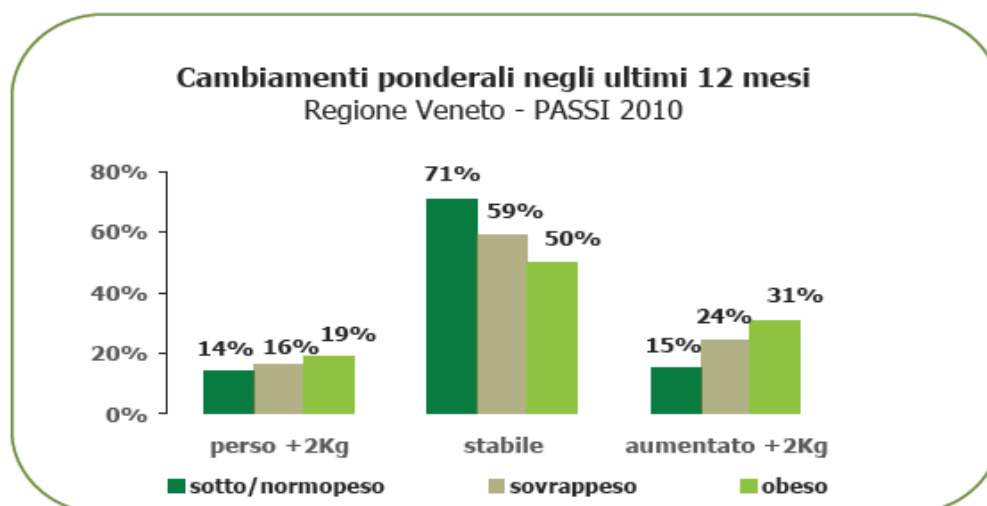
Nell'ULSS 18, il 20,5% degli intervistati ha riferito di essere aumentato di almeno 2 kg di peso nell'ultimo anno.

La proporzione di persone aumentate di peso nell'ultimo anno è più elevata nel sesso femminile (22%) rispetto al maschile (19%), nella fascia 35-49 anni e nelle persone già in eccesso ponderale (sovrappeso 26% e obesi 39%).

In Veneto, il 19% degli intervistati ha riferito di essere aumentato di almeno 2 kg di peso nell'ultimo anno; in particolare la proporzione è maggiore nella fascia 18-34 anni e nelle persone già in eccesso ponderale.

È emersa una differenza statisticamente significativa tra donne (21%) e uomini (17%).





Abitudini alimentari

Nell'Azienda ULSS 18, il 99,3% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno, il 42,0% ha riferito di mangiare 3-4 porzioni al giorno ma solo l'8,3% le 5 porzioni raccomandate.

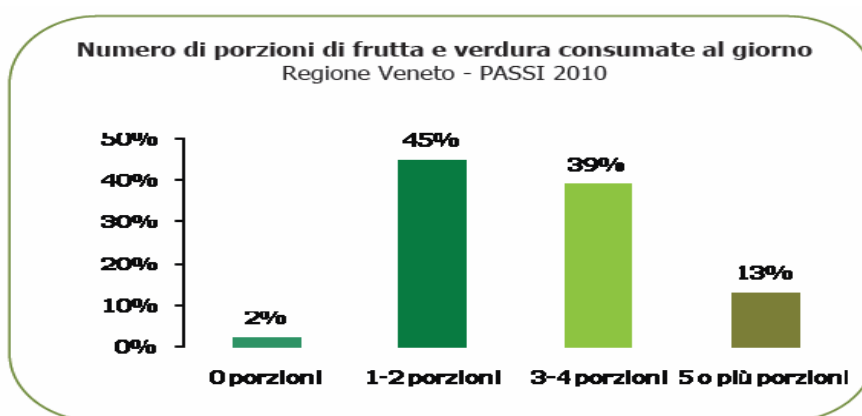
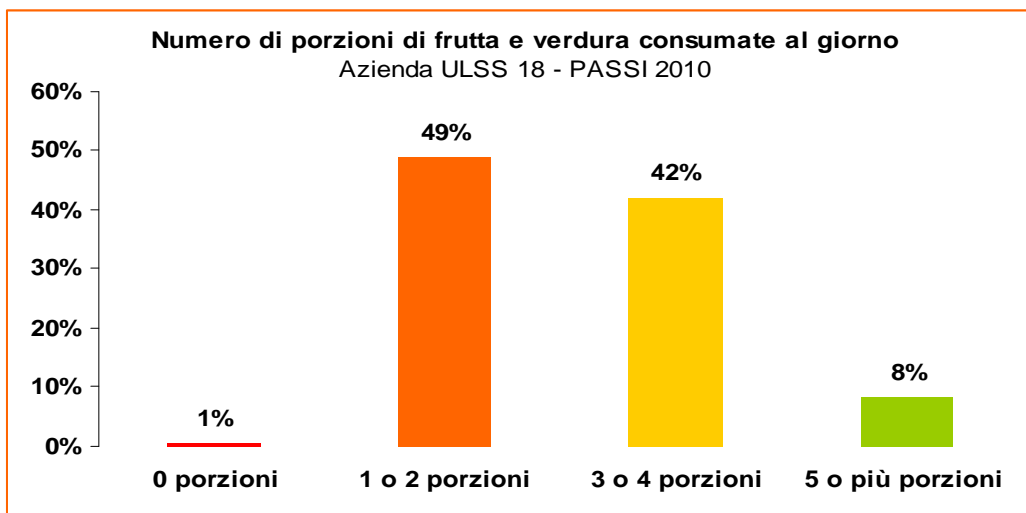
L'abitudine a consumare 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno è più diffusa:

- nelle persone dai 50 ai 69 anni;
- nelle persone con qualche difficoltà economica;
- nelle persone obese.

Non emergono differenze legate al genere e al livello di istruzione.

Consumo di frutta e verdura Azienda ULSS 18		Adesione al "five a day" %
Totale		8,3
nei due sessi	uomini	8,0
	donne	8,7
nelle classi di età	18-34 anni	6,8
	35-49 anni	6,5
	50-69 anni	11,0
nei diversi livelli di istruzione	nessuna/elementare	8,8
	media inferiore	9,4
	media superiore	7,0
	laurea	9,4
nelle diverse situazioni economiche	molte difficoltà	4,3
	qualche difficoltà	12,4
	nessuna difficoltà	6,1
nei diversi stati nutrizionali	sotto/normopeso	4,7
	sovrappeso	10,5
	obeso	18,2

In Veneto, il 45% degli intervistati mangia frutta e verdura almeno una volta al giorno, il 39% 3-4 porzioni al giorno e il 13% le 5 porzioni raccomandate; analizzando con una opportuna tecnica statistica (regressione logistica) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, l'adesione al "five a day" rimane significativamente associata con età maggiore (50-69 anni 18%), sesso femminile (16% vs 11%) ed eccesso ponderale (normo/sottopeso 13%, sovrappeso 12% obeso 18,6%).

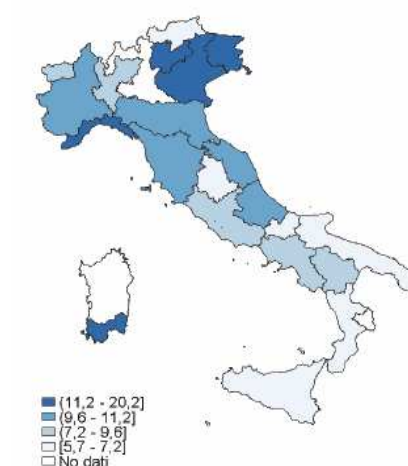


Tra le ASL partecipanti al sistema a livello nazionale, aderisce al “*five a day*” il 10% del campione.

Il 97% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno, tra questi, il 39% ne mangia 3-4 porzioni.

Le donne sono quelle che consumano più frequentemente 5 porzioni al giorno, poi le persone più adulte (50-69 anni) e quelle con un alto livello di istruzione.

% persone che aderiscono al five-a-day
Pool PASSI 2010



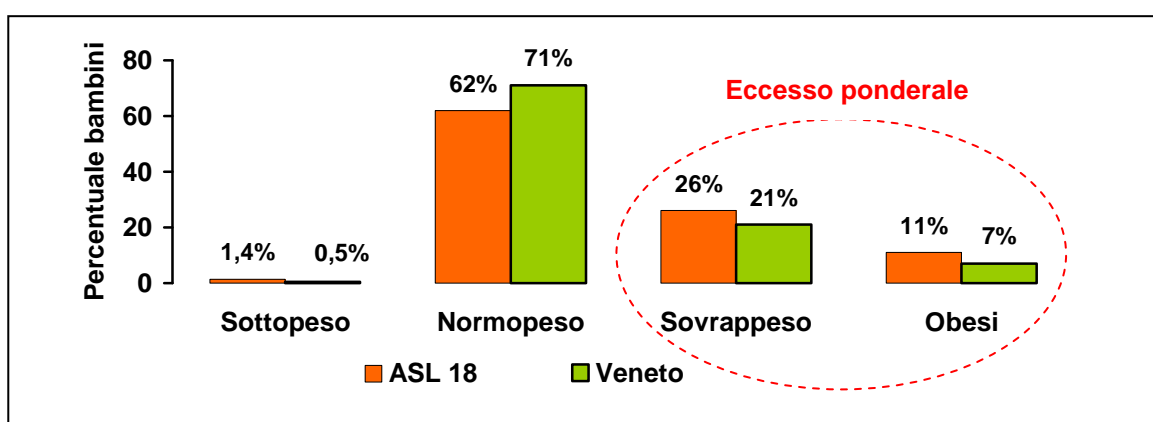


Qual è lo stato nutrizionale dei bambini?

L'obesità ed il sovrappeso in età evolutiva tendono a persistere in età adulta e a favorire lo sviluppo di gravi patologie quali le malattie cardio-cerebro-vascolari, il diabete tipo 2 ed alcuni tumori. Negli ultimi 25 anni la prevalenza dell'obesità nei bambini è triplicata e la linea di tendenza è in continuo aumento.

Tra i bambini dell'ULSS 18 l'11% risulta obeso (7% Veneto), il 26% sovrappeso (21% Veneto), il 62% normopeso (71% Veneto) e l'1,4% sottopeso (0,5% Veneto). Complessivamente il 37% dei bambini presenta un eccesso ponderale che comprende sia sovrappeso che obesità (28% Veneto).

Stato nutrizionale dei bambini
Okkio 2010 - ULSS 18 e Veneto



Nell'ULSS 18, le prevalenze di obesità e di sovrappeso sono simili tra i bambini di 8 e quelli di 9 anni, mentre la prevalenza di obesità tende ad essere leggermente superiore nei maschi rispetto alle femmine (differenza non statisticamente significativa).

Per un confronto...

	Valore assunto usando mediana di riferimento*	Valore ULSS 18 2010	Valore regionale 2010	Valore nazionale 2010
Prevalenza di bambini sotto-normopeso	84%	62%	72%	66%
Prevalenza di bambini sovrappeso	11%	26%	21%	23%
Prevalenza di bambini obesi	5%	11%	7%	11%
Mediana di IMC nella popolazione in studio	15,8	17%	17%	17,4

* Per ottenere un valore di riferimento con cui confrontare la prevalenza di sovrappeso e obesità della popolazione in studio, sono stati calcolati i valori che la popolazione nazionale avrebbe se la mediana dell'IMC fosse pari a quella della popolazione di riferimento utilizzata dalla IOTF per calcolare le soglie di sovrappeso e obesità.

Nell'ULSS 18, non si rilevano, inoltre, differenze statisticamente significative nella prevalenza di obesità dei bambini rispetto al titolo di studio della madre, mentre in Veneto è risultato un rischio di eccesso ponderale che diminuisce significativamente con il crescere della scolarità della madre.

È stato confrontato l'IMC del bambino rispetto a quello dei genitori ed è stato valutato, in particolare, l'eccesso di peso del bambino quando almeno uno dei genitori risulta essere sovrappeso o obeso.

- Dai dati autoriferiti dai genitori emerge che, nella regione Veneto, il 21% delle madri è in sovrappeso e il 7% è obeso; i padri, invece, sono nel 49% sovrappeso e nel 9% obesi.
- Quando almeno uno dei due genitori è in sovrappeso, il 26% dei bambini risulta in sovrappeso e il 13% obeso.
- Quando almeno un genitore è obeso, il 35% dei bambini è in sovrappeso e il 23% obeso.

Le abitudini alimentari dei bambini

Una dieta ad alto tenore di grassi e con contenuto calorico eccessivo è associata ad aumento del peso corporeo che nel bambino tende a conservarsi fino all'età adulta. Una dieta qualitativamente equilibrata, in termini di bilancio fra grassi, proteine e glicidi, e la sua giusta distribuzione nell'arco della giornata, contribuisce a produrre e/o a mantenere un corretto stato nutrizionale.

Le linee guida sulla sana alimentazione prevedono l'assunzione di almeno cinque porzioni al giorno di frutta e verdura. Il consumo di frutta e verdura nell'arco della giornata garantisce un adeguato apporto di fibre e sali minerali e consente di limitare la quantità di calorie introdotte.

Il consumo di frutta e verdura è stato richiesto con 2 domande distinte, 1 per la frutta e 1 per la verdura.

Nell'ULSS 18, i genitori riferiscono che il 25% dei bambini consuma la **frutta** 2-3 volte al giorno; il 35% una sola porzione al giorno. Il 36% dei bambini mangia frutta meno di una volta al giorno o mai nell'intera settimana.

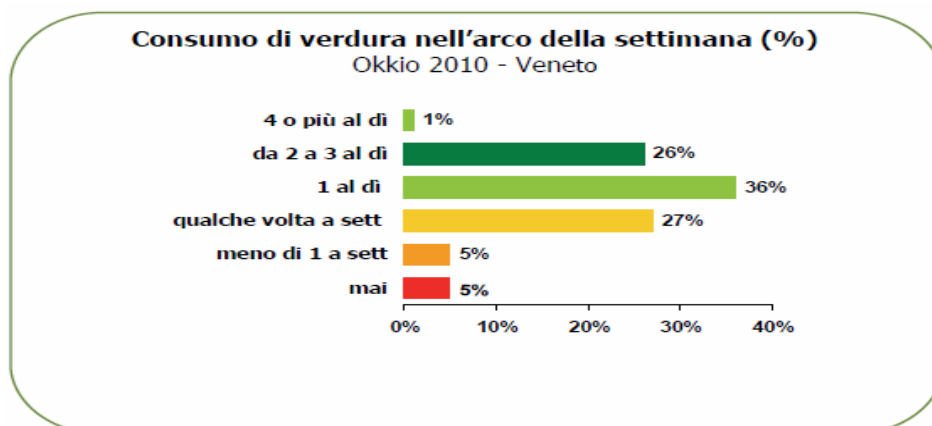
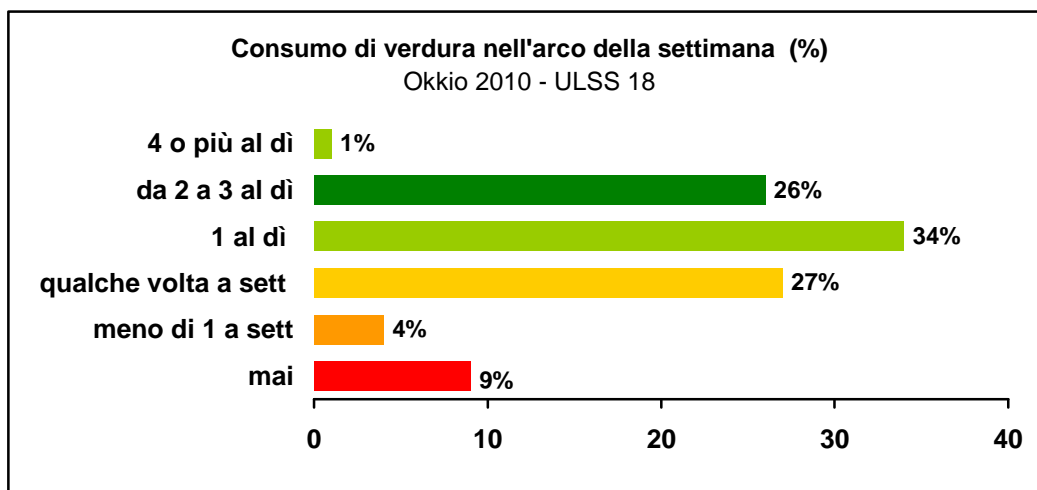
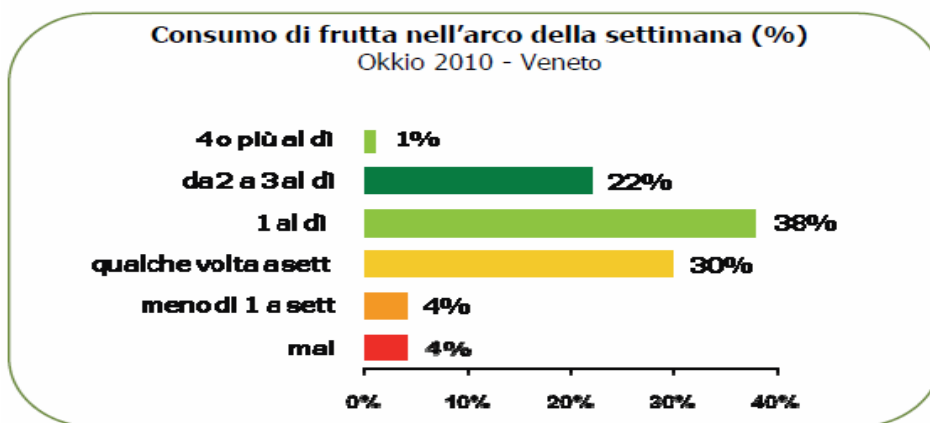
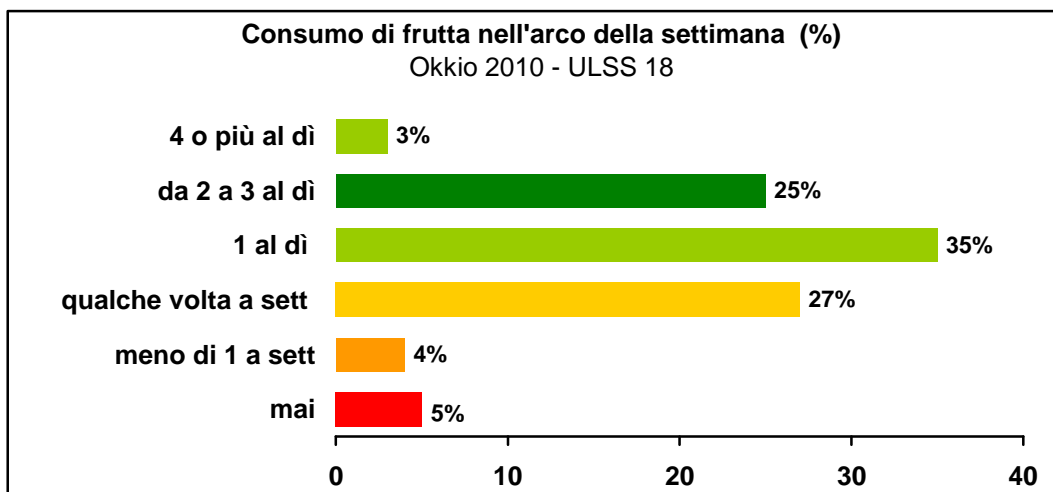
Inoltre, i genitori riferiscono che il 26% dei bambini consuma **verdura** 2-3 volte al giorno; il 34% una sola porzione al giorno. Il 40% dei bambini consuma verdura meno di una volta al giorno o mai nell'intera settimana.

Non sono emerse differenze per sesso del bambino e per livello di istruzione della madre.

In Regione Veneto, i genitori riferiscono che solo l'1% dei bambini consuma la **frutta** 4 o più volte al giorno, il 22% mangia 2-3 porzioni al giorno; il 38% una sola porzione al giorno. Il 38% dei bambini mangia frutta meno di una volta al giorno o mai nell'intera settimana.

Il 26% dei bambini consuma **verdura** 2-3 porzioni al giorno; il 36% una sola porzione al giorno. Il 37% dei bambini consuma verdura meno di una volta al giorno o mai nell'intera settimana.

Il consumo di frutta e verdura è più frequente nelle bambine che nei bambini e risulta associato al livello di istruzione della madre: più alto è il titolo di studio della madre maggiore è il consumo.





Peso corporeo e consumi alimentari

Dall'indagine HBSC si riportano i risultati della domanda posta relativamente al peso e all'altezza autoriferiti dagli studenti, da cui è stato calcolato il BMI e confrontato con i parametri adottati a livello internazionale (Cole et al. 2000, 2007) per la stima del sottopeso, sovrappeso e obesità calcolato per età.

Si riportano i dati relativi all'ULSS 18 confrontati con quelli del Veneto: una differenza statisticamente significativa, rispetto al dato regionale, si rileva per il rischio di obesità nello strato degli 11enni.

		11 anni	13 anni	15 anni
Rischio di sottopeso	ULSS 18	11,4%	6,2%	8,8%
	Veneto	12,8%	11,6%	19,9%
Rischio di sovrappeso	ULSS 18	19,3%	14,4%	8,8%
	Veneto	14,8%	13,8%	11,2%
Rischio di obesità	ULSS 18	8,0%	3,1%	1,8%
	Veneto	2,8%	1,9%	2,3%
Rischio di sovrappeso+obesità	ULSS 18	27,3%	17,5%	10,5%
	Veneto	17,6%	15,7%	13,5%

Per quanto riguarda il consumo quotidiano di frutta e verdura, vi è omogeneità nei consumi con il dato regionale in tutti e tre gli strati di età, mentre per quanto riguarda il consumo di dolci la prevalenza è maggiore nell'ULSS 18 rispetto alla media regionale: in particolare nel gruppo dei 11enni supera il 30% e addirittura nei 15enni arriva alla prevalenza più alta fra le ULSS (51,3%). Anche nel consumo di bevande zuccherate l'ULSS 18 ha tra le prevalenze maggiori nel gruppo degli 11enni (intorno al 26% rispetto al 18% di media regionale), dei 13enni con oltre 10 punti oltre la media regionale e nei 15enni che presentano il valore di consumo più elevato tra le ULSS (oltre il 30% rispetto al 22% di media).

Conclusioni

In letteratura è ampiamente documentata una sottostima nel rilevare la prevalenza dell'eccesso ponderale attraverso indagini telefoniche analoghe a quelle condotte nel Sistema di Sorveglianza PASSI; nonostante questa verosimile sottostima, nell'ULSS 18 quasi una persona adulta su due presenta un eccesso ponderale.

Una particolare attenzione nei programmi preventivi va posta, oltre alle persone obese, alle persone in *sovrappeso*. In questa fascia di popolazione emerge infatti una sottostima del rischio per la salute legato al proprio peso: una persona su due percepisce il proprio peso come "troppo alto" e una persona su quattro è aumentata di peso nell'ultimo anno. La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata solo dal 19% delle persone in eccesso ponderale, mentre è più diffusa la pratica di un'attività fisica moderata (59%).

La maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura: la metà ne assume oltre 3 porzioni, ma solo una piccola quota (meno di una persona su 10) assume le 5 porzioni al giorno raccomandate per un'efficace prevenzione.

E' dimostrata l'associazione tra sovrappeso ed obesità e stili alimentari errati. Questo rischio per i bambini può essere limitato da un cambiamento di abitudini familiari e tramite il sostegno della scuola ai bambini e alle loro famiglie.

Il 26% dei bambini residenti nell'ULSS 18 sono in sovrappeso, con un 11% di obesi.

Il rischio di sovrappeso e obesità appare chiaro anche negli 11enni e nei 13enni.

I risultati indicano la necessità di interventi multisettoriali per promuovere un'alimentazione corretta accompagnata da un'attività fisica svolta in maniera costante e regolare. Seguendo i principi di Guadagnare Salute, è necessario che, nel nostro Paese, le politiche economiche, agricole e commerciali aumentino la disponibilità e l'accessibilità delle famiglie e delle persone a frutta e verdura e vegetali in genere.

Per aumentare l'efficacia degli interventi appare fondamentale, quindi, l'approccio multidisciplinare, nel quale la Sanità Pubblica tramite i professionisti della salute può svolgere un ruolo attivo di orientamento ed esercitare pressioni sui settori economici, agricoli e commerciali, a livello nazionale, regionale e locale, giocando un ruolo importante nel promuovere alleanze e integrazioni.

L'abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio di numerose patologie cronicodegenerative, in particolare malattie cardiovascolari, respiratorie e neoplasie. Rappresenta inoltre il primo fattore di rischio evitabile di morte precoce.

A seconda del metodo usato, si stima che in Italia i decessi attribuibili all'abitudine al fumo siano tra i 70 e gli 80 mila all'anno con oltre un milione di anni di vita potenzialmente persi. Negli ultimi decenni la percentuale di fumatori tra gli uomini si è progressivamente ridotta, mentre è in aumento nelle donne, fino a raggiungere in alcune Regioni valori paragonabili nei due sessi, e nei giovani.

Come è distribuita l'abitudine al fumo di sigaretta?

Nell'Azienda ULSS 18 rispetto all'abitudine al fumo di sigaretta:

- il 57% degli intervistati ha riferito di essere non fumatore,
- il 20% di essere fumatore,
- il 22% di essere un ex fumatore.

L'1% degli intervistati ha dichiarato di aver sospeso di fumare da meno di sei mesi (fumatori in astensione considerati non ancora ex fumatori, definizione OMS).

I fumatori occasionali, cioè quelli che non fumano tutti i giorni, sono il 4%.

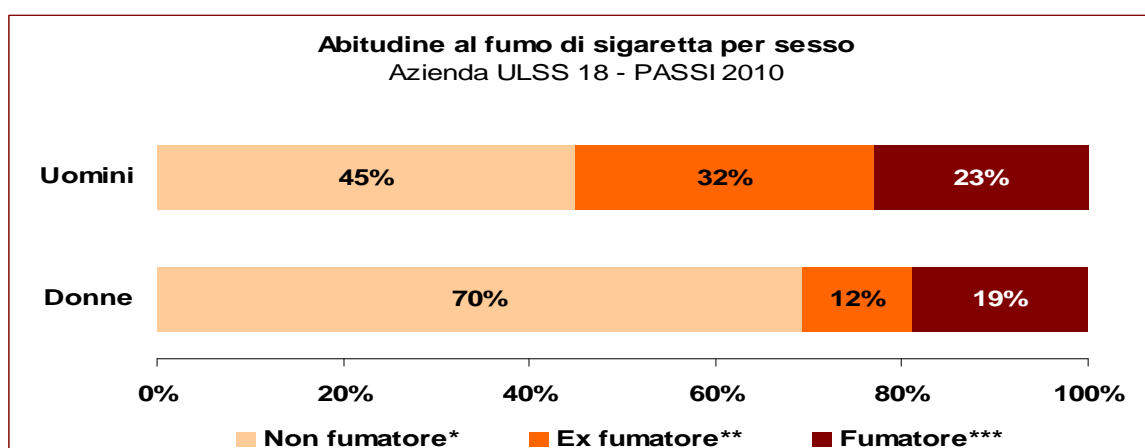
L'abitudine al fumo è più alta negli uomini che nelle donne (23% vs 19%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (70% vs 45%).

In Veneto l'abitudine al fumo di sigaretta è così distribuita:

- il 54% non fumatori,
- il 24% fumatori,
- il 22% ex fumatori,
- l'1% fumatori in astensione,
- il 3% fumatori occasionali.

L'abitudine al fumo è significativamente più alta negli uomini che nelle donne (28% vs 20%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (64% vs 44%).

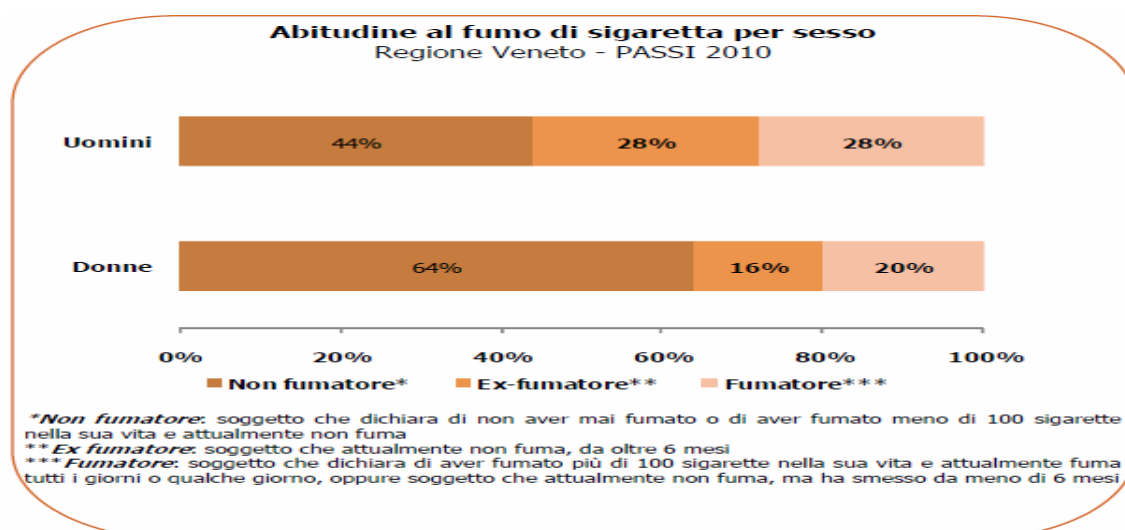
Nel Pool di ASL PASSI 2010 il 28% è fumatore (di cui l'1% è in astensione da meno di sei mesi), il 18% è ex fumatore e il 54% è non fumatore.



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

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

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



Quali sono le caratteristiche dei fumatori di sigaretta?

Nell'Azienda ULSS 18 si è osservata una prevalenza più elevata di fumatori:

- tra le persone nelle fasce d'età 18-24 e 35-49 anni,
- tra gli uomini,
- tra le persone con livello di istruzione di scuola media inferiore e media superiore,
- tra le persone con difficoltà economiche.

I fumatori abituali hanno dichiarato di fumare in media 11,5 sigarette al giorno e tra questi, il 2% ne fuma più di 20 (forte fumatore).

Condizione di fumatore Azienda ULSS 18		%
Totale		21,0
nei due sessi	uomini	23,2
	donne	18,8
nelle classi di età	18-24 anni	23,1
	25-34 anni	14,6
	35-49 anni	29,0
	50-69 anni	16,5
nei diversi livelli di istruzione	nessuna/elementare	8,8
	media inferiore	27,1
	media superiore	22,8
	laurea	9,4
nelle diverse situazioni economiche	molte difficoltà	34,8
	qualche difficoltà	21,0
	nessuna difficoltà	19,0
Quanto si fuma		%
Sigarette fumate in media		11,5
Fumatori che fumano 20 o più sigarette al dì		1,8

In Veneto la prevalenza è più elevata tra le persone sotto i 35 anni, tra gli uomini, tra le persone con livello di istruzione di scuola media inferiore e tra quelle con difficoltà economiche.

I fumatori abituali hanno dichiarato di fumare in media 11 sigarette al giorno mentre il 4% è forte fumatore.

Tra le ASL partecipanti al Sistema a livello nazionale, la percentuale di fumatori è pari al 28,4% e presenta le medesime caratteristiche.



Quali sono le caratteristiche degli ex fumatori di sigaretta?

Nell'ULSS 18 si è osservata una prevalenza del 22%, con più ex fumatori tra:

- le persone sopra i 50 anni,
- gli uomini,
- le persone con basso livello di istruzione,
- le persone con qualche difficoltà economica.

In Veneto la prevalenza (22%) e le caratteristiche degli ex fumatori sono simili a quelli dell'ULSS 18.

Condizione di ex fumatore Azienda ULSS 18		%
Totale		21,7
nei due sessi	uomini	31,9
	donne	11,6
nelle classi di età	18-24 anni	3,8
	25-34 anni	10,4
	35-49 anni	21,5
	50-69 anni	31,2
nei diversi livelli di istruzione	nessuna/elementare	23,5
	media inferiore	26,0
	media superiore	19,3
	laurea	15,6
nelle diverse situazioni economiche	molte difficoltà	21,7
	qualche difficoltà	24,8
	nessuna difficoltà	19,7

Tra le ASL partecipanti al Sistema a livello nazionale la percentuale di ex fumatori è risultata pari al 18,3%.



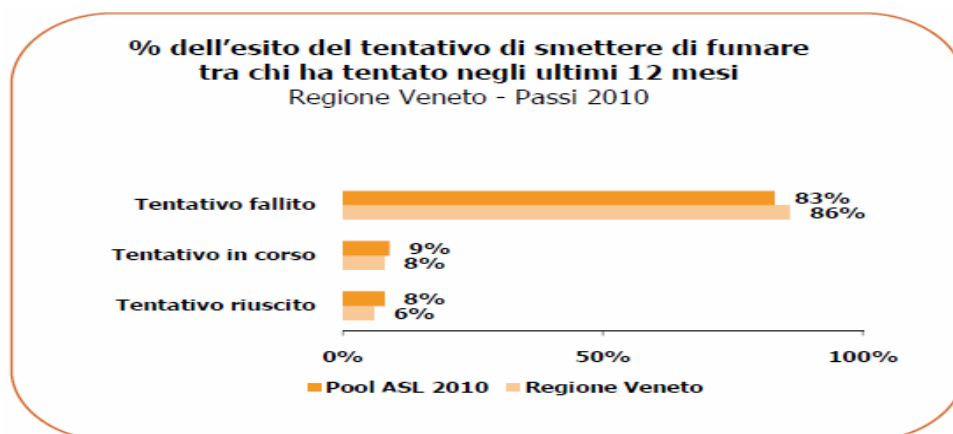
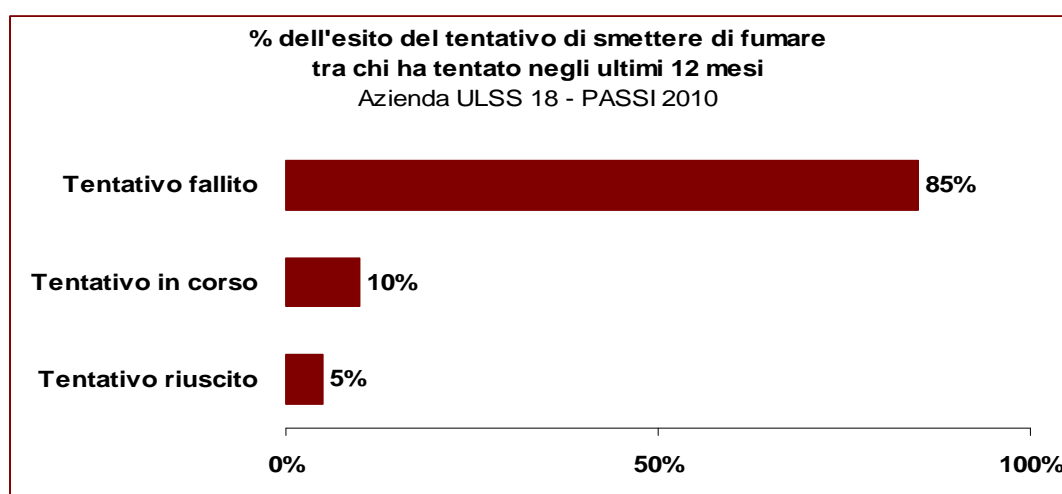
Smettere di fumare: quanti hanno tentato, esito e modalità del tentativo

Nell'Azienda ULSS 18, tra chi fumava nei dodici mesi precedenti l'intervista il 34% ha tentato di smettere.

Tra tutti coloro che hanno tentato:

- l'85% ha fallito (fumava al momento dell'intervista),
- il 10% stava ancora tentando di smettere (non fumava al momento dell'intervista ma aveva smesso da meno di 6 mesi),
- il 5% è riuscito a smettere (non fumava al momento dell'intervista e aveva smesso da oltre 6 mesi e meno di un anno).

Nel Veneto tra chi fumava, il 45% ha tentato di smettere e di questi l'86% ha fallito, l'8% stava ancora tentando ed il 6% è riuscito a smettere, mentre nel Pool di ASL PASSI 2010, il 40% ha tentato di smettere di fumare e tra questi l'83% ha fallito, il 9% stava ancora tentando al momento dell'intervista e l'8% è riuscito nel tentativo.



Nell'ULSS 18 tra le persone che hanno tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno, indipendentemente dall'esito del tentativo, il 95% l'ha fatto da solo ed il 5% ha partecipato a incontri o corsi organizzati.

In Veneto il 94% l'ha fatto da solo, il 3% ha fatto uso di farmaci e lo 0,3% ha partecipato ad incontri o corsi organizzati dalle ASL.

Nel Pool di ASL PASSI 2010, il 94% degli intervistati che hanno tentato di smettere di fumare l'ha fatto da solo, il 3% ha fatto uso di farmaci e meno dell'1% ha partecipato a incontri o corsi organizzati dalle ASL.

L'abitudine al fumo in ambito domestico

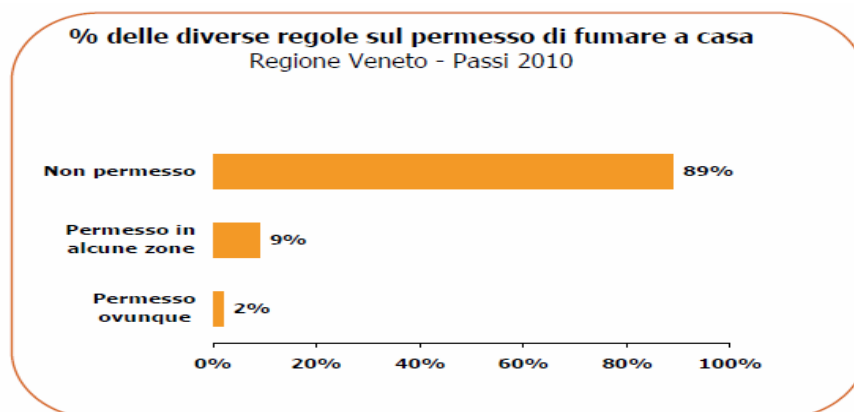
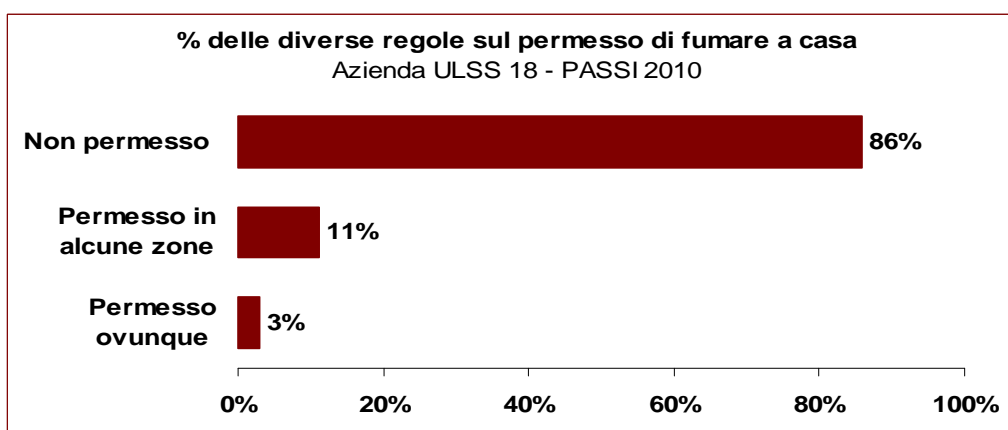
Rispetto all'abitudine al fumo nella propria abitazione, nell'Azienda ULSS 18:

- l'86% degli intervistati ha dichiarato che non si fuma in casa,
- l'11% che si fuma in alcuni luoghi,
- il 3% che si fuma ovunque.

In caso di convivenza con minori di 14 anni, il 97% degli intervistati riferisce il divieto assoluto di fumo in casa.

Nella Regione Veneto, l'89% degli intervistati ha dichiarato che non si fuma in casa, il 9% che si fuma in alcuni luoghi e il 2% che si fuma ovunque. In caso di convivenza con minori di 14 anni, il 95% degli intervistati riferisce il divieto assoluto di fumo in casa.

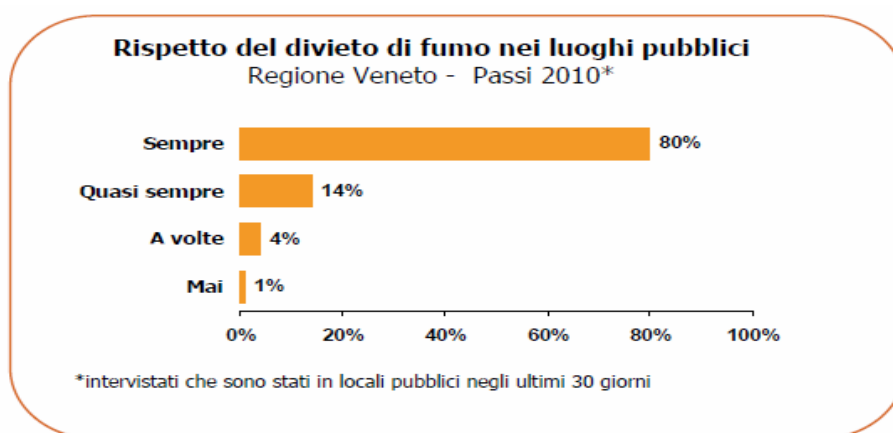
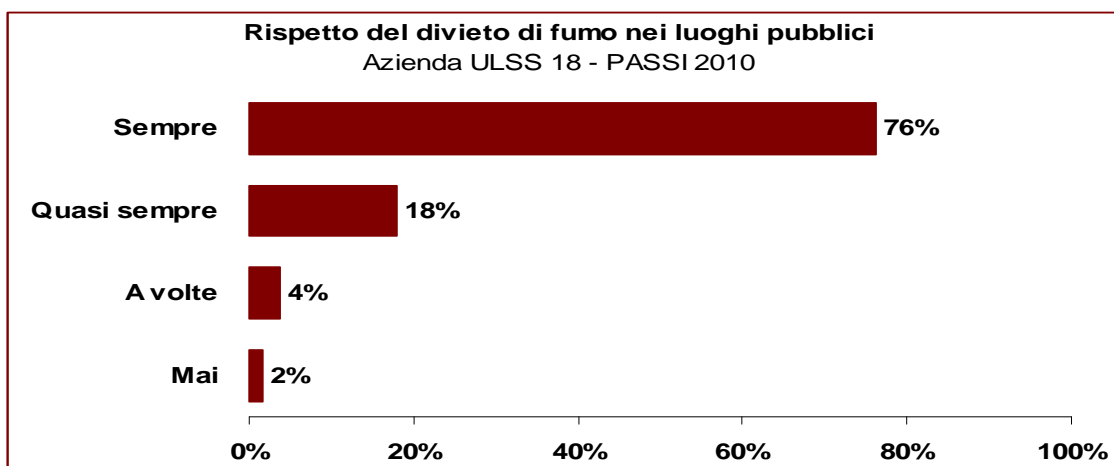
Nel Pool di ASL PASSI 2010, il 76% degli intervistati ha riferito che è assolutamente vietato fumare nella propria abitazione (83% in presenza di minori di 15 anni).



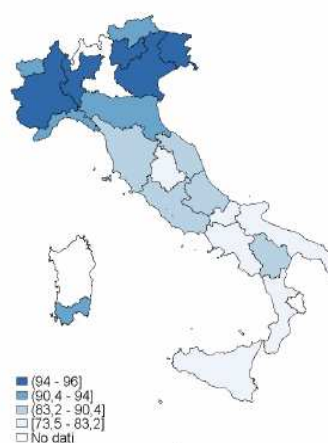
Divieto di fumare nei luoghi pubblici

Nell'Azienda ULSS 18, il 94% delle persone intervistate (che sono state nei locali pubblici negli ultimi 30 giorni) ha dichiarato che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre (76%) o quasi sempre (18%). Il 6% ha invece dichiarato che il divieto non è mai rispettato (2%) o lo è raramente (4%).

Nel Veneto il 95% ha dichiarato che nei luoghi pubblici il divieto di fumare è rispettato sempre (80%) o quasi sempre (14%), mentre il 5% ha invece dichiarato che non è mai rispettato (1%) o lo è raramente (4%).



% di persone che ritengono sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo nei luoghi pubblici
Pool PASSI 2010

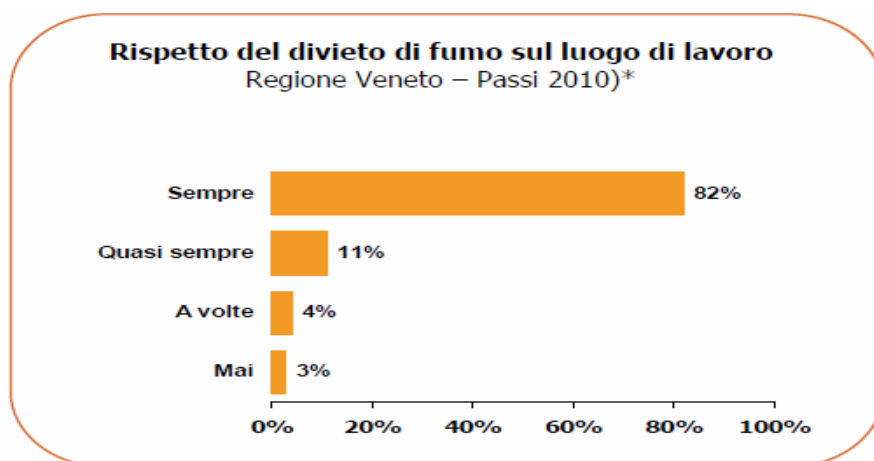
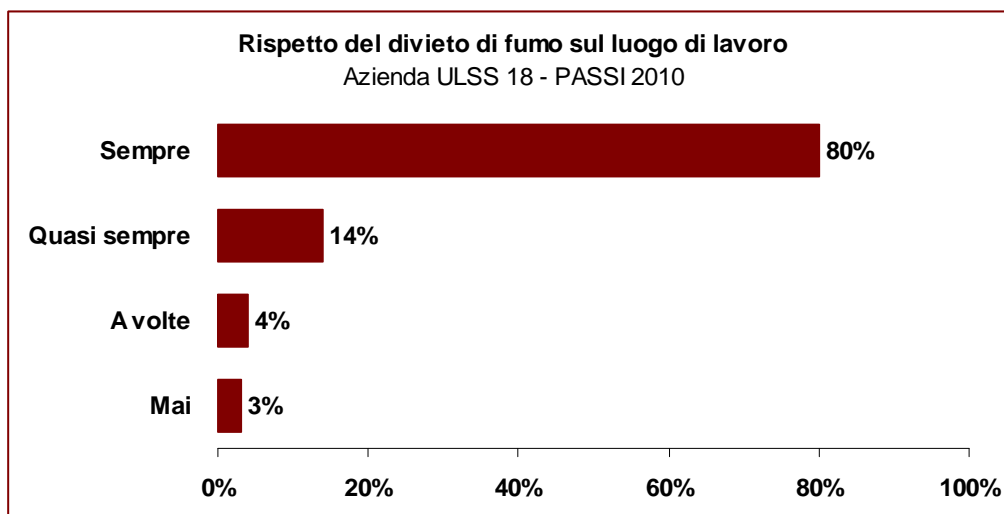


Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre o quasi sempre nell'87% dei casi, con un evidente gradiente territoriale.

Rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

Nell'Azienda ULSS 18 tra i lavoratori intervistati, il 94% ha dichiarato che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre (80%) o quasi sempre (14%). Il 7% dichiara che il divieto non è mai rispettato (3%) o lo è raramente (4%).

Nella Regione Veneto, il 93% dei lavoratori intervistati ha dichiarato che il divieto è rispettato sempre (82%) o quasi sempre (11%), mentre per il 7% il divieto non è mai rispettato (3%) o lo è raramente (4%).



% di lavoratori che ritengono sempre o quasi sempre rispettato il divieto di fumo sul luogo di lavoro
Pool PASSI 2010

Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il divieto di fumare nei luoghi di lavoro è rispettato sempre o quasi sempre nell'89% dei casi, con un evidente gradiente territoriale.





Consumo di tabacco: età di inizio e abitudine tra i giovanissimi

Dall'indagine HBSC (Health Behaviour in School - aged Children) condotta dall'OMS negli anni 2002, 2006 e 2010 tra i ragazzi di 11, 13 e 15 anni che frequentano la scuola media inferiore e superiore, è emerso che in Veneto la percentuale di pre-adolescenti e adolescenti che sperimentano il fumo di tabacco cresce velocemente con l'età.

Nel corso delle tre rilevazioni (2002, 2006, 2010), in Regione Veneto i giovani che sperimentano il fumo sono diminuiti in tutti e tre gli strati del campione. La diminuzione più importante è avvenuta nel gruppo dei 13enni e dei 15enni, con un calo nel 2010 rispettivamente di 12 e di quasi 8 punti percentuali rispetto all'indagine del 2002. I confronti temporali risultano statisticamente significativi in tutti e tre gli strati.

Nel 2010, i 15enni che sperimentano il fumo sono quasi il doppio dei 13enni (differenza statisticamente significativa): nell'ULSS 18 i 13enni sono il 30% ed i 15enni il 61%, in Veneto sono rispettivamente il 25% ed il 56%.

Tra gli 11enni hanno provato a fumare qualche volta nella loro vita il 7% nell'ULSS 18 e il 6% in Veneto.

Per il campione dei 15enni non appaiono differenze nel comportamento statisticamente significati tra ragazzi e ragazze, mentre queste sono presenti tra i primi due strati di età (11 e 13enni), dove i valori più alti di consumo di tabacco si riscontrano nei maschi sia di 11 che di 13 anni rispetto alle loro coetanee.

Come la sperimentazione anche l'abitudine al fumo cresce velocemente all'aumentare dell'età. Tra i quindicenni, tra il 2002 e il 2010, si assiste ad una diminuzione statisticamente significativa di quasi 5 punti percentuali rispetto alla rilevazione del 2002, passando dal 21,4% al 16%.

Nell'indagine sul consumo di tabacco quotidiano nell'ULSS 18, esso è assente nel campione degli 11enni, nei 13enni risulta del 3% e nei 15enni 18%; in Veneto, esso appare quasi assente nel campione degli 11 (0,6%) e dei 13enni (2,6%); nei 15enni arriva al 16%, non differisce tra ragazzi e ragazze.

Conclusioni

Nell'Azienda ULSS 18, si stima che circa una persona su cinque sia classificabile come fumatore; in particolare le prevalenze più alte e preoccupanti si riscontrano in giovani e adulti nella fascia 18-49 anni di sesso maschile, con molte difficoltà economiche.

In Veneto i fumatori sono circa una persona su quattro, con le medesime caratteristiche.

La maggior parte degli ex fumatori, sia nell'ULSS 18 che in Veneto, ha dichiarato di aver smesso di fumare da solo; un numero veramente esiguo ha smesso di fumare grazie all'ausilio di corsi non organizzati dall'ULSS 18, mentre in Veneto gli ex fumatori hanno smesso di fumare grazie all'ausilio di farmaci, gruppi di aiuto ed operatori sanitari.

Questa situazione diffusa sottolinea la necessità di un ulteriore consolidamento del rapporto tra operatori sanitari e pazienti, per valorizzare al meglio l'offerta di opportunità di smettere di fumare presente a livello delle AULSS regionali.

L'esposizione al fumo passivo in abitazioni, luoghi pubblici e di lavoro rimane un aspetto rilevante da mantenere monitorato nel tempo.

L'esposizione al fumo passivo in ambito domestico è ancora frequente, soprattutto se si considera che il divieto parziale ha un'efficacia ridotta. La situazione migliora in case in cui sono presenti minori di 15 anni. Si dovrebbe promuovere una maggiore comunicazione sulla pericolosità dell'esposizione al fumo passivo, in particolar modo rivolta ai genitori di bambini.

Fumare è attualmente una scelta consentita che può essere proibita solo ai minori. La comunità dei non fumatori va invece difesa nel suo insieme dai pericoli alla salute derivanti dall'esposizione passiva al fumo, con una particolare attenzione nel prevedere interventi specifici a favore dei meno tutelati. La legge sul divieto di fumo dei locali pubblici e sui luoghi di lavoro rappresenta un importante traguardo per la salute pubblica nel nostro Paese.

Il consumo di alcol

Nell'ambito della promozione di stili di vita sani, il consumo di alcol ha assunto un'importanza sempre maggiore, perché l'alcol è associato a numerose malattie: cirrosi del fegato, diabete mellito, malattie neuropsichiatriche, problemi di salute materno-infantile, malattie cardiovascolari e tumori.

Inoltre, il consumo di alcol facilita incidenti stradali, comportamenti sessuali a rischio, infortuni sul lavoro, episodi di violenza e il fenomeno della dipendenza. Il danno causato dall'alcol, oltre che al bevitore, può estendersi quindi alle famiglie e alla collettività, gravando sull'intera società. Anche l'impatto economico è notevole: si stima che i costi indotti dal consumo di alcol, nei Paesi ad alto e medio reddito, ammontino a più dell'1% del Prodotto interno lordo.

Il consumo di alcol è misurato in unità alcoliche. L'unità alcolica corrisponde a una lattina di birra, un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore. Il consumo di alcol, i danni alcol-correlati e la dipendenza da alcol fanno parte di un continuum e il rischio cresce con l'aumento delle quantità bevute. Non è quindi possibile stabilire limiti prefissati o un effetto soglia. Tuttavia, per definire il consumo moderato, le istituzioni sanitarie internazionali e nazionali hanno individuato e aggiornano continuamente i livelli di consumo sotto i quali i rischi per la salute non sono rilevabili.

La *soglia del consumo moderato*, adottata in PASSI è pari a due unità alcoliche al giorno per gli uomini (un'unità per le donne) bevute in media al giorno. Al di sopra di tale limite, il consumo di alcol è considerato in eccesso.

Di conseguenza, in base ai limiti del bere moderato, alla media di unità di bevanda alcolica consumate al giorno, ai pattern di consumo e alla frequenza del consumo, coloro che bevono bevande alcoliche sono classificati nei seguenti gruppi a rischio: forti consumatori, consumatori che bevono solo o prevalentemente fuori pasto e coloro che indulgono in grandi bevute (*binge drinking*).

Quante persone consumano alcol?

Nell'Azienda ULSS 18, le persone intervistate che ha riferito di aver bevuto nell'ultimo mese almeno una unità di bevanda alcolica (*bevitori*) sono pari al 57%.

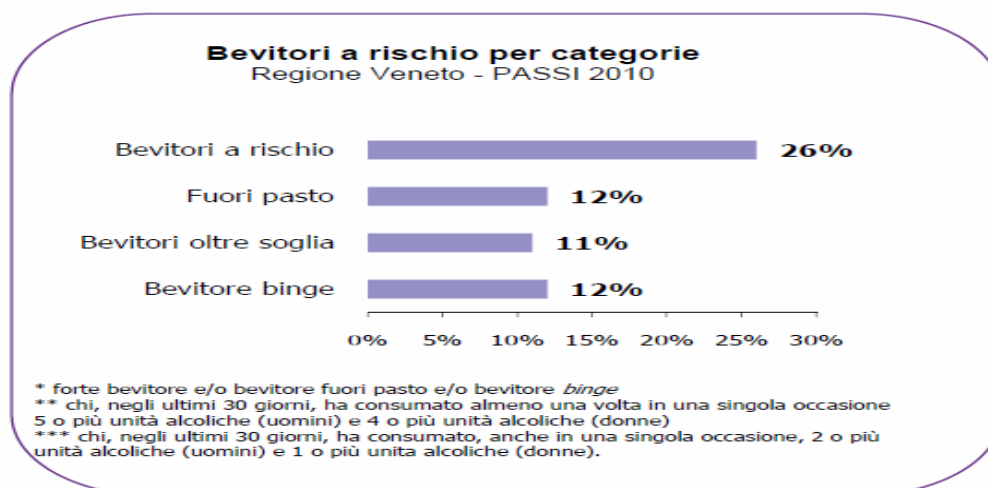
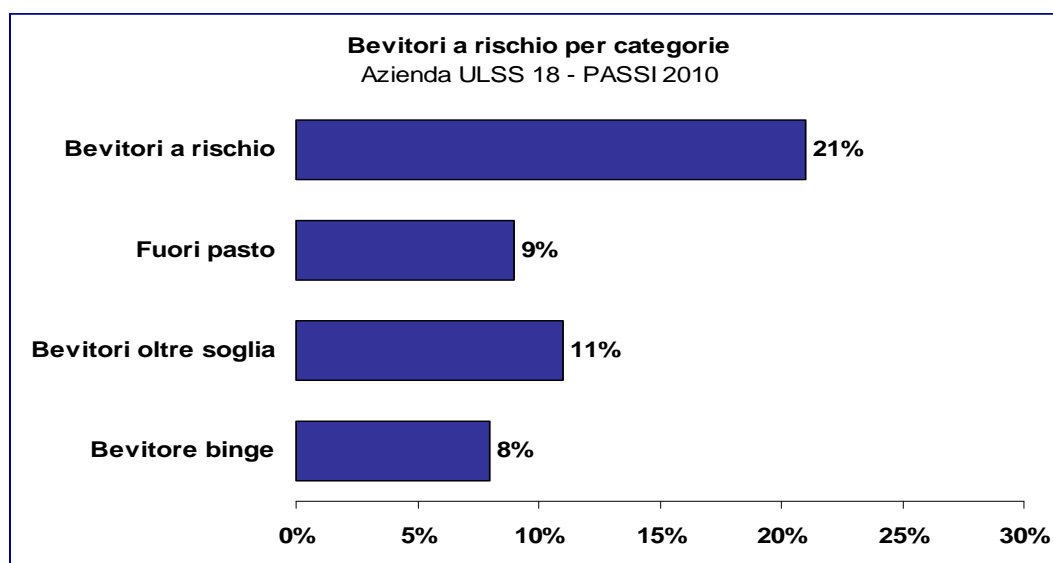
Complessivamente il 21% degli intervistati viene definito *consumatore a rischio* (che comprende chi beve fuori pasto e/o i forti bevitori e/o "binge").

Rispetto al consumo a rischio:

- il 9% consuma alcol prevalentemente o solo fuori pasto,
- l'11% sono *forti bevitori*, cioè hanno superato anche in una singola occasione, negli ultimi 30 giorni, le dosi soglia raccomandate (più di due unità alcoliche per gli uomini e 1 o più unità alcoliche per le donne),
- l'8% degli intervistati è classificabile *binge*, ovvero negli ultimi 30 giorni, ha consumato almeno una volta in una singola occasione 5 o più unità alcoliche per gli uomini e 4 o più unità alcoliche per le donne.

Il 39% degli intervistati consuma alcol prevalentemente nel fine settimana.

In Veneto i *bevitori* sono risultati essere il 66% e complessivamente il 26% degli intervistati sono *consumatori a rischio*, di cui il 12% classificabili *binge*, l'11% sono *forti bevitori* e il 12% consuma alcol prevalentemente o solo fuori pasto, mentre il 47% degli intervistati consuma alcol prevalentemente nel fine settimana.



Quali sono le caratteristiche dei bevitori a rischio?

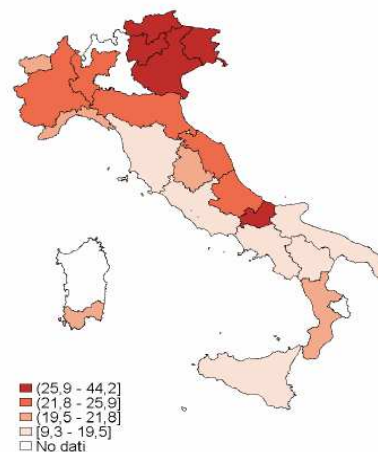
Nell'ULSS 18, il consumo di alcol a rischio è significativamente più frequente:

- nelle classi di età più giovani 18-34 anni
- nei 18-24enni più della metà dei giovani ha modalità di assunzione di alcol a rischio (62%);
- nelle persone con un livello di istruzione medio-alto;
- nelle persone con molte difficoltà economiche;
- nelle persone di sesso maschile.

Nella Regione Veneto, le caratteristiche dei consumatori a rischio sono simili a quelle riscontrate nell'ULSS 18, inoltre analizzando insieme le caratteristiche con un modello logistico, si confermano come significative le associazioni tra consumo alcolico a rischio ed età e sesso.

Consumo di alcol a rischio (ultimo mese)		%
Azienda ULSS 18		
Totale		21,4
nei due sessi	uomini	24,3
	donne	18,5
nelle classi di età	18-24 anni	61,5
	25-34 anni	19,1
	35-49 anni	15,4
	50-69 anni	17,8
nei diversi livelli di istruzione	nessuna/elementare	18,8
	media inferiore	18,1
	media superiore	25,4
	laurea	19,4
nelle diverse situazioni economiche	molte difficoltà	39,1
	qualche difficoltà	17,6
	nessuna difficoltà	21,4

Bevitori a rischio
Pool PASSI 2010 (%)



Nel Pool di ASL PASSI 2010, la percentuale di bevitori a rischio è risultata del 19% (9% consumo anche occasionale superiore alle dosi soglia, 9% consumo binge, 8% consumo fuori pasto) con un evidente gradiente territoriale.

Quali sono le caratteristiche dei bevitori “binge”?

Nell’Azienda ULSS 18 nel 2010, questa modalità di consumo di alcol, ritenuta ad alto rischio, ha riguardato l’8% degli intervistati e risulta più diffusa:

- tra i più giovani nella fascia di 18-24 anni (27%),
- negli uomini (11% vs 5% nelle donne),
- nelle persone con difficoltà economiche.

Non si rilevano differenze riguardo il livello di istruzione.

In Veneto i bevitori binge sono il 12% degli intervistati e sono significativamente più frequenti:

- tra i più giovani nella fascia di 18-24 anni (21%),
- negli uomini (19% vs 5% nelle donne).

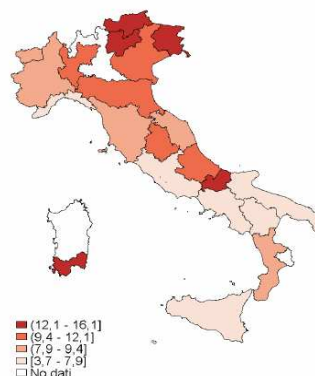
Non si rilevano differenze riguardo il livello di istruzione e le condizioni economiche.

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

Consumo binge* Azienda ULSS 18		%
Totale		8,1
nei due sessi	uomini	11,1
	donne	5,2
nelle classi di età	18-24 anni	26,9
	25-34 anni	8,5
	35-49 anni	7,7
	50-69 anni	3,8
nei diversi livelli di istruzione	nessuna/elementare	6,3
	media inferiore	9,7
	media superiore	7,0
	laurea	9,7
nelle diverse situazioni economiche	molte difficoltà	8,7
	qualche difficoltà	10,9
	nessuna difficoltà	6,2

*Chi, negli ultimi 30 giorni, ha consumato almeno una volta in una singola occasione 5 o più unità alcoliche per gli uomini e 4 o più per le donne

Bevitori binge
Pool PASSI 2010 (%)



Nel Pool di ASL PASSI 2010, la percentuale di bevitori binge è risultata del 7%.



Consumo di alcol

Dall'indagine HBSC (Health Behaviour in School - aged Children) condotta dall'OMS negli anni 2002, 2006 e 2010 tra i ragazzi di 11, 13 e 15 anni che frequentano la scuola media inferiore e superiore, è emerso che a livello regionale il consumo quotidiano di alcol è più diffuso tra i 15enni (4,3%) rispetto agli altri 2 strati di età, con maggior frequenza nei maschi, mentre per il consumo settimanale, si registrano percentuali nettamente più alte: un 15enne su 4 (27%) dichiara di assumere alcolici ogni settimana.

Nell'ULSS 18 il consumo quotidiano di alcol nello strato degli 11enni è del 1,9% (Veneto 1,1%), nei 13enni risulta dello 0,9% (Veneto 1,6%), mentre nei 15enni arriva al 9,9%, risultando il consumo più elevato tra le ULSS del Veneto.

Rispetto al consumo settimanale l'ULSS 18 presenta valori di 4,8% negli 11enni, 8,2% nei 13enni e 32,2% nei 15enni, contro il 2,8%, il 6,5% ed il 26,8% rispettivamente della Regione.

Per quanto riguarda l'analisi del consumo di alcolici nei fine settimana le percentuali riscontrate nell'ULSS 18 sono molto simili alla media regionale: 6% nei 15enni, 19% nei 13enni e 46% nei 15enni.

L'analisi del fenomeno preoccupante del "binge drinking" (consumo di 6 o più bicchieri di alcol in una sola occasione negli ultimi 12 mesi) che è diventato una modalità di consumo stabile in Italia, mostra che in Veneto questo comportamento ricorre maggiormente nei 15enni con quasi un terzo dei rispondenti (32%), contro il 12% nei 13enni ed il 7% negli 11enni. Tra le province le frequenze si distribuiscono in maniera omogenea nei tre gruppi di età allineandosi alle stime regionali

Si evidenzia, comunque, come il consumo quotidiano di alcol abbia registrato una diminuzione, in tutti e tre gli strati di età, nel periodo tra le tre indagini HBSC del 2002, 2006 e 2010: nella provincia di Rovigo si è avuto il decremento più importante sia negli 11enni (dal 9% nel 2002 all'1% nel 2010) che nei 13enni (dal 7% nel 2006 all'1% nel 2010), minore nei 15enni (dal 12% del 2002 al 7% nel 2010).

Conclusioni

Nell'Azienda ULSS 18 i livelli di consumo sono inferiori a quelli medi rilevati in Veneto e pressochè uguali a quelli del Pool di ASL partecipanti all'indagine.

Alta è la percentuale di giovani, soprattutto uomini, che hanno un consumo a rischio: si tratta prevalentemente di consumatori "binge".

Per quanto riguarda gli interventi finalizzati a ridurre il danno causato dall'alcol, è stata dimostrata l'efficacia di politiche e normative che intervengano sulle caratteristiche della commercializzazione dell'alcol, in particolare il prezzo, la reperibilità e l'accessibilità del prodotto.

Inoltre, sebbene l'educazione sanitaria in ambito scolastico, da sola, non sia in grado di ridurre i danni da alcol, le campagne di informazione e i programmi di educazione alla salute giocano un ruolo chiave nella diffusione dell'informazione e aumentano l'attenzione sull'argomento, favorendo l'accettazione di politiche e misure rivolte alla riduzione del consumo.

Infatti, nell'ottica del programma Guadagnare Salute, è fondamentale intervenire sul contesto per rendere più facili le scelte salutari: da questo punto di vista, far diventare l'alcol più costoso, meno facilmente reperibile ed eliminare la pubblicità di bevande alcoliche rappresentano interventi altamente costo-efficaci per la riduzione dei danni provocati dall'alcol

I fattori di rischio cardio-vascolare

Le malattie cardiovascolari comprendono patologie gravi e diffuse (le più frequenti sono infarto miocardico e ictus cerebrale), che rappresentano la prima causa di morte nel mondo occidentale: in Italia, provocano oltre il 40% di tutti i decessi e hanno un notevole impatto in termini di disabilità, risultando responsabili di circa 1/6 dei DALY (Disability Adjusted Life Years, indicatore che misura il carico complessivo di malattia nella popolazione).

Oltre ai fattori di rischio modificabili che causano malattie cardiovascolari riportate nei paragrafi precedenti (sovrappeso/obesità, fumo di tabacco, sedentarietà e alimentazione), PASSI descrive la situazione relativa alla prevenzione e al controllo dell'ipertensione arteriosa e ipercolesterolemia, nonché all'utilizzo, da parte dei medici, della carta e del punteggio individuale per calcolare il rischio cardiovascolare dei propri assistiti.

Per contrastare l'insorgenza delle malattie cardiovascolari è importante adottare un approccio integrato, di popolazione e individuale. Le *strategie di popolazione* possono spostare in senso favorevole la distribuzione dei fattori di rischio nell'intera comunità ed essere attuate attraverso modifiche legislative e amministrative (prescrizioni, divieti, tassazione, ecc.), che incidano sui comportamenti e sulle condizioni a rischio, o attraverso iniziative informative e promozionali (campagne di educazione sanitaria, attività di advocacy, ecc.) per aumentare la consapevolezza dei diversi portatori di interesse sugli specifici temi di salute. Poiché gran parte degli interventi efficaci di promozione di comportamenti salutari e di contrasto ai fattori di rischio sono esterni alla capacità di intervento del SSN, è necessario attivare strategie intersettoriali, basate su azioni che prevedono il coinvolgimento di settori diversi della società e delle istituzioni, come stabilisce il programma "Guadagnare salute".

L'approccio individuale, invece, è volto a identificare le persone a maggior rischio, in modo da consentire interventi mirati nei loro confronti. In questa prospettiva, piuttosto che la presenza di singoli fattori, è importante valutare il rischio complessivo che deriva dalla loro combinazione e interazione. PASSI monitora molti di questi fattori, nonché le pratiche adottate per contrastarli, consentendo di valutare le associazioni tra le diverse condizioni.

Presentiamo anche, in forma sintetica, il quadro complessivo dei fattori di rischio cardiovascolari rilevati da PASSI.

Ipertensione arteriosa

L'ipertensione arteriosa è uno dei principali fattori di rischio di malattie gravi e invalidanti come ictus, infarto del miocardio, scompenso cardiaco, insufficienza renale. L'ipertensione è associata a fattori modificabili, come il contenuto di sale della dieta, l'obesità e l'inattività fisica e la sua insorgenza è, pertanto, prevenibile con interventi a livello individuale e di popolazione.

In ogni caso è importante diagnosticare precocemente l'ipertensione mediante controlli medici e contrastarne gli effetti con il trattamento farmacologico e appropriate modifiche degli stili di vita.

Da sottolineare che in base a risultati di numerosi studi su validità e riproducibilità, si osserva che le indagini condotte su dati riferiti, come PASSI, sottostimano la prevalenza di ipertensione rispetto a studi basati su dati misurati.

A quando risale l'ultima misurazione della Pressione Arteriosa?

Nell'ULSS 18, il 79% degli intervistati ha riferito almeno una misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni, il 10% più di 2 anni fa, mentre il restante 11% non l'ha mai controllata o non ricorda a quando risale l'ultima misurazione.

In particolare la misurazione della pressione negli ultimi 2 anni è più diffusa nelle fasce d'età più avanzate, mentre non si rilevano differenze per livello istruzione e condizioni economiche.

Persone a cui è stata misurata la P.A. negli ultimi 2 anni Azienda ULSS 18 - PASSI 2010	
Caratteristiche demografiche	PA misurata negli ultimi 2 anni
Totale	78,6%
Classi di età	
18 - 34	66,2%
35 - 49	78,5%
50 - 69	87,2%
Sesso	
uomini	81,2%
donne	76,1%
Istruzione	
nessuna/elementare	82,4%
media	79,2%
superiore	75,4%
laurea	84,4%
Difficoltà economiche	
molte	78,3%
qualche	77,1%
nessuna	79,6%

Quante persone sono ipertese?

Nell'ULSS 18, il 22% degli intervistati ai quali è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni ha riferito di aver avuto diagnosi di ipertensione.

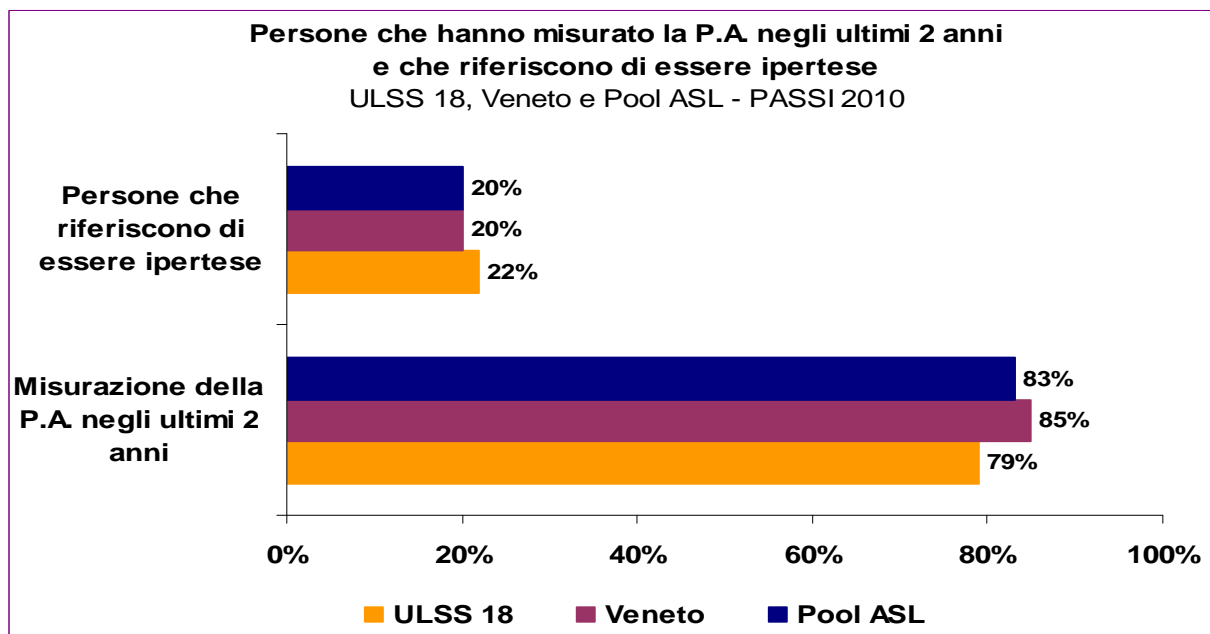
In particolare l'ipertensione riferita risulta più diffusa:

- al crescere dell'età (41% nella fascia 50-69 anni),
- nelle persone con livello istruzione molto basso,
- nelle persone con difficoltà economiche,
- nelle persone con eccesso ponderale.

L'81,8% degli ipertesi è in *trattamento farmacologico*, inoltre, al 78,2% è stato consigliato di ridurre il sale, al 76,4% di controllare o perdere peso e all'83,6% di svolgere un'attività fisica regolare, indipendentemente dalla terapia.

Persone con diagnosi riferita di ipertensione* Azienda ULSS 18 - PASSI 2010	
Caratteristiche demografiche	Ipertesi
Totale	22,4%
Classi di età	
18 - 34 aa	5,0%
35 - 49 aa	12,2%
50 - 69 aa	40,8%
Sesso	
uomini	24,6%
donne	20,2%
Istruzione	
nessuna/elementare	54,8%
media	21,2%
superiore	16,7%
laurea	11,1%
Difficoltà economiche	
molte	31,8%
qualche	21,9%
nessuna	21,4%
Stato nutrizionale	
sotto/normopeso	12,8%
sovrappeso/obeso	32,5%
* Tra coloro a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni	

In Regione Veneto, la percentuale di persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 2 anni è risultata pari all'84,8%, valore leggermente superiore a quello riscontrato a livello del Pool delle ASL italiane (82,8%). Valori molto simili si sono riscontrati anche nelle percentuali di persone che riferiscono un'ipertensione arteriosa, 20,1% in Veneto e 20,3% nel Pool ASL.



Per quanto riguarda il *trattamento farmacologico* nel Pool di ASL nazionale, il 79% degli ipertesi ha dichiarato di essere in terapia, mentre all'89% degli intervistati ipertesi è stato consigliato di ridurre il consumo di sale, all'80% di controllare il peso corporeo e all'83% di svolgere regolarmente attività fisica.

La percentuale di ipertesi che hanno ricevuto una prescrizione di farmaci o almeno un consiglio riguardo allo stile di vita per tenere sotto controllo la pressione arteriosa è risultata sempre elevata negli ultimi anni, con una crescita progressiva a livello nazionale, fino al 97% nel 2010, con una tendenza all'aumento nelle tre macro-aree geografiche (Nord, Centro, Sud/Isole).

Ipercolesterolemia

L'ipercolesterolemia rappresenta un'altro dei principali fattori di rischio per cardiopatia ischemica e malattie cerebrovascolari sui quali è possibile intervenire con efficacia.

L'eccesso di rischio dovuto all'ipercolesterolemia aumenta in presenza di altri fattori di rischio, quali ad esempio fumo e ipertensione. Si stima che una riduzione del 10% della colesterolemia totale possa ridurre la probabilità di morire di una malattia cardiovascolare del 20% e che un abbassamento del 25% dimezzi il rischio di infarto miocardio.

La colesterolemia è stata misurata, almeno una volta nella vita, al 79,6% della popolazione del Veneto e al 79,1% della popolazione del Pool ASL nazionale.

La percentuale di persone che riferiscono di aver ricevuto una diagnosi di ipercolesterolemia, nel Veneto è pari al 26,7% e nel Pool ASL è del 23,7%, fra coloro che hanno fatto un controllo della colesterolemia almeno una volta nella vita.

Quante persone hanno effettuato almeno una volta nella vita la misurazione del colesterolo?

Nell'ULSS 18, l'83% degli intervistati ha riferito di aver effettuato almeno una volta nella vita la misurazione della colesterolemia:

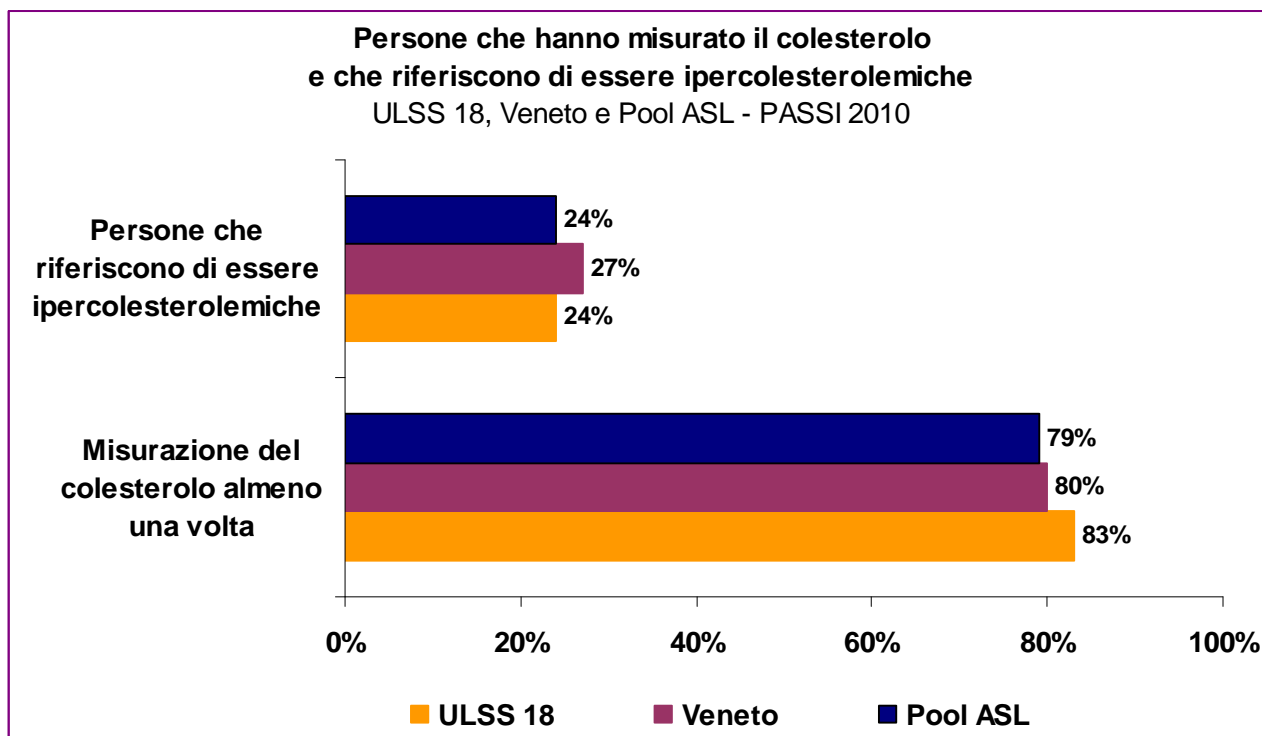
- il 53% nel corso dell'ultimo anno,
- il 20% tra 1 e 2 anni precedenti l'intervista,
- l'11% da oltre 2 anni.

Il 17% non ricorda o non ha mai effettuato la misurazione della colesterolemia.

La misurazione del colesterolo è più frequente:

- al crescere dell'età,
- nelle donne,
- nelle persone con basso livello di istruzione,
- nelle persone con qualche difficoltà economica.

Persone a cui è stato misurato il colesterolo almeno 1 volta nella vita Azienda ULSS 18 - PASSI 2010	
Caratteristiche demografiche	Colesterolo misurato
Totale	83,3%
Classi di età	
18 - 34	63,5%
35 - 49	88,2%
50 - 69	92,7%
Sesso	
uomini	81,2%
donne	85,5%
Istruzione	
nessuna/elementare	91,2%
media	83,3%
superiore	80,7%
laurea	84,4%
Difficoltà economiche	
molte	73,9%
qualche	88,6%
nessuna	81,0%



Quante persone sono ipercolesterolemiche?

Nell'ULSS 18, il 24% degli intervistati ai quali è stato misurato il colesterolo ha riferito di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia.

In particolare l'ipercolesterolemia riferita risulta più diffusa:

- al crescere dell'età (35% nella fascia 50-69 anni),
- nelle donne,
- nelle persone con livello di istruzione medio,
- nelle persone con difficoltà economiche,
- nelle persone con eccesso ponderale.

Il 25,5% degli ipercolesterolemici è in *trattamento farmacologico*; inoltre, al 72,7% è stato consigliato di ridurre il consumo di carne e formaggi, al 65,5% di controllare o perdere peso, all'81,8% di svolgere un'attività fisica regolare e al 60,0% di mangiare più frutta e verdura, indipendentemente dalla terapia.

Persone con diagnosi riferita di ipercolesterolemia Azienda ULSS 18 - PASSI 2010	
Caratteristiche demografiche	Ipercolesterolemia
Totale	23,9%
Classi di età	
18 - 34 aa	10,6%
35 - 49 aa	18,3%
50 - 69 aa	34,7%
Sesso	
uomini	20,5%
donne	27,1%
Istruzione	
nessuna/elementare	19,4%
media	27,5%
superiore	22,8%
laurea	22,2%
Difficoltà economiche	
molte	35,3%
qualche	21,5%
nessuna	24,4%
Stato nutrizionale	
sotto/normopeso	14,5%
sovrappeso/obeso	33,6%

Per quanto riguarda il *trattamento farmacologico* nel Pool di ASL nazionale, il 32% degli ipercolesterolemici ha dichiarato di assumere terapia.

All'80% degli intervistati ipercolesterolemici è stato consigliato maggior consumo di frutta e verdura, all'88% minor consumo di carne e formaggi, al 77% di controllare il peso e all'81% di fare regolare attività fisica.

Nel 2010, la quota di ipercolesterolemici che hanno ricevuto una prescrizione di farmaci o almeno un consiglio riguardo allo stile di vita per tenere sotto controllo la colesterolemia era pari al 94%.

Carta e punteggio individuale del rischio cardiovascolare

La carta e il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono strumenti semplici e obiettivi utilizzabili dal medico per stimare la probabilità che il proprio paziente ha di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi.

Nella determinazione del punteggio si utilizzano i valori di sei fattori principali (sesso, presenza di diabete, abitudine al fumo, età, valori di pressione arteriosa sistolica e colesterolemia) allo scopo di pervenire ad un valore numerico rappresentativo del livello di rischio del paziente: il calcolo del punteggio può essere ripetuto nel tempo, consentendo di valutare variazioni del livello di rischio legate agli effetti di specifiche terapie farmacologiche o a variazioni apportate agli stili di vita.

Il calcolo del rischio cardiovascolare è, oltre a ciò, un importante strumento per la comunicazione del rischio individuale al paziente, anche allo scopo di promuovere la modifica di abitudini di vita scorrette.

I Piani della Prevenzione nazionale e regionale ne promuovono una sempre maggior diffusione anche mediante l'organizzazione di iniziative di formazione rivolte ai medici di medicina generale.

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

Nell'ULSS 18, solo il 18% degli intervistati nella fascia 35-69 anni ha riferito di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare.

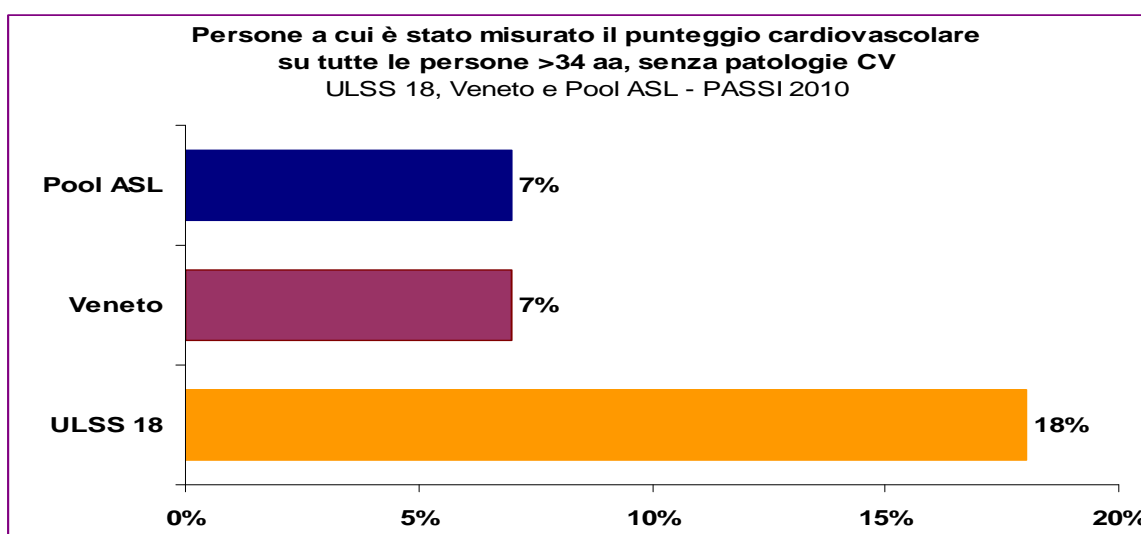
In particolare, il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultato più frequente, anche se con valori sempre molto bassi:

- nella classe di età 60-69 anni,
- negli uomini,
- nelle persone con almeno un fattore di rischio cardiovascolare.

Il calcolo del punteggio individuale del rischio cardiovascolare è stato effettuato al 6,9% sia della popolazione del Veneto sia a quella del Pool ASL nazionale.

Persone di 35-69 anni (senza patologie CV) a cui è stato calcolato il punteggio di rischio Azienda ULSS 18 - PASSI 2010	
Caratteristiche Demografiche	Punteggio calcolato
Totale	17,7%
Classi di età	
35 - 39 aa	7,1%
40 - 49 aa	19,0%
50 - 59 aa	16,1%
60 - 69 aa	24,4%
Sesso	
uomini	21,6%
donne	13,7%
Istruzione	
bassa	21,2%
alta	13,6%
Difficoltà economiche	
sì	13,8%
no	21,4%
Almeno un fattore di rischio cardiovascolare °	
sì	19,7%
no	12,0%

° Fattori di rischio cardiovascolare considerati: fumo, ipercolesterolemia, ipertensione, eccesso ponderale e diabete

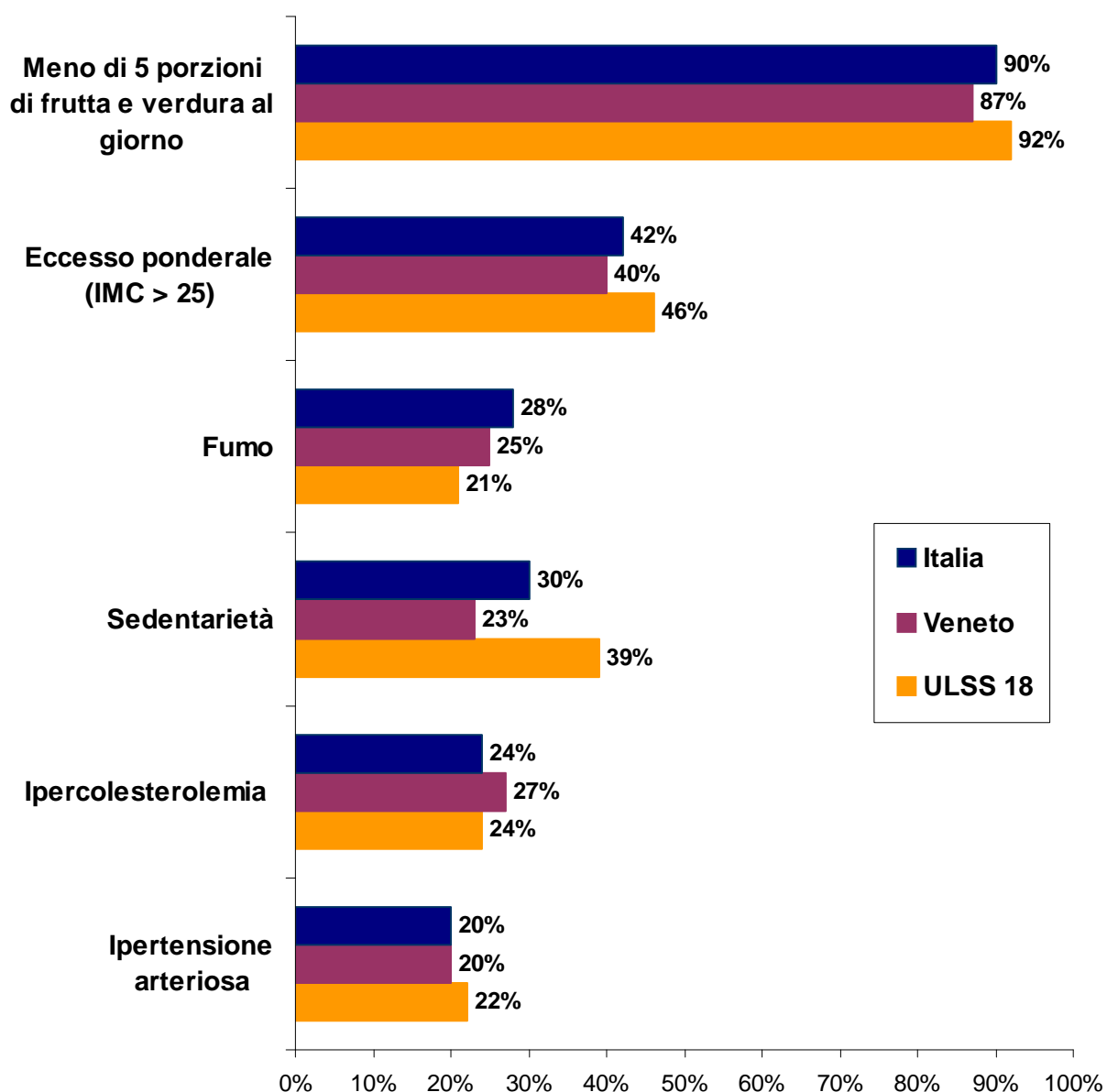


Fattori di rischio multipli

La presenza di più fattori di rischio cardiovascolare in una persona può determinare un impatto sullo stato di salute particolarmente grave. È perciò importante valutare nella popolazione non solo la diffusione dei singoli fattori, ma anche i diversi profili di rischio multifattoriali.

La frequente presenza di questi fattori (ipertensione, ipercolesterolemia, diabete, sedentarietà, fumo, eccesso ponderale, scarso consumo di frutta e verdura), vista la larga diffusione nella popolazione, è in parte dovuta a un'associazione casuale, ma soprattutto è dovuta all'interazione di queste condizioni e al loro potenziamento reciproco. Per esempio, l'insorgenza del diabete è favorita dal peso eccessivo, dalla sedentarietà, da una dieta inappropriata; l'ipertensione è associata all'eccesso di peso, all'inattività fisica, a un ridotto consumo di frutta e verdura; ecc..

Fattori di rischio cardio-vascolari
ULSS 18, Veneto, Pool ASL nazionale - PASSI 2010



Conclusioni

Si stima che nell'ULSS 18, nella fascia d'età 18-69 anni, circa una persona su quattro sia ipertesa; la percentuale nelle persone al di sopra dei 50 anni è del 41%.

L'identificazione precoce delle persone ipertese grazie a controlli regolari dei valori della pressione arteriosa (specie sopra ai 35 anni) costituisce un intervento efficace di prevenzione individuale e di comunità. Le linee guida internazionali raccomandano la misurazione della pressione arteriosa al di sopra dei 18 anni con periodicità non superiore a due anni nei soggetti normotesi e ad un anno in quelli con valori borderline (pressione sistolica di 120-140 mmHg e/o diastolica di 80-90).

L'attenzione al consumo di sale, la perdita di peso nelle persone con eccesso ponderale e l'attività fisica costante rappresentano misure efficaci per ridurre i valori pressori, indipendentemente dalla necessità anche di un trattamento farmacologico. Il consiglio di adottare misure comportamentali e dietetiche per ridurre la pressione negli ipertesi viene fornito a oltre due ipertesi su tre.

Anche l'identificazione precoce delle persone con ipercolesterolemia grazie a controlli regolari (specie sopra ai 40 anni) costituisce un intervento efficace di prevenzione individuale e di comunità. Nell'ULSS 18, sia le persone con diagnosi di ipercolesterolemia che quelle che riferiscono di effettuare una terapia farmacologia sono circa una su quattro. La terapia non deve comunque essere considerata sostitutiva dell'adozione di stili di vita corretti: in molti casi i valori di colesterolo nel sangue possono essere controllati semplicemente svolgendo attività fisica regolare e/o seguendo un'alimentazione a basso contenuto di grassi di origine animale, povera di sodio e ricca di fibre (verdura, frutta, legumi).

La carta o il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono strumenti utili per identificare le persone a rischio, alle quali mirare trattamento e consigli specifici. Nell'ULSS 18 (18%), ma ancor più in ambito regionale e nazionale (7%), questi strumenti sono ancora largamente inutilizzati da parte dei medici; il Piano della Prevenzione prevede di promuovere la diffusione dell'utilizzo della carta o del punteggio di rischio attraverso un percorso formativo rivolto ai Medici di Medicina Generale e agli specialisti già in corso di attuazione sul territorio regionale.

La prevenzione delle malattie cardiovascolari è uno degli obiettivi del Piano della Prevenzione ed un ruolo determinante per individuare precocemente e trattare adeguatamente i soggetti a rischio può e deve essere svolto dai Medici di Medicina Generale.

I consigli degli operatori sanitari negli ambiti di *Guadagnare Salute*

Uno degli obiettivi della sorveglianza PASSI è quello di monitorare quanto gli interventi preventivi siano in grado di contrastare stili di vita nocivi per la salute che interessano ampie fasce di popolazione. La rilevazione capillare del PASSI, che permette di scendere al dettaglio territoriale dell'azienda sanitaria, offre la possibilità di correlare il risultato di salute o il comportamento all'intervento che il decisore sanitario ha messo in atto.

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

Il questionario PASSI indaga, tra l'altro, l'entità della **diffusione del messaggio** da parte del personale sanitario nei diversi ambiti della prevenzione, in particolare la modifica degli stili di vita nelle quattro aree del progetto "*Guadagnare Salute*" (fumo, attività motoria, alimentazione e consumo di alcol).

Bisogna sottolineare che attraverso l'indagine si stima la prevalenza di persone che ricevono il consiglio da parte degli operatori sanitari; tuttavia questa non è che un proxy della frequenza con cui il consiglio è stato effettivamente dato. Infatti, un "consiglio" troppo breve o poco convinto offerto dall'operatore può tradursi nel fatto che la persona non ricordi di averlo ricevuto; la frequenza riferita della ricezione del consiglio rappresenta pertanto una stima del fenomeno dopo una scrematura dei "consigli poco validi".

	Azienda ULSS 18			Veneto			
	2007-08 %	2009 %	2010 %	2007 %	2008 %	2009 %	2010 %
Persone a cui è stato chiesto se fumano	36,2	39,4	44,1	41,8	44,7	42,4	42,9
Fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare	52,0	50,9	56,5	55,1	62,0	62,2	53,5
Persone in eccesso ponderale a cui è stato consigliato di perdere peso	50,3	49,5	55,0	52,7	49,7	53,4	53,9
Persone che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica regolare	32,8	30,6	39,0	29,8	34,4	33,8	36,2
Persone in sovrappeso/obese che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica	38,7	34,0	42,7	36,0	43,3	43,9	45,3
Persone interpellate sui propri consumi di alcol	18,7	21,4	19,7	21,4	21,3	18,3	20,6

Fumo: nell'Azienda ULSS 18 il numero di operatori sanitari che si è informato sull'abitudine al fumo è cresciuto dal 2007-08 al 2010, così come è aumentato nell'ultimo anno il numero di fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere.

In Regione Veneto dal 2007 al 2010, l'interesse per il fumo di tabacco del personale sanitario sembra abbastanza costante; nell'ultimo anno è invece diminuita la percentuale di operatori che hanno consigliato ai pazienti di smettere di fumare.

Attività motoria e alimentazione: nell'ULSS 18 sembra aumentata l'attenzione degli operatori sanitari verso la pratica di attività fisica, anche nei confronti delle persone in eccesso ponderale; la percentuale di coloro ai cui è stato consigliato di fare movimento in modo regolare passa rispettivamente dal 33% del 2007-08 al 39% del 2010 e dal 39% al 43%.

Anche in Veneto è presente lo stesso andamento, dal 2007 al 2010, passando dal 30% al 36% per il consiglio di fare l'attività fisica regolare e dal 36% al 45% per l'attività fisica nelle persone sovrappeso/obese.

Alcol: sia nell'ULSS 18 che in Veneto, l'attenzione degli operatori sanitari verso il consumo dell'alcol non si muove nel tempo, attestandosi sempre attorno al 20%.

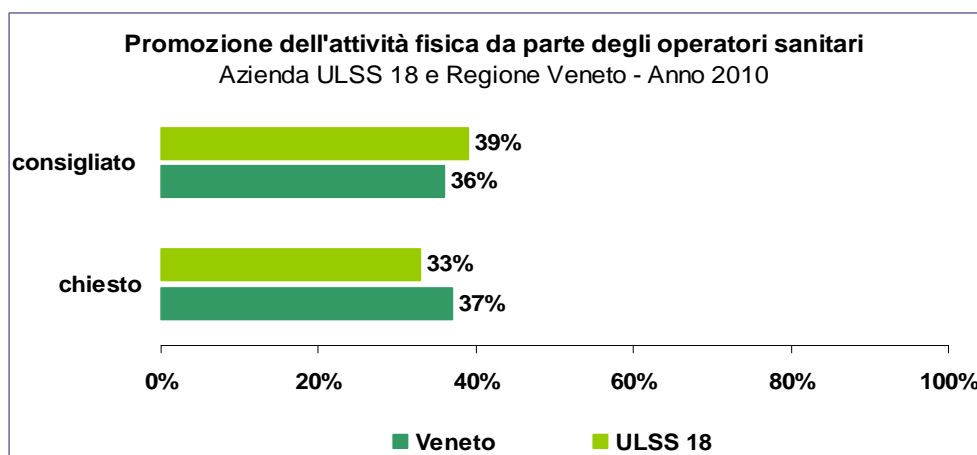
Di seguito vengono analizzate le risposte sull'interesse da parte degli operatori sanitari per singolo argomento.

Attività fisica

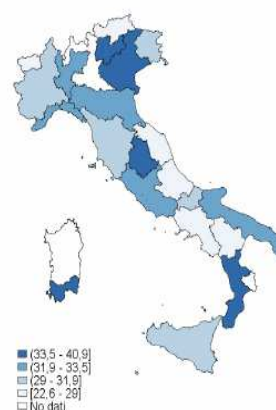
Gli operatori sanitari promuovono l'attività fisica dei loro assistiti?

Nell'Azienda ULSS 18 solo il 33% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario *ha chiesto* loro se svolgono attività fisica; il 39% ha riferito di aver *ricevuto il consiglio* di farla regolarmente.

In Veneto al 37% degli intervistati è stato chiesto e il 36% ha ricevuto il consiglio di fare attività fisica regolarmente.



% di persone consigliate dall'operatore sanitario di fare attività fisica
Pool PASSI 2010



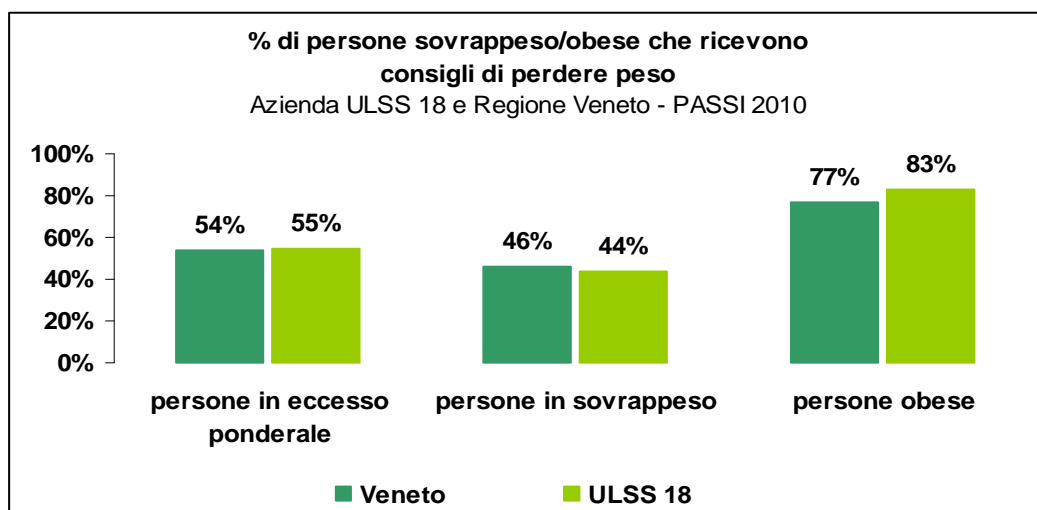
Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di svolgere attività fisica da parte del medico è risultata del 31%, con un evidente gradiente territoriale.

Alimentazione

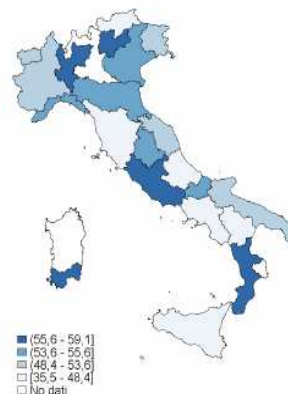
Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di perdere peso dagli operatori sanitari e con quale effetto?

Nell'Azienda ULSS 18 il 55% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare hanno riferito questo consiglio il 46% delle persone in sovrappeso e 77% delle persone obese.

In Veneto ha ricevuto il consiglio il 54% delle persone in eccesso ponderale, di cui il 44% delle persone in sovrappeso e l'83% delle persone obese.



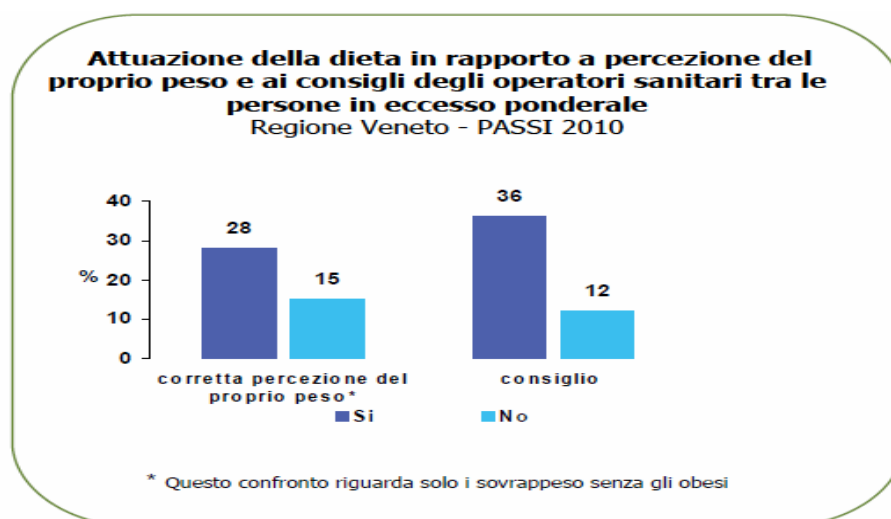
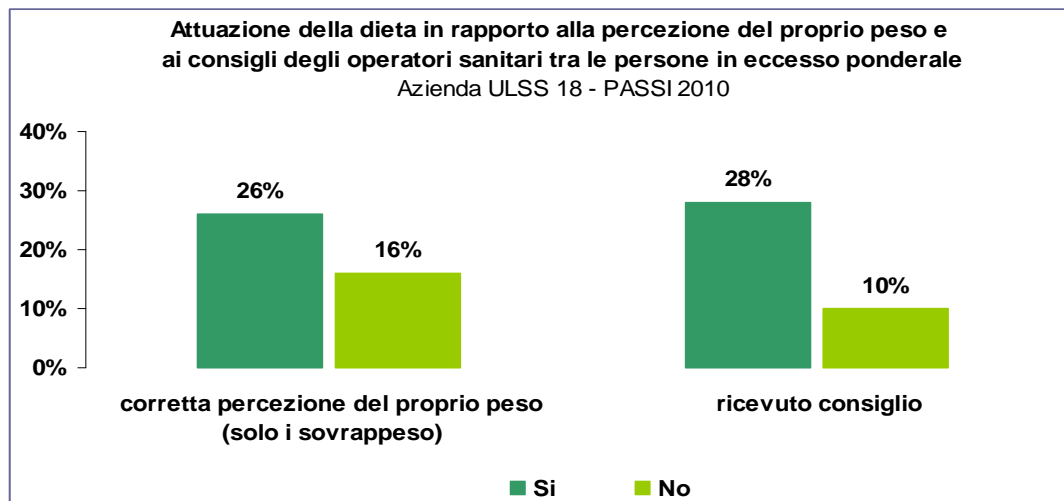
% di persone in sovrappeso/obese che hanno ricevuto il consiglio di perdere peso da un operatore sanitario
Pool PASSI 2010



Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 52% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto questo consiglio (in particolare il 44% delle persone in sovrappeso e il 77% delle persone obese).

Nell'Azienda ULSS 18, il 19% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso (19% nei sovrappeso e 18% negli obesi). La proporzione di persone con eccesso ponderale che seguono una dieta è simile per quanto riguarda il genere e grado di eccesso ponderale, mentre è più alta nelle persone sovrappeso (esclusi gli obesi) che ritengono il proprio peso "troppo alto" (26%) rispetto a quelle che ritengono il proprio peso "giusto" (16%) e in coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (28% vs 10%).

In Veneto il 24% delle persone in eccesso ponderale segue una dieta (22% nei sovrappeso e 28% negli obesi); la proporzione è significativamente più alta: nelle donne, negli obesi, nelle persone sovrappeso (esclusi gli obesi) che ritengono il proprio peso “troppo alto” (28%) rispetto a quelle che ritengono il proprio peso “giusto” (15%), in coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (36% vs 12%).



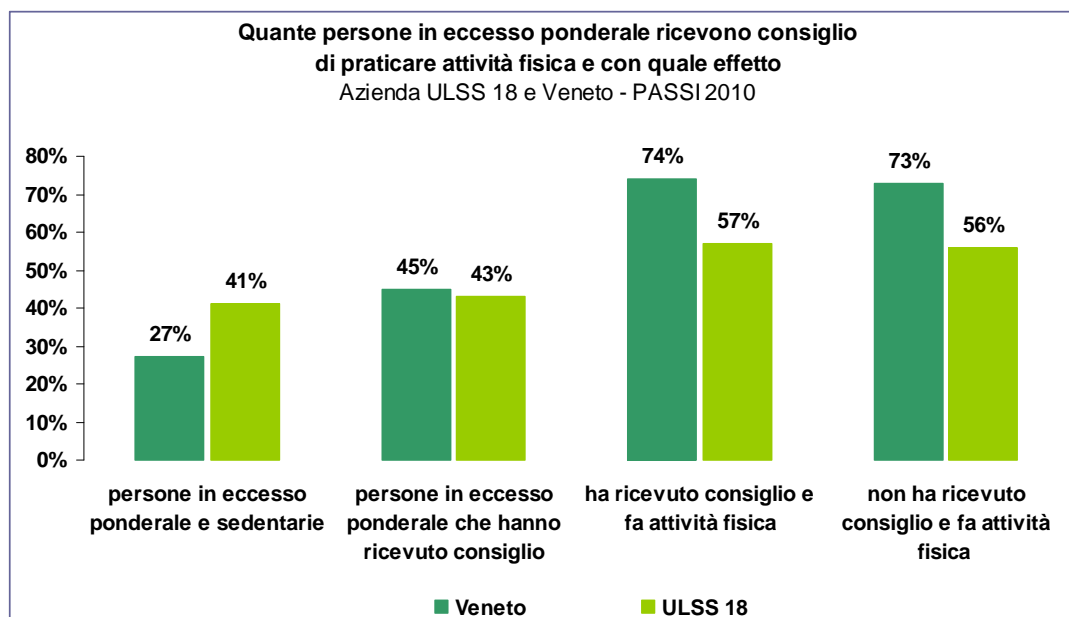
Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di fare attività fisica dagli operatori sanitari e con quale effetto?

Nell’Azienda ULSS 18 il 41% delle persone in eccesso ponderale è sedentario (40% nei sovrappeso e 46% negli obesi). Il 43% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 33% delle persone in sovrappeso e il 73% di quelle obese.

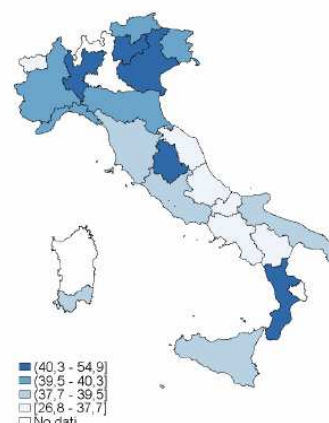
Tra le persone in eccesso ponderale che hanno riferito il consiglio, il 57% pratica un’attività fisica almeno moderata, rispetto al 56% di chi non l’ha ricevuto.

In Veneto è sedentario il 27% delle persone in eccesso ponderale (24% nei sovrappeso e 37% negli obesi). Il 45% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica, di queste il 42% in sovrappeso e il 55% obese.

Tra le persone in eccesso ponderale che hanno riferito il consiglio, il 74% pratica un’attività fisica almeno moderata, rispetto al 73% di chi non l’ha ricevuto.



% di persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica
Regione Veneto - PASSI 2010



Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 39% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto questo consiglio, in particolare il 36% delle persone in sovrappeso e il 49% degli obesi.

Fumo

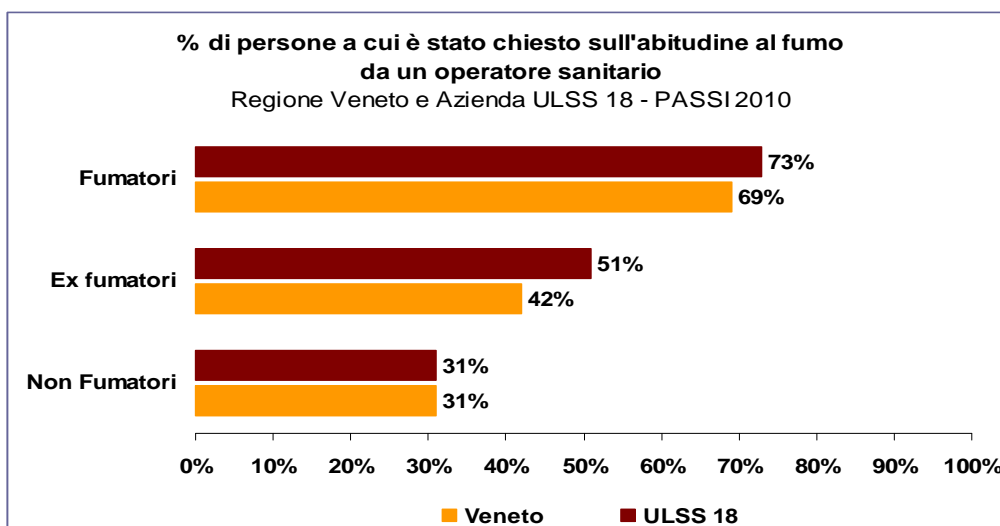
A quante persone sono state fatte domande in merito alla loro abitudine al fumo da parte di un operatore sanitario?

Nell'Azienda ULSS 18, circa il 44% degli intervistati ha dichiarato che un operatore sanitario si è informato sul comportamento in relazione all'abitudine al fumo.

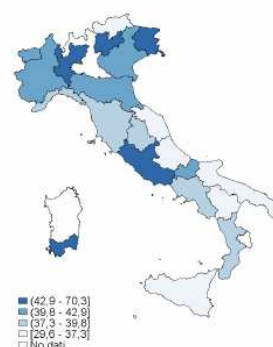
In particolare, è stato chiesto a:

- il 73% dei fumatori,
- il 51% degli ex fumatori,
- il 31% dei non fumatori.

In Veneto, a circa il 43% degli intervistati è stato chiesto sull'abitudine al fumo, in particolare al 69% dei fumatori, al 42% degli ex fumatori e al 31% dei non fumatori.



% di persone interpellate da un operatore sanitario sulle proprie abitudini sul fumo
 Pool PASSI 2010

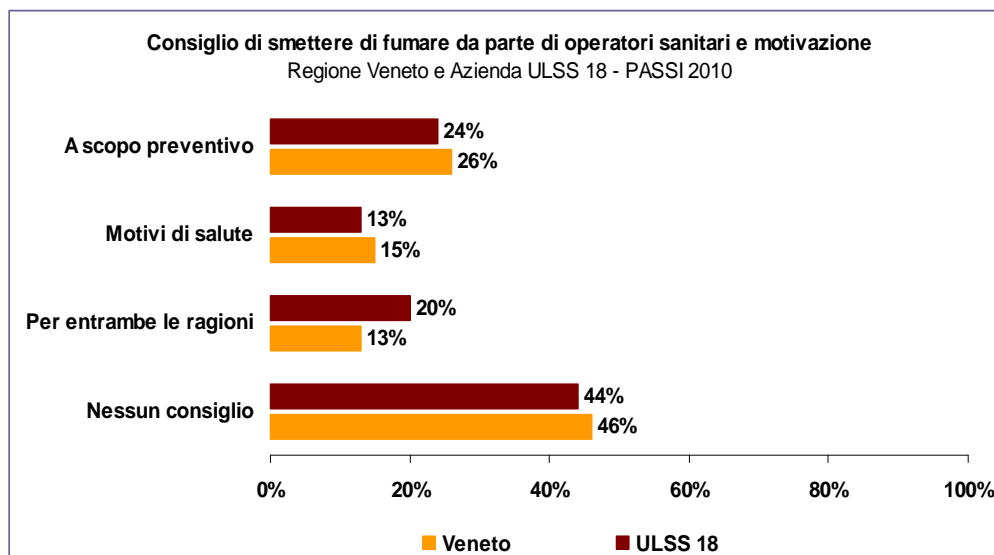


Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale è pari al 41%.

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

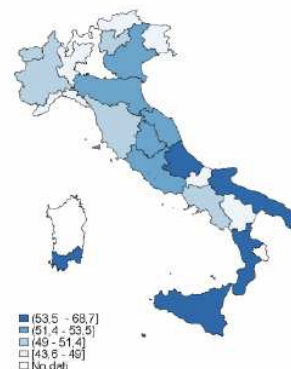
Nell'Azienda ULSS 18 tra i fumatori, il 57% ha riferito di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario. Il consiglio è stato dato prevalentemente a scopo preventivo (24%).

In Veneto il 53% dei fumatori ha riferito di aver ricevuto il consiglio di smettere, dato prevalentemente a scopo preventivo (26%).



Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare è risultata pari al 52%.

% di fumatori a cui è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare
Pool PASSI 2010

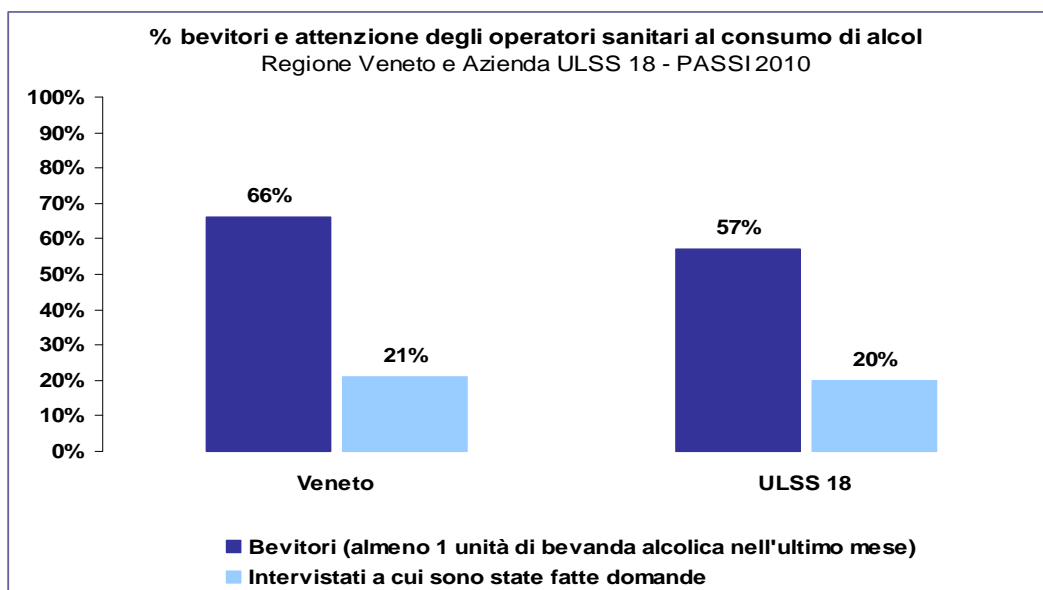


Alcol

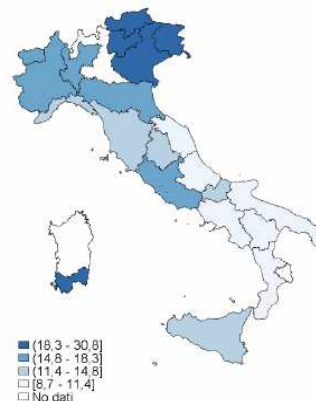
A quante persone sono state fatte domande in merito al loro consumo di alcol da parte di un operatore sanitario?

Nell'Azienda ULSS 18, solo il 20% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol.

In Veneto, la percentuale è pari al 21% degli intervistati.



Attenzione degli operatori sanitari al consumo di alcol
Pool PASSI 2010



Nel Pool di ASL PASSI 2010, il 15% del campione ha riferito che un operatore sanitario si è informato sul consumo dell'alcol; il 6% dei consumatori a rischio ha riferito di aver ricevuto il consiglio di ridurre il consumo da parte di un operatore sanitario.

Altri argomenti indagati dal Sistema di Sorveglianza PASSI

Percezione dello stato di salute e sintomi di depressione

La valutazione delle condizioni di salute di una popolazione è un problema molto complesso.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce *la salute* come uno stato di "benessere psicofisico", evidenziando sia una componente oggettiva (presenza o assenza di malattie) sia una soggettiva (il modo di vivere e percepire la malattia stessa); in particolare la percezione dello stato di salute testimonia l'effettivo benessere o malessere psicofisico vissuto dalla persona.

Nel Sistema di Sorveglianza PASSI la salute percepita viene valutata col metodo dei "giorni in salute" (*Healthy Days*), che misura la percezione del proprio stato di salute e benessere attraverso quattro domande: lo stato di salute auto-riferito, il numero di giorni nell'ultimo mese in cui l'intervistato non si è sentito bene per motivi fisici, il numero di giorni in cui non si è sentito bene per motivi mentali e/o psicologici ed il numero di giorni in cui ha avuto limitazioni nelle attività abituali.

Come hanno risposto alla domanda sul proprio stato di salute?

Nell'ULSS 18, il 62% degli intervistati ha giudicato in modo positivo il proprio stato di salute, riferendo di sentirsi bene o molto bene.

In particolare si dichiarano più soddisfatti della propria salute:

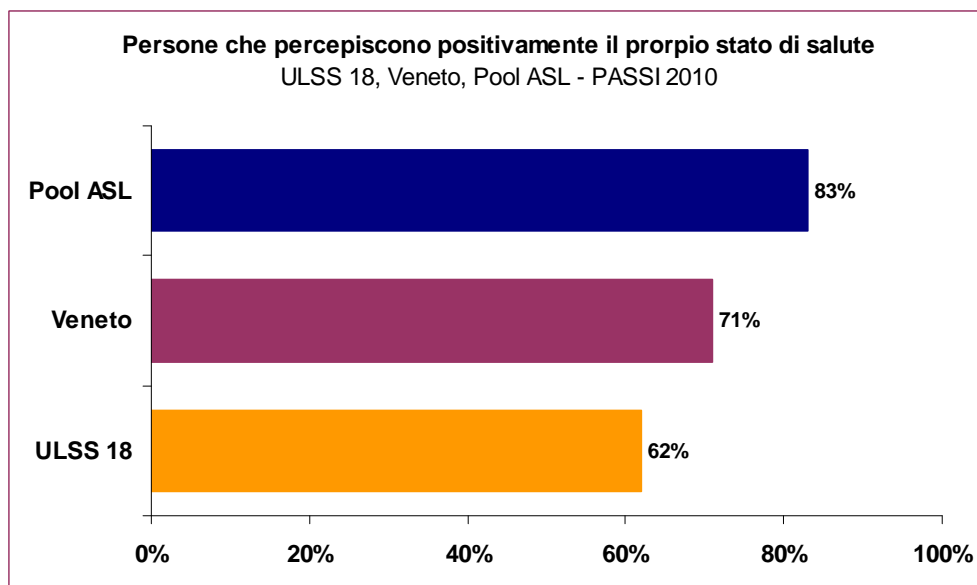
- i giovani nella fascia 18-34 anni,
- gli uomini,
- le persone con livello di istruzione più alto,
- coloro che non dichiarano difficoltà economiche,
- le persone senza patologie croniche severe.

Il 2,9% degli intervistati riferisce di essere stato male o molto male, mentre il 35,0% discretamente.

Stato di salute percepito positivamente ° ULSS 18 - PASSI 2010	
Caratteristiche demografiche	Salute percepita
Totale	62,0%
Età	
18 - 34 aa	79,7%
35 - 49 aa	67,7%
50 - 69 aa	44,9%
Sesso	
uomini	65,0%
donne	59,1%
Istruzione	
nessuna/elementare	44,1%
media inferiore	56,8%
media superiore	66,4%
laurea	81,3%
Difficoltà economiche	
molte	50,0%
qualcuna	59,0%
nessuna	65,8%
Patologie severe ° °	
almeno una	30,2%
assente	68,0%
° persone che si dichiarano in salute buona o molto buona	
°° almeno una delle seguenti patologie: ictus, infarto, altre malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie	

In Regione Veneto la percentuale di intervistati che risponde bene/molto bene alla domanda sul proprio stato di salute è del 71,4%. E' maggiore la media del Pool di ASL, che raggiunge l'83,2%, con il 29% delle persone che riferisce di sentirsi discretamente e solo il 3% che risponde in modo negativo (male/molto male).

Le caratteristiche di coloro che rispondono in senso positivo sono analoghe a quelle dell'Azienda ULSS 18 sia in Veneto che a livello nazionale



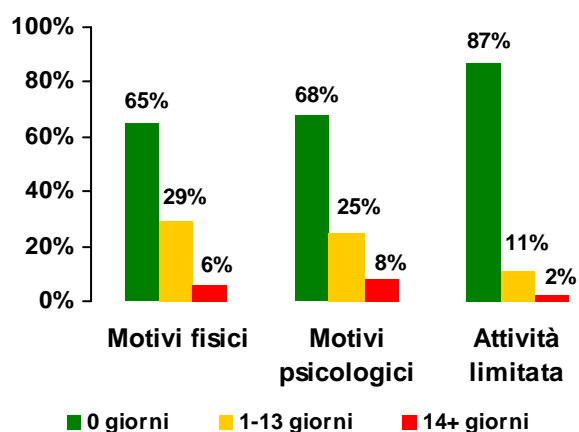
Quanti sono i giorni di cattiva salute percepiti in un mese e in quale misura l'attività normale ha subito delle limitazioni?

Nell'ULSS 18 la maggior parte delle persone intervistate ha riferito di essersi sentita bene per tutti gli ultimi 30 giorni (65,3% in buona salute fisica, 67,9% in buona salute psicologica e 86,6% senza alcuna limitazione delle attività abituali).

Una piccola parte ha riferito più di 14 giorni in un mese di cattiva salute per motivi fisici (5,8%), per motivi psicologici (7,6%) e con limitazioni alle attività abituali (2,2%).

La media dei giorni al mese in cattiva salute per motivi fisici è di 3 giorni così come per motivi psicologici; le attività abituali sono risultate limitate in media per 1 giorno al mese.

Distribuzione giorni in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e con limitazione di attività
Azienda ULSS 18 - PASSI 2010



In Regione Veneto e nel Pool ASL nazionale la maggior parte delle persone hanno riferito di essere stati bene per tutto il mese di riferimento (hanno dichiarato 0 giorni in cattiva salute per motivi fisici, psicologici e di non essere riusciti a svolgere le abituali attività), rispettivamente l'85,6% e l'83,2%;

Le percentuali di persone che riferiscono di essere state male per più di 14 giorni sono il 2,9% in Veneto e il 3,4% nel Pool ASL.

Sintomi di depressione

L'OMS definisce la *salute mentale* come uno stato di benessere nel quale la persona è consapevole delle proprie capacità, in grado di affrontare le normali difficoltà della vita, lavorare in modo utile e apportare un contributo alla comunità.

Le patologie mentali rappresentano un problema in crescita a livello mondiale; tra queste una delle più frequenti è la depressione: l'OMS ritiene che entro il 2020 la depressione diventerà la maggiore causa di malattia nei Paesi industrializzati.

Nel sistema di Sorveglianza PASSI i sintomi di depressione vengono individuati mediante il *Patient-Health Questionnaire-2 (PHQ-2)* che consta di due domande validate a livello internazionale e caratterizzate da alta sensibilità e specificità per la tematica della depressione. Si rileva il numero di giorni, nelle ultime due settimane, durante i quali gli intervistati hanno presentato i seguenti sintomi:

- 1) l'aver provato poco interesse o piacere nel fare le cose
- 2) l'essersi sentiti giù di morale, depressi o senza speranze.

Il numero di giorni per i due gruppi di sintomi sono poi sommati e classificati in base ad uno score da 0 a 6; coloro che ottengono un score uguale o maggiore di 3 sono individuati come "persone con sintomi di depressione"; la diagnosi effettiva di depressione richiede ovviamente una valutazione clinica individuale approfondita.

Quali sono le caratteristiche delle persone con sintomi di depressione?

Nell'ULSS 18 circa il 6% delle persone intervistate ha riferito sintomi di depressione.

Questi sintomi sono risultati più diffusi:

- nelle fasce d'età più avanzate,
- nelle donne,
- nelle persone grado di istruzione media superiore,
- nelle persone con molte difficoltà economiche,
- nelle persone senza un lavoro continuativo,
- nelle persone con almeno una patologia severa.

Persone con sintomi di depressione ° ULSS 18 - PASSI 2 010	
Totale	6,3%
Età	
18 - 34 aa	5,6%
35 - 49 aa	5,8%
50 - 69 aa	7,4%
Sesso	
uomini	5,4%
donne	7,4%
Istruzione	
nessuna/elementare	6,9%
media inferiore	4,8%
media superiore	9,2%
laurea	0,0%
Difficoltà economiche	
molte	15,8%
qualcuna	7,5%
nessuna	4,3%
Lavoro regolare	
si	4,3%
no	10,0%
Patologie severe	
almeno una	11,4%
nessuna	5,5%
° Score PHQ-2 uguale o maggiore di 3	

La percentuale di persone con sintomi di depressione è pari al 6,1% in Regione Veneto e 6,4% nel Pool ASL nazionale con persone che presentano le stesse caratteristiche socio-demografiche dell'ULSS 18.

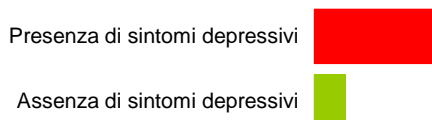
Quali conseguenze hanno i sintomi di depressione sulla vita di queste persone?

Le persone che hanno riferito sintomi di depressione hanno dichiarato una percezione della qualità della vita peggiore rispetto alle persone che non hanno riferito i sintomi:

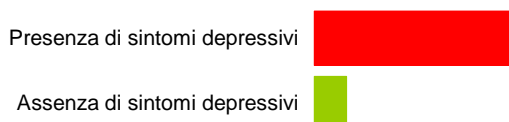
- il 40% ha descritto il proprio stato di salute "buono" o "molto buono" rispetto al 67% delle persone che non hanno riferito i sintomi di depressione,
- la media di giorni in cattiva salute fisica e mentale o con limitazioni delle abituali attività è risultata significativamente più alta tra le persone con sintomi di depressione.

Qualità di vita percepita e sintomi di depressione
ULSS 18 - PASSI 2010

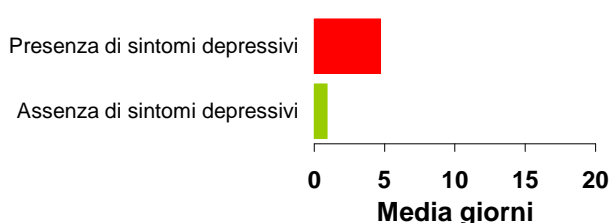
Giorni in cattiva salute fisica



Giorni in cattiva salute mentale



Giorni con limitazione di attività

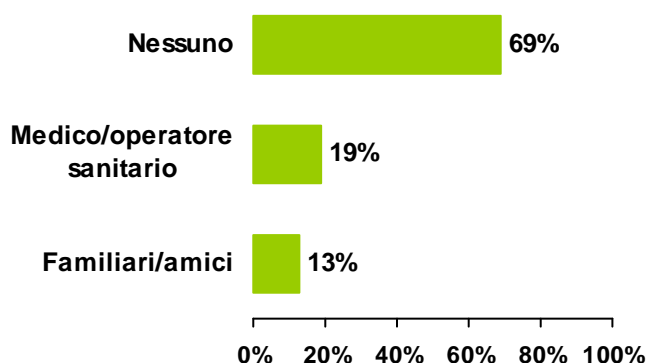


A chi ricorrono le persone con sintomi di depressione?

Nell'ULSS 18 il 31,3% delle persone con sintomi di depressione ha riferito di essersi rivolta a figure di riferimento per risolvere questo problema, in particolare a medici/operatori sanitari (18,8%) e a familiari/amici (12,5%). Il 68,8% non ha cercato aiuto.

In Regione Veneto e nel Pool ASL la percentuale di persone che cercano aiuto da qualcuno è maggiore, 56% e 59% rispettivamente: il 29% ed il 34% si sono rivolti a medici/operatori sanitari e circa il 20% a familiari e amici.

Figure a cui si sono rivolte le persone
con sintomi di depressione
ULSS 18 - PASSI 2010



Conclusioni

I gruppi della popolazione, rilevati con il PASSI, con una peggiore qualità della vita in relazione allo stato di salute risultano essere le donne, le persone di età avanzata, quelle con basso livello di istruzione, quelle con molte difficoltà economiche e coloro che hanno patologie croniche gravi. Queste persone sono quelle più “fragili” e che consumano più risorse sanitarie: dovrebbero, quindi, ricevere un’attenzione particolare nella sorveglianza, nella ricerca e nell’offerta di servizi.

La maggior parte delle persone intervistate a livello regionale ha riferito la percezione di essere in buona salute, in linea con i dati rilevati dall’indagine multiscopo dell’ISTAT 2008 (73%).

A parità di gravità, una determinata patologia può ripercuotersi diversamente sulla funzionalità fisica, psicologica e sociale della persona; per questo l’utilizzo degli indicatori soggettivi dello stato di salute può fornire una misura dei servizi sanitari necessari a soddisfare la domanda.

La misura dello stato di salute percepito ed in particolare il suo monitoraggio nel tempo possono fornire indicazioni alla programmazione a livello di Azienda Sanitaria, dettaglio fornito dal Sistema di Sorveglianza PASSI: infatti il “sentirsi male” più che lo “star male” è spesso l’elemento che determina il contatto tra individuo e sistema di servizi sanitari. Gli indicatori di stato di salute percepito sono inoltre funzionali ad altre sezioni indagate dal PASSI, (come ad esempio quella dei sintomi di depressione) alle quali forniscono elementi di analisi e lettura più approfondita.

Il libro verde “Migliorare la salute mentale della popolazione - verso una strategia per la salute mentale per l’Unione Europea” stima che ben un cittadino su quattro abbia sofferto nell’arco della propria vita di una malattia mentale. Il costo socio-sanitario stimato delle malattie mentali è notevole, pari al 3-4% del Prodotto Interno Lordo.

Relativamente ai sintomi di depressione, nell’ULSS 18 si stima che ne sia affetto circa 6 persone su 100, con percentuali più alte tra le donne, nelle persone con difficoltà economiche, senza lavoro e nelle persone con patologie severe.

I risultati evidenziano, inoltre, che si presenta ancora significativamente alta la parte del bisogno non trattato, infatti quasi due persone su tre non cercano aiuto, utilizzando i servizi sanitari preposti.

Considerato che i disturbi mentali costituiscono una fetta importante del carico assistenziale complessivo attribuibile alle malattie dei Paesi industrializzati, il riscontro della limitata copertura di cure delle persone con sintomi di depressione appare di particolare importanza e rappresenta una attuale “sfida” per i Servizi Sanitari.

Programmi di prevenzione oncologica: diagnosi precoce delle neoplasie della mammella, del collo dell'utero e del colon-retto

Secondo i dati dei Registri Tumori, il **cancro della mammella** provoca un quarto di tutti i tumori maligni delle donne. L'Istituto Superiore di Sanità stima che, nell'arco di tutto il 2010, si siano accumulati 38.286 nuovi casi e che, in virtù di una migliore sopravvivenza, attualmente ben 472.112 donne italiane vivono, dopo aver avuto un cancro della mammella. Tutto ciò grazie alla diagnosi precoce e all'efficacia delle cure.

La mortalità per cancro della mammella si riduce sensibilmente tra le donne che praticano la mammografia ogni due anni, a partire dai 50 fino ai 69 anni di età.

Il **carcinoma del collo dell'utero** a livello mondiale è il secondo tumore maligno della donna per frequenza e in Italia rappresenta quasi il 2% di tutti i tumori maligni femminili. Secondo le rilevazioni dei Registri Tumori, nel periodo 2003-2005 in Italia si sono verificati 8,6 casi per 100.000 donne: un dato che, rispetto al passato, è in lenta ma continua diminuzione, in parte attenuata dall'invecchiamento della popolazione.

Nel 2007, i decessi per cancro della cervice uterina in Italia sono stati ancora 471.

Secondo i Registri Tumori, quasi 300.000 cittadini italiani vivono con una pregressa diagnosi di **cancro colo-rettale**, un tumore caratterizzato da un'elevata incidenza e una discreta sopravvivenza. I tumori del colon-retto infatti sono al terzo posto per incidenza tra gli uomini e al secondo per le donne, facendo registrare 20.500 nuovi casi l'anno nella popolazione maschile e 17.300 in quella femminile.

Si tratta di una neoplasia abbastanza rara prima dei 40 anni, che diventa più frequente a partire dai 60. Negli ultimi tempi, nonostante sia aumentato il numero di tumori, si è assistito a una diminuzione della mortalità, dovuta a un'informazione più adeguata, ai miglioramenti terapeutici e soprattutto alla diagnosi precoce che si stima riduca la mortalità per cancro del colon-retto di circa il 20%.

Per queste ragioni, in Italia, il Ministero della Salute raccomanda ai Servizi Sanitari l'esecuzione di screening di popolazione, cioè programmi organizzati che periodicamente invitino le persone nelle fasce di età a rischio all'esecuzione dei test diagnostici specifici:

1. ogni due anni le donne tra 50 e 69 anni a eseguire la **mammografia**, che viene comunque indipendentemente da questi programmi effettuata anche su iniziativa personale della donna, nell'ambito del rapporto con il proprio ginecologo o in altri contesti;
2. ogni tre anni alle donne nella fascia d'età di 25-64 anni ad effettuare il **Pap test**, che anche in questo caso viene effettuato anche al di fuori di programmi organizzati, come per la mammografia;
3. nelle persone della fascia 50-69 anni la **ricerca del sangue occulto nelle feci** con frequenza biennale in pazienti non sintomatici o l'esecuzione della **rettosigmoidoscopia/colonscopia**, con cadenza non definibile in modo univoco (in alcune categorie a maggior rischio l'intervallo minimo suggerito è di cinque anni), questi esami sono in grado di diagnosticare più del 50% di tumore negli stadi più precoci, quando maggiori sono le probabilità di guarigione.

L'Osservatorio Nazionale Screening, che ha il compito di seguire l'andamento di questi programmi, stima che nel 2009 fossero circa 2,5 milioni (l'87% della popolazione target) le donne italiane di 50-69 anni, residenti in aree dove era attivo un programma di screening mammografico organizzato, più di 13 milioni (78,4% della popolazione target) le donne italiane di 25-64 anni residenti in aree dove è attivo lo screening per il tumore del collo dell'utero e quasi tre milioni di cittadini italiani nella fascia di età 50-74 anni

sono stati invitati ad aderire al programma di screening colo-rettale con adesione di più della metà di questi.

L'estensione dei programmi è ormai ampia nelle Regioni del Nord e del Centro Italia e gradualmente aumenta anche in quelle meridionali.

I programmi di screening organizzati favoriscono una maggior adesione della popolazione target e la gratuità e l'offerta attiva favoriscono l'equità di accesso a tutte persone interessate, residenti e domiciliate, e costituiscono un riconoscimento del valore e del significato sociale dello screening, riducendo le diseguaglianze. In particolar modo, la lettera di invito, in associazione al consiglio dell'operatore sanitario, sembra lo strumento più efficace.

Tumore della mammella (donne 50-69 anni)		ULSS 18	Veneto	Pool ASL
Effettuato una mammografia preventiva negli ultimi 2 anni		83,4%	85,3%	70,2%
Caratteristiche	Classe età			
	50-69 anni	80,0%	---	---
	60-69 anni	86,3%		
	Istruzione			
	Nessuna/elementare	81,4%		
	Media inferiore	80,4%	---	---
	Media superiore	93,1%		
Laurea/diploma universitario	83,3%			
Situazione economica				
Molte difficoltà	46,7%	---	---	
Qualche difficoltà	86,7%			
Nessuna difficoltà	89,9%			
Età media alla prima mammografia	44,8 anni	---	---	
Donne che hanno aderito allo screening organizzato		58,7%	63,8%	49,7%
Donne che hanno effettuato la mammografia spontaneamente		24,5%	21,4%	19,8%
Donne che hanno ricevuto la lettera dell'ASL		96,6%	87,6%	62,6%
Donne che hanno ricevuto il consiglio dell'operatore sanitario		70,1%	69,9%	63,7%
Donne che hanno visto o sentito una campagna informativa		91,0%	74,3%	70,1%

Tumore del collo dell'utero (donne 25-64 anni)					
		ULSS 18	Veneto	Pool ASL	
Effettuato un Pap test preventivo negli ultimi 3 anni		90,8%	86,2%	76,2%	
Caratteristiche	Classe età	25-34 anni	90,3%	---	
		35-49 anni	89,8%	---	
		50-64 anni	92,0%	---	
	Istruzione	Nessuna/elementare	87,2%	---	
		Media inferiore	91,5%	---	
		Media superiore	92,2%	---	
	Laurea/diploma universitario	Laurea/diploma universitario	89,1%	---	
		Situazione economica	Molte difficoltà	77,4%	---
			Qualche difficoltà	89,9%	---
	Nessuna difficoltà		94,1%	---	
Donne che hanno aderito allo screening organizzato		51,5%	46,2%	37,6%	
Donne che hanno effettuato il Pap test spontaneamente		39,1%	39,4%	38,1%	
Donne che hanno ricevuto la lettera dell'ASL		93,3%	77,2%	53,3%	
Donne che hanno ricevuto il consiglio dell'operatore sanitario		71,8%	70,2%	61,4%	
Donne che hanno visto o sentito una campagna informativa		83,5%	71,7%	64,8%	

Tumore del colon-retto (50-69 anni)			
	ULSS 18	Veneto	Pool ASL
Eseguito un test per la ricerca di sangue occulto a scopo preventivo, nei tempi raccomandati (entro 2 anni)	69,7%	52,2%	29%
Eseguito un test per la colonscopia a scopo preventivo, nei tempi raccomandati (entro 5 anni)	13,8%	15,2%	12%
Ha ricevuto la lettera dell'AULSS	87,2%	62,9%	33%
Ha ricevuto il consiglio dell'operatore sanitario	31,2%	29,9%	23%
Ha visto una campagna informativa	62,4%	50,6%	35%

Conclusioni

Il Sistema PASSI rileva, richiedendolo direttamente alle donne tra 50 e 69 anni, se e quando è stata effettuata la *mammografia* e se è stata eseguita all'interno del programma di screening organizzato dalla Asl oppure su iniziativa personale.

Nell'ASL 18, nel 2010, la percentuale è stata di oltre l'80%, con una percentuale ancora più alta nelle donne con grado di istruzione più alto e senza difficoltà economiche.

Nelle ASL che hanno partecipato al PASSI nel 2010, il 70% delle donne 50-69enni ha eseguito la mammografia preventiva nel corso dei precedenti due anni. La copertura complessiva al test di screening raggiunge valori più alti al Nord (81%) e al Centro (77%), mentre è significativamente più bassa al Sud e nelle Isole (53%).

La mammografia viene effettuata in gran parte nell'ambito dei programmi organizzati dalle Asl: una donna su cinque (20%) ha eseguito lo screening mammografico su iniziativa personale nel pool ASL nazionale, mentre nell'ASL 18 una su quattro.

Nel 2010, nel pool di Asl italiane che hanno partecipato alla rilevazione, il 76% delle donne 25-64enni ha eseguito un *Pap test preventivo* nel corso dei tre anni precedenti l'intervista. La copertura complessiva al test di screening raggiunge valori elevati al Nord (85%) e al Centro (82%), mentre è più bassa al Sud (62%).

Nell'ASL 18 la percentuale di donne arriva ad oltre il 90%, maggiore nelle donne senza difficoltà economiche dichiarate.

Nel 2010, sulla base dei dati raccolti dal PASSI, il 36% delle persone intervistate nella fascia di età 50-69 anni ha riferito di aver eseguito un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali a scopo preventivo, in accordo con le raccomandazioni (*ricerca del sangue occulto fecale* (SOF) negli ultimi due anni il 29%, oppure *colonscopia* negli ultimi cinque anni, il 12%).

Nell'ASL 18 la percentuale delle persone che ha effettuato la ricerca SOF arriva al 70%, mentre per la colonscopia la percentuale è del 14%.

Sicurezza stradale

Gli incidenti stradali sono la principale causa di morte e di disabilità nella popolazione sotto ai 40 anni. Secondo i dati del Rapporto ACI-ISTAT più recenti (2010), ogni giorno in Italia si verificano in media 580 incidenti stradali, che provocano la morte di 11 persone e il ferimento di altre 829. Complessivamente nel 2010 gli incidenti stradali rilevati dalle Forze dell'Ordine sono stati 211.404, cifra che è diminuita del 19,6% rispetto al 2001 (263.100), assieme al numero di morti che è sceso da 7.096 nel 2001, a 4.090 nel 2010: un risparmio del 42%, in vite umane.

Gli incidenti stradali rappresentano quindi un fenomeno di primaria importanza sia per le conseguenze sulla salute, sia per la possibilità di ridurre consistentemente numero e gravità.

Per prevenire gli incidenti stradali esistono politiche e interventi di provata efficacia volti a rendere più sicuri i veicoli, le infrastrutture e le condizioni del traffico, e altri destinati a ridurre la frequenza della guida sotto l'effetto di alcol o sostanze stupefacenti.

Tra le misure volte a mitigare le conseguenze degli incidenti stradali, i dispositivi di sicurezza individuali hanno mostrato una grande efficacia pratica. Per questo, il codice della strada dispone l'obbligo dell'uso del casco per chi va in moto, delle cinture di sicurezza per chi viaggia in auto. In più, è obbligatorio che i minori viaggino assicurati con dispositivi appropriati all'età ed alla taglia: seggiolini di sicurezza e adattatori (un rialzo che consente di indossare la cintura) per i più grandicelli.

Sicurezza stradale			
	ULSS 18	Veneto	Pool ASL
Persone che utilizzano i vari dispositivi di sicurezza¹			
casco sempre	95,7%	97,8%	94,7%
cintura anteriore sempre	89,9%	90,9%	82,7%
cintura posteriore sempre	31,5%	33,5%	18,6%
dispositivi di sicurezza per i bambini ²	93,0%	90,4%	84,0%
Guida sotto effetto dell'alcol ³	12,3%	11,2%	9,8%
Persone che erano alla guida di auto/moto e sono state fermate dalle Forze dell'Ordine	Triennio 2008-10 ⁴ 43,2%	39,5%	34,0%
Persone sottoposte ad etilotest, tra quelle fermate	14,3%	12,9%	11,3%

¹ calcolata su tutta la popolazione, escluso chi non viaggia in moto o in automobile
² calcolata tra coloro che hanno dichiarato di avere almeno un bambino con meno di 14 anni
³ aver guidato dopo aver bevuto nell'ora precedente ≥ 2 unità di bevanda alcolica, nell'ultimo mese, calcolata sulla popolazione che dichiara di aver bevuto e guidato negli ultimi 30 gg.
⁴ per avere una numerosità significativa

Conclusioni

I dati PASSI sull'uso di cinture, casco e seggiolini di sicurezza misurano i comportamenti abituali dichiarati dagli intervistati. Le percentuali ottenute, quando interpretate come indicatori dell'adesione alle raccomandazioni e alla legge dell'obbligo di usare i dispositivi, forniscono in genere un quadro più favorevole di quanto esso sia nella realtà. La sovrastima è variabile a seconda del dispositivo e del contesto. Tuttavia gli studi che hanno confrontato i dati riferiti con quelli derivati dall'osservazione diretta, hanno

mostrato che esiste una buona correlazione tra le due misure. Ciò ha indotto ad utilizzare i dati riferiti, come quelli tratti da PASSI, per valutare le differenze territoriali e i trend temporali, informazioni essenziali per indirizzare i programmi di intervento.

Nella maggior parte dei paesi che sorvegliano il fenomeno della guida sotto l'effetto dell'alcol, in circa uno su cinque dei conducenti deceduti a seguito di un incidente stradale si rileva un eccesso di alcol nel sangue, misurato in termini di concentrazione ematica di alcol (*BAC: Blood Alcohol Concentration*) superiore al limite legale, che in Italia, come nella maggioranza degli altri paesi, è pari a 0,5 grammi per litro.

In Italia dai dati rilevati dal PASSI, una minoranza (il 10% dei guidatori non astemi), piccola ma consistente, mette ancora a rischio la vita propria e quella degli altri guidando anche quando è sotto l'effetto dell'alcol.

I controlli sistematici con etilotest sono uno strumento di provata efficacia per la riduzione della mortalità dovuta agli incidenti stradali, ma risultano ancora poco diffusi: rimane pertanto ampio il margine di miglioramento nelle pratiche di prevenzione e di contrasto.

Sebbene i comportamenti personali rappresentino fattori di primaria importanza, per migliorare la sicurezza stradale, sono indispensabili anche interventi strutturali e ambientali.

Gli interventi che hanno mostrato efficacia nell'aumentare l'uso dei dispositivi di sicurezza sono, in gran parte, sotto la responsabilità di settori non sanitari, specialmente le Forze dell'Ordine, come nel caso dei programmi specifici di applicazione intensiva delle norme del codice della strada, relative all'obbligo di indossare i dispositivi di sicurezza. Questi programmi vengono realizzati mediante un aumento del numero di postazioni, pattuglie, controlli specifici e contravvenzioni, accompagnati da campagne informative e interventi educativi, volti ad indurre un cambiamento positivo anche chi non ha ancora subito controlli.

Tuttavia, il Sistema Sanitario ha un ruolo essenziale, perché si prende cura dei traumatizzati e per il suo patrimonio informativo che consente di fornire indicazioni sugli interventi preventivi efficaci e sui gruppi della popolazione che sono maggior rischio, come emerge dai sistemi di sorveglianza, come PASSI o Ulisse.

Occorre infine sottolineare come, in una prospettiva di lungo periodo, le politiche per la riduzione dell'uso di auto e moto, a favore del trasporto pubblico e del trasferimento attivo (andare a piedi o in bicicletta, in condizioni che garantiscano la sicurezza), creano sinergie positive: riducono gli incidenti stradali, promuovono l'attività fisica e migliorano la qualità dell'aria.

Metodi

Caratteristiche della sorveglianza PASSI

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

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

Popolazione di studio

La popolazione di studio è costituita dalle persone di 18-69 anni iscritte all'Anagrafe Sanitaria della Azienda ULSS 18, periodicamente aggiornata.

I criteri di inclusione nella sorveglianza PASSI sono: la residenza nel territorio di competenza dell'AULSS e la disponibilità di un recapito telefonico.

I criteri di esclusione sono: la non conoscenza della lingua italiana per gli stranieri, l'impossibilità di sostenere un'intervista (ad esempio, per gravi disabilità), il ricovero ospedaliero o l'istituzionalizzazione durante il periodo dell'indagine.

Strategie di campionamento

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

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

Interviste

I cittadini selezionati e i loro Medici di Medicina Generale, sono preventivamente avvisati tramite una lettera personale informativa spedita dall'AULSS. Nella fase iniziale della sorveglianza sono stati informati tramite lettera anche i Sindaci dei Comuni interessati.

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

Le interviste alla popolazione in studio sono state condotte da personale dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS; nel 2010 sono state effettuate 276 interviste, con cadenza mensile (luglio e agosto sono stati considerati come un'unica mensilità). La qualità dei dati è stata assicurata da un sistema automatico di controllo al momento del caricamento e da una successiva fase di analisi ad hoc con conseguente correzione delle anomalie riscontrate.

Analisi delle informazioni

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

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

Per gli indicatori di principale interesse di ciascuna sezione, sono inoltre presentati i valori relativi all'insieme delle ASL in Veneto e in Italia ("Pool PASSI") partecipanti al sistema PASSI nel 2010.

Le attività regionali

Area: GUADAGNARE SALUTE

Programma di “Sostegno alle funzioni di interfaccia tra le Regioni e le province Autonome e il Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie - CCM-2007”

DGR n° 2009 del 03.08.2010

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

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

DGR n° 1556 del 08.06.2010

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

Guadagnare Salute negli Adolescenti (Programma CCM 2009)

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

Area progettuale “Peer education - prevenzione delle infezioni sessualmente trasmissibili”
Informare e sensibilizzare gli adolescenti sulle infezioni sessualmente trasmissibili attraverso un intervento di educazione tra pari in ambito scolastico

Area progettuale “Promozione attività fisica e corretta alimentazione”

Promozione dell'attività fisica e dell'alimentazione sane negli adolescenti

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

DGR n° 3458 del 30.12.2010

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

Programma di prevenzione precoce - monitoraggio dei comportamenti e delle azioni di prevenzione e promozione della salute nei primi anni di vita

DGR n° 3139 del 14.12.2010

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

Progetto per la realizzazione di “Guadagnare Salute” in Veneto

DGR n° 3139 del 14.12.2010

Potenziare a livello regionale politiche e strategie a sostegno della promozione della salute, secondo i principi e l'implementazione delle azioni di competenza regionale previste dal Programma nazionale “Guadagnare Salute - rendere facili le scelte salutari”.

Area: FUMO

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

DGR n° 2212 del 21.09.2010, DGR n° 2404 del 14.10.2010

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

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

DGR n° 4268 del 30.12.2008, DGR n° 2211 del 21.09.2010

Definire e sviluppare un sistema permanente di monitoraggio nazionale per la rilevazione del rispetto della normativa sul fumo in Italia.

Rafforzare un sistema di tutoraggio e di monitoraggio permanente dell'applicazione dei quattro progetti di prevenzione del tabagismo per la scuola identificati nei programmi CCM precedenti.

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

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

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

Programma regionale di prevenzione delle patologie fumo-correlate

DGR n° 3139 del 14.12.2010

Area 1 - Prevenzione del tabagismo e promozione della salute a scuola.

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

Area 2 - Trattamento Tabagismo

Sostenere i fumatori nella disassuefazione.

Area 3 - Fumo passivo

Proteggere i non fumatori dal fumo passivo.

Area: ALCOL

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

DGR. n° 3139 del 14.12.2010

Migliorare la sensibilità del personale sanitario sul tema dell'alcolologia, al fine di indurre un'attenzione alle problematiche alcol correlate, tramite azioni di prevenzione ed anche interventi di counselling breve nei propri ambiti lavorativi.

Favorire/rafforzare il coordinamento dei diversi interventi rivolti alle problematiche alcol correlate.

Area: ATTIVITA' MOTORIA

Prescrizione esercizio fisico come strumento di prevenzione e terapia

DGR n° 167/2011, DGR n° 1093/2011

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

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

Valutazione di processo e di esito delle attività di promozione dell'Attività Motoria (AM): attivare un percorso strutturato di “emersione” di tutte le esperienze di promozione dell'AM,

individuazione indicatori per la valutazione di esito già rintracciabili nei sistemi di sorveglianza attivi, valutazione di alcuni progetti di promozione dell'AM, "Service" valutativo, definizione del pacchetto standard per la valutazione di processo, valutazione qualitativa: come giudicano i progetti gli operatori dei territori

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

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

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

DGR n° 3139 del 14.12.2010

Ridurre l'incidenza delle malattie cronic-degenerative legate alla sedentarietà (obesità, diabete, malattie cardiocircolatorie, tumori ...) della depressione nella popolazione generale e con particolare attenzione alla popolazione che presenta fattori di rischio.

Prolungare lo stato di autosufficienza nell'anziano rallentando il processo fisiologico di riduzione dell'efficienza fisica e cognitiva, riducendo anche l'incidenza degli infortuni domestici.

Favorire il recupero di abilità fondamentali negli anziani istituzionalizzati ed il rallentamento dei danni cognitivi nelle persone affette da demenza; migliorare l'autonomia e le competenze motorie nei bambini dalla scuola materna in poi al fine di assicurare l'assunzione di comportamenti attivi che dureranno per tutta la vita; individuare interventi specifici per i bambini affetti da obesità o e diabete; migliorare i contesti urbanistici al fine di renderli favorevoli ai comportamenti salutari ed in particolare all'attività fisica.

Bibliografia

- Istituto Superiore di Sanità. Sistema di Sorveglianza PASSI (Progressi delle aziende sanitarie per la Salute in Italia) Gruppo Tecnico di Coordinamento del progetto di sperimentazione del “Sistema di Sorveglianza PASSI”
Rapporti ISTISAN 07/30, 2007
- Gaining health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases
http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20061003_1
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 4 maggio 2007. Documento programmatico “Guadagnare salute”. Gazzetta Ufficiale n.117 del 22-5-2007 - Suppl. Ordinario n.119.
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf
- National Cancer Institute. Physical Activity and Cancer:
<http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/prevention/physicalactivity>
- National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion and Centers for Disease Control and Prevention. Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General. Retrieved June 26, 2009, from: <http://www.cdc.gov/nccdphp/sgr/sgr.htm>
- U.S. Department of health and human service. Physical activity guideline for Americans, 2008
<http://www.health.gov/paguidelines/guidelines/default.aspx>
- World Health Organization. Global Recommendations on Physical Activity for Health, 2010
<http://www.euro.who.int/Document/E90191.pdf>
- World Health Organization. European Action Plan for food and nutrition policy 2007-2010
<http://www.euro.who.int/document/E91153>
- Centers for Disease Control and Prevention. Fruit and vegetable benefits.
http://www.fruitsandveggiesmatter.gov/health_professionals/scientific_publications.html
- World Health Organization. Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package, 2008
http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf
- Istituto Superiore di Sanità. Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell’abitudine al fumo, 2008 <http://www.ossfad.iss.it>
- World Health Organization. Global strategy to reduce harmful use of alcohol
http://www.who.int/substance_abuse/activities/globalstrategy/en/index.html
- European Commission. Communication setting out strategy to support Member States in reducing alcohol related harm”, 2006
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/alcohol_com_en.htm
- European Commission. Alcohol in Europe - A public health perspective, 2006
http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm
- Istituto Superiore di Sanità. L’alcol e l’assistenza sanitaria primaria - Linee guida cliniche per l’identificazione e l’intervento breve, 2010
<http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/linee/fascicolo4.pdf>
- Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione. Linee guida per il consumo di alcol
http://www.inran.it/656/Bevande_alcoliche_se_si_solo_in_quantit_agrave_controllata.html
- World Health Organisation. Handbook for action to reduce alcohol-related harm, 2009
<http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/handbook-for-action-to-reduce-alcohol-related-harm>
- The Lancet Series on Alcohol and Global Health, June 26, 2009
<http://www.thelancet.com/series/alcohol-and-global-health>
- World Health Organisation. Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm, 2009
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/43319/E92823.pdf