

REGIONE DEL VENETO



ULSS5
POLESANA

REGIONE VENETO
AZIENDA ULSS 18
ROVIGO



Sistema di Sorveglianza



Principali risultati delle Aziende ULSS 18 e ULSS 19

Anni 2013-2016



Elaborazione:

☉ *Dr.ssa **Patrizia Casale***, coordinatore aziendale PASSI ex-A.ULSS 18 e attuale Azienda ULSS 5 Polesana, Responsabile UOS Osservatorio Epidemiologico e di Epidemiologia Valutativa - Dipartimento di Prevenzione

in collaborazione con:

☉ *Dr.ssa **Annamaria Del Sole***, coordinatore aziendale PASSI ex-A.ULSS 19, UOSD Igiene Alimenti e Nutrizione - Dipartimento di Prevenzione

☉ *Dr.ssa **Maria Chiara Pavarin***, referente Area “Promozione della salute”, UOC Igiene e Sanità Pubblica - Dipartimento di Prevenzione

☉ *Gruppi Tecnici PASSI della Regione Veneto e Nazionale*

*...e con il fondamentale e prezioso contributo degli **operatori sanitari del Dipartimento di Prevenzione** che hanno effettuato le interviste e delle **persone intervistate** che ci hanno generosamente dedicato tempo e attenzione per la raccolta delle informazioni necessarie a questa attività, cui va il nostro ringraziamento.*

Si ringraziano, inoltre, i Medici di Medicina Generale e i Sindaci dei Comuni dell’Azienda ULSS 5 Polesana per la collaborazione fornita

Cos’è PASSI

PASSI (**P**rogressi nelle **A**ziende **S**anitarie per la **S**alute in **I**talia) è il sistema di sorveglianza italiano sugli stili di vita della popolazione tra i 18 e i 69 anni residente nelle Aziende ULSS, che permette di fornire agli Operatori della Sanità informazioni facilmente analizzabili ed utilizzabili sui comportamenti e sullo stato di salute della popolazione adulta italiana, per mettere in atto le più efficaci azioni di prevenzione.

PASSI, ideato dal CCM/Ministero della Salute, è coordinato a livello nazionale dall’Istituto Superiore di Sanità e nella Regione Veneto dalla Direzione della Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria. In Italia hanno aderito tutte le Regioni/P.A. e nel Veneto tutte le A.ULSS.

PASSI, attraverso un questionario telefonico di circa cento domande somministrato da operatori delle ASL opportunamente addestrati, indaga aspetti relativi allo stato di salute (salute percepita, prevalenza di sintomi di depressione e di fattori di rischio cardiovascolari come ipertensione ed ipercolesterolemia), alle abitudini di vita (alcol, fumo, alimentazione, attività fisica), all’offerta di strumenti di prevenzione e loro utilizzo (screening oncologici, vaccinazione contro rosolia e influenza) ed alla sicurezza stradale e domestica.

PASSI misura la *frequenza di comportamenti* che risultano *associati alla salute*, o come fattori di rischio per malattie croniche (abitudine al fumo, sedentarietà, consumo di alcol, ...), o come fattori protettivi (uso dei sistemi di sicurezza in auto, adesione agli screening, ...), è quindi centrato sull’analisi dei fattori di rischio o protettivi, misurati in termini di *frequenza o prevalenza di esposti* ed è fondato eticamente e socialmente solo se l’associazione tra comportamenti e lo stato di salute è scientificamente provata.

PASSI assicura, inoltre, la comunicazione degli esiti, per esempio con la diffusione sul sito web (www.epicentro.iss.it/passi) dei principali risultati a livello nazionale, regionale e aziendale.

In occasione del decennale dell’attività di sorveglianza **PASSI**, il Gruppo Tecnico Veneto ha analizzato l’andamento dei principali fattori di rischio in ambito sanitario nel territorio regionale dal 2008 al 2016 “al fine di favorire conoscenza e consapevolezza per orientare scelte strategiche e strutturali di salute”. I risultati sono riportati nella scheda allegata “**PASSI IN VENETO 2008-2016 - Analisi dei dati attraverso le serie storiche**”.

Le CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE DEL CAMPIONE dell'Azienda ULSS 18

I dati del Sistema di Sorveglianza PASSI 2013-2016

Nel periodo 2013-2016 la raccolta delle informazioni è stata fatta ad un campione di 1.100 persone residenti nell'Azienda ULSS 18 (21.499 in Veneto e 146.526 nel Pool di ASL nazionale) suddivise in tre classi di età (18-34, 35-49 e 50-69 anni), estratte casualmente dalle liste dell'anagrafe sanitaria, comprese le persone con cittadinanza straniera più integrate o da più tempo in Italia, in quanto il protocollo prevede l'esclusione in caso di non conoscenza della lingua italiana (per gli stranieri), oltre che l'impossibilità di sostenere un'intervista (ad es. per gravi disabilità), il ricovero ospedaliero o l'istituzionalizzazione. La distribuzione per sesso e classe di età del campione, confrontata con la popolazione residente nella stessa ULSS 18 è risultata molto simile, garantendo una buona rappresentatività del campione.

Genere - Classi di età - Stato civile - Cittadinanza

Nell'**ULSS 18**, il campione del Sistema di Sorveglianza PASSI 2013-2016 è composto in percentuali uguali di *donne* e di *uomini* (50%), nelle seguenti *classi di età*:

- 24% tra i 18 e i 34 anni,
- 33% tra i 35 e i 49 anni,
- 44% tra i 50 e i 69 anni;

il 57% del campione è rappresentato da coniugati, il 32% da celibi/nubili, il 7,5% da separati/divorziati ed il 4% da vedovi/vedove.

Il 95% è di *cittadinanza* italiana (94% donne e 96% uomini; 93% nella classe di età 18-34 aa, 94% di 35-49 aa e 97% di 50-69 aa), mentre il 5% è di *cittadinanza* straniera (6% donne e 4% uomini; 7% di 18-34 aa, 6% di 35-49 aa e 3% di 50-69 aa): maggiormente rappresentati sono il sesso femminile e le classi di età più giovani;

...in Veneto

sono il 51% donne ed il 49% uomini, nelle fasce di età: 26% di 18-34 anni, 35% di 35-49 anni, 40% di 50-69 anni.

Il 93% sono di *cittadinanza* italiana ed il 7% straniera.

Il 58% sono coniugati, il 34% celibi/nubili, il 5,5% separati/divorziati ed il 2% vedovi.

...nel Pool ASL nazionale

sono il 51% donne e il 49% uomini, nelle fasce di età: 27% di 18-34 anni, 35% di 35-49 anni, 40% di 50-69 anni.

Il 96% sono di *cittadinanza* italiana ed il 4% straniera.

Il 58% sono coniugati, il 34% celibi/nubili, il 6% separati/divorziati ed il 2% vedovi.

Livello di istruzione - Titolo di studio

Nell'**ULSS 18**, il 36% del campione risulta avere un *basso livello di istruzione*, con il 5% che non ha titolo di studio o ha la licenza elementare ed il 32% con licenza media inferiore, mentre il 64% ha un *alto livello di istruzione*, con il 50% con licenza media superiore ed il 14% con la laurea.

Il titolo di studio riflette la scolarità delle diverse generazioni che compongono la popolazione: la *bassa scolarità* è più frequente tra le generazioni più anziane (50-69enni) e tra le donne, ma tra le donne nelle generazioni più giovani la quota di laureate è maggiore;

... in Veneto

il 38% del campione presenta un *basso* livello di istruzione, con il 7% che non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare ed il 32% con licenza media inferiore, mentre il 62% ha un livello di istruzione *alto* con il 47% con licenza media superiore ed il 15% con la laurea;

...Pool ASL nazionale

il 36,5% del campione presenta un *basso* livello di istruzione, con il 7% che non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare ed il 29% con licenza media inferiore, mentre il 63,5% ha un livello di istruzione *alto* con il 47% con licenza media superiore ed il 17% con la laurea.

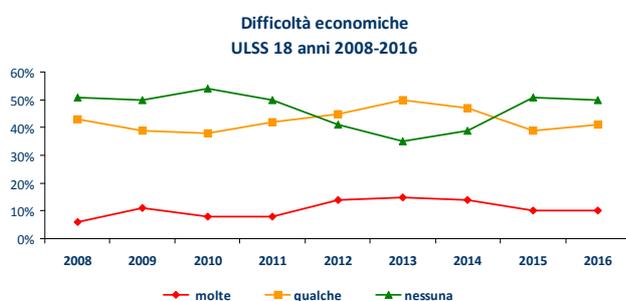
Vive solo

Nell'**ULSS 18**, il 12% degli intervistati dichiara di vivere solo, non vi sono differenze di genere mentre la percentuale aumenta con l'età (18-34 aa 9%, 35-49 aa 12% e 50-69 aa 14%).

In **Veneto** e nel **Pool di ASL** la percentuale di chi vive solo è del 9%.

Condizioni economiche

Nell'**ULSS 18**, il 44% del campione riferisce *nessuna* difficoltà economica, il 44% sono coloro che dichiarano di avere *qualche* difficoltà mentre il 12% dichiara di avere *molte* difficoltà ad arrivare a fine mese con le proprie risorse finanziarie; non si rilevano evidenti differenze tra uomini e donne nelle tre condizioni, mentre coloro che dicono di avere *qualche* difficoltà sono più frequenti nelle classi di età 18-34 e 35-49 anni; dall'analisi per anno delle condizioni economiche riferite si nota un aumento della prevalenza di chi riferisce di avere *molte* difficoltà economiche, in particolar modo dal 2011, ma dal 2015 si registra qualche miglioramento con una quota di persone che riferiscono di avere molte difficoltà ad arrivare alla fine del mese che si avvicina ai valori del 2010;



...in Veneto

il 56% dichiara di non avere difficoltà economiche, il 35% qualche difficoltà ed il 9% molte difficoltà;

...nel Pool ASL nazionale

il 43% riferisce di non avere difficoltà economiche, il 41% qualche difficoltà ed il 16% dichiara di avere molte difficoltà economiche.

Situazione lavorativa

Nell'**ULSS 18**, nel campione intervistato di età compresa tra i 18 e i 65 anni, il 72% ha dichiarato di lavorare (lavoro continuativo e non) ed il 28% di non essere occupato; per quanto riguarda lo *stato lavorativo*: il 70% dichiara di essere *occupato*, il 10% di essere *in cerca di occupazione* ed il 20% di essere *inattivo*. I dati sull'occupazione mostrano differenze di genere e di età: il 69% delle donne del campione *dichiara di lavorare* (continuativamente e non) vs il 75% degli uomini ed il 60% dei 18-34enni ed il 62% dei 50-65enni vs il 90% dei 35-49enni. Risultano essere *in cerca di occupazione* l'8% delle donne vs il 12% degli uomini ed il 9% dei 35-49enni ed il 7% del 50-65enni vs il 15% dei 18-34enni, mentre gli *inattivi* sono il 23% delle donne vs il 17% degli uomini ed il 32% dei 50-65enni ed il 26% dei 18-34enni vs il 4% dei 35-49enni. Per quanto riguarda il *tipo di contratto*, l'80% ha un lavoro dipendente, il 2% è in cassa integrazione o con contratto di solidarietà, il 17% ha un lavoro autonomo e l'1% atipico;

...in Veneto

il 73% ha dichiarato di lavorare (lavoro continuativo e non) ed il 27% di non essere occupato; per quanto riguarda lo *stato lavorativo*: il 71% riferisce di essere *occupato*, il 7% di essere *in cerca di occupazione* ed il 22% di essere *inattivo*;

...nel Pool ASL nazionale

il 65% ha dichiarato di lavorare (lavoro continuativo e non) ed il 35% di non essere occupato; per quanto riguarda lo *stato lavorativo*: il 63% riferisce di essere *occupato*, il 11% di essere *in cerca di occupazione* ed il 27% di essere *inattivo*. Per quanto riguarda il *tipo di contratto*, il 71% ha un lavoro dipendente, l'1% è in cassa integrazione/contratto di solidarietà, il 24% ha un lavoro autonomo e il 4% atipico.

I **determinanti di salute**, fattori che influenzano lo stato di salute di un individuo e più estesamente di una popolazione vengono rappresentati come una serie di strati concentrici corrispondenti a diversi livelli di influenza: al centro c'è l'*individuo*, con le sue caratteristiche biologiche (sesso, l'età, il patrimonio genetico) determinanti *non modificabili*, mentre negli strati via via più esterni ci sono quelli *modificabili*, cioè quelli suscettibili di essere corretti: **stili di vita individuali** (indagati da PASSI e descritti nelle schede successive), reti sociali, accesso ai servizi sanitari, disoccupazione, ambiente di vita e di lavoro, impianti igienici, reddito, istruzione, e, infine, condizioni generali socio-economiche, culturali e ambientali. PASSI stima la frequenza di alcuni **determinanti socio-demografici** favorevoli o svantaggiosi per lo stato di salute:

| Determinanti socio-demografici | ULSS 18 | Veneto | Pool ASL |
|--------------------------------|---------|--------|----------|
| Basso livello di istruzione | 36,3% | 38,3% | 36,5% |
| Molte difficoltà economiche | 12,0% | 9,0% | 15,8% |
| Cittadinanza straniera | 4,8% | 6,6% | 4,2% |
| Vive solo | 12,0% | 9,0% | 8,7% |
| Coniugato | 56,6% | 58,2% | 58,3% |
| Occupato lavorativamente | 72,0% | 73,0% | 64,9% |

Le CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE DEL CAMPIONE dell'Azienda ULSS 19

I dati del Sistema di Sorveglianza PASSI 2013-2016

Nel periodo 2013-2016 la raccolta delle informazioni è stata fatta ad un campione di 889 persone residenti nell'Azienda ULSS 19 (21.499 in Veneto e 146.526 nel Pool di ASL nazionale) suddivise in tre classi di età (18-34, 35-49 e 50-69 anni), estratte casualmente dalle liste dell'anagrafe sanitaria, comprese le persone con cittadinanza straniera più integrate o da più tempo in Italia, in quanto il protocollo prevede l'esclusione in caso di non conoscenza della lingua italiana (per gli stranieri), oltre che l'impossibilità di sostenere un'intervista (ad es. per gravi disabilità), il ricovero ospedaliero o l'istituzionalizzazione. La distribuzione per sesso e classe di età del campione, confrontata con la popolazione residente nella stessa ULSS 19 è risultata molto simile, garantendo una buona rappresentatività del campione.

Genere - Classi di età - Stato civile - Cittadinanza

Nell'**ULSS 19**, il campione del Sistema di Sorveglianza PASSI 2013-2016 è composto dal 49% di *donne* e dal 51% di *uomini*, nelle seguenti *classi di età*:

- 24% tra i 18 e i 34 anni,
- 34% tra i 35 e i 49 anni,
- 43% tra i 50 e i 69 anni.

Il 61% del campione è rappresentato da coniugati, il 33% da celibi/nubili, il 5% da separati/divorziati e l'1% da vedovi/vedove.

Il 97% è di *cittadinanza* italiana (96% donne e 98% uomini; 95% nella classe di età 18-34 aa, 97% di 35-49 aa e 99% di 50-69 aa), mentre il 3% è di *cittadinanza* straniera (4% donne e 2% uomini; 5% di 18-34 aa, 3% di 35-49 aa e 13% di 50-69 aa): maggiormente rappresentati sono il sesso femminile e le classi di età più giovani;

...in Veneto

sono il 51% donne ed il 49% uomini, nelle fasce di età: 26% di 18-34 anni, 35% di 35-49 anni, 40% di 50-69 anni.

Il 93% sono di *cittadinanza* italiana ed il 7% straniera.

Il 58% sono coniugati, il 34% celibi/nubili, il 5,5% separati/divorziati ed il 2% vedovi;

...nel Pool ASL nazionale

sono il 51% donne e il 49% uomini, nelle fasce di età: 27% di 18-34 anni, 35% di 35-49 anni, 40% di 50-69 anni.

Il 96% sono di *cittadinanza* italiana ed il 4% straniera.

Il 58% sono coniugati, il 34% celibi/nubili, il 6% separati/divorziati ed il 2% vedovi.

Livello di istruzione - Titolo di studio

Nell'**ULSS 19**, il 52% del campione risulta avere un *basso livello di istruzione*, con il 9% che non ha titolo di studio o ha la licenza elementare ed il 44% con licenza media inferiore, mentre il 48% ha un *alto livello di istruzione*, con il 41% con licenza media superiore ed il 7% con la laurea.

Il titolo di studio riflette la scolarità delle diverse generazioni che compongono la popolazione: la *bassa scolarità* è più frequente tra le generazioni più anziane (50-69enni) e tra le donne, ma tra le donne nelle generazioni più giovani la quota di laureate è maggiore;

... in Veneto

il 38% del campione presenta un *basso* livello di istruzione, con il 7% che non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare ed il 32% con licenza media inferiore, mentre il 62% ha un livello di istruzione *alto* con il 47% con licenza media superiore ed il 15% con la laurea;

...Pool ASL nazionale

il 36,5% del campione presenta un *basso* livello di istruzione, con il 7% che non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare ed il 29% con licenza media inferiore, mentre il 63,5% ha un livello di istruzione *alto* con il 47% con licenza media superiore ed il 17% con la laurea.

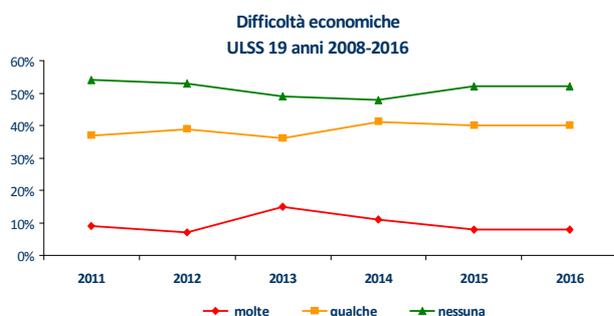
Vive solo

Nell'**ULSS 19**, il 6% degli intervistati dichiara di vivere solo, il 7% donne e il 6% uomini e il 6% sono di 18-34 aa, il 5% di 35-49 aa ed il 7% di 50-69 aa.

In **Veneto** e nel **Pool di ASL** la percentuale di chi vive solo è del 9%.

Condizioni economiche

Nell'**ULSS 19**, il 50% del campione riferisce *nessuna* difficoltà economica, il 39% dichiara di avere *qualche* difficoltà mentre l'11% di avere *molte* difficoltà ad arrivare a fine mese con le proprie risorse finanziarie; a riferire *maggiori difficoltà* economiche sono le donne; coloro che dicono di avere *molte* difficoltà sono più frequenti nelle classi di età 35-49 e 50-69 aa, dichiarano *qualche* difficoltà soprattutto quelli nella classe 18-34 aa mentre non vi sono differenze nelle 3 classi di età per chi dichiara *nessuna* difficoltà; dall'analisi per anno delle condizioni economiche riferite si nota un aumento della prevalenza di chi riferisce di avere *molte* difficoltà economiche fino al 2013 seguito da un calo progressivo, mentre dal 2014 aumenta chi riferisce di *non avere difficoltà* economiche;



...in Veneto

il 56% dichiara di non avere difficoltà economiche, il 35% qualche difficoltà ed il 9% molte difficoltà;

...nel Pool ASL nazionale

il 43% riferisce di non avere difficoltà economiche, il 41% qualche difficoltà ed il 16% dichiara di avere molte difficoltà economiche.

Situazione lavorativa

Nell'**ULSS 19**, nel campione intervistato di età compresa tra i 18 e i 65 anni, il 69,5% ha dichiarato di lavorare (lavoro continuativo e non) ed il 30,5% di non essere occupato; per quanto riguarda lo *stato lavorativo*: il 68% dichiara di essere *occupato*, l'8% di essere *in cerca di occupazione* ed il 24% di essere *inattivo*. I dati sull'occupazione mostrano differenze di genere e di età: il 60% delle donne del campione *dichiara di lavorare* (continuativamente e non) vs il 79% degli uomini ed il 66% dei 18-34enni ed il 56% dei 50-65enni vs il 87% dei 35-49enni. Risultano essere *occupati* il 58% delle donne vs il 77% degli uomini ed il 58% dei 18-34enni ed il 56% del 50-65enni vs l'88% dei 35-49enni, mentre gli *inattivi* sono il 34% delle donne vs il 15% degli uomini ed il 6% dei 35-49enni vs il 28% dei 18-34enni ed il 39% dei 50-65enni. Per quanto riguarda il *tipo di contratto*, il 62% ha un lavoro dipendente, l'1% è in cassa integrazione/contratto di solidarietà, il 31% ha un lavoro autonomo e il 6% atipico;

...in Veneto

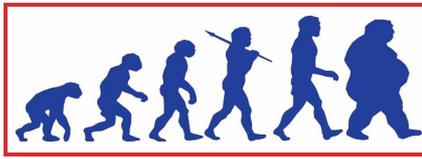
il 73% ha dichiarato di lavorare (lavoro continuativo e non) ed il 27% di non essere occupato; per quanto riguarda lo *stato lavorativo*: il 71% riferisce di essere *occupato*, il 7% di essere *in cerca di occupazione* ed il 22% di essere *inattivo*;

...nel Pool ASL nazionale

il 65% ha dichiarato di lavorare (lavoro continuativo e non) ed il 35% di non essere occupato; per quanto riguarda lo *stato lavorativo*: il 63% riferisce di essere *occupato*, il 11% di essere *in cerca di occupazione* ed il 27% di essere *inattivo*. Per quanto riguarda il *tipo di contratto*, il 71% ha un lavoro dipendente, l'1% è in cassa integrazione/contratto di solidarietà, il 24% ha un lavoro autonomo e il 4% atipico.

I **determinanti di salute**, fattori che influenzano lo stato di salute di un individuo e più estesamente di una popolazione vengono rappresentati come una serie di strati concentrici corrispondenti a diversi livelli di influenza: al centro c'è l'*individuo*, con le sue caratteristiche biologiche (sesso, l'età, il patrimonio genetico) determinanti *non modificabili*, mentre negli strati via via più esterni ci sono quelli *modificabili*, cioè quelli suscettibili di essere corretti: **stili di vita individuali** (indagati da PASSI e descritti nelle schede successive), reti sociali, accesso ai servizi sanitari, disoccupazione, ambiente di vita e di lavoro, impianti igienici, reddito, istruzione, e, infine, condizioni generali socio-economiche, culturali e ambientali. PASSI stima la frequenza di alcuni **determinanti socio-demografici** favorevoli o svantaggiosi per lo stato di salute:

| Determinanti socio-demografici | ULSS 19 | Veneto | Pool ASL |
|--------------------------------|---------|--------|----------|
| Basso livello di istruzione | 52,3% | 38,3% | 36,5% |
| Molte difficoltà economiche | 10,6% | 9,0% | 15,8% |
| Cittadinanza straniera | 2,8% | 6,6% | 4,2% |
| Vive solo | 6,3% | 9,0% | 8,7% |
| Coniugato | 61,4% | 58,2% | 58,3% |
| Occupato lavorativamente | 69,5% | 73,0% | 64,9% |



La SITUAZIONE NUTRIZIONALE nell'Azienda ULSS 18 I dati del Sistema di Sorveglianza PASSI 2013-2016

Lo **stato nutrizionale** è un determinante importante delle condizioni di salute di una popolazione, infatti alimentazione non corretta e sedentarietà rappresentano importanti fattori di rischio modificabili per le Malattie croniche non trasmissibili, pertanto una dieta equilibrata e un'attività fisica adatta alle condizioni personali contribuiscono non solo a una graduale perdita di peso, ma anche a ridurre l'entità degli altri fattori di rischio eventualmente associati. Per quanto riguarda la dieta viene suggerito il consumo di frutta e verdura tutti i giorni: l'adesione alle raccomandazioni internazionali ne prevede il consumo di almeno 5 porzioni al giorno (Five-a-day), che corrispondono a circa 400 grammi al giorno, soglia minima consigliata: se ogni cittadino dell'UE consumasse 600 grammi di frutta e verdura al giorno, si eviterebbero più di 135 mila morti all'anno per malattie cardiovascolari.

Nell'**ULSS 18**, secondo i dati 2013-2016 del Sistema di Sorveglianza PASSI, il **53%** degli intervistati di età 18-69 anni risulta essere **normopeso/sottopeso**, il **33% sovrappeso** mentre il **14% obeso**, quindi complessivamente quasi **5 persone su 10** risultano essere in eccesso ponderale;

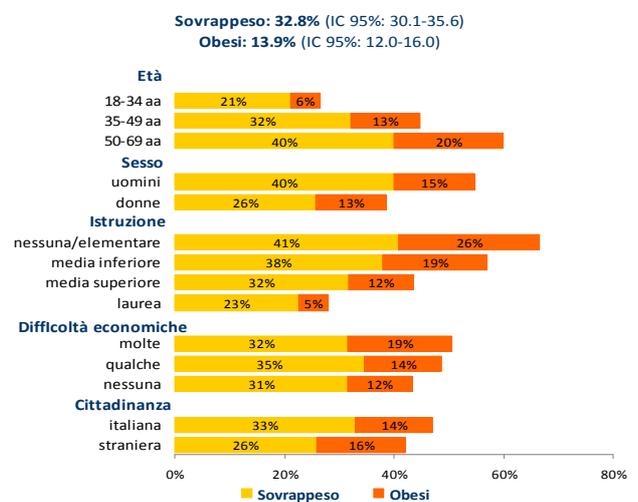
...in Veneto

le persone **normopeso/sottopeso** sono il **60%**, in **sovrappeso** il **30%** mentre gli **obesi** sono il **10%**, complessivamente **4 persone su 10** risultano in eccesso ponderale;

...nel Pool ASL nazionale

le persone **normopeso/sottopeso** sono il **58%**, in **sovrappeso** il **32%** mentre gli **obesi** sono il **11%**, complessivamente poco più di **4 persone su 10** risultano in eccesso ponderale.

Caratteristiche sociodemografiche delle persone in sovrappeso
ULSS 18 - PASSI 2013-2016



Caratteristiche socio-demografiche

Nell'**ULSS 18**, l'eccesso ponderale è nettamente più frequente negli uomini, nella classe di età 50-69 anni, nelle persone con basso livello di istruzione, mentre è meno evidente la differenza nelle persone più svantaggiate economicamente.

Definizioni

PASSI misura la condizione nutrizionale mediante l'**Indice di Massa Corporea (IMC)** o Body Mass Index (BMI), calcolato sui dati riferiti di peso e altezza (Kg/m^2). Le caratteristiche ponderali sono definite in 4 categorie: **sottopeso** (IMC <18,5), **normopeso** (18,5-24,9), **sovrappeso** (25,0-29,9) e **obeso** (≥ 30). Si considerano in **eccesso ponderale** le persone in sovrappeso e obese. L'IMC è considerato, nella pratica clinica, predittore sufficientemente accurato delle complicanze legate sia al sottopeso che all'eccesso ponderale (OMS 1998). I dati riferiti sono però generalmente sottostimati quando confrontati con quelli realmente misurati, producendo così una sottostima della prevalenza di sovrappeso e obesità, che risulta maggiore tra le donne e nelle persone sopra i 65 anni.

I consigli degli operatori sanitari

Nell'**ULSS 18**, il 56% degli intervistati in eccesso ponderale, che negli ultimi 12 mesi avevano avuto un contatto con medico o operatore sanitario, ha ricevuto il consiglio di **perdere/controllare il peso**: il 46% era in sovrappeso ed il 77% obeso, mentre al 51% degli intervistati è stato dato il consiglio di **praticare regolarmente attività fisica**: il 47% era in sovrappeso ed il 59% obeso.

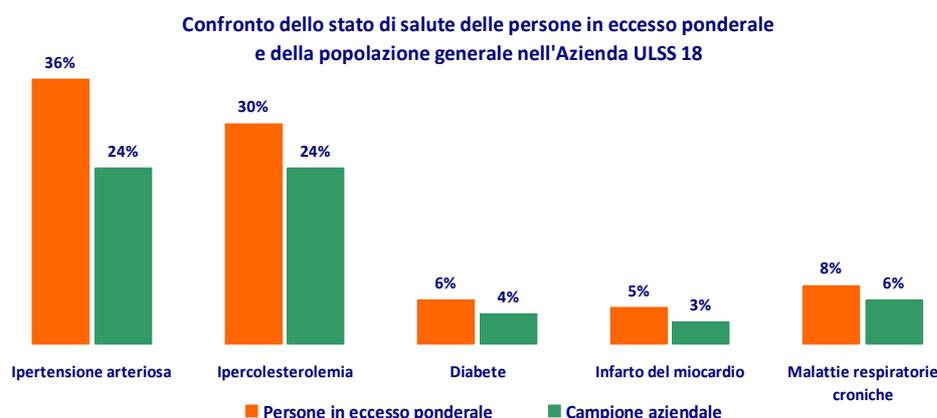
In **Veneto**, il consiglio di perdere peso è stato dato al 51% degli intervistati in eccesso ponderale (42% sovrappeso e 76% obesi) e di fare attività fisica al 45% (40% sovrappeso e 57% obesi), mentre nel **Pool ASL**, il 49% delle persone in eccesso ponderale (40% sovrappeso e 76% obesi) ha ricevuto il consiglio di perdere peso ed il 38% (33% sovrappeso e 52% obesi) il consiglio di fare attività fisica.

La consapevolezza

Percepire di essere in sovrappeso può essere motivante per un cambiamento dello stile di vita, ma questa percezione non sempre coincide con lo stato nutrizionale calcolato in base ai dati antropometrici riferiti dagli intervistati: nell'**ULSS 18** tra le persone in sovrappeso circa la metà (45%) ritiene che il proprio peso sia più o meno giusto, mentre tra gli obesi la percentuale è dell'11% (1 persona su 10); proporzioni simili sono state rilevate nel **Pool ASL nazionale**.

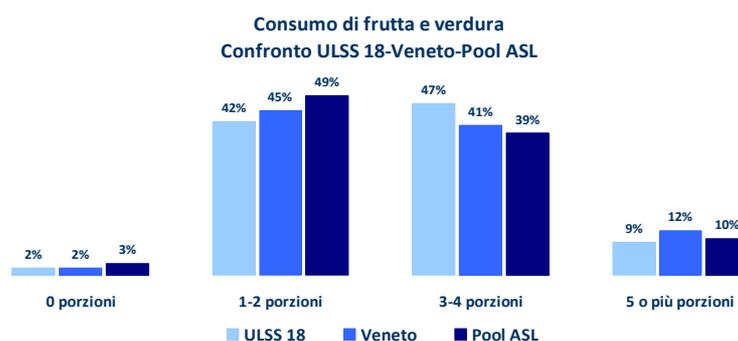
Lo stato di salute delle persone in eccesso ponderale nell'ULSS 18

Le persone in eccesso ponderale mostrano profili di salute più critici di quelli della popolazione generale, sopportano un maggior carico di malattia e più frequentemente dimostrano di soffrire di condizioni croniche: il 36% riferisce una diagnosi di *Iperensione* e il 30% di *Ipercolesterolemia* (nella popolazione generale le percentuali sono pari al 24%), il 6% riferisce una diagnosi di *Diabete* (contro il 4% nella popolazione generale), il 5% riferisce di aver avuto un *Infarto del miocardio* e l'8% di soffrire di *Malattia respiratoria cronica* (contro il 3% ed il 6% della popolazione generale).



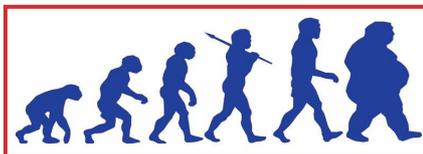
Il consumo di frutta e verdura

Nell'**ULSS 18** la quasi totalità degli intervistati (98%) mangia frutta e verdura almeno 1 volta al giorno, ma solo il 9% consuma le 5 o più porzioni raccomandate; in **Veneto** consumano le 5 porzioni raccomandate il 12% degli intervistati mentre e nel **Pool ASL** il 10%.



Conclusioni

Ridurre l'eccesso ponderale della popolazione è possibile solo con la combinazione di molteplici interventi: *sull'individuo* con i consigli ed il sostegno del MMG, *sulla popolazione* con programmi declinati dal Sistema Sanitario con attività di promozione di sani stili di vita e interventi sul contesto di vita caratterizzato da disuguaglianze sociali, da un ambiente "obesogenico" per la crescente presenza di alimenti a scarso valore nutrizionale, ipercalorici, a basso costo e promossi da un marketing industriale sempre più pervasivo, e da un ambiente "fisico" che non facilita l'attività motoria quotidiana (carenza di piste ciclabili e pedonabili, trasporti pubblici inefficienti, mancanza di aree verdi). La corretta alimentazione rientra sia nel macro-obiettivo del PSN di contrasto alle malattie croniche non trasmissibili, sia nel Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018, pertanto Regione Veneto e Aziende Sanitarie, con gli obiettivi di aumentare il consumo di frutta e verdura e ridurre il consumo eccessivo di sale, hanno programmato una serie di azioni sia per promuovere comportamenti alimentari corretti e stili di vita sani (compresa l'attività fisica) nella popolazione giovanile e adulta, sia per aumentare l'offerta di approccio comportamentale o farmacologico nelle persone con fattori di rischio.



La SITUAZIONE NUTRIZIONALE nell'Azienda ULSS 19 I dati del Sistema di Sorveglianza PASSI 2013-2016

Lo **stato nutrizionale** è un determinante importante delle condizioni di salute di una popolazione, infatti alimentazione non corretta e sedentarietà rappresentano importanti fattori di rischio modificabili per le Malattie croniche non trasmissibili, pertanto una dieta equilibrata e un'attività fisica adatta alle condizioni personali contribuiscono non solo a una graduale perdita di peso, ma anche a ridurre l'entità degli altri fattori di rischio eventualmente associati. Per quanto riguarda la dieta viene suggerito il consumo di frutta e verdura tutti i giorni: l'adesione alle raccomandazioni internazionali ne prevede il consumo di almeno 5 porzioni al giorno (Five-a-day), che corrispondono a circa 400 grammi al giorno, soglia minima consigliata: se ogni cittadino dell'UE consumasse 600 grammi di frutta e verdura al giorno, si eviterebbero più di 135 mila morti all'anno per malattie cardiovascolari.

Nell'**ULSS 19**, secondo i dati 2013-2016 del Sistema di Sorveglianza PASSI, il **57%** degli intervistati di età 18-69 anni risulta essere **normopeso/sottopeso**, il **31% sovrappeso** mentre il **13% obeso**, quindi complessivamente poco più di **4 persone su 10** risultano essere in eccesso ponderale,

...in Veneto

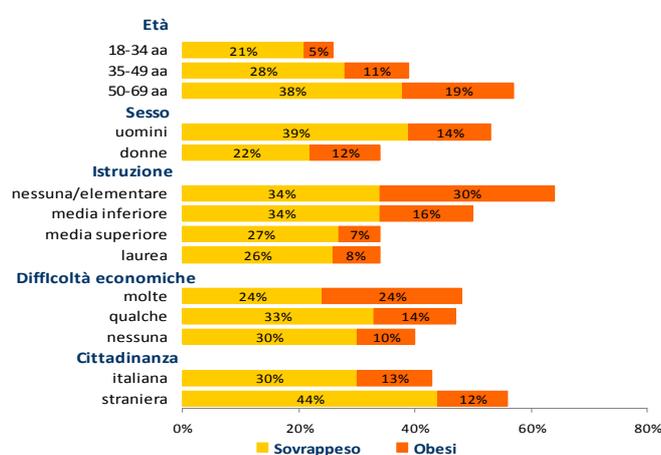
le persone **normopeso/sottopeso** sono il **60%**, in **sovrappeso** il **30%** mentre gli **obesi** sono il **10%**, complessivamente **4 persone su 10** sono in eccesso ponderale;

...nel Pool ASL nazionale

le persone **normopeso/sottopeso** sono il **58%**, in **sovrappeso** il **32%** mentre gli **obesi** sono il **11%**, complessivamente poco più di **4 persone su 10** risultano in eccesso ponderale.

Caratteristiche sociodemografiche delle persone in sovrappeso ULSS 19 - PASSI 2013-2016

Sovrappeso: **30.6%** (IC 95%: 27.6-33.7)
Obesi: **13.0%** (IC 95%: 10.9-15.4)



Caratteristiche socio-demografiche

Nell'**ULSS 19**, l'eccesso ponderale è nettamente più frequente negli uomini, nella classe di età 50-69 anni, nelle persone con basso livello di istruzione, è meno evidente la differenza nelle persone più svantaggiate economicamente.

Definizioni

PASSI misura la condizione nutrizionale mediante l'**Indice di Massa Corporea (IMC)** o Body Mass Index (BMI), calcolato sui dati riferiti di peso e altezza (Kg/m^2). Le caratteristiche ponderali sono definite in 4 categorie: **sottopeso** (IMC <18,5), **normopeso** (18,5-24,9), **sovrappeso** (25,0-29,9) e **obeso** (≥ 30). Si considerano in **eccesso ponderale** le persone in sovrappeso e obese. L'IMC è considerato, nella pratica clinica, predittore sufficientemente accurato delle complicanze legate sia al sottopeso che all'eccesso ponderale (OMS 1998). I dati riferiti sono però generalmente sottostimati, quando confrontati con quelli misurati realmente, producendo così una sottostima della prevalenza di sovrappeso e obesità, che risulta maggiore tra le donne e nelle persone sopra i 65 anni.

I consigli degli operatori sanitari

Nell'**ULSS 19**, il 43% degli intervistati in eccesso ponderale, che negli ultimi 12 mesi avevano avuto un contatto con medico o operatore sanitario, ha ricevuto il consiglio di **perdere/controllare il peso**: il 30% era in sovrappeso ed il 73% obeso, mentre al 35% degli intervistati è stato dato il consiglio di **praticare regolarmente attività fisica**: il 28% era in sovrappeso ed il 53% obeso.

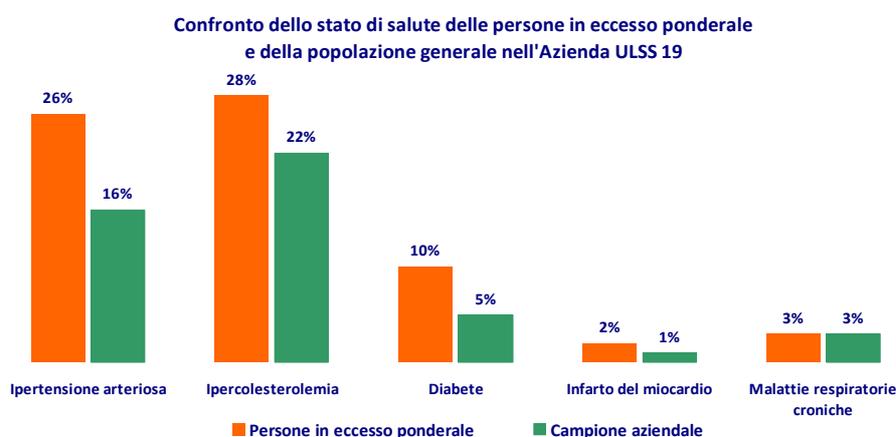
In **Veneto**, il consiglio di perdere peso è stato dato al 51% degli intervistati in eccesso ponderale (42% sovrappeso e 76% obesi) e di fare attività fisica al 45% (40% sovrappeso e 57% obesi), mentre nel **Pool ASL**, il 49% delle persone in eccesso ponderale (40% sovrappeso e 76% obesi) ha ricevuto il consiglio di perdere peso ed il 38% (33% sovrappeso e 52% obesi) il consiglio di fare attività fisica.

La consapevolezza

Percepire di essere in sovrappeso può essere motivante per un cambiamento dello stile di vita, ma questa percezione non sempre coincide con lo stato nutrizionale calcolato in base ai dati antropometrici riferiti dagli intervistati: nell'**ULSS 19** tra le persone in sovrappeso circa la metà (48%) ritiene che il proprio peso sia più o meno giusto, mentre tra gli obesi la percentuale è del 10% (1 persona su 10); proporzioni simili sono state rilevate nel **Pool ASL nazionale**.

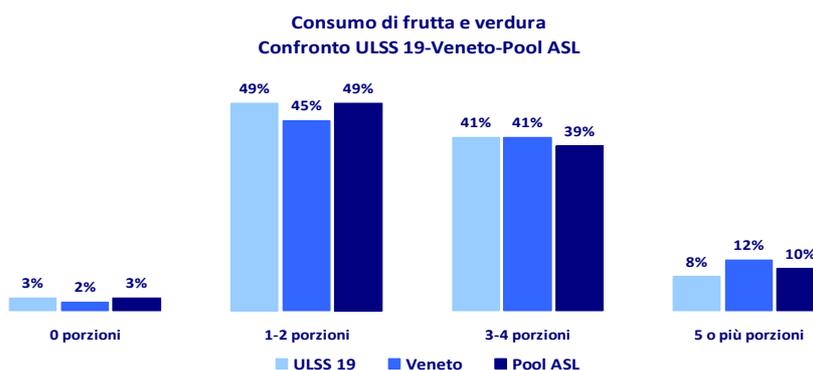
La salute delle persone in eccesso ponderale nell'ULSS 19

Le persone in eccesso ponderale mostrano profili di salute più critici di quelli della popolazione generale, sopportano un maggior carico di malattia e più frequentemente dimostrano di soffrire di condizioni croniche: il 26% riferisce una diagnosi di *Iperensione* e il 28% di *Ipercolesterolemia* (nella popolazione generale le percentuali sono pari al 16% e 24%), il 10% riferisce una diagnosi di *Diabete* (contro il 5% nella popolazione generale), il 2% riferisce di aver avuto un *Infarto del miocardio* e il 3% di soffrire di *Malattia respiratoria cronica* (contro l'1% ed il 3% della popolazione generale).



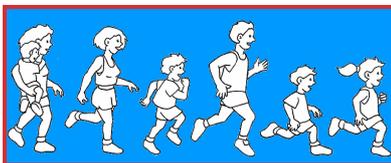
Il consumo di frutta e verdura

Nell'**ULSS 19** la quasi totalità degli intervistati (97,5%) mangia frutta e verdura almeno 1 volta al giorno, ma solo l'8% consuma le 5 o più porzioni raccomandate; in **Veneto** consumano le 5 porzioni raccomandate il 12% degli intervistati mentre e nel **Pool ASL** il 10%.



Conclusioni

Ridurre l'eccesso ponderale della popolazione è possibile solo con la combinazione di molteplici interventi: *sull'individuo* con i consigli ed il sostegno del MMG, *sulla popolazione* con programmi declinati dal Sistema Sanitario con attività di promozione di sani stili di vita e interventi sul contesto di vita caratterizzato da disuguaglianze sociali, da un ambiente "obesogenico" per la crescente presenza di alimenti a scarso valore nutrizionale, ipercalorici, a basso costo e promossi da un marketing industriale sempre più pervasivo, e da un ambiente "fisico" che non facilita l'attività motoria quotidiana (carenza di piste ciclabili e pedonabili, trasporti pubblici inefficienti, mancanza di aree verdi). La corretta alimentazione rientra sia nel macro-obiettivo del PSN di contrasto alle malattie croniche non trasmissibili, sia nel Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018, pertanto Regione Veneto e Aziende Sanitarie, con gli obiettivi di aumentare il consumo di frutta e verdura e ridurre il consumo eccessivo di sale, hanno programmato una serie di azioni sia per promuovere comportamenti alimentari corretti e stili di vita sani (compresa l'attività fisica) nella popolazione giovanile e adulta, sia per aumentare l'offerta di approccio comportamentale o farmacologico nelle persone con fattori di rischio.



L'ATTIVITA' FISICA nell'Azienda ULSS 18 I dati del Sistema di Sorveglianza PASSI 2013-2016

La **sedentarietà** è al 4° posto fra i fattori di rischio di patologie croniche, in particolare quelle cardiovascolari: per le cardiopatie ischemiche si stima che l'eccesso di rischio attribuibile alla sedentarietà ed i conseguenti costi sociali, diretti dell'assistenza e indiretti dell'impatto sugli anni di vita in buona salute e produttività, siano maggiori di quelli singolarmente attribuibili a fumo, ipertensione e obesità. Si stima che le persone "sedentarie" abbiano un aumento del rischio di mortalità per qualsiasi causa del 20-30% rispetto alle persone "attive". L'attività fisica regolare svolge, quindi, un ruolo di primaria importanza nella prevenzione di malattie cardiovascolari e ipertensione, diabete, tumori di mammella e colon, depressione, obesità e accresce la possibilità di vivere una vita autosufficiente. L'attività fisica contribuisce, inoltre, ad uno sviluppo sostenibile in quanto induce ad una diminuzione dell'inquinamento e dei gas serra.

Nell'**ULSS 18**, secondo i dati 2013-2016 del Sistema di Sorveglianza PASSI, il **36%** degli intervistati di età 18-69 anni risulta avere uno stile di vita **attivo**, il **44% parzialmente attivo** mentre il **20%** risulta essere **sedentario**,

...in Veneto

le persone **attive** sono il **33%**, **parzialmente attive** il **45%** mentre i **sedentari** sono il **22%**,

...nel Pool ASL nazionale

le persone **attive** sono il **32%**, **parzialmente attive** il **35%** mentre i **sedentari** sono il **33%**.

Definizioni

Attivo: persona che fa un lavoro pesante oppure aderisce 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)

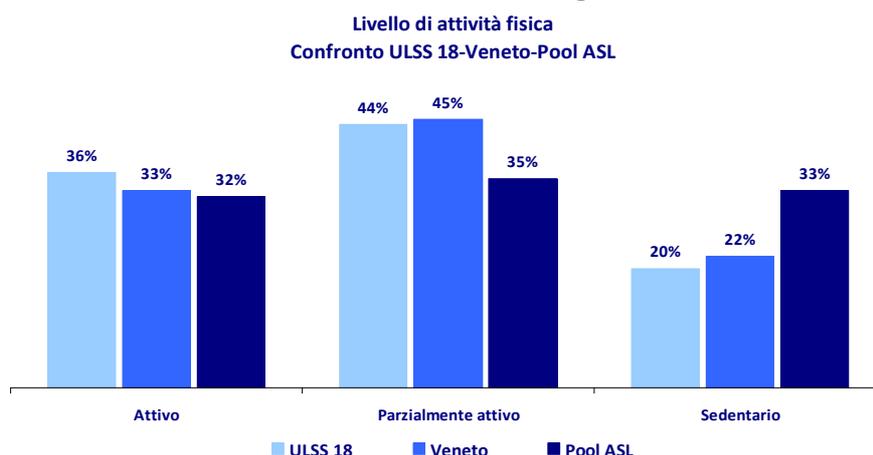
Parzialmente attivo: persona che non fa lavoro pesante, ma pratica qualche attività fisica nel tempo libero, senza raggiungere i livelli raccomandati

Sedentario: persona che non fa un lavoro pesante e non fa alcuna attività fisica nel tempo libero

| Caratteristiche dei sedentari Azienda ULSS 18 | | |
|--|--------------------|-------|
| | Prevalenza | 19,9% |
| Genere | Uomini | 20,9% |
| | Donne | 18,9% |
| Classi di età | 18-34 anni | 21,1% |
| | 35-49 anni | 17,7% |
| | 50-69 anni | 21,0% |
| Livello di istruzione | Nessuno/elementare | 24,4% |
| | Media inferiore | 22,5% |
| | Media superiore | 19,0% |
| | Laurea | 16,0% |
| Difficoltà economiche | Molte | 32,1% |
| | Qualche | 19,4% |
| | Nessuna | 17,2% |
| Cittadinanza | Italiana | 19,4% |
| | Straniera | 29,4% |

Caratteristiche socio-demografiche

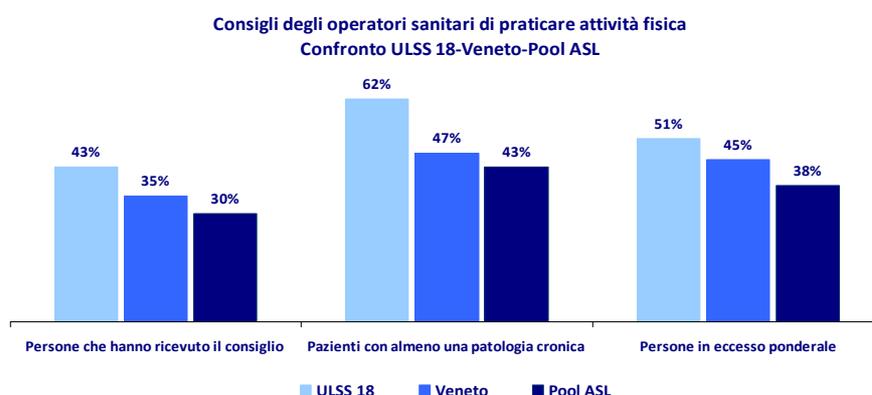
Nell'**ULSS 18**, lo stile di vita sedentario risulta più diffuso negli uomini, nelle classi di età 18-34 e 50-69 anni e nelle persone più svantaggiate: quelle con più basso livello di istruzione ed economicamente in difficoltà e gli stranieri.



L'attenzione degli operatori sanitari

Nell'**ULSS 18** il 43% degli intervistati, che negli ultimi 12 mesi hanno avuto un contatto con medico o operatore sanitario, hanno ricevuto il consiglio di praticare attività fisica regolare, il 62% presentava almeno una patologia cronica ed il 51% era in eccesso ponderale.

In **Veneto** le percentuali sono rispettivamente del 35%, 48% e 45% mentre nel **Pool ASL** del 30%, 43% e 38%.



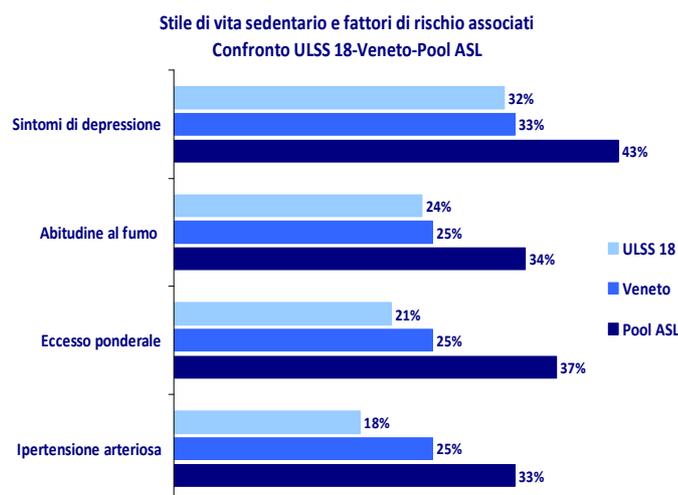
La consapevolezza

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 e spesso non corrisponde al livello di attività effettivamente praticata. Nell'**ULSS 18** tra le persone *attive* oltre un terzo giudica la propria attività fisica *non sufficiente* (34%), mentre il 46% delle persone *parzialmente attive* e l'11% dei *sedentari* percepisce *sufficiente* il proprio livello di attività fisica; nel **Pool ASL** le percentuali sono rispettivamente del 28%, 52% e 20%.

Stile di vita sedentario e altri fattori di rischio

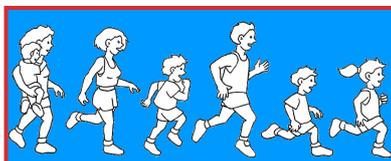
Lo stile di vita sedentario si associa spesso ad altre condizioni di rischio; nell'**ULSS 18** è risultato essere **sedentario** (rispetto al 20% della popolazione generale): il 32% delle persone depresse, il 24% dei fumatori, il 21% delle persone in eccesso ponderale ed il 18% degli ipertesi.

In **Veneto** le percentuali sono rispettivamente del 33%, 25%, 24% e 25%, mentre nel **Pool ASL** le percentuali sono 43%, 34%, 37% e 33%.



Conclusioni

La promozione dell'attività fisica rappresenta un'azione prioritaria di sanità pubblica: gli effetti positivi di una diffusa attività fisica nella popolazione sono evidenti a livello sociale ed economico. Nei Piani Sanitari Nazionale e Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018 l'importanza dell'attività fisica per la salute è ripresa nel macro-obiettivo "Riduzione del carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT)" dove viene ribadita l'importanza di intervenire precocemente sui principali fattori di rischio modificabili (fumo, consumo dannoso di alcol, alimentazione scorretta, sedentarietà). La complessità di questo macro-obiettivo richiede un approccio articolato e intersettoriale con strategie di promozione della salute, orientate all'empowerment di comunità, con azioni svolte in setting definiti (scuola, lavoro, ecc.), con strategie di prevenzione primaria su gruppi a rischio e di prevenzione secondaria, per l'identificazione di malattie in fase precoce. Nell'Azienda ULSS 18, come da PRP, sono in essere alcuni programmi di promozione dell'attività fisica fatti in collaborazione con Enti di promozione sportiva e sociale, tra queste l'Unione Italiana Sport per tutti (UISP), pubbliche amministrazioni (Comuni, Istituti Scolastici), Associazioni di volontariato e di pazienti; tra questi il "Progetto Integrato per la promozione della salute nella popolazione adulta anziana", che offre opportunità di movimento sia a persone sane che affette da patologie croniche, proponendo attività diversificate, diffuse nel territorio e a basso costo ed il progetto "Muovimondo", percorso didattico proposto gratuitamente alla Scuola Primaria, il cui obiettivo è la promozione di uno stile di vita sano e attivo in un'ottica interculturale.



L'ATTIVITA' FISICA nell'Azienda ULSS 19

I dati del Sistema di Sorveglianza PASSI 2013-2016

La **sedentarietà** è al 4° posto fra i fattori di rischio di patologie croniche, in particolare quelle cardiovascolari: per le cardiopatie ischemiche si stima che l'eccesso di rischio attribuibile alla sedentarietà ed i conseguenti costi sociali, diretti dell'assistenza e indiretti dell'impatto sugli anni di vita in buona salute e produttività, siano maggiori di quelli singolarmente attribuibili a fumo, ipertensione e obesità. Si stima che le persone "sedentarie" abbiano un aumento del rischio di mortalità per qualsiasi causa del 20-30% rispetto alle persone "attive". L'attività fisica regolare svolge, quindi, un ruolo di primaria importanza nella prevenzione di malattie cardiovascolari e ipertensione, diabete, tumori di mammella e colon, depressione, obesità e accresce la possibilità di vivere una vita autosufficiente. L'attività fisica contribuisce, inoltre, ad uno sviluppo sostenibile in quanto induce ad una diminuzione dell'inquinamento e dei gas serra.

Nell'**ULSS 19**, secondo i dati 2013-2016 del Sistema di Sorveglianza PASSI, il **41%** degli intervistati di età 18-69 anni risulta avere uno stile di vita **attivo**, il **37% parzialmente attivo** mentre il **22%** risulta essere **sedentario**,

...in Veneto

le persone **attive** sono il **33%**, **parzialmente attive** il **45%** mentre i **sedentari** sono il **22%**,

...nel Pool ASL nazionale

le persone **attive** sono il **32%**, **parzialmente attive** il **35%** mentre i **sedentari** sono il **33%**.

Definizioni

Attivo: persona che fa un lavoro pesante oppure aderisce 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)

Parzialmente attivo: persona che non fa lavoro pesante, ma pratica qualche attività fisica nel tempo libero, senza raggiungere i livelli raccomandati

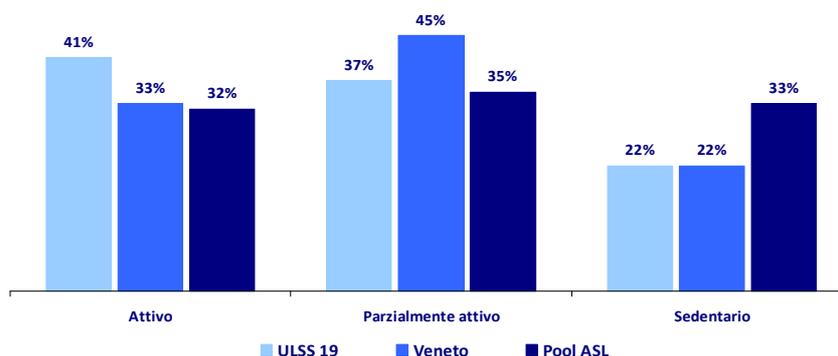
Sedentario: persona che non fa un lavoro pesante e non fa alcuna attività fisica nel tempo libero

| Caratteristiche dei sedentari Azienda ULSS 19 | | |
|---|--------------------|--------|
| | Prevalenza | 21,7% |
| Genere | Uomini | 21,6% |
| | Donne | 21,7% |
| Classi di età | 18-34 anni | 13,7% |
| | 35-49 anni | 19,0% |
| | 50-69 anni | 28,2% |
| Livello di istruzione | Nessuno/elementare | 35,7% |
| | Media inferiore | 21,0% |
| | Media superiore | 18,3% |
| | Laurea | 27,9 % |
| Difficoltà economiche | Molte | 27,2% |
| | Qualche | 21,7% |
| | Nessuna | 20,5% |
| Cittadinanza | Italiana | 21,7% |
| | Straniera | 22,6% |

Caratteristiche socio-demografiche

Nell'**ULSS 19**, lo stile di vita sedentario risulta più diffuso nella classe di età 50-69 anni e nelle persone più svantaggiate: quelle con più basso livello di istruzione ed economicamente in difficoltà.

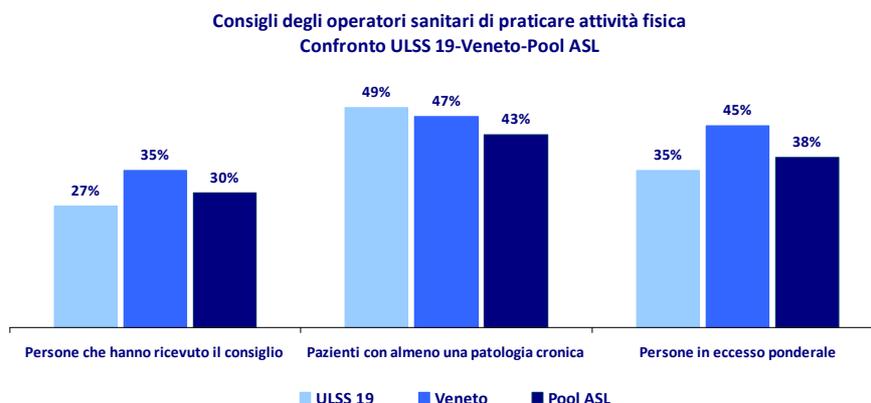
Livello di attività fisica
Confronto ULSS 19-Veneto-Pool ASL



L'attenzione degli operatori sanitari

Nell'**ULSS 19** il 27% degli intervistati, che negli ultimi 12 mesi hanno avuto un contatto con medico o operatore sanitario, hanno ricevuto il consiglio di praticare attività fisica regolare, il 49% presentava almeno una patologia cronica ed il 35% era in eccesso ponderale.

In **Veneto** le percentuali sono rispettivamente del 35%, 48% e 45% mentre nel **Pool ASL** del 30%, 43% e 38%.



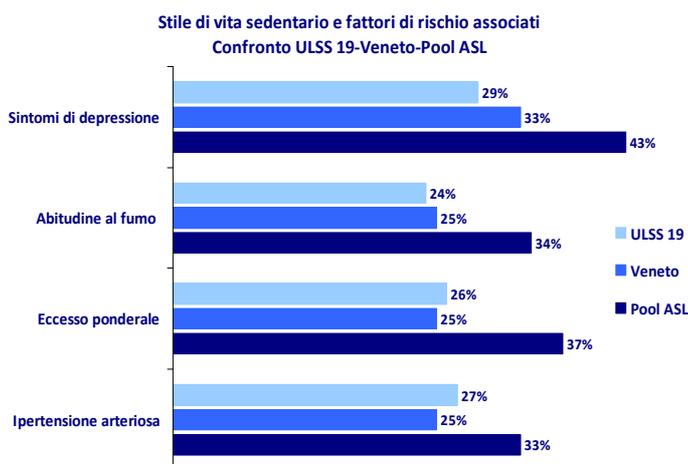
La consapevolezza

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 e spesso non corrisponde al livello di attività effettivamente praticata. Nell'**ULSS 19** tra le persone *attive* circa un terzo giudica la propria attività fisica *non sufficiente* (32%), mentre il 48% delle persone *parzialmente attive* e il 14% dei *sedentari* percepisce *sufficiente* il proprio livello di attività fisica; nel **Pool ASL** le percentuali sono rispettivamente del 28%, 52% e 20%.

Stile di vita sedentario e altri fattori di rischio

Lo stile di vita sedentario si associa spesso ad altre condizioni di rischio; nell'**ULSS 19** è risultato essere **sedentario** (rispetto al 22% della popolazione generale) il 29% delle persone depresse, il 27% dei fumatori, il 26% delle persone in eccesso ponderale ed il 24% degli ipertesi.

In **Veneto** le percentuali sono rispettivamente del 33%, 25%, 24% e 25%, mentre nel **Pool ASL** le percentuali sono 43%, 34%, 37% e 33%.



Conclusioni

La promozione dell'attività fisica rappresenta un'azione prioritaria di sanità pubblica: gli effetti positivi di una diffusa attività fisica nella popolazione sono evidenti a livello sociale ed economico. Nei Piani Sanitari Nazionale e Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018 l'importanza dell'attività fisica per la salute è ripresa nel macro-obiettivo "Riduzione del carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT)" dove viene ribadita l'importanza di intervenire precocemente sui principali fattori di rischio modificabili (fumo, consumo dannoso di alcol, alimentazione scorretta, sedentarietà). La complessità di questo macro-obiettivo richiede un approccio articolato e intersettoriale con strategie di promozione della salute, orientate all'empowerment di comunità, con azioni svolte in setting definiti (scuola, lavoro, ecc.), con strategie di prevenzione primaria su gruppi a rischio e di prevenzione secondaria, per l'identificazione di malattie in fase precoce. Nel territorio dell'ULSS 19, come da PRP, sono in essere alcuni programmi di promozione dell'attività fisica fatti in collaborazione con Enti di promozione sportiva e sociale, tra queste l'Unione Italiana Sport per tutti (UISP), pubbliche amministrazioni (Comuni, Istituti Scolastici), Associazioni di volontariato e di pazienti; tra questi il "Progetto Integrato per la promozione della salute nella popolazione adulta-anziana", che offre opportunità di movimento sia a persone sane che affette da patologie croniche, proponendo attività diversificate, diffuse nel territorio e a basso costo ed il progetto "Pedibus", che coinvolge i bambini della Scuola Primaria, che concilia l'attività motoria, tramite il percorso a piedi casa/scuola in gruppo, con la crescita dell'autonomia e dell'autostima dei bambini.



II CONSUMO DI ALCOL nell'Azienda ULSS 18

I dati del Sistema di Sorveglianza PASSI 2013-2016

L'alcol è uno dei principali fattori di rischio per la salute, con effetti che, a differenza del fumo, si possono manifestare in seguito ad un singolo episodio di consumo, anche ritenuto moderato. Nell'ambito della promozione di stili di vita sani, il consumo di alcolici ha assunto un'importanza sempre maggiore, perché l'alcol è uno dei principali fattori di rischio di malattie croniche (tumori, malattie cardiovascolari, cirrosi del fegato e diabete), provoca malattie neuropsichiatriche ed alterazioni psico-motorie che possono causare traumi (incidenti stradali, infortuni sul lavoro, episodi di violenza, suicidi), può creare dipendenza e problemi di salute materno-infantile. La mortalità alcol-correlata, acuta o cronica, diretta o indiretta, è circa il 4% del totale nei maschi e il 2% nelle femmine. Il danno causato dall'alcol, oltre che alla persona che beve, può estendersi alle famiglie e alla collettività, gravando sull'intera società, con un impatto economico notevole. L'OMS raccomanda l'astensione dalle bevande alcoliche in età inferiore a 18 anni e superiore a 60-65 anni, in gravidanza e allattamento, in caso di guida di veicoli, in situazioni lavorative, in caso di malattie causate o aggravate dall'alcol, di disturbi mentali in corso o pregressi, di uso di farmaci e di sostanze psicoattive, di eccesso ponderale, di familiarità per alcolismo.

Nell'**ULSS 18**, secondo i dati 2013-2016 del Sistema di Sorveglianza PASSI, il 59% degli intervistati di età 18-69 anni risultano essere **bevitori**¹, il 18% **consumatori a maggior rischio**², il 7% **consumatori binge**³, il 4% **bevitori con consumo abituale elevato**⁴ ed il 10% **consumatori fuori pasto**,

...in Veneto

il 64% degli intervistati risultano essere **bevitori**¹, il 24% **consumatori a maggior rischio**², il 13% **consumatori binge**³, il 5% **bevitori con consumo abituale elevato**⁴ ed il 13% **consumatori fuori pasto**,

... nel Pool ASL nazionale

il 55% degli intervistati risultano essere **bevitori**¹, il 17% **consumatori a maggior rischio**², il 9% **consumatori binge**³, il 3% **bevitori con consumo abituale elevato**⁴ e l'8% **consumatori fuori pasto**.

Caratteristiche dei consumatori a maggior rischio e binge - Azienda ULSS 18

| | Prevalenza | Maggior rischio | Binge |
|-----------------------|--------------------|-----------------|-------|
| | | 17,6% | 7,1% |
| Genere | Uomini | 23,8% | 11,8% |
| | Donne | 11,4% | 2,4% |
| Classe di età | 18-24 anni | 39,7% | 11,6% |
| | 25-34 anni | 26,9% | 9,6% |
| | 35-49 anni | 15,0% | 7,8% |
| | 50-69 anni | 11,6% | 4,7% |
| Livello di istruzione | Nessuno/elementare | 5,7% | 0,0% |
| | Media inferiore | 17,3% | 8,9% |
| | Media superiore | 19,1% | 7,3% |
| | Laurea | 17,2% | 4,9% |
| Difficoltà economiche | Molte | 19,5% | 11,0% |
| | Qualche | 16,3% | 6,2% |
| | Nessuna | 18,5% | 7,0% |
| Cittadinanza | Italiana | 18,3% | 7,5% |
| | Straniera | 6,1% | 0,0% |

Definizioni

Unità alcoliche standardizzate (UA): misura del consumo di alcol

¹**Bevitore:** chi ha consumato almeno 1 UA negli ultimi 30 giorni

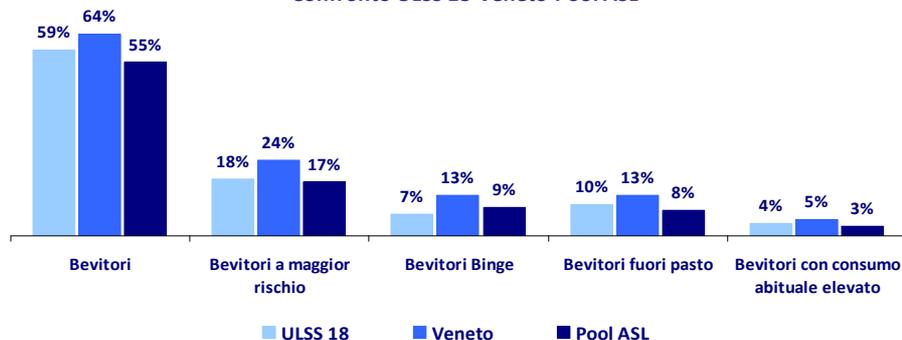
²**Consumatore a maggior rischio:** consumo fuori pasto e/o consumo binge e/o consumo abituale elevato

³**Consumatore binge:** consumo, almeno una volta negli ultimi 30 giorni, per gli uomini di 5 o più UA e per le donne 4 o più UA in una singola occasione

⁴**Consumatore abituale elevato:** consumo per gli uomini di più di 2 UA medie giornaliere, corrispondenti a più di 60 UA negli ultimi 30 giorni e per le donne di più di 1 UA media giornaliera, corrispondente a più di 30 UA negli ultimi 30 giorni



Consumo di alcol
Confronto ULSS 18-Veneto-Pool ASL



Caratteristiche socio-demografiche dei consumatori a maggior rischio e binge

Nell'**ULSS 18**, il consumo a maggior rischio è più frequente negli uomini, nelle classi di età più giovani, nelle persone con livello di istruzione medio-alto, tra le persone che riferiscono molte/qualche difficoltà economica e tra le persone di nazionalità italiana; i bevitori binge presentano, seppur con percentuali inferiori, le stesse caratteristiche. Le persone intervistate in **Veneto** e nel **Pool ASL** presentano le stesse caratteristiche socio-demografiche.

Il consiglio degli operatori sanitari

Tra i fattori di rischio comportamentali, il consumo di alcol rappresenta l'abitudine di cui si ha meno consapevolezza.

Nell'**ULSS 18**, solamente il 16% dei bevitori con consumo abituale elevato, l'11% dei bevitori binge, il 7% dei bevitori a maggior rischio ed il 3% dei bevitori fuori pasto, che negli ultimi 12 mesi hanno avuto un contatto con operatori sanitari, hanno ricevuto il consiglio di ridurre il consumo di alcolici; nel **Pool ASL** le percentuali sono rispettivamente il 12%, l'8%, il 6% ed il 10%.

Alcol, guida e controlli delle Forze dell'Ordine

Nell'**ULSS 18**, tra i bevitori di 18-69 anni che hanno guidato l'auto/moto negli ultimi 12 mesi, il 7% dichiara di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol (entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più UA), mentre il 3% di essere stato trasportato da un conducente che guidava sotto l'effetto di alcol. Il 35% degli intervistati riferisce di essere stato fermato almeno una volta negli ultimi 12 mesi dalle Forze dell'Ordine, con una media di 2 volte. Tra chi è stato fermato, il 15% riferisce di essere stato sottoposto all'etilotest, con percentuali che variano molto in rapporto alla fascia di età (31% 18-24 anni, 26% 25-34 anni, 13% 35-49 anni e 8% 50-69 anni).

In **Veneto** il 9% dichiara di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol ed il 7% di essere stato trasportato da un conducente che aveva bevuto, il 35% è stato fermato ed il 12% è stato sottoposto ad etilotest.

Nel **Pool ASL** l'8% dichiara di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol e il 5% di essere stato trasportato; i fermati sono il 31% e quelli sottoposti a controllo con etilotest il 10%.

Conclusioni

Oltre al programma "Guadagnare Salute-rendere facili le scelte salutari", come per altri fattori di rischio, nei Piani sanitari della Prevenzione 2014-2018, Nazionale e Regionale, il consumo di alcol rientra nel macro-obiettivo "Riduzione del carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie croniche non trasmissibili", ed è ripreso anche in altri obiettivi che individuano nell'uso di alcol uno dei fattori di rischio critici per la sanità pubblica: prevenzione della dipendenza da sostanze, degli incidenti stradali, degli incidenti domestici e degli infortuni sul lavoro. Nel PRP 2014-2018, la Regione Veneto ha programmato una serie di azioni per intervenire sul consumo di alcol, promuovendo il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (attività fisica, alimentazione...) nella popolazione giovanile e adulta, sviluppando campagne di informazione e programmi di educazione alla salute volti a ridurre il consumo di alcol e ad aumentare la formazione del personale sanitario sulla prevenzione dei problemi alcol-correlati, anche in riferimento all'area materno-infantile. Il contrasto all'abuso di alcol attraverso azioni di contrasto non competono però solo alla Sanità, ma anche ad altri settori coinvolti in qualche maniera, quali quelli dei trasporti, del commercio, della regolamentazione della vendita e della somministrazione di bevande alcoliche, oltreché a quello del marketing.



II CONSUMO DI ALCOL nell'Azienda ULSS 19

I dati del Sistema di Sorveglianza PASSI 2013-2016

L'alcol è uno dei principali fattori di rischio per la salute, con effetti che, a differenza del fumo, si possono manifestare in seguito ad un singolo episodio di consumo, anche ritenuto moderato. Nell'ambito della promozione di stili di vita sani, il consumo di alcolici ha assunto un'importanza sempre maggiore, perché l'alcol è uno dei principali fattori di rischio di malattie croniche (tumori, malattie cardiovascolari, cirrosi del fegato e diabete), provoca malattie neuropsichiatriche ed alterazioni psico-motorie che possono causare traumi (incidenti stradali, infortuni sul lavoro, episodi di violenza, suicidi), può creare dipendenza e problemi di salute materno-infantile: la mortalità alcol-correlata, acuta o cronica, diretta o indiretta, è circa il 4% del totale nei maschi e il 2% nelle femmine. Il danno causato dall'alcol, oltre che alla persona che beve, può estendersi alle famiglie e alla collettività, gravando sull'intera società, con un impatto economico notevole.

L'OMS raccomanda l'astensione dalle bevande alcoliche in età inferiore a 18 anni e superiore a 60-65 anni, in gravidanza e allattamento, in caso di guida di veicoli, in situazioni lavorative, in caso di malattie causate o aggravate dall'alcol, di disturbi mentali in corso o pregressi, di uso di farmaci e di sostanze psicoattive, di eccesso ponderale, di familiarità per alcolismo.

Nell'**ULSS 19**, secondo i dati 2013-2016 del Sistema di Sorveglianza PASSI, il 56% degli intervistati di età 18-69 anni risultano essere **bevitori¹**, il 17% **consumatori a maggior rischio²**, il 6% **consumatori binge³**, il 2% **bevitori con consumo abituale elevato⁴** ed il 12% **consumatori fuori pasto**,

...in Veneto

il 64% degli intervistati risultano essere **bevitori¹**, il 24% **consumatori a maggior rischio²**, il 13% **consumatori binge³**, il 5% **bevitori con consumo abituale elevato⁴** ed il 13% **consumatori fuori pasto**,

... nel Pool ASL nazionale

il 55% degli intervistati risultano essere **bevitori¹**, il 17% **consumatori a maggior rischio²**, il 9% **consumatori binge³**, il 3% **bevitori con consumo abituale elevato⁴** e l'8% **consumatori fuori pasto**.

Caratteristiche dei consumatori a maggior rischio e binge - Azienda ULSS 19

| | Prevalenza | Maggior rischio | Binge |
|-----------------------|--------------------|-----------------|-------|
| | | 16,5% | 5,6% |
| Genere | Uomini | 20,0% | 8,3% |
| | Donne | 13,0% | 2,9% |
| Classe di età | 18-24 anni | 47,1% | 12,3% |
| | 25-34 anni | 30,7% | 10,7% |
| | 35-49 anni | 14,8% | 5,7% |
| | 50-69 anni | 5,6% | 2,2% |
| Livello di istruzione | Nessuno/elementare | 2,2% | 2,2% |
| | Media inferiore | 15,6% | 6,1% |
| | Media superiore | 21,1% | 6,2% |
| | Laurea | 16,7% | 2,9% |
| Difficoltà economiche | Molte | 12,9% | 3,5% |
| | Qualche | 18,7% | 7,2% |
| | Nessuna | 15,6% | 4,8% |
| Cittadinanza | Italiana | 16,7% | 5,6% |
| | Straniera | 12,0% | 0,0% |

Definizioni

Unità alcoliche standardizzate (UA): misura del consumo di alcol

¹**Bevitore:** chi ha consumato almeno 1 UA negli ultimi 30 giorni

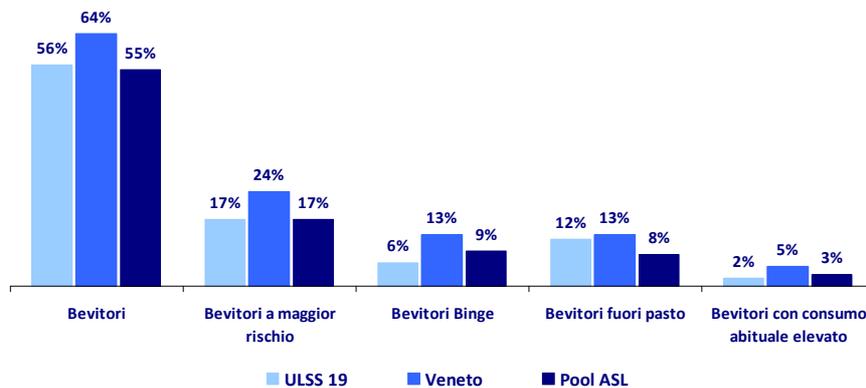
²**Consumatore a maggior rischio:** consumo fuori pasto e/o consumo binge e/o consumo abituale elevato

³**Consumatore binge:** consumo, almeno una volta negli ultimi 30 giorni, per gli uomini di 5 o più UA e per le donne 4 o più UA in una singola occasione

⁴**Consumatore abituale elevato:** consumo per gli uomini di più di 2 UA medie giornaliere, corrispondenti a più di 60 UA negli ultimi 30 giorni e per le donne di più di 1 UA media giornaliera, corrispondente a più di 30 UA negli ultimi 30 giorni



Consumo di alcol
Confronto ULSS 19-Veneto-Pool ASL



Caratteristiche socio-demografiche dei consumatori a maggior rischio e binge

Nell'**ULSS 19**, il consumo a maggior rischio è più frequente negli uomini, nelle classi di età più giovani, nelle persone con livello di istruzione medio-alto, tra le persone che riferiscono molte/qualche difficoltà economica e tra le persone di nazionalità italiana; i bevitori binge presentano, seppur con percentuali inferiori, le stesse caratteristiche. Le persone intervistate in **Veneto** e nel **Pool ASL** presentano le stesse caratteristiche socio-demografiche.

Il consiglio degli operatori sanitari

Tra i fattori di rischio comportamentali, il consumo di alcol rappresenta l'abitudine di cui si ha meno consapevolezza.

Nell'**ULSS 19**, solamente il 2% dei bevitori binge, l'1% dei bevitori a maggior rischio ed il 2% dei bevitori fuori pasto, che negli ultimi 12 mesi hanno avuto un contatto con operatori sanitari, hanno ricevuto il consiglio di ridurre il consumo di alcolici, mentre nessun bevitore con consumo abituale elevato ha ricevuto il consiglio; nel **Pool ASL** le percentuali sono rispettivamente il 12%, l'8%, il 6% ed il 4%.

Alcol, guida e controlli delle Forze dell'Ordine

Nell'**ULSS 19**, tra i bevitori di 18-69 anni che hanno guidato l'auto/moto negli ultimi 12 mesi, il 5% dichiara di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol (entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più UA), mentre il 5% di essere stato trasportato da un conducente che guidava sotto l'effetto di alcol. Il 35% degli intervistati riferisce di essere stato fermato almeno una volta negli ultimi 12 mesi dalle Forze dell'Ordine, con una media di 2 volte. Tra chi è stato fermato, il 13% riferisce di essere stato sottoposto all'etilotest, con percentuali che variano molto in rapporto alla fascia di età (21% 18-24 anni, 13% 25-34 anni, 11% 35-49 anni e 12% 50-69 anni).

In **Veneto** il 9% dichiara di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol ed il 7% di essere stato trasportato da un conducente che aveva bevuto, il 35% è stato fermato ed il 12% è stato sottoposto ad etilotest.

Nel **Pool ASL** l'8% dichiara di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol e il 5% di essere stato trasportato; i fermati sono il 31% e quelli sottoposti a controllo con etilotest il 10%.

Conclusioni

Oltre al programma "Guadagnare Salute-rendere facili le scelte salutari", come per altri fattori di rischio, nei Piani sanitari della Prevenzione 2014-2018, Nazionale e Regionale, il consumo di alcol rientra nel macro-obiettivo "Riduzione del carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie croniche non trasmissibili", ed è ripreso anche in altri obiettivi che individuano nell'uso di alcol uno dei fattori di rischio critici per la sanità pubblica: prevenzione della dipendenza da sostanze, degli incidenti stradali, degli incidenti domestici e degli infortuni sul lavoro. Nel PRP 2014-2018, la Regione Veneto ha programmato una serie di azioni per intervenire sul consumo di alcol, promuovendo il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (attività fisica, alimentazione...) nella popolazione giovanile e adulta, sviluppando campagne di informazione e programmi di educazione alla salute volti a ridurre il consumo di alcol e ad aumentare la formazione del personale sanitario sulla prevenzione dei problemi alcol-correlati, anche in riferimento all'area materno-infantile. Il contrasto all'abuso di alcol attraverso azioni di contrasto non competono però solo alla Sanità, ma anche ad altri settori coinvolti in qualche maniera, quali quelli dei trasporti, del commercio, della regolamentazione della vendita e della somministrazione di bevande alcoliche, oltrechè a quello del marketing.



L'ABITUDINE AL FUMO nell'Azienda ULSS 18

I dati del Sistema di Sorveglianza PASSI 2013-2016

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronicodegenerative, in particolare a carico degli apparati respiratorio (bronchite cronica, enfisema, tumore del polmone, trachea, bronchi, ...) e cardiovascolare (ictus, infarto, ...). Negli ultimi 40 anni la percentuale di fumatori negli uomini si è progressivamente ridotta, mentre è cresciuta tra le donne, fino a raggiungere in alcune regioni valori paragonabili nei due sessi. Oggi in Italia il fumo costituisce ancora la **prima causa evitabile di morte prematura**, si stima che provochi 70.000-85.000 decessi/anno e più di 1 milione di anni di vita potenziale persi, oltre ad avere conseguenze sulla salute delle persone esposte passivamente al fumo. Anche i costi economici legati al fumo sono molto rilevanti e non si limitano alla spesa sanitaria: si stima, infatti, che circa il 50% dei fumatori muoiano a causa del fumo e di questi il 50% durante il periodo più produttivo della vita, durante il quale sono, inoltre, meno produttivi a causa dell'aumento della morbidità. E' un'abitudine che provoca dipendenza dovuta alla nicotina, caratterizzata dalla ricerca compulsiva della sostanza, che induce la maggior parte dei fumatori a fumare tutti i giorni, sebbene consapevoli dei danni provocati dal fumo. I benefici derivanti dalla cessazione dell'abitudine al fumo sono noti e cadenzati nella loro sequenza temporale.

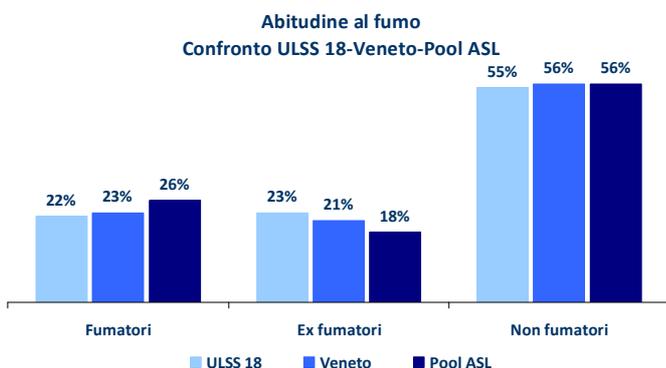
Nell'**ULSS 18**, secondo i dati 2013-2016 del Sistema di Sorveglianza PASSI, il **55%** degli intervistati di età 18-69 anni dichiara di essere **non fumatore**, il **23%** di essere **ex-fumatore** mentre il **22%** risulta essere **fumatore**,

...in Veneto

i **non fumatori** sono il **56%**, gli **ex-fumatori** il **21%** mentre i **fumatori** sono il **23%**,

...nel Pool ASL nazionale

i **non fumatori** sono il **56%**, gli **ex-fumatori** il **18%** mentre i **fumatori** sono il **26%**.



| Caratteristiche dei fumatori Azienda ULSS 18 | | |
|---|--------------------|-------|
| | Prevalenza | 22,0% |
| Genere | Uomini | 27,6% |
| | Donne | 16,4% |
| Classi di età | 18-24 anni | 19,6% |
| | 25-34 anni | 24,3% |
| | 35-49 anni | 24,7% |
| | 50-69 anni | 19,5% |
| Livello di istruzione | Nessuno/elementare | 20,2% |
| | Media inferiore | 25,9% |
| | Media superiore | 21,3% |
| | Laurea | 16,1% |
| Condizione economica | Molte difficoltà | 30,3% |
| | Qualche difficoltà | 23,5% |
| | Nessuna difficoltà | 18,2% |
| Cittadinanza | Italiana | 22,3% |
| | Straniera | 17,0% |
| Quanto si fuma | | |
| Sigarette fumate in media al giorno | | 11.5 |
| Fumatori che fumano almeno 20 sigarette al giorno | | 4,2% |

Caratteristiche socio-demografiche

Nell'**ULSS 18**, l'abitudine al fumo è più diffusa negli uomini, nella classe di età 18-34 anni e nelle persone più svantaggiate economicamente e meno istruite.

Il numero di sigarette fumate in media al giorno è pari a 11.5. Tra i fumatori, il 4% è un **forte fumatore** (più di un pacchetto di sigarette al giorno), il 20% è un **fumatore quotidiano** mentre l'1% è **occasionale** (non fuma tutti i giorni).

Definizioni

| FUMATORE | EX FUMATORE | NON FUMATORE |
|--|--|---|
| <p>Persona che ha fumato più di 100 sigarette nella sua vita e che fuma tuttora o che ha smesso di fumare da meno di sei mesi (<i>fumatore in astensione</i>).</p> | <p>Persona che attualmente non fuma e che ha smesso da oltre 6 mesi.</p> | <p>Persona che non ha mai fumato o ha fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e che attualmente non fuma.</p> |

L'attenzione degli operatori sanitari

Nell'**ULSS 18** al 46% degli intervistati, che negli ultimi 12 mesi hanno avuto un contatto con medico o operatore sanitario, è stato chiesto sull'abitudine al fumo e il 53% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere. Nella maggior parte dei casi il consiglio è stato dato per motivi di salute (26%) e a scopo preventivo (16%); nell'11% per entrambe i motivi.

In **Veneto** al 42% e nel **Pool ASL** al 38% degli intervistati è stato chiesto se fuma, mentre il consiglio di smettere è stato dato al 51% dei fumatori a livello nazionale e al 50% in Veneto.

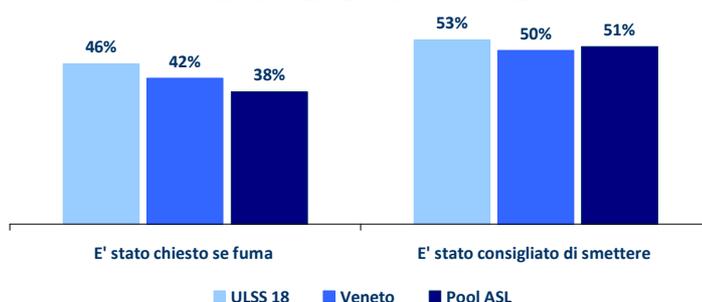
Smettere di fumare

Nell'**ULSS 18** il 32% degli intervistati ha tentato di smettere, tra chi fumava nei 12 mesi precedenti l'intervista; di questi il 76% ha fallito (fumava al momento dell'intervista), per il 19% il tentativo era in corso (non fumava al momento dell'intervista e aveva smesso da meno di 6 mesi), mentre il 5% è riuscito a smettere (non fumava al momento dell'intervista e aveva smesso da oltre 6 mesi).

Tra le persone che hanno tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno, indipendentemente dall'esito del tentativo, il 91% l'ha fatto da solo, il 4,5% ha fatto uso di farmaci e il 4,5% ha utilizzato altre modalità.

In **Veneto** il 44% ha tentato di smettere ed il 9% c'è riuscito; nel **Pool ASL** il 37% ha tentato di smettere ed il 9% c'è riuscito e l'85% ha dichiarato di aver smesso da solo, il 10% con la sigaretta elettronica, l'1% con l'aiuto di farmaci, l'1% tramite corsi organizzati sia dalle ASL che da altri e il 2% con altri sistemi.

Comportamento degli operatori sanitari
Confronto ULSS 18-Veneto-Pool ASL



IL FUMO PASSIVO

Il rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici e nei luoghi di lavoro ed il fumo in casa

Nell'**ULSS 18**, il 95% degli intervistati ha riferito che il divieto di fumo *nei locali pubblici*, da loro frequentati negli ultimi 30 giorni, è rispettato sempre o quasi sempre, anche il 95% dei lavoratori intervistati ha dichiarato che tale divieto è rispettato sempre o quasi sempre *nei luoghi di lavoro*; stesse percentuali sono state rilevate in **Veneto**, mentre nel **Pool ASL** le percentuali sono rispettivamente del 91% e 93%.

Nell'**ULSS 18**, il 91% degli intervistati dichiara che *nella propria casa* non si fuma, mentre il 9% dichiara che è permesso fumare, per l'8% limitatamente ad alcune stanze o situazioni e per l'1% sempre; il divieto assoluto di fumare aumenta al 96% in presenza di *minori di 15 anni*, tuttavia nel 4% dei casi il fumo non è ancora stato completamente bandito dall'ambiente domestico. Il 92% degli intervistati in **Veneto** e l'81% nel **Pool ASL** dichiarano che nella propria abitazione non si fuma, e nel **Pool ASL** tale percentuale aumenta all'87% in presenza di minori.

Conclusioni

Le strategie per il contrasto al tabagismo risultano efficaci solo se imperniate in una politica generale e che preveda una pluralità di interventi intersettoriali da realizzare nell'ambito di diversi setting, in una logica life-course e nell'ottica dell'equità. In questo senso, in linea con le strategie dell'OMS, la Regione Veneto e le ULSS sono fortemente impegnate con azioni di prevenzione delle patologie tabacco-correlate e la promozione di uno stile di vita libero dal fumo, come previsto nei Piani della Prevenzione sia Nazionale che Regionale 2014-2018 nel macro-obiettivo di riduzione delle malattie croniche, essendo il fumo uno dei fattori di rischio (come abuso di alcol, alimentazione scorretta, sedentarietà...) legati in gran parte a comportamenti individuali scorretti ma modificabili pur essendo fortemente condizionati dal contesto sociale, economico e ambientale in cui si vive e si lavora. Le **strategie per il controllo** prevedono tre linee di lavoro, tra loro strettamente connesse: 1-la riduzione dell'esposizione al fumo passivo con azioni di monitoraggio della normativa sul fumo e promozione di ambienti liberi dal tabacco; 2-la prevenzione dell'iniziazione al fumo in ambiti scolastici e di comunità, in un'ottica di promozione della salute; 3-il sostegno della disassuefazione dei fumatori attivi e trattamento del tabagismo.

La tendenza al rispetto del divieto di fumo sia nei luoghi di lavoro che nei locali pubblici continua ad aumentare, così come il fatto di avere case *"libere da fumo"*, segno di crescita culturale che, dalla legge del divieto nei luoghi pubblici e lavorativi porta al *"non fumare"* anche negli ambienti di vita privati, attraverso una sempre maggiore consapevolezza dei danni causati dal fumo passivo.



L'ABITUDINE AL FUMO nell'Azienda ULSS 19

I dati del Sistema di Sorveglianza PASSI 2013-2016

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronicodegenerative, in particolare a carico degli apparati respiratorio (bronchite cronica, enfisema, tumore del polmone, trachea, bronchi, ...) e cardiovascolare (ictus, infarto, ...). Negli ultimi 40 anni la percentuale di fumatori negli uomini si è progressivamente ridotta, mentre è cresciuta tra le donne, fino a raggiungere in alcune regioni valori paragonabili nei due sessi. Oggi in Italia il fumo costituisce ancora la **prima causa evitabile di morte prematura**, si stima che provochi 70.000-85.000 decessi/anno e più di 1 milione di anni di vita potenziale persi, oltre ad avere conseguenze sulla salute delle persone esposte passivamente al fumo. Anche i costi economici legati al fumo sono molto rilevanti e non si limitano alla spesa sanitaria: si stima, infatti, che circa il 50% dei fumatori muoiano a causa del fumo e di questi il 50% durante il periodo più produttivo della vita, durante il quale sono, inoltre, meno produttivi a causa dell'aumento della morbilità. È un'abitudine che provoca dipendenza dovuta alla nicotina, caratterizzata dalla ricerca compulsiva della sostanza, che induce la maggior parte dei fumatori a fumare tutti i giorni, sebbene consapevoli dei danni provocati dal fumo. I benefici derivanti dalla cessazione dell'abitudine al fumo sono noti e cadenzati nella loro sequenza temporale.

Nell'**ULSS 19**, secondo i dati 2013-2016 del Sistema di Sorveglianza PASSI, il **53%** degli intervistati di età 18-69 anni dichiara di essere **non fumatore**, il **20%** di essere **ex-fumatore** mentre il **27%** risulta essere **fumatore**,

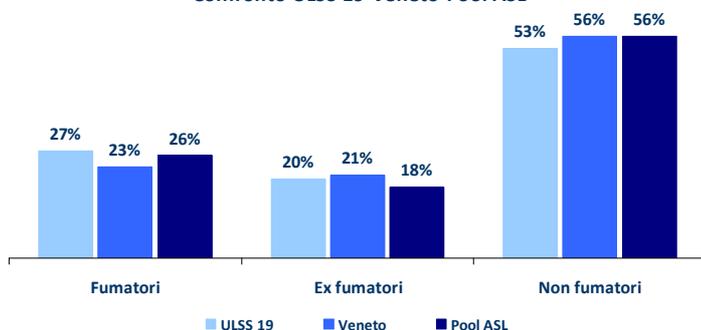
...in Veneto

i **non fumatori** sono il **56%**, gli **ex-fumatori** il **21%** mentre i **fumatori** sono il **23%**,

...nel Pool ASL nazionale

i **non fumatori** sono il **56%**, gli **ex-fumatori** il **18%** mentre i **fumatori** sono il **26%**.

Abitudine al fumo
Confronto ULSS 19-Veneto-Pool ASL



Definizioni

FUMATORE

Persona che ha fumato più di 100 sigarette nella sua vita e che fuma tuttora o che ha smesso di fumare da meno di sei mesi (*fumatore in astensione*).

EX FUMATORE

Persona che attualmente non fuma e che ha smesso da oltre 6 mesi.

NON FUMATORE

Persona che non ha mai fumato o ha fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e che attualmente non fuma.

Caratteristiche dei fumatori Azienda ULSS 19

| | | |
|---|--------------------|--------|
| | Prevalenza | 26,9% |
| Genere | Uomini | 32,2% |
| | Donne | 21,5% |
| Classi di età | 18-24 anni | 41,9% |
| | 25-34 anni | 33,2% |
| | 35-49 anni | 24,6% |
| | 50-69 anni | 22,9% |
| Livello di istruzione | Nessuno/elementare | 30,1% |
| | Media inferiore | 27,4% |
| | Media superiore | 26,8% |
| | Laurea | 20,5% |
| Difficoltà economiche | Molte | 41,5% |
| | Qualche | 29,6% |
| | Nessuna | 21,8 % |
| Cittadinanza | Italiana | 27,0% |
| | Straniera | 24,9% |
| Quanto si fuma | | |
| Sigarette fumate in media al giorno | | 11.6 |
| Fumatori che fumano almeno 20 sigarette al giorno | | 5,3% |

Caratteristiche socio-demografiche

Nell'**ULSS 19**, l'abitudine al fumo è più diffusa negli uomini, nella classe di età 18-24 anni e nelle persone più svantaggiate economicamente e meno istruite.

Il numero di sigarette fumate in media al giorno è pari a 11.6. Tra i fumatori, il 5% è un **forte fumatore** (più di un pacchetto di sigarette al giorno), il 25% è un **fumatore quotidiano** mentre l'1% è **occasionale** (non fuma tutti i giorni).

L'attenzione degli operatori sanitari

Nell'**ULSS 19** al 32% degli intervistati, che negli ultimi 12 mesi hanno avuto un contatto con medico o operatore sanitario, è stato chiesto sull'abitudine al fumo e il 46% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere. Il consiglio è stato dato nel 14% dei casi per motivi di salute, nel 15% a scopo preventivo e nella maggioranza dei casi (18%) per entrambe i motivi.

In **Veneto** al 42% e nel **Pool ASL** al 38% degli intervistati è stato chiesto se fuma, mentre il consiglio di smettere è stato dato al 51% dei fumatori a livello nazionale e al 50% in Veneto.

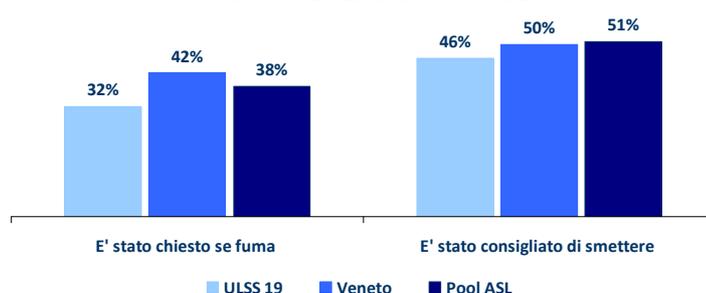
Smettere di fumare

Nell'**ULSS 19** il 44% degli intervistati ha tentato di smettere, tra chi fumava nei 12 mesi precedenti l'intervista; di questi l'82% ha fallito (fumava al momento dell'intervista), per l'11% il tentativo era in corso (non fumava al momento dell'intervista e aveva smesso da meno di 6 mesi), mentre l'8% è riuscito a smettere (non fumava al momento dell'intervista e aveva smesso da oltre 6 mesi).

Tra le persone che hanno tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno, indipendentemente dall'esito del tentativo, il 97% l'ha fatto da solo, mentre il 3% ha utilizzato altre modalità.

In **Veneto** il 44% ha tentato di smettere ed il 9% c'è riuscito; nel **Pool ASL** il 37% ha tentato di smettere ed il 9% c'è riuscito e l'85% ha dichiarato di aver smesso da solo, il 10% con la sigaretta elettronica, l'1% con l'aiuto di farmaci, l'1% tramite corsi organizzati sia dalle ASL che da altri e il 2% con altri sistemi.

Comportamento degli operatori sanitari
Confronto ULSS 19-Veneto-Pool ASL



IL FUMO PASSIVO

Il rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici e nei luoghi di lavoro ed il fumo in casa

Nell'**ULSS 19**, il 94% degli intervistati ha riferito che il divieto di fumo *nei locali pubblici*, da loro frequentati negli ultimi 30 giorni, è rispettato sempre o quasi sempre, anche il 96% dei lavoratori intervistati ha dichiarato che tale divieto è rispettato sempre o quasi sempre *nei luoghi di lavoro*; stesse percentuali sono state rilevate in **Veneto**, mentre nel **Pool ASL** le percentuali sono rispettivamente del 91% e 93%.

Nell'**ULSS 19**, il 92% degli intervistati dichiara che *nella propria casa* non si fuma, mentre l'8% dichiara che è permesso fumare, per il 6% limitatamente ad alcune stanze o situazioni e per il 2% sempre; il divieto assoluto di fumare aumenta al 98% in presenza di *minori di 15 anni*, tuttavia nel 2% dei casi il fumo non è ancora stato completamente bandito dall'ambiente domestico.

Il 92% degli intervistati in **Veneto** e l'81% nel **Pool ASL** dichiarano che nella propria abitazione non si fuma, e nel **Pool ASL** tale percentuale aumenta all'87% in presenza di minori.

Conclusioni

Le strategie per il contrasto al tabagismo risultano efficaci solo se imperniate in una politica generale e che preveda una pluralità di interventi intersettoriali da realizzare nell'ambito di diversi setting, in una logica life-course e nell'ottica dell'equità. In questo senso, in linea con le strategie dell'OMS, la Regione Veneto e le ULSS sono fortemente impegnate con azioni di prevenzione delle patologie tabacco-correlate e la promozione di uno stile di vita libero dal fumo, come previsto nei Piani della Prevenzione sia Nazionale che Regionale 2014-2018 nel macro-obiettivo di riduzione delle malattie croniche, essendo il fumo uno dei fattori di rischio (come abuso di alcol, alimentazione scorretta, sedentarietà...) legati in gran parte a comportamenti individuali scorretti ma modificabili pur essendo fortemente condizionati dal contesto sociale, economico e ambientale in cui si vive e si lavora. Le **strategie per il controllo** prevedono tre linee di lavoro, tra loro strettamente connesse: 1-la riduzione dell'esposizione al fumo passivo con azioni di monitoraggio della normativa sul fumo e promozione di ambienti liberi dal tabacco; 2-la prevenzione dell'iniziazione al fumo in ambiti scolastici e di comunità, in un'ottica di promozione della salute; 3-il sostegno della disassuefazione dei fumatori attivi e trattamento del tabagismo.

La tendenza al rispetto del divieto di fumo sia nei luoghi di lavoro che nei locali pubblici continua ad aumentare, così come il fatto di avere case "libere da fumo", segno di crescita culturale che, dalla legge del divieto nei luoghi pubblici e lavorativi porta al "non fumare" anche negli ambienti di vita privati, attraverso una sempre maggiore consapevolezza dei danni causati dal fumo passivo.

Gli stili di vita e “Guadagnare Salute”

La Prevenzione rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza ovvero tra le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione. Nello specifico l'Area di riferimento è denominata "Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro" (DPCM del 29 novembre 2001) dove sono comprese le prestazioni di promozione della salute secondo i principi contenuti nel DPCM del 04 maggio 2007 "**Guadagnare salute**" e che sono presenti nel "Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018" che delinea un sistema di azioni di prevenzione declinate in una serie di macro-obiettivi, che accompagnano il cittadino in tutte le fasi della vita, nei luoghi di vita e di lavoro. Per la loro attuazione tali obiettivi sono stati ripresi nel "Piano Regionale della Prevenzione della Regione Veneto 2014-2018" e, a livello aziendale, nel "Piano Aziendale della Prevenzione". Le azioni sono quelle previste nel Macro Obiettivo n.1 del PNP "Riduzione del carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili" attraverso la messa a punto di piani e programmi che, partendo dagli specifici contesti locali, nonché puntando su un approccio il più possibile intersettoriale e sistematico, permettano di raggiungere i risultati attesi.

“Guadagnare Salute – rendere facili le scelte salutari” è un programma nazionale che mette il cittadino al centro delle scelte per la propria salute e che prevede un intervento “multicomponenti” con il coinvolgimento di diversi Ministeri, Enti pubblici, Associazioni, ecc... con lo scopo principale di prevenire e controllare le Malattie Croniche Non Trasmissibili (MCNT).

In tutto il mondo le malattie croniche causano la parte preponderante di decessi, morti premature e disabilità, colpendo soprattutto i Paesi a basso e medio reddito e, all'interno di ogni Paese, le persone in posizione di disagio sotto il profilo socio-economico.

Più della metà delle MCNT è attribuibile a **4 fattori di rischio comportamentali modificabili**:

1. la dieta (tra cui lo scarso consumo di frutta e verdura),
2. l'inattività fisica,
3. il consumo “a maggior rischio” di alcol,
4. il fumo,

ed alle seguenti condizioni (fattori di rischio intermedi) spesso correlate a tali comportamenti:

5. ipertensione,
6. ipercolesterolemia,
7. diabete,
8. obesità.

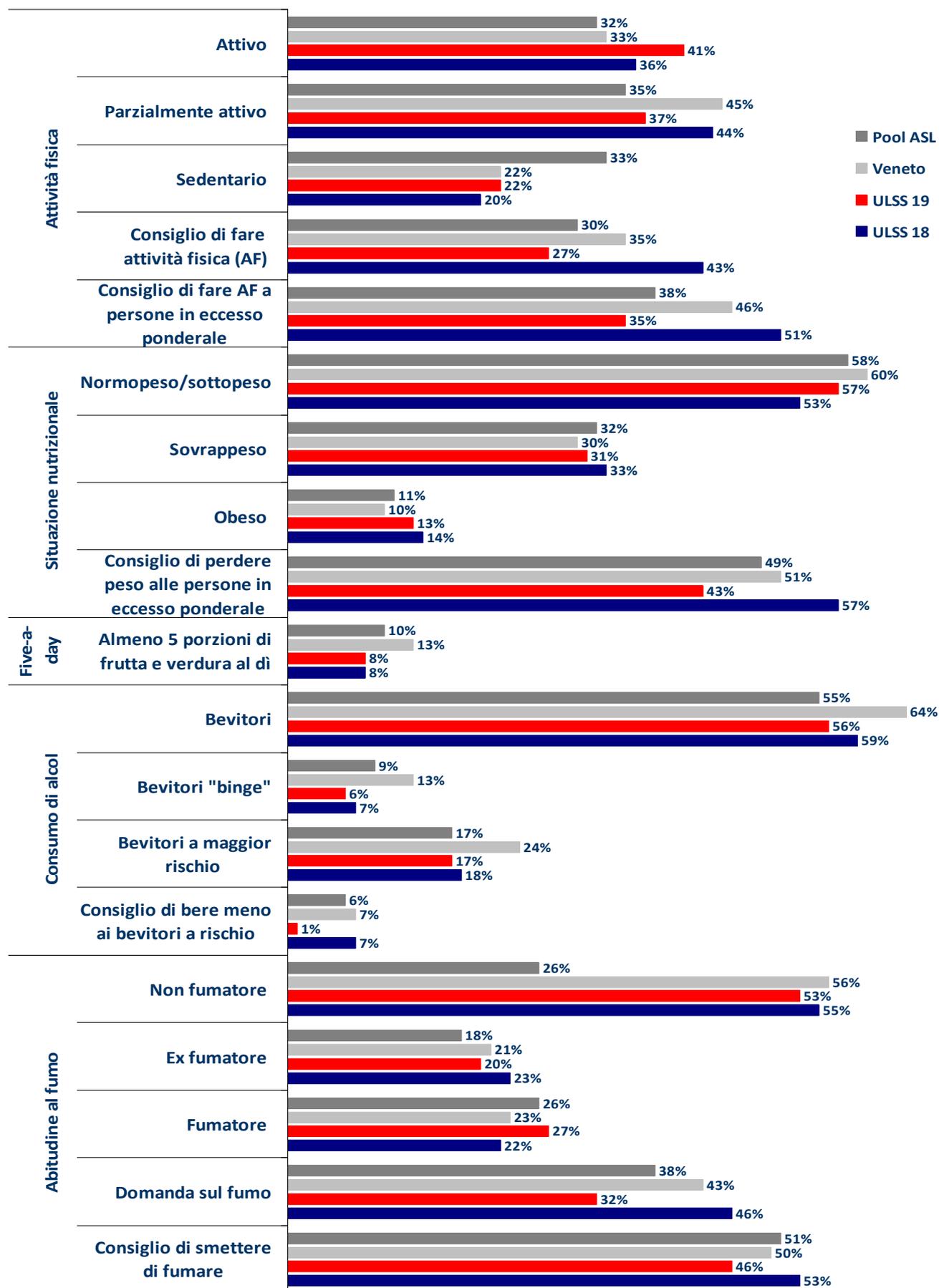
Oltre a determinare un alto tasso di mortalità, le malattie croniche possono essere particolarmente invalidanti, generando, come conseguenza, gran parte del carico di lavoro e dei costi dei servizi sanitari e mettendo a rischio la sostenibilità dei sistemi sanitari universalistici come quello italiano.

Guadagnare Salute si articola, partendo dai 4 fattori di rischio modificabili e principali determinanti delle malattie croniche più frequenti, in un programma trasversale governativo e in 4 programmi specifici fondamentali al fine **di stimolare l'adozione di comportamenti alimentari salutari** (aumento del consumo di frutta e verdura, riduzione del consumo di bevande e alimenti troppo calorici), **promuovere l'attività fisica** e **contrastare l'abuso di alcol ed il tabagismo** al fine di ridurre, nel lungo periodo, il peso delle malattie croniche sul sistema sanitario e sulla società e, nel breve periodo, consentire ai cittadini di scegliere se essere, o tornare ad essere, liberi da dipendenze e fattori di rischio.

Di seguito si riportano sinteticamente i principali indicatori per la messa in atto di azioni di prevenzione per i quattro argomenti di Guadagnare Salute.

“Guadagnare Salute”: indicatori per l'azione

Confronto ULSS 18-ULSS 19-Veneto-Pool ASL nazionale - PASSI 2013-2016





II RISCHIO CARDIOVASCOLARE nell'Azienda ULSS 18 **I dati del Sistema di Sorveglianza PASSI 2013-2016**

Le **Malattie Cardiovascolari** fanno parte delle **Malattie Croniche Non Trasmissibili (MCNT)**, comprendono patologie gravi, diffuse e frequenti come infarto miocardico e ictus cerebrale, rappresentano la prima causa di morte **evitabile** nel mondo occidentale e comportano un notevole impatto in termini di disabilità fisica e di disturbi delle capacità cognitive, costituendo, assieme alle neoplasie, più del 50% del carico di malattia misurato in "DALYs" (anni di vita persi a causa di una malattia, condizioni di disabilità o morte prematura).

I principali **fattori di rischio cardiovascolari** sono **modificabili** con cambiamenti dello stile di vita e includono: ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, diabete, fumo di tabacco, sovrappeso/obesità, sedentarietà, dieta (scarso consumo di frutta e verdura e di pesce, eccessivo contenuto di sale e grassi saturi nei cibi, ecc).

La frequente compresenza di queste condizioni è in parte dovuta ad un'associazione casuale, ma soprattutto alla loro interazione e al loro potenziamento reciproco (ad es. il diabete è favorito da eccesso ponderale, sedentarietà, dieta inappropriata; l'ipertensione è spesso associata a eccesso di peso, inattività fisica, ecc.).

PASSI monitora molti dei fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione adulta di 18-69 anni, consentendo di conoscere la prevalenza di questi fattori di rischio, di mirare gli interventi in sottogruppi di popolazione e di valutare le azioni di prevenzione adottate per contrastarli.

Carta del rischio cardiovascolare

La carta del rischio o punteggio del rischio cardiovascolare è uno strumento, semplice, obiettivo e ripetibile nel tempo, di valutazione clinico-prognostica che il medico può utilizzare per identificare le persone, di età tra i 35 e i 69 anni senza patologie cardiovascolari, a rischio di andare incontro ad un evento cardiovascolare maggiore (infarto cardiaco o ictus) nei 10 anni successivi conoscendo il valore di 6 fattori di rischio: 2 non modificabili (età e sesso) e 4 modificabili (abitudine al fumo, **pressione arteriosa**, **colesterolemia**, **diabete**). La finalità è quella di mirare i trattamenti farmacologici e fornire consigli e raccomandazioni specifici per promuovere uno stile di vita sano.

Nell'**ULSS 18**, secondo i dati 2013-2016 del Sistema di Sorveglianza PASSI, al 7% degli intervistati di età 35-69 anni senza patologie cardiovascolari è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare ed il 97% presenta almeno uno tra i fattori di rischio modificabili;

...in Veneto

il punteggio è stato calcolato al 6% degli intervistati ed il 97% presenta almeno un fattore di rischio;

...nel Pool ASL nazionale

il punteggio è stato calcolato al 5% degli intervistati ed il 97% presenta almeno un fattore di rischio.

Ipertensione arteriosa

L'ipertensione è associata a fattori modificabili come il contenuto di sale nella dieta, l'eccesso ponderale e la sedentarietà, su cui si può intervenire efficacemente. E' fondamentale la diagnosi precoce con controlli medici e il contrasto degli effetti con un trattamento farmacologico e appropriate modifiche degli stili di vita. Per diagnosticare l'ipertensione arteriosa esiste consenso sull'opportunità di effettuare un controllo ogni 2 anni negli adulti normotesi e a un anno in quelli con valori borderline (pressione sistolica di 120-140 e/o diastolica di 80-90 mmHg).

Nell'**ULSS 18**, il 96% degli intervistati riferisce aver misurato la pressione arteriosa almeno una volta nella vita, l'83% negli ultimi 2 anni ma il 4% mai. Risulta essere iperteso il 23% degli intervistati (tra coloro a cui è stata misurata), il 73% dichiara di essere in trattamento farmacologico, mentre ha ricevuto il consiglio di ridurre il consumo di sale l'85%, di perdere peso l'84% e di praticare attività fisica regolare l'88% degli intervistati;

...in Veneto e nel Pool ASL nazionale

rispettivamente, il 92% e il 91% degli intervistati riferiscono di aver misurato la pressione almeno una volta nella vita, l'84% e l'83% negli ultimi 2 anni ma l'8% ed il 9% mai. Risultano essere ipertesi il 20% e il 20% ed il 75% e l'80% sono in terapia, mentre hanno ricevuto il consiglio di ridurre il consumo di sale l'82% e l'87%, di perdere peso l'81% e l'81% e di praticare attività fisica regolare l'85% e l'82% degli intervistati.

Ipercolesterolemia

Anche l'ipercolesterolemia rappresenta uno dei principali fattori di rischio cardiovascolare sul quale è possibile intervenire con efficacia. L'eccesso di rischio aumenta in presenza di altri fattori di rischio come 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. E' possibile intervenire per ridurre la colesterolemia soprattutto attraverso un'alimentazione a basso contenuto di grassi di origine animale, povera di sodio e ricca di fibre (verdura, frutta, legumi) e con l'attività fisica regolare.

Nell'**ULSS 18**, l'85% degli intervistati riferisce aver misurato il colesterolo almeno una volta nella vita, il 50% negli ultimi 12 mesi ma il 15% mai. Risulta avere il colesterolo alto il 24% degli intervistati (tra coloro a cui è stato misurato), il 33% dichiara di essere in trattamento farmacologico, mentre ha ricevuto il consiglio di aumentare il consumo di frutta e verdura l'81%, di ridurre il consumo di carne e formaggi l'84%, di ridurre il peso l'83% e di praticare attività fisica regolare l'88% degli intervistati;

...in Veneto e nel Pool ASL nazionale

rispettivamente, il 79% e l'80% degli intervistati riferiscono di aver misurato il colesterolo almeno una volta nella vita, il 51% ed il 54% negli ultimi 2 mesi ma nel Pool ASL il 20% non l'ha mai misurato. Risultano avere il colesterolo alto il 26% ed il 23% degli intervistati ed il 29% e il 34% sono in trattamento farmacologico, mentre hanno ricevuto il consiglio: l'80% e l'82% di aumentare il consumo di frutta e verdura, l'87% e l'89% di ridurre il consumo di carne e formaggi, il 77% ed il 79% di ridurre il peso e l'86% e l'83% di praticare attività fisica regolare.

Diabete

Il diabete di tipo 1, a genesi autoimmune, colpisce prevalentemente i giovani, mentre il tipo 2, tipico dell'età adulta, è molto più diffuso ed è frequentemente associato ad altri fattori di rischio cardiovascolare, infatti i diabetici risultano essere più spesso anche in eccesso ponderale, sedentari, dislipidemici, ipertesi e fumatori; è correlato inoltre a fattori socio-economici. Il diabete di tipo 2 può essere in parte prevenuto e controllato con l'attività fisica e una dieta adeguata.

Nell'**ULSS 18**, la prevalenza di diabetici è del 4%, il 22% dei diabetici risulta sedentario, il 36% fumatore, l'80% in eccesso ponderale (46% obeso e 34% soprappeso), il 60% iperteso e il 56% ipercolesterolemico. Il 34% dei diabetici dichiara di praticare attività fisica moderata o intensa, secondo le linee guida, ed il 35% in eccesso ponderale segue una dieta per perdere peso.

Il 77% di diabetici dichiara di aver ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di fare attività fisica regolare, il 68% in eccesso ponderale di perdere peso ed il 71% di fumatori di smettere di fumare;

...in Veneto

la prevalenza di diabetici è del 4%;

...nel Pool ASL nazionale

il 5% degli intervistati riferisce di essere diabetico, il 45% dei diabetici risulta sedentario, il 22% fumatore, il 73% in eccesso ponderale (32% obeso e 41% soprappeso), il 53% iperteso e il 43% ipercolesterolemico. Il 24% dei diabetici dichiara di praticare attività fisica, e sono il 42% dei diabetici in eccesso ponderale che segue una dieta per perdere peso. Il 54% di diabetici dichiara di aver ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di fare attività fisica regolare, il 74% in eccesso ponderale di perdere peso ed il 73% di fumatori di smettere di fumare.

Conclusioni

Per contrastare l'insorgenza delle Malattie cardiovascolari è importante adottare un approccio integrato con:

- **strategie di popolazione**, rivolte a modificare la distribuzione dei fattori di rischio nell'intera comunità attraverso norme legislative e amministrative che incidano sui comportamenti e sulle condizioni a rischio, oppure attraverso iniziative informative e formative, che aumentino la consapevolezza dei diversi portatori di interesse, coinvolgendo vari settori della società e delle istituzioni, oltre al SSN, attivando strategie ed azioni intersettoriali, come stabilisce il programma "**Guadagnare Salute-rendere facili le scelte salutari**":

- **approccio individuale**, per identificare le persone a maggior rischio, valutando la combinazione e interazione dei vari fattori di rischio in modo da consentire interventi mirati, come previsto nella Carta del rischio.

La prevenzione delle Malattie cardiovascolari è uno degli obiettivi dei Piani Nazionale e Regionale della Prevenzione 2014-2018, che prevedono programmi specifici per la riduzione dell'esposizione ai fattori di rischio modificabili per impedire o ritardare l'insorgenza delle patologie; uno di questi è lo "screening cardiovascolare" per l'identificazione precoce dei soggetti a rischio di 50 anni di entrambe i sessi, che una volta individuati vengono indirizzati a specifici percorsi per migliorare il proprio stato di salute e modificare lo stile di vita.



IL RISCHIO CARDIOVASCOLARE nell'Azienda ULSS 19

I dati del Sistema di Sorveglianza PASSI 2013-2016

Le **Malattie Cardiovascolari** fanno parte delle **Malattie Croniche Non Trasmissibili (MCNT)**, comprendono patologie gravi, diffuse e frequenti come infarto miocardico e ictus cerebrale, rappresentano la prima causa di morte **evitabile** nel mondo occidentale e comportano un notevole impatto in termini di disabilità fisica e di disturbi delle capacità cognitive, costituendo, assieme alle neoplasie, più del 50% del carico di malattia misurato in "DALYs" (anni di vita persi a causa di una malattia, condizioni di disabilità o morte prematura).

I principali **fattori di rischio cardiovascolari** sono **modificabili** con cambiamenti dello stile di vita e includono: ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, diabete, fumo di tabacco, sovrappeso/obesità, sedentarietà, dieta (scarso consumo di frutta e verdura e di pesce, eccessivo contenuto di sale e grassi saturi nei cibi, ecc.).

La frequente presenza di queste condizioni è in parte dovuta ad un'associazione casuale, ma soprattutto alla loro interazione e al loro potenziamento reciproco (ad es. il diabete è favorito da eccesso ponderale, sedentarietà, dieta inappropriata; l'ipertensione è spesso associata a eccesso di peso, inattività fisica, ecc.).

PASSI monitora molti dei fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione adulta di 18-69 anni, consentendo di conoscere la prevalenza di questi fattori di rischio, di mirare gli interventi in sottogruppi di popolazione e di valutare le azioni di prevenzione adottate per contrastarli.

Carta del rischio cardiovascolare

La carta del rischio o punteggio del rischio cardiovascolare è uno strumento, semplice, obiettivo e ripetibile nel tempo, di valutazione clinico-prognostica che il medico può utilizzare per identificare le persone, di età tra i 35 e i 69 anni senza patologie cardiovascolari, a rischio di andare incontro ad un evento cardiovascolare maggiore (infarto cardiaco o ictus) nei 10 anni successivi conoscendo il valore di 6 fattori di rischio: 2 non modificabili (età e sesso) e 4 modificabili (abitudine al fumo, **pressione arteriosa**, **colesterolemia**, **diabete**). La finalità è quella di mirare i trattamenti farmacologici e fornire consigli e raccomandazioni specifici per promuovere uno stile di vita sano.

Nell'**ULSS 19**, secondo i dati 2013-2016 del Sistema di Sorveglianza PASSI, al 6% degli intervistati di età 35-69 anni senza patologie cardiovascolari è stato calcolato il punteggio di rischio cardiovascolare ed il 97% presenta almeno uno tra i fattori di rischio modificabili;

...in Veneto

il punteggio è stato calcolato al 6% degli intervistati ed il 97% presenta almeno un fattore di rischio;

...nel Pool ASL nazionale

il punteggio è stato calcolato al 5% degli intervistati ed il 97% presenta almeno un fattore di rischio.

Ipertensione arteriosa

L'ipertensione è associata a fattori modificabili come il contenuto di sale nella dieta, l'eccesso ponderale e la sedentarietà, su cui si può intervenire efficacemente. È fondamentale la diagnosi precoce con controlli medici e il contrasto degli effetti con un trattamento farmacologico e appropriate modifiche degli stili di vita. Per diagnosticare l'ipertensione arteriosa esiste consenso sull'opportunità di effettuare un controllo ogni 2 anni negli adulti normotesi e a un anno in quelli con valori borderline (pressione sistolica di 120-140 e/o diastolica di 80-90 mmHg).

Nell'**ULSS 19**, il 93% degli intervistati riferisce aver misurato la pressione arteriosa almeno una volta nella vita, l'88% negli ultimi 2 anni ma il 7% mai. Risulta essere iperteso il 16% degli intervistati (tra coloro a cui è stata misurata), l'83% dichiara di essere in trattamento farmacologico, mentre ha ricevuto il consiglio di ridurre il consumo di sale l'85%, di perdere peso il 73% e di praticare attività fisica regolare l'82% degli intervistati;

...in Veneto e nel Pool ASL nazionale

rispettivamente, il 92% e il 91% degli intervistati riferiscono di aver misurato la pressione almeno una volta nella vita, l'84% e l'83% negli ultimi 2 anni ma l'8% e il 9% mai. Risultano essere ipertesi il 20% e il 20% ed il 75% e l'80% sono in terapia, mentre hanno ricevuto il consiglio di ridurre il consumo di sale l'82% e l'87%, di perdere peso l'81% e l'81% e di praticare attività fisica regolare l'85% e l'82% degli intervistati.

Ipercolesterolemia

Anche l'ipercolesterolemia rappresenta uno dei principali fattori di rischio cardiovascolare sul quale è possibile intervenire con efficacia. L'eccesso di rischio aumenta in presenza di altri fattori di rischio come 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. E' possibile intervenire per ridurre la colesterolemia soprattutto attraverso un'alimentazione a basso contenuto di grassi di origine animale, povera di sodio e ricca di fibre (verdura, frutta, legumi) e con l'attività fisica regolare.

Nell'**ULSS 19**, l'81% degli intervistati riferisce aver misurato il colesterolo almeno una volta nella vita, il 57% negli ultimi 12 mesi ma il 20% mai. Risulta avere il colesterolo alto il 22% degli intervistati (tra coloro a cui è stato misurato), il 34% dichiara di essere in trattamento farmacologico, mentre ha ricevuto il consiglio di aumentare il consumo di frutta e verdura l'80%, di ridurre il consumo di carne e formaggi l'82%, di ridurre il peso il 75% e di praticare attività fisica regolare l'83% degli intervistati;

...in Veneto e nel Pool ASL nazionale

rispettivamente, il 79% e l'80% degli intervistati riferiscono di aver misurato il colesterolo almeno una volta nella vita, il 51% ed il 54% negli ultimi 2 mesi ma nel Pool ASL il 20% non l'ha mai misurato. Risultano avere il colesterolo alto il 26% ed il 23% degli intervistati ed il 29% e il 34% sono in trattamento farmacologico, mentre hanno ricevuto il consiglio: l'80% e l'82% di aumentare il consumo di frutta e verdura, l'87% e l'89% di ridurre il consumo di carne e formaggi, il 77% ed il 79% di ridurre il peso e l'86% e l'83% di praticare attività fisica regolare.

Diabete

Il diabete di tipo 1, a genesi autoimmune, colpisce prevalentemente i giovani, mentre il tipo 2, tipico dell'età adulta, è molto più diffuso ed è frequentemente associato ad altri fattori di rischio cardiovascolare, infatti i diabetici risultano essere più spesso anche in eccesso ponderale, sedentari, dislipidemicici, ipertesi e fumatori; è correlato inoltre a fattori socio-economici. Il diabete di tipo 2 può essere in parte prevenuto e controllato con l'attività fisica e una dieta adeguata.

Nell'**ULSS 19**, la prevalenza di diabetici è del 5%, il 31% dei diabetici risulta sedentario, il 41% fumatore, l'82% in eccesso ponderale (54% obeso e 29% soprappeso), il 55% iperteso e il 46% ipercolesterolemico. Il 27% dei diabetici dichiara di praticare attività fisica moderata o intensa, secondo le linee guida, ed il 49% in eccesso ponderale segue una dieta per perdere peso.

Il 67% di diabetici dichiara di aver ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di fare attività fisica regolare, il 71% in eccesso ponderale di perdere peso ed il 55% di fumatori di smettere di fumare;

...in Veneto

la prevalenza di diabetici è del 4%,

...nel Pool ASL nazionale

il 5% degli intervistati riferisce di essere diabetico, il 45% dei diabetici risulta sedentario, il 22% fumatore, il 73% in eccesso ponderale (32% obeso e 41% soprappeso), il 53% iperteso e il 43% ipercolesterolemico. Il 24% dei diabetici dichiara di praticare attività fisica e sono il 42% dei diabetici in eccesso ponderale che segue una dieta per perdere peso. Il 54% di diabetici dichiara di aver ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di fare attività fisica regolare, il 74% in eccesso ponderale di perdere peso ed il 73% di fumatori di smettere di fumare.

Conclusioni

Per contrastare l'insorgenza delle Malattie cardiovascolari è importante adottare un approccio integrato con:

- **strategie di popolazione**, per modificare la distribuzione dei fattori di rischio nell'intera comunità attraverso norme legislative e amministrative che incidano sui comportamenti e sulle condizioni a rischio, oppure attraverso iniziative informative e formative, che aumentino la consapevolezza dei diversi portatori di interesse, coinvolgendo vari settori della società e delle istituzioni, oltre al SSN, attivando strategie ed azioni intersettoriali, come stabilisce il programma **"Guadagnare Salute- rendere facili le scelte salutari"**:

- **approccio individuale**, per identificare le persone a maggior rischio, valutando la combinazione e interazione dei vari fattori di rischio in modo da consentire interventi mirati, come previsto nella Carta del rischio.

La prevenzione delle Malattie cardiovascolari è uno degli obiettivi dei Piani Nazionale e Regionale della Prevenzione 2014-2018, che prevedono programmi specifici per la riduzione dell'esposizione ai fattori di rischio modificabili per impedire o ritardare l'insorgenza delle patologie; uno di questi è lo "screening cardiovascolare" per l'identificazione precoce dei soggetti a rischio di 50 anni di entrambe i sessi, che una volta individuati vengono indirizzati a specifici percorsi per migliorare il proprio stato di salute e modificare lo stile di vita.



Percezione dello stato di salute e qualità della vita nell'Azienda ULSS 18

I dati del Sistema di Sorveglianza PASSI 2013-2016

La **“salute”** definita dall'OMS come *“uno stato di completo benessere fisico, mentale, e sociale e non la mera assenza di malattia”* si misura non solo in termini di frequenza di malattia, ma come risultante di una componente oggettiva (presenza o assenza di malattie) ed una componente soggettiva (il modo di vivere e percepire la malattia stessa), pertanto la valutazione delle condizioni di salute di una popolazione richiede la costruzione di una serie di indicatori capaci di cogliere le molte dimensioni soggettive e funzionali dello stato di benessere. La **“qualità della vita relativa alla salute”** è una valutazione globale dello stato di salute che include anche altre componenti della vita associati alla salute (stili di vita, stato socio-economico, istruzione, integrazione sociale, ...) e aspetti difficili da rilevare oggettivamente (risorse psicologiche e fisiologiche personali, capacità di reagire all'eventuale presenza di malattie, ...) pertanto, a livello di comunità, le misure della qualità della vita forniscono anche indicazioni sulle **diseguaglianze sociali** nella salute.

Nell'**ULSS 18**, secondo i dati 2013-2016 del Sistema di Sorveglianza PASSI, il 68% degli intervistati di età 18-69 anni riferisce di avere una **percezione positiva del proprio stato di salute**, cioè di sentirsi bene/molto bene (il 2% riferisce di stare male/molto male), mentre il **numero totale medio mensile di giorni in cattiva salute (unhealthy-days)** è di 6,1;

...in Veneto

il 72% degli intervistati riferisce di avere una **percezione positiva del proprio stato di salute**, cioè di sentirsi bene/molto bene, mentre gli **unhealthy-days** sono 4,9;

... nel Pool ASL nazionale

il 70% degli intervistati riferisce di avere una **percezione positiva del proprio stato di salute**, mentre il 3% male/molto male mentre gli **unhealthy-days** sono 4,5.

Caratteristiche delle persone con percezione positiva della propria salute - Azienda ULSS 18

| | Prevalenza | 68,1% |
|--------------------------------|--------------------|-------|
| Genere | Uomini | 73,1% |
| | Donne | 63,1% |
| Classi di età | 18-34 anni | 89,1% |
| | 35-49 anni | 75,2% |
| | 50-69 anni | 50,6% |
| Livello di istruzione | Nessuno/elementare | 50,9% |
| | Media inferiore | 57,4% |
| | Media superiore | 72,1% |
| | Laurea | 84,4% |
| Difficoltà economiche | Molte | 51,3% |
| | Qualche | 66,1% |
| | Nessuna | 75,0% |
| Cittadinanza | Italiana | 67,4% |
| | Straniera | 82,7% |
| Presenza di patologie croniche | Nessuna | 74,4% |
| | Almeno 1 | 40,2% |

Caratteristiche socio-demografiche

Nell'**ULSS 18**, la soddisfazione per il proprio stato di salute è **meno frequente** nelle donne e nei cittadini italiani, diminuisce con l'età e con i livelli di istruzione ed economici più bassi e in chi riferisce di soffrire di almeno una patologie cronica fra quelle indagate (ictus, infarto e altre malattie cardiovascolari, tumori, diabete, malattie respiratorie e ed epatiche).

Definizioni

La **“qualità della vita”** viene misurata con il metodo dei **“giorni in salute”** o **“healthy days”** che misura la **percezione** del proprio stato di salute e benessere con 4 domande: stato di salute auto-riferito, numero di giorni nell'ultimo mese in cui l'intervistato non si è sentito bene per motivi fisici, per motivi mentali e/o psicologici e numero di giorni con limitazioni nelle attività abituali. Lo **stato di salute percepito** è un indicatore complessivo e soggettivo dello stato di salute: gli intervistati riferiscono di sentirsi **“molto bene”**, **“bene”**, **“discretamente”**, **“male”** o **“molto male”** includendo in questo giudizio aspetti, come età, sesso, istruzione, reddito, integrazione sociale, risorse fisiologiche e psicologiche, reazione all'eventuale presenza di una malattia, difficili da rilevare oggettivamente, ma che possono spiegare, in parte, la percezione dello proprio stato di salute.

“Unhealthy-days” o **“giorni in cattiva salute”** sono i giorni derivanti dalla somma dei giorni dichiarati in cattiva salute fisica e in cattiva salute mentale negli ultimi 30 giorni, fino ad un massimo di 30 giorni per intervistato.

Sintomi di depressione

Il disturbo depressivo maggiore è una patologia psichiatrica che si presenta con tono dell'umore basso per un periodo lungo, sofferenza psicologica, fatica nel prendersi cura di sé, riduzione e deterioramento delle relazioni familiari e sociali, tendenza all'isolamento, difficoltà sul lavoro o a scuola, con limitazioni nelle attività quotidiane ed un forte impatto sulla qualità della vita in generale. La maggior parte dei casi di depressione è causata da una combinazione di fattori genetici, biologici, ambientali, sociali e psicologici. Il disturbo può essere associato ad altri problemi di salute mentale (disturbo d'ansia, stress post-traumatico), malattie (ictus, morbo di Parkinson, ...), a comportamenti dannosi per la salute (sedentarietà e abuso di alcol), a fattori socio-demografici (povertà, mancanza di lavoro, genere femminile), a fattori ambientali (disastri naturali o causati dall'uomo). Secondo l'OMS, la frequenza del disturbo depressivo maggiore è in aumento rappresentando uno dei principali responsabili del carico globale di malattia, la prima causa di suicidio nei Paesi ad alto reddito e la seconda causa di morte nei 15-29enni.

Nell'**ULSS 18**, il 6% degli intervistati di età 18-69 anni riferisce di avere avuto *sintomi di depressione* nelle ultime 2 settimane prima dell'intervista ed il 44% ha cercato aiuto da operatori sanitari o familiari; il 36% delle persone depresse riferisce una *percezione positiva* del proprio stato di salute (contro il 70% dei non depressi);

...in Veneto e nel Pool ASL nazionale

le prevalenze di depressi sono del 6% ed il 63% e 61%, rispettivamente, sono le persone che hanno richiesto aiuto.

Caratteristiche socio-demografiche

Nell'**ULSS 18**, la prevalenza delle persone con sintomi di depressione è pressochè uguale tra uomini e donne, leggermente superiore nelle persone di età 50-69 anni seguite dai 18-34enni, nettamente superiore nelle persone con basso livello di istruzione e con molte difficoltà economiche; è superiore nei disoccupati o in chi non lavora regolarmente, in chi vive solo e in chi riferisce di soffrire di almeno una patologia cronica.

Caratteristiche delle persone con sintomi di depressione - Azienda ULSS 18

| | Prevalenza | 5,7% |
|--------------------------------|-------------------------------------|-------|
| Genere | Uomini | 5,9% |
| | Donne | 5,6% |
| Classi di età | 18-34 anni | 5,5% |
| | 35-49 anni | 4,8% |
| | 50-69 anni | 6,6% |
| Livello di istruzione | Nessuno/elementare | 7,5% |
| | Media inferiore | 7,1% |
| | Media superiore | 6,0% |
| | Laurea | 1,3% |
| Difficoltà economiche | Molte difficoltà | 21,5% |
| | Qualche difficoltà | 3,4% |
| | Nessuna difficoltà | 3,8% |
| Cittadinanza | Italiana | 5,8% |
| | Straniera | 4,0% |
| Presenza di patologie croniche | Nessuna | 5,2% |
| | Almeno 1 | 8,0% |
| Vive solo | No | 5,4% |
| | Si | 8,3% |
| Lavoro | Regolare | 3,9% |
| | Disoccupato/lavoro non continuativo | 8,0% |

Definizioni

PASSI individua i sintomi di depressione utilizzando una versione ridotta (solo le prime 2 domande -**PHQ-2**) del questionario usato di solito nelle indagini di popolazione (**Patient Health Questionnaire**, con 9 domande - PHQ-9), relative ai sintomi di "umore depresso" e "perdita di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività della vita quotidiana". La persona con sintomi di depressione è una persona che, nelle due settimane prima dell'intervista, ha sperimentato questi due sintomi in modo duraturo.

Conclusioni

La misura dello stato di salute percepito ed il suo monitoraggio nel tempo possono fornire indicazioni alla programmazione a livello di ASL, infatti il "sentirsi male" più che lo "star male" è spesso l'elemento che determina il contatto tra individuo e sistema sanitario. 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 indicazioni utili per meglio comprendere e corrispondere le esigenze di salute degli individui. Il Piano d'Azione per la Salute Mentale 2013-2020 dell'OMS auspica azioni più incisive, non solo per la cura, ma per la *prevenzione* dei disturbi mentali e la promozione della salute mentale e su come proteggere e promuovere il benessere mentale di tutti i cittadini, in particolare della popolazione giovanile, considerato che circa il 50% dei disturbi mentali esordisce prima dei 14 anni.

Percezione dello stato di salute e qualità della vita nell'Azienda ULSS 19

I dati del Sistema di Sorveglianza PASSI 2013-2016

La **“salute”** definita dall'OMS come **“uno stato di completo benessere fisico, mentale, e sociale e non la mera assenza di malattia”** si misura non solo in termini di frequenza di malattia, ma come risultante di una componente oggettiva (presenza o assenza di malattie) ed una componente soggettiva (il modo di vivere e percepire la malattia stessa), pertanto la valutazione delle condizioni di salute di una popolazione richiede la costruzione di una serie di indicatori capaci di cogliere le molte dimensioni soggettive e funzionali dello stato di benessere. La **“qualità della vita relativa alla salute”** è una valutazione globale dello stato di salute che include anche altre componenti della vita associati alla salute (stili di vita, stato socio-economico, istruzione, integrazione sociale, ...) e aspetti difficili da rilevare oggettivamente (risorse psicologiche e fisiologiche personali, capacità di reagire all'eventuale presenza di malattie, ...) pertanto, a livello di comunità, le misure della qualità della vita forniscono anche indicazioni sulle **diseguaglianze sociali** nella salute.

Nell'**ULSS 19**, secondo i dati 2013-2016 del Sistema di Sorveglianza PASSI, il 75% degli intervistati di età 18-69 anni riferisce di avere una **percezione positiva del proprio stato di salute**, cioè di sentirsi bene/molto bene (il 3% riferisce di stare male/molto male), mentre il **numero totale medio mensile di giorni in cattiva salute (unhealthy-days)** è di 4,4;

...in Veneto

il 72% degli intervistati riferisce di avere una **percezione positiva del proprio stato di salute**, cioè di sentirsi bene/molto bene, mentre gli **unhealthy-days** sono 4,9;

... nel Pool ASL nazionale

il 70% degli intervistati riferisce di avere una **percezione positiva del proprio stato di salute**, mentre il 3% male/molto male mentre gli **unhealthy-days** sono 4,5.

Caratteristiche delle persone con percezione positiva della propria salute - Azienda ULSS 19

| | Prevalenza | 74,6% |
|--------------------------------|--------------------|-------|
| Genere | Uomini | 78,8% |
| | Donne | 70,4% |
| Classi di età | 18-34 anni | 91,7% |
| | 35-49 anni | 76,9% |
| | 50-69 anni | 63,1% |
| Livello di istruzione | Nessuno/elementare | 56,6% |
| | Media inferiore | 71,1% |
| | Media superiore | 79,6% |
| | Laurea | 89,8% |
| Difficoltà economiche | Molte | 53,5% |
| | Qualche | 74,4% |
| | Nessuna | 79,2% |
| Cittadinanza | Italiana | 74,4% |
| | Straniera | 81,7% |
| Presenza di patologie croniche | Nessuna | 78,4% |
| | Almeno 1 | 48,5% |

Caratteristiche socio-demografiche

Nell'**ULSS 19**, la soddisfazione per il proprio stato di salute è **meno frequente** nelle donne e nei cittadini italiani, diminuisce con l'età e con i livelli di istruzione ed economici più bassi e in chi riferisce di soffrire di almeno una patologie cronica fra quelle indagate (ictus, infarto e altre malattie cardiovascolari, tumori, diabete, malattie respiratorie e ed epatiche).

Definizioni

La **“qualità della vita”** viene misurata col metodo dei **“giorni in salute”** o **“healthy days”** che misura la **percezione** del proprio stato di salute e benessere con 4 domande: stato di salute auto-riferito, numero di giorni nell'ultimo mese in cui l'intervistato non si è sentito bene per motivi fisici, per motivi mentali e/o psicologici e numero di giorni con limitazioni nelle attività abituali. Lo **stato di salute percepito** è un indicatore complessivo e soggettivo dello stato di salute: gli intervistati riferiscono di sentirsi **“molto bene”**, **“bene”**, **“discretamente”**, **“male”** o **“molto male”** includendo in questo giudizio aspetti, come età, sesso, istruzione, reddito, integrazione sociale, risorse fisiologiche e psicologiche, reazione all'eventuale presenza di una malattia, difficili da rilevare oggettivamente, ma che possono spiegare, in parte, la percezione dello proprio stato di salute.

“Unhealthy-days” o **“giorni in cattiva salute”** sono i giorni derivanti dalla somma dei giorni dichiarati in cattiva salute fisica e in cattiva salute mentale negli ultimi 30 giorni, fino ad un massimo di 30 giorni per intervistato.

Sintomi di depressione

Il disturbo depressivo maggiore è una patologia psichiatrica che si presenta con tono dell'umore basso per un periodo lungo, sofferenza psicologica, fatica nel prendersi cura di sé, riduzione e deterioramento delle relazioni familiari e sociali, tendenza all'isolamento, difficoltà sul lavoro o a scuola, con limitazioni nelle attività quotidiane ed un forte impatto sulla qualità della vita in generale. La maggior parte dei casi di depressione è causata da una combinazione di fattori genetici, biologici, ambientali, sociali e psicologici. Il disturbo può essere associato ad altri problemi di salute mentale (disturbo d'ansia, stress post-traumatico), malattie (ictus, morbo di Parkinson, ...), a comportamenti dannosi per la salute (sedentarietà e abuso di alcol), a fattori socio-demografici (povertà, mancanza di lavoro, genere femminile), a fattori ambientali (disastri naturali o causati dall'uomo). Secondo l'OMS, la frequenza del disturbo depressivo maggiore è in aumento rappresentando uno dei principali responsabili del carico globale di malattia, la prima causa di suicidio nei Paesi ad alto reddito e la seconda causa di morte nei 15-29enni.

Nell'**ULSS 19**, il 7% degli intervistati di età 18-69 anni riferisce di avere avuto *sintomi di depressione* nelle ultime 2 settimane prima dell'intervista ed il 47% ha cercato aiuto da operatori sanitari o familiari; il 37% delle persone depresse riferisce una *percezione positiva* del proprio stato di salute (contro il 77% dei non depressi);

...in Veneto e nel Pool ASL nazionale

le prevalenze di depressi sono del 6% ed il 63% e 61%, rispettivamente, sono le persone che hanno richiesto aiuto.

Caratteristiche socio-demografiche

Nell'**ULSS 19**, la prevalenza delle persone con sintomi di depressione è nettamente superiore nelle donne, nelle persone con basso livello di istruzione e con molte difficoltà economiche e in chi riferisce di soffrire di almeno una patologia cronica, è maggiore nelle persone di età 35-49 e 50-69 anni e nei disoccupati o in chi non lavora regolarmente.

Caratteristiche delle persone con sintomi di depressione - Azienda ULSS 19

| | Prevalenza | 6,9% |
|--------------------------------|-------------------------------------|-------|
| Genere | Uomini | 3,9% |
| | Donne | 9,9% |
| Classi di età | 18-34 anni | 4,7% |
| | 35-49 anni | 7,6% |
| | 50-69 anni | 7,5% |
| Livello di istruzione | Nessuno/elementare | 13,0% |
| | Media inferiore | 5,6% |
| | Media superiore | 7,1% |
| | Laurea | 5,8% |
| Difficoltà economiche | Molte difficoltà | 20,4% |
| | Qualche difficoltà | 4,8% |
| | Nessuna difficoltà | 5,6% |
| Cittadinanza | Italiana | 6,8% |
| | Straniera | 10,0% |
| Presenza di patologie croniche | Nessuna | 5,5% |
| | Almeno 1 | 16,5% |
| Vive solo | No | 6,9% |
| | Si | 6,8% |
| Lavoro | Regolare | 5,9% |
| | Disoccupato/lavoro non continuativo | 8,1% |

Definizioni

PASSI individua i sintomi di depressione utilizzando una versione ridotta (solo le prime 2 domande -**PHQ-2**) del questionario usato di solito nelle indagini di popolazione (**Patient Health Questionnaire**, con 9 domande - PHQ-9), relative ai sintomi di "umore depresso" e "perdita di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività della vita quotidiana". La persona con sintomi di depressione è una persona che, nelle due settimane prima dell'intervista, ha sperimentato questi due sintomi in modo duraturo.

Conclusioni

La misura dello stato di salute percepito ed il suo monitoraggio nel tempo possono fornire indicazioni alla programmazione a livello di ASL, infatti il "sentirsi male" più che lo "star male" è spesso l'elemento che determina il contatto tra individuo e sistema sanitario. 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 indicazioni utili per meglio comprendere e corrispondere le esigenze di salute degli individui. Il Piano d'Azione per la Salute Mentale 2013-2020 dell'OMS auspica azioni più incisive, non solo per la cura, ma per la *prevenzione* dei disturbi mentali e la promozione della salute mentale e su come proteggere e promuovere il benessere mentale di tutti i cittadini, in particolare della popolazione giovanile, considerato che circa il 50% dei disturbi mentali esordisce prima dei 14 anni.



Programmi di prevenzione oncologica nell'Azienda ULSS 18: screening della neoplasia del collo dell'utero I dati del Sistema di Sorveglianza PASSI 2013-2016

*La **Neoplasia del collo dell'utero** è nel mondo il secondo tumore più diffuso nelle donne, dopo la mammella; in Italia è la sesta neoplasia per frequenza, con circa 3.700 nuovi casi all'anno, anche se incidenza e mortalità dal 1980 al 2015 sono in continua riduzione. E' causata da infezioni persistenti da Papilloma Virus umano (HPV), che si trasmettono per via sessuale e sono estremamente frequenti soprattutto all'inizio dell'attività sessuale e nell'adolescenza. Co-fattori di rischio sono un basso livello socio-economico (con scarso accesso alla prevenzione), il numero di partner, la giovane età di inizio dell'attività sessuale, gli stati di immunodeficienza, il fumo di sigaretta, la contraccezione ormonale ed una componente familiare. La conoscenza della relazione causale fra infezione da HPV e cancro, assieme alla disponibilità di metodiche di diagnosi precoce e di specifici vaccini, ha permesso di attuare strategie di prevenzione oncologica sia primaria sia secondaria. Gli andamenti decrescenti di incidenza e mortalità sono sicuramente imputabili all'aumentata diffusione dello screening (Pap-test e HPV-test) e all'introduzione della vaccinazione contro il Papilloma Virus umano, molto efficace nel prevenire il carcinoma della cervice uterina soprattutto se effettuata prima dell'inizio dell'attività sessuale, perché induce una protezione maggiore prima di un eventuale contagio con il virus HPV.*

Nell'**ULSS 18**, secondo i dati 2013-2016 del Sistema di Sorveglianza PASSI, il 93% delle donne di 25-64 anni riferisce di avere aderito allo **screening cervicale organizzato** dall'Azienda ULSS e/o di aver eseguito il **Pap-test e HPV test spontaneamente** (copertura totale): il 70% ha aderito a quello **organizzato** ed il 23% **spontaneamente**; mentre il 4% delle donne non ha mai fatto un test di screening o l'ha fatto oltre il periodo previsto dalle linee guida;

...in Veneto

il 90% delle donne riferisce di avere effettuato uno screening organizzato e/o spontaneo: il 57% ha aderito a quello organizzato ed il 34% spontaneamente;

... nel Pool ASL nazionale

l'80% delle donne riferisce di avere effettuato uno screening organizzato e/o spontaneo: il 45% quello organizzato ed il 34% spontaneamente; il 12% delle donne, però, ha mai fatto un test di screening o l'ha fatto oltre il periodo previsto dalle linee guida.

Caratteristiche delle donne che hanno aderito allo screening - copertura totale Azienda ULSS 18

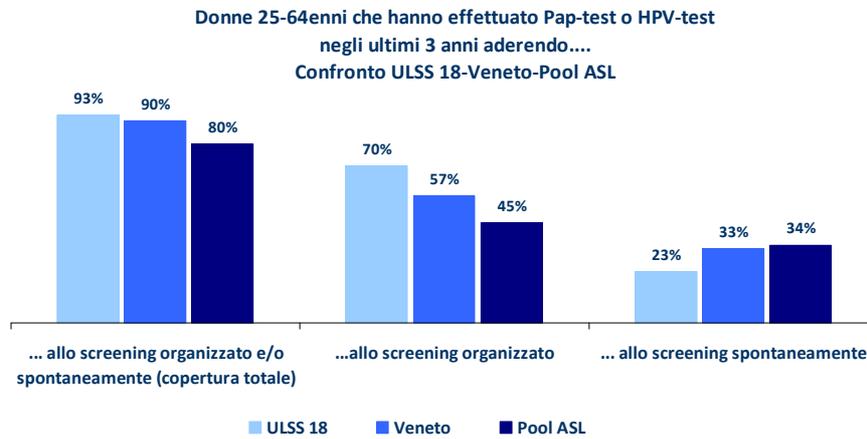
| | Prevalenza | 92,5% |
|-----------------------|--------------------|-------|
| Classi di età | 25-34 anni | 91,4% |
| | 35-49 anni | 94,2% |
| | 50-64 anni | 91,4% |
| Livello di istruzione | Nessuno/elementare | 89,3% |
| | Media inferiore | 90,3% |
| | Media superiore | 94,3% |
| | Laurea | 92,2% |
| Difficoltà economiche | Molte | 87,7% |
| | Qualche | 93,0% |
| | Nessuna | 93,6% |
| Cittadinanza | Italiana | 92,6% |
| | Straniera | 89,4% |

Caratteristiche socio-demografiche

Nell'**ULSS 18**, l'adesione allo screening è più frequente nelle donne di 35-49 anni, in quelle con alto livello di istruzione, nelle donne con qualche o nessuna difficoltà economica e in quelle di cittadinanza italiana.

Definizioni

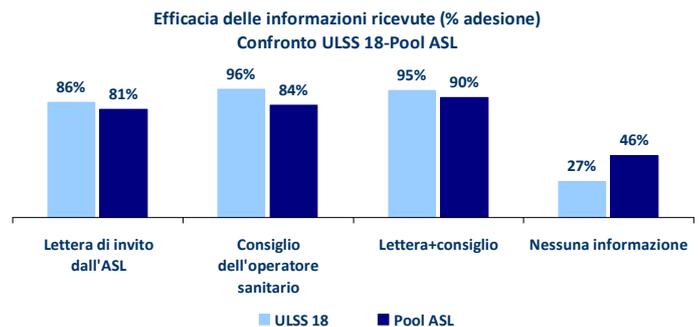
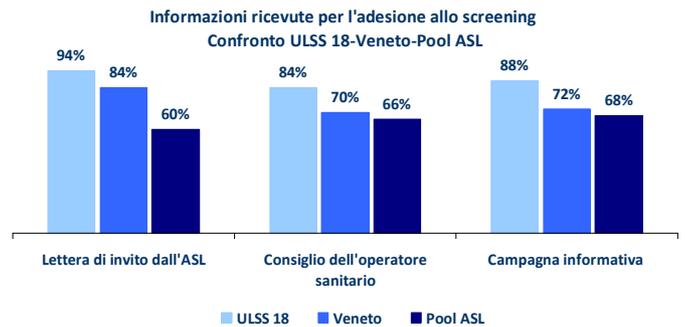
Gli **screening** sono interventi sanitari, innocui, sicuri e di facile esecuzione per identificare una malattia in fase pre-clinica e asintomatica al fine di ridurre la mortalità causa-specifica in una popolazione target, che si sottopone a test specifici periodici, stabiliti da linee guida. I programmi di screening oncologici sono proposti gratuitamente e periodicamente dall'Azienda sanitaria ai cittadini individuati secondo determinati criteri (fattore di rischio, età e sesso), assicurando una continuità assistenziale alle persone che, risultando positive al test, necessitano di approfondimenti. Gli screening oltrechè ridurre la mortalità, aumentare la sopravvivenza e migliorare la qualità della vita, per la loro struttura organizzativa, riducono le **disuguaglianze sociali di accesso alla prevenzione** per le persone meno istruite, con maggiori difficoltà economiche o straniere per le quali l'offerta di un programma organizzato e gratuito rappresenta l'unica occasione di una prevenzione sanitaria.



Promozione ed efficacia degli interventi

Nell'**ULSS 18**, il 94% delle intervistate di 25-64 anni riferisce di avere ricevuto una lettera di invito allo screening dall'ULSS, l'88% ha visto o sentito una campagna informativa di promozione dello screening e l'84% di aver ricevuto il consiglio di aderire da un operatore sanitario; per quanto riguarda *l'efficacia degli interventi*, con nessun intervento l'adesione era del 27%, con la lettera dell'86%, con il consiglio del 96% e con i 2 interventi del 95%.

In **Veneto** e nel **Pool ASL nazionale**, le percentuali erano 84% (lettera invito), 72% (campagna informativa) e 70% (consiglio) e del 61%, 68% e 66% rispettivamente; nel **Pool ASL** per quanto riguarda *l'efficacia*, con nessun intervento l'adesione era del 46%, con la lettera dell'81%, con il consiglio dell'84% e con 2 interventi del 90%.



Motivazioni della non effettuazione dello screening

Nell'**ULSS 18**, le motivazioni più frequenti per la non adesione sono state: 26% "penso di non averne bisogno", 10% "per pigrizia", 9% "non ho ricevuto la convocazione", 7% "mi sento imbarazzata" e "non ho avuto tempo", 5% "ho paura dei risultati dell'esame", "nessuno me l'ha consigliato", "è fastidioso/doloroso", "sono già stata operata" e "sede/data/orario non andavano bene".

Nel **Pool ASL nazionale** le percentuali erano: 28% "penso di non averne bisogno", 15% "per pigrizia", 10% "nessuno me l'ha consigliato" e "non ho avuto tempo", 7% "mi sento imbarazzata", 6% "non ho ricevuto la convocazione", 5% "ho paura dei risultati dell'esame", 4% "sono già stata operata".

Conclusioni

Nell'Azienda ULSS 18, gli interventi di sanità pubblica efficaci per la prevenzione della neoplasia del collo dell'utero sono:

1. lo **screening organizzato** (attivo dal 1998) completamente gratuito ed effettuato su invito attivo da parte dell'ULSS alla popolazione femminile di età compresa tra 25 e 64 anni, invitata a sottoporsi al test specifico (Pap-test o HPV-test) ogni tre anni, secondo linee guida;
2. la **vaccinazione contro l'HPV**, offerta gratuitamente e attivamente ai bambini nel 12° anno di vita.

Un sistema per monitorare l'adesione ai programmi di prevenzione oncologica, utile per valutare l'impatto delle campagne organizzate sul territorio, è attivo dal 2008 tramite il **Sistema di Sorveglianza PASSI** che rileva, chiedendolo direttamente alle donne nella fascia di età interessata, se e quando hanno effettuato Pap-test o HPV-test, se sono stati eseguiti all'interno del programma di screening organizzato dalla ASL oppure su iniziativa personale (indicatore proxy il pagamento o meno dell'esame), che tipo di informazione hanno ricevuto e i motivi della non adesione.

Programmi di prevenzione oncologica nell'Azienda ULSS 19: screening della neoplasia del collo dell'utero I dati del Sistema di Sorveglianza PASSI 2013-2016

La **Neoplasia del collo dell'utero** è nel mondo il secondo tumore più diffuso nelle donne, dopo la mammella, e in Italia la sesta neoplasia per frequenza, con circa 3.700 nuovi casi all'anno, anche se incidenza e mortalità dal 1980 al 2015 sono in continua riduzione. E' causata da infezioni persistenti da Papilloma Virus umano (HPV), che si trasmettono per via sessuale e sono estremamente frequenti soprattutto all'inizio dell'attività sessuale e nell'adolescenza. Co-fattori di rischio sono un basso livello socio-economico (con scarso accesso alla prevenzione), il numero di partner, la giovane età di inizio dell'attività sessuale, gli stati di immunodeficienza, il fumo di sigaretta, la contraccezione ormonale ed una componente familiare. La conoscenza della relazione causale fra infezione da HPV e cancro, assieme alla disponibilità di metodiche di diagnosi precoce e di specifici vaccini, ha permesso di attuare strategie di prevenzione oncologica sia primaria sia secondaria. Gli andamenti decrescenti di incidenza e mortalità sono sicuramente imputabili all'aumentata diffusione dello screening (Pap-test e HPV-test) e all'introduzione della vaccinazione contro il Papilloma Virus umano, molto efficace nel prevenire il carcinoma della cervice uterina soprattutto se effettuata prima dell'inizio dell'attività sessuale, perché induce una protezione maggiore prima di un eventuale contagio con il virus HPV.

Nell'**ULSS 19**, secondo i dati 2013-2016 del Sistema di Sorveglianza PASSI, il 90% delle donne di 25-64 anni riferisce di avere aderito allo **screening cervicale organizzato** dall'Azienda ULSS e/o di aver eseguito il **Pap-test e HPV test spontaneamente** (copertura totale): il 74% ha aderito a quello **organizzato** ed il 16% **spontaneamente**; mentre il 5% delle donne, però, non ha mai fatto un test di screening o l'ha fatto oltre il periodo previsto dalle linee guida;

...in Veneto

il 90% delle donne riferisce di avere effettuato uno screening organizzato e/o spontaneo il 57% ha aderito a quello organizzato ed il 34% spontaneamente;

... nel Pool ASL nazionale

l'80% delle donne riferisce di avere effettuato uno screening organizzato e/o spontaneo: il 45% quello organizzato ed il 35% spontaneamente; il 12% delle donne, però, non ha mai fatto un test di screening o l'ha fatto oltre il periodo previsto dalle linee guida.

Caratteristiche delle donne che hanno aderito allo screening - copertura totale Azienda ULSS 19

| | | |
|-----------------------|--------------------|-------|
| | Prevalenza | 89,9% |
| Classi di età | 25-34 anni | 83,5% |
| | 35-49 anni | 92,6% |
| | 50-64 anni | 90,4% |
| Livello di istruzione | Nessuno/elementare | 84,9% |
| | Media inferiore | 92,6% |
| | Media superiore | 88,4% |
| | Laurea | 86,5% |
| Difficoltà economiche | Molte | 88,1% |
| | Qualche | 92,5% |
| | Nessuna | 88,1% |
| Cittadinanza | Italiana | 90,2% |
| | Straniera | 81,8% |

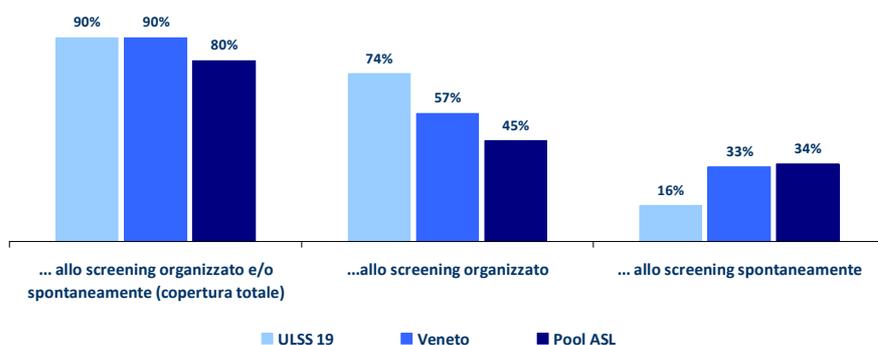
Caratteristiche socio-demografiche

Nell'**ULSS 19**, l'adesione allo screening è più frequente nelle donne di 35-49 anni, in quelle con qualche difficoltà economica e di cittadinanza italiana, mentre non emergono grosse differenze per quanto riguarda il livello di istruzione (basso/alto).

Definizioni

Gli **screening** sono interventi sanitari, innocui, sicuri e di facile esecuzione per identificare una malattia in fase pre-clinica e asintomatica al fine di ridurre la mortalità causa-specifica in una popolazione target, che si sottopone a test specifici periodici, stabiliti da linee guida. I programmi di screening oncologici sono proposti gratuitamente e periodicamente dall'Azienda sanitaria ai cittadini individuati secondo determinati criteri (fattore di rischio, età e sesso), assicurando una continuità assistenziale alle persone che, risultando positive al test, necessitano di approfondimenti. Gli screening oltrechè ridurre la mortalità, aumentare la sopravvivenza e migliorare la qualità della vita, per la loro struttura organizzativa, riducono le **disuguaglianze sociali di accesso alla prevenzione** per le persone meno istruite, con maggiori difficoltà economiche o straniere per le quali l'offerta di un programma organizzato e gratuito rappresenta l'unica occasione di una prevenzione sanitaria.

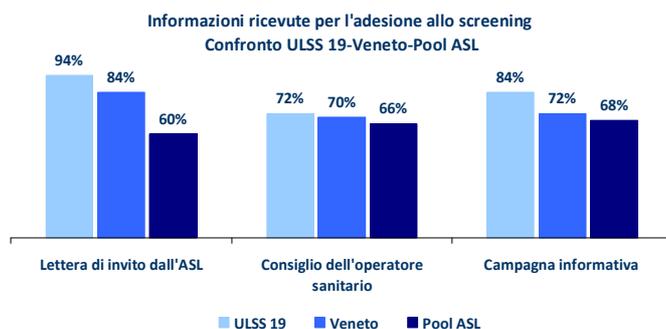
Donne 25-64enni che hanno effettuato Pap-test o HPV-test negli ultimi 3 anni aderendo....
Confronto ULSS 19-Veneto-Pool ASL



Promozione ed efficacia degli interventi

Nell'**ULSS 19**, il 94% delle intervistate di 25-64 anni riferisce di avere ricevuto una lettera di invito allo screening dall'ULSS, l'84% ha visto o sentito una campagna informativa di promozione dello screening e il 72% di aver ricevuto il consiglio di aderire da un operatore sanitario; per quanto riguarda *l'efficacia degli interventi*, con nessun intervento l'adesione era del 28%, con la lettera dell'84%, con il consiglio del 100% e con i 2 interventi del 95%.

In **Veneto** e nel **Pool ASL nazionale**, le percentuali erano 84% (lettera invito), 72% (campagna informativa) e 70% (consiglio) e del 61%, 68% e 66% rispettivamente; nel **Pool ASL** per quanto riguarda *l'efficacia*, con nessun intervento l'adesione era del 46%, con la lettera dell'81%, con il consiglio dell'84% e con 2 interventi del 90%.



Motivazioni della non effettuazione dello screening

Nell'**ULSS 19**, le motivazioni più frequenti per la non adesione sono state: 22% "non ho ricevuto la convocazione", 19% "penso di non averne bisogno", 15% "non ho avuto tempo", 11% "sono già stata operata", 6% "nessuno me l'ha consigliato", 4% "sede/data/orario non andavano bene" e 3% "ho paura dei risultati dell'esame" e "mi sento imbarazzata".

Nel **Pool ASL nazionale** le percentuali erano: 28% "penso di non averne bisogno", 15% "per pigrizia", 10% "nessuno me l'ha consigliato" e "non ho avuto tempo", 7% "mi sento imbarazzata", 6% "non ho ricevuto la convocazione", 5% "ho paura dei risultati dell'esame", 4% "sono già stata operata".

Conclusioni

Nell'Azienda ULSS 19, gli interventi di sanità pubblica efficaci per la prevenzione della neoplasia del collo dell'utero sono:

1. lo **screening organizzato**, completamente gratuito ed effettuato su invito attivo da parte dell'ULSS alla popolazione femminile di età compresa tra 25 e 64 anni, invitata a sottoporsi al test specifico (Pap-test o HPV-test) ogni tre anni, secondo linee guida;
2. la **vaccinazione contro l'HPV**, offerta gratuitamente e attivamente ai bambini nel 12° anno di vita.

Un sistema per monitorare l'adesione ai programmi di prevenzione oncologica, utile per valutare l'impatto delle campagne organizzate sul territorio, è attivo tramite il **Sistema di Sorveglianza PASSI** che rileva, chiedendolo direttamente alle donne nella fascia di età interessata, se e quando hanno effettuato Pap-test o HPV-test, se sono stati eseguiti all'interno del programma di screening organizzato dalla ASL oppure su iniziativa personale (indicatore proxy il pagamento o meno dell'esame), che tipo di informazione hanno ricevuto e i motivi della non adesione.



Programmi di prevenzione oncologica nell'Azienda ULSS 18: screening della neoplasia della mammella I dati del Sistema di Sorveglianza PASSI 2013-2016

La **Neoplasia della mammella** rappresenta il tumore femminile più frequente, in tutte le età, con un'ampia variabilità geografica (tassi fino a 10 volte più alti nei Paesi economicamente più avanzati) e risulta essere la principale causa di morte per tumore, sia totale (17%) che per fascia di età. I fattori di rischio sono numerosi: fattori ormonali legati all'età (il rischio aumenta con l'età sino alla menopausa, poi rallenta con un plateau, per poi riprendere a salire dopo i 60 anni) o a terapie sostitutive e contraccettivi orali, fattori legati allo stile di vita (elevato consumo di alcool e di grassi animali e basso consumo di fibre vegetali e scarsa attività fisica) che, con quelli metabolici, determinano obesità (fattore di rischio legato all'eccesso di tessuto adiposo fonte di estrogeni circolanti che stimolano la ghiandola mammaria), familiarità ed ereditarietà.

Nelle donne senza segni e/o sintomi di tumore mammario una diagnosi precoce in uno stadio iniziale di malattia, quando il trattamento può essere più efficace e la possibilità di ottenere guarigioni molto elevata, può essere ottenuta con una mammografia: è ormai dimostrato, infatti, che lo **screening mammografico**, indicato in tutte le donne dai 50 ai 69 anni con cadenza biennale, diffuso su larga scala dalla seconda metà degli anni '90, con l'aumento del numero di diagnosi di forme in stadio iniziale ha contribuito, associato ai progressi terapeutici, alla costante riduzione della mortalità per carcinoma mammario.

Nell'**ULSS 18**, secondo i dati 2013-2016 del Sistema di Sorveglianza PASSI, l'80% delle donne di 50-69 anni riferisce di avere aderito allo **screening mammografico organizzato** dall'Azienda ULSS e/o di aver eseguito una **mammografia spontaneamente** (copertura totale): il 67% ha aderito a quello **organizzato** ed il 14% **spontaneamente**; il 5% delle donne, però, non ha mai fatto un test di screening o l'ha fatto oltre il periodo previsto dalle linee guida;

...in Veneto

l'85% delle donne riferisce di avere effettuato uno screening organizzato e/o spontaneo: il 65% ha aderito a quello organizzato ed il 20% spontaneamente;

... nel Pool ASL nazionale

il 73% delle donne riferisce di avere effettuato uno screening organizzato e/o spontaneo: il 54% quello organizzato ed il 19% spontaneamente; l'11% delle donne, però, non ha mai fatto un test di screening o l'ha fatto oltre il periodo previsto dalle linee guida.

Caratteristiche delle donne che hanno aderito allo screening - copertura totale Azienda ULSS 18

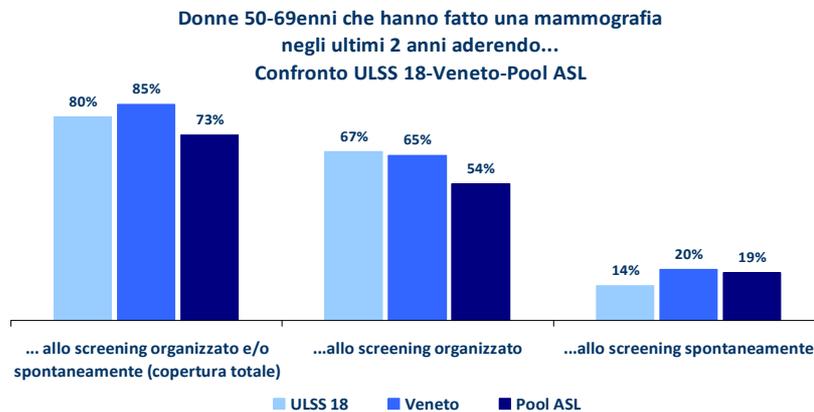
| | Prevalenza | 80,3% |
|-----------------------|--------------------|-------|
| Classi di età | 50-59 anni | 83,4% |
| | 60-69 anni | 76,4% |
| Livello di istruzione | Nessuno/elementare | 79,4% |
| | Media inferiore | 75,4% |
| | Media superiore | 84,1% |
| | Laurea | 83,2% |
| Difficoltà economiche | Molte | 69,3% |
| | Qualche | 79,6% |
| | Nessuna | 83,4% |
| Cittadinanza | Italiana | 81,6% |
| | Straniera | 55,7% |

Caratteristiche socio-demografiche

Nell'**ULSS 18**, l'adesione allo screening è più frequente nelle donne di 50-59 anni, in quelle con alto livello di istruzione, nelle donne senza difficoltà economiche e, in modo significativo, in quelle di cittadinanza italiana (caratteristiche in linea con quelle rilevate nel Pool ASL).

Definizioni

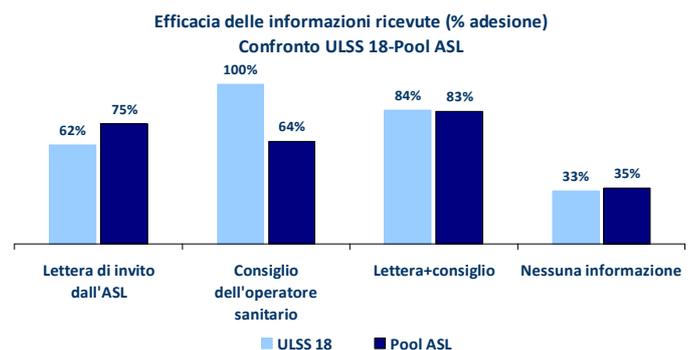
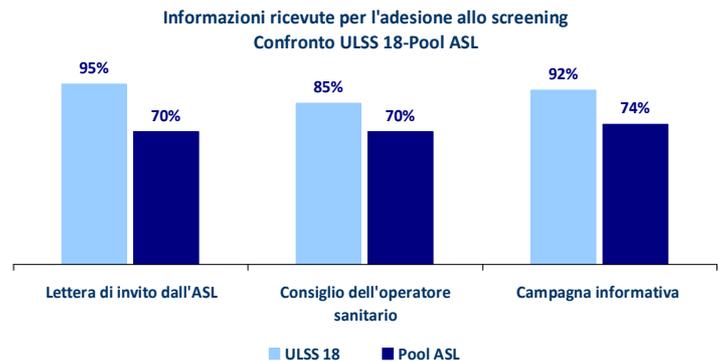
Gli **screening** sono interventi sanitari, innocui, sicuri e di facile esecuzione per identificare una malattia in fase pre-clinica e asintomatica al fine di ridurre la mortalità causa-specifica in una popolazione target, che si sottopone a test specifici periodici, stabiliti da linee guida. I programmi di screening oncologici sono proposti gratuitamente e periodicamente dall'Azienda sanitaria ai cittadini individuati secondo determinati criteri (fattore di rischio, età e sesso), assicurando una continuità assistenziale alle persone che, risultando positive al test, necessitano di approfondimenti. Gli screening oltreché ridurre la mortalità, aumentare la sopravvivenza e migliorare la qualità della vita, per la loro struttura organizzativa, riducono le **disuguaglianze sociali di accesso alla prevenzione** per le persone meno istruite, con maggiori difficoltà economiche o straniere per le quali l'offerta di un programma organizzato e gratuito rappresenta l'unica occasione di una prevenzione sanitaria.



Promozione ed efficacia degli interventi

Nell'**ULSS 18**, il 95% delle intervistate di 50-69 anni riferisce di avere ricevuto una lettera di invito allo screening dall'ULSS, il 92% ha visto o sentito una campagna informativa di promozione dello screening e l'85% ha ricevuto il consiglio di aderire da un operatore sanitario; per quanto riguarda l'**efficacia degli interventi** con nessun intervento l'adesione era del 33%, con la lettera del 62%, con il consiglio del 100% e con 2 interventi dell'84%.

Nel **Pool ASL nazionale** il 70% delle donne ha ricevuto la lettera di invito, il 74% ha visto una campagna informativa e il 70% ha ricevuto il consiglio; per quanto riguarda l'**efficacia** con nessun intervento l'adesione era del 35%, con la lettera del 75%, con il consiglio del 64% e con 2 interventi dell'83%.



Motivazioni della non effettuazione dello screening

Nell'**ULSS 18**, le motivazioni più frequenti per la non adesione sono state: 22% "penso di non averne bisogno" e "sono già stata operata", 20% "non ho ricevuto la convocazione", 4% "mi sento imbarazzata", "nessuno me l'ha consigliato", "è fastidioso/doloroso", "per pigrizia", "non ho avuto tempo" e "sede/data/orario non andavano bene", 2% "ho paura dei risultati dell'esame".

Nel **Pool ASL nazionale** le percentuali erano: 23% "penso di non averne bisogno", 16% "per pigrizia", 11% "non ho avuto tempo", 10% "non ho ricevuto la convocazione", 8% "nessuno me l'ha consigliato", 7% "ho paura dei risultati dell'esame", 4% "mi sento imbarazzata", "sono già stata operata" e "è fastidioso/doloroso".

Conclusioni

Nell'Azienda ULSS 18, l'intervento di sanità pubblica efficace per la prevenzione della neoplasia della mammella è lo **screening organizzato**, completamente gratuito ed effettuato su invito attivo da parte dell'ULSS alla popolazione femminile di età compresa tra 50 e 69 anni, invitata a sottoporsi al test specifico (mammografia) ogni 2 anni, secondo linee guida.

Il **monitoraggio dell'adesione ai programmi di prevenzione oncologica**, importante per valutare il reale impatto delle campagne organizzate sul territorio, è attivo, dal 2008, tramite il **Sistema di Sorveglianza PASSI** che rileva, chiedendolo direttamente alle donne nella fascia di età interessata, se e quando hanno effettuato la mammografia, se sono state fatte all'interno del programma di screening organizzato dalla ASL oppure su iniziativa personale (indicatore proxy il pagamento o meno dell'esame), che tipo di informazione hanno ricevuto e i motivi della non adesione.



Programmi di prevenzione oncologica nell'Azienda ULSS 19: screening della neoplasia della mammella I dati del Sistema di Sorveglianza PASSI 2013-2016

La **Neoplasia della mammella** rappresenta il tumore femminile più frequente, in tutte le età, con un'ampia variabilità geografica (tassi fino a 10 volte più alti nei Paesi economicamente più avanzati) e risulta essere la principale causa di morte per tumore, sia totale (17%) che per fascia di età. I fattori di rischio sono numerosi: fattori ormonali legati all'età (il rischio aumenta con l'età sino alla menopausa, poi rallenta con un plateau, per poi riprendere a salire dopo i 60 anni) o a terapie sostitutive e contraccettivi orali, fattori legati allo stile di vita (elevato consumo di alcool e di grassi animali e basso consumo di fibre vegetali e scarsa attività fisica) che, con quelli metabolici, determinano obesità (fattore di rischio legato all'eccesso di tessuto adiposo fonte di estrogeni circolanti che stimolano la ghiandola mammaria), familiarità ed ereditarietà.

Nelle donne senza segni e/o sintomi di tumore mammario, una diagnosi precoce in uno stadio iniziale di malattia, quando il trattamento può essere più efficace e la possibilità di ottenere guarigioni molto elevata, può essere ottenuta con una mammografia: è ormai dimostrato, infatti, che lo **screening mammografico**, indicato in tutte le donne dai 50 ai 69 anni con cadenza biennale, diffuso su larga scala dalla seconda metà degli anni '90, con l'aumento del numero di diagnosi di forme in stadio iniziale ha contribuito, associato ai progressi terapeutici, alla costante riduzione della mortalità per carcinoma mammario.

Nell'**ULSS 19**, secondo i dati 2013-2016 del Sistema di Sorveglianza PASSI, il 93% delle donne di 50-69 anni riferisce di avere aderito allo **screening mammografico organizzato** dall'Azienda ULSS e/o di aver eseguito una mammografia **spontaneamente** (copertura totale): l'88% ha aderito a quello **organizzato** ed il 5% **spontaneamente**; il 2% delle donne, però, non ha mai fatto un test di screening o l'ha fatto oltre il periodo previsto dalle linee guida;

...in Veneto

l'85% delle donne riferisce di avere effettuato uno screening organizzato e/o spontaneo: il 65% ha aderito a quello organizzato ed il 20% spontaneamente;

... nel Pool ASL nazionale

il 73% delle donne riferisce di avere effettuato uno screening organizzato e/o spontaneo: il 54% quello organizzato ed il 19% spontaneamente; l'11% delle donne, però, non ha mai fatto un test di screening o l'ha fatto oltre il periodo previsto dalle linee guida.

Caratteristiche delle donne che hanno aderito allo screening - copertura totale Azienda ULSS 19

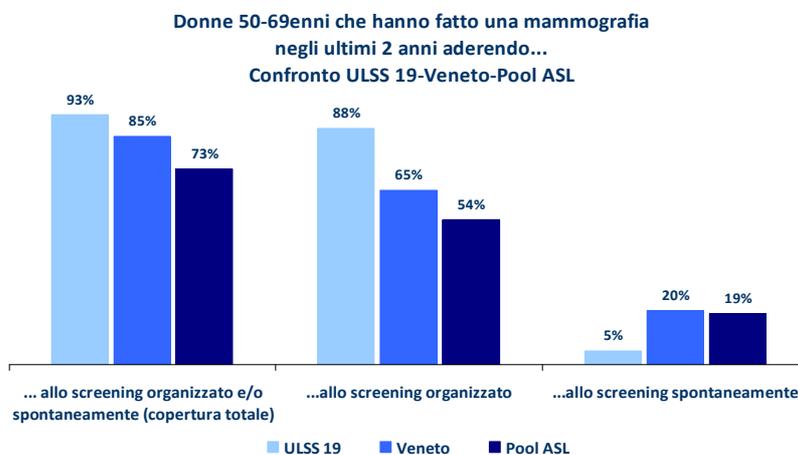
| | Prevalenza | 93,3% |
|-----------------------|--------------------|--------|
| Classi di età | 50-59 anni | 93,6% |
| | 60-69 anni | 93,0% |
| Livello di istruzione | Nessuno/elementare | 94,6% |
| | Media inferiore | 91,7% |
| | Media superiore | 97,8% |
| | Laurea | 82,5% |
| Difficoltà economiche | Molte | 100,0% |
| | Qualche | 93,4% |
| | Nessuna | 91,3% |
| Cittadinanza | Italiana | 93,2% |
| | Straniera | 100,0% |

Caratteristiche socio-demografiche

Nell'**ULSS 19**, l'adesione allo screening è più frequente nelle donne con livello di istruzione basso, nelle donne con molte difficoltà economiche e in quelle di cittadinanza straniera (caratteristiche contrastanti con quelle rilevate nel Pool ASL nazionale).

Definizioni

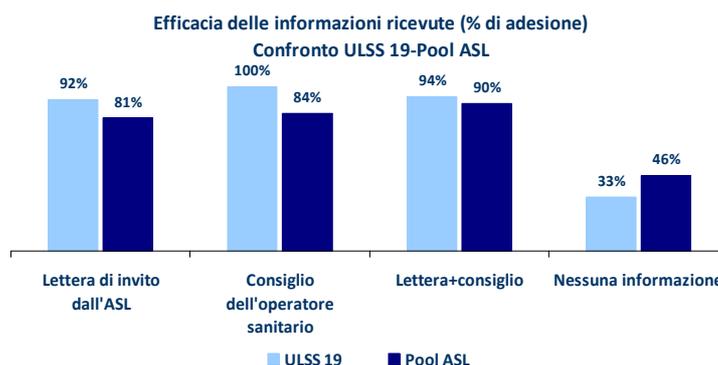
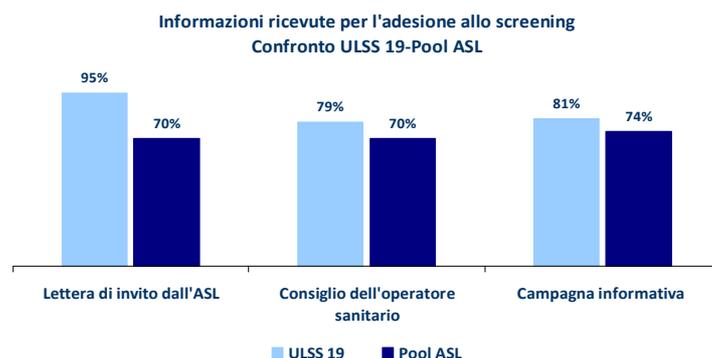
Gli **screening** sono interventi sanitari, innocui, sicuri e di facile esecuzione per identificare una malattia in fase pre-clinica e asintomatica al fine di ridurre la mortalità causa-specifica in una popolazione target, che si sottopone a test specifici periodici, stabiliti da linee guida. I programmi di screening oncologici sono proposti gratuitamente e periodicamente dall'Azienda sanitaria ai cittadini individuati secondo determinati criteri (fattore di rischio, età e sesso), assicurando una continuità assistenziale alle persone che, risultando positive al test, necessitano di approfondimenti. Gli screening oltreché ridurre la mortalità, aumentare la sopravvivenza e migliorare la qualità della vita, per la loro struttura organizzativa, riducono le **disuguaglianze sociali di accesso alla prevenzione** per le persone meno istruite, con maggiori difficoltà economiche o straniere per le quali l'offerta di un programma organizzato e gratuito rappresenta l'unica occasione di una prevenzione sanitaria.



Promozione ed efficacia degli interventi

Nell'**ULSS 19**, il 95% delle intervistate di 50-69 anni riferisce di avere ricevuto una lettera di invito allo screening dall'ULSS, il 92% ha visto o sentito una campagna informativa di promozione dello screening e l'85% ha ricevuto il consiglio di aderire da un operatore sanitario; per quanto riguarda **l'efficacia degli interventi** con nessun intervento l'adesione era del 33%, con la lettera del 62%, con il consiglio del 100% e con 2 interventi dell'84%.

Nel **Pool ASL nazionale** il 70% delle donne ha ricevuto la lettera di invito, il 74% ha visto una campagna informativa e il 70% ha ricevuto il consiglio; per quanto riguarda **l'efficacia** con nessun intervento l'adesione era del 35%, con la lettera del 75%, con il consiglio del 65% e con 2 interventi dell'83%.



Motivazioni della non effettuazione dello screening

Nell'**ULSS 19**, le motivazioni più frequenti per la non adesione sono state: 37% "non ho avuto tempo", 23% "non ho ricevuto la convocazione", 17% "ho paura dei risultati dell'esame", 11% "è fastidioso/doloroso", 6% "penso di non averne bisogno" e "è difficile prendere contatti con l'ASL".

Nel **Pool ASL nazionale**, le percentuali erano: 23% "penso di non averne bisogno", 16% "per pigrizia", 11% "non ho avuto tempo", 10% "non ho ricevuto la convocazione", 8% "nessuno me l'ha consigliato", 7% "ho paura dei risultati dell'esame", 4% "mi sento imbarazzata", "sono già stata operata" e "è fastidioso/doloroso".

Conclusioni

Nell'Azienda ULSS 19, l'intervento di sanità pubblica efficace per la prevenzione della neoplasia della mammella è lo **screening organizzato**, completamente gratuito ed effettuato su invito attivo da parte dell'ULSS alla popolazione femminile di età compresa tra 50 e 69 anni, invitata a sottoporsi al test specifico (mammografia) ogni 2 anni, secondo linee guida.

Il **monitoraggio dell'adesione ai programmi di prevenzione oncologica**, importante per valutare il reale impatto delle campagne organizzate sul territorio, è attivo, dal 2011, tramite il **Sistema di Sorveglianza PASSI** che rileva, chiedendolo direttamente alle donne nella fascia di età interessata, se e quando hanno effettuato la mammografia, se sono state fatte all'interno del programma di screening organizzato dalla ASL oppure su iniziativa personale (indicatore proxy il pagamento o meno dell'esame), che tipo di informazione hanno ricevuto e i motivi della non adesione.



Programmi di prevenzione oncologica nell'Azienda ULSS 18: screening della neoplasia del colon-retto I dati del Sistema di Sorveglianza PASSI 2013-2016

La **Neoplasia del colon-retto** (AIRTUM 2008-2013) si trova al 2° posto di tutti i nuovi tumori sia tra gli uomini (16%) che tra le donne (13%), in particolare è al 2° posto nel sesso femminile (14%) ed al 3° posto in quello maschile (13%) dopo i 50 anni; è inoltre, la 2° causa di morte oncologica, sia nei maschi (11%) che nelle femmine (12%). La diffusione dei fattori di rischio, l'anticipazione diagnostica e l'aumento dell'età media della popolazione hanno determinato una crescita dell'incidenza di questo tumore fino al 2007 cui è seguita una diminuzione, in particolare nel sesso maschile, associato all'attivazione del **programma di screening organizzato** (rivolto a uomini e donne 50-69enni con la ricerca del Sangue Occulto nelle Feci (SOF) ogni 2 anni o, in caso di SOF positivo, una colonscopia o rettosigmoidoscopia ogni 5 anni, secondo le linee guida). Lo screening può consentire il riscontro e la rimozione di precursori (adenomi) prima della trasformazione in carcinoma e la diagnosi di carcinomi in stadio iniziale, con una conseguente riduzione della mortalità, sia per riduzione dell'incidenza che per il riscontro del tumore in stadi più iniziali, e quindi suscettibili di guarigione dopo terapia. I principali fattori di rischio sono familiarità e stili di vita: alimentazione (consumo di carni rosse e di insaccati, farine e zuccheri raffinati), sovrappeso e obesità, ridotta attività fisica, fumo ed eccesso di alcol, oltrechè malattie infiammatorie dell'intestino (Malattia di Crohn e Rettocolite ulcerosa). Fattori di protezione sono il consumo di frutta e verdure, di carboidrati non raffinati, di vitamina D e calcio.

Nell'**ULSS 18**, secondo i dati 2013-2016 del Sistema di Sorveglianza PASSI, l'82% degli uomini e donne di 50-69 anni riferisce di aver eseguito uno degli esami per la diagnosi precoce della neoplasia del colon-retto **a scopo preventivo**, secondo le linee guida: il 79% lo ha fatto nell'ambito di **programmi organizzati**, mentre lo **screening spontaneo** è stato effettuato dal 3% delle persone.

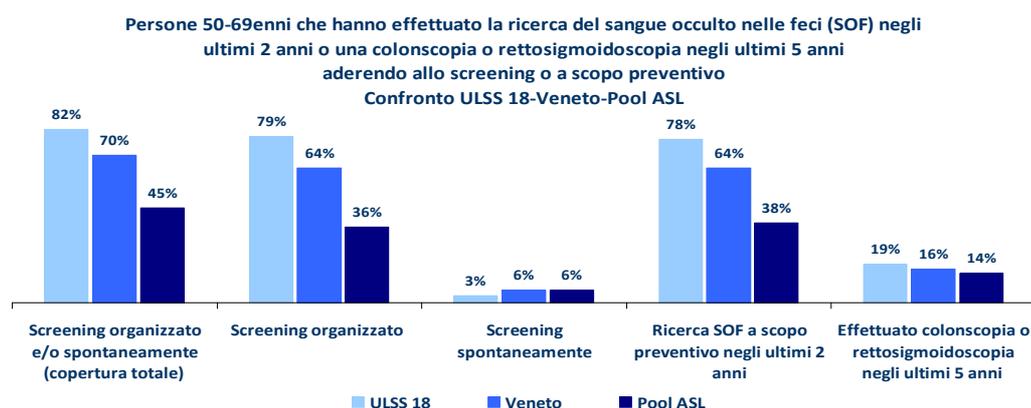
La **ricerca del sangue occulto nelle feci (SOF)** è il più utilizzato fra i test preventivi per la diagnosi precoce: il 78% degli intervistati riferisce di averlo effettuato nei due anni precedenti l'intervista ed il 15% non l'ha mai eseguito; la **colonscopia/rettosigmoidoscopia** è un esame secondario alla ricerca SOF, che ne completa la procedura diagnostica qualora il SOF risultasse positivo: il 19% riferisce di aver effettuato tale esame a scopo preventivo nei 5 anni precedenti l'intervista ed il 76% non l'ha mai effettuata;

...in Veneto

il 70% degli intervistati riferisce di avere aderito ad uno screening organizzato e/o spontaneamente: il 64% ha aderito a quello organizzato ed il 6% spontaneamente; a scopo preventivo il 64% ha fatto un test per la ricerca SOF negli ultimi 2 anni ed il 16% una colonscopia negli ultimi 5 anni;

... nel Pool ASL nazionale

il 45% degli intervistati riferisce di avere aderito ad uno screening organizzato e/o spontaneamente: il 36% ha aderito a quello organizzato e l'8% spontaneamente; a scopo preventivo il 38% ha fatto un test per la ricerca SOF negli ultimi 2 anni ed il 54% non l'ha mai eseguito, il 14% ha eseguito una colonscopia negli ultimi 5 anni e l'82% non l'ha mai effettuata.



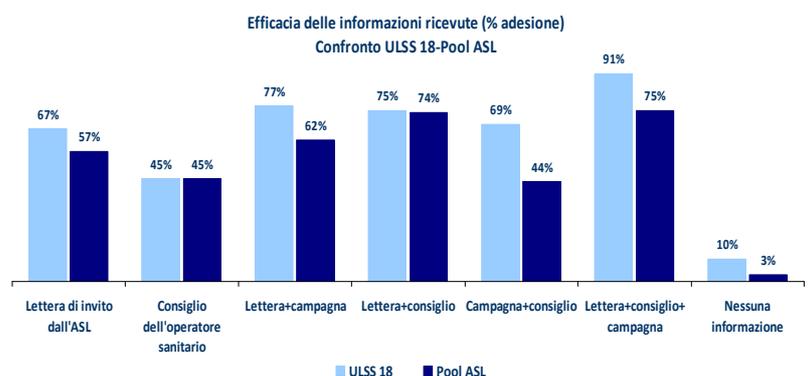
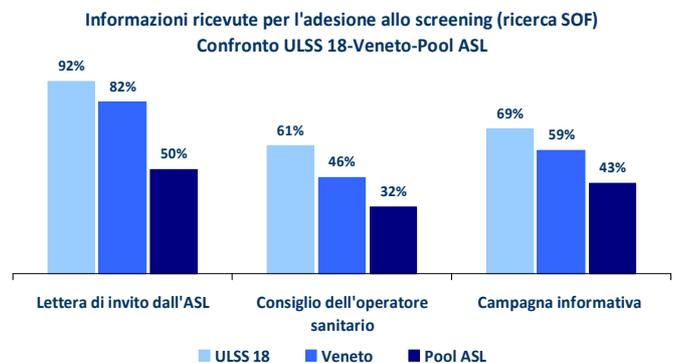
Caratteristiche socio-demografiche

Nell'**ULSS 18**, l'effettuazione del test di ricerca del sangue occulto nelle feci (SOF) è più frequente nelle donne, nella classe di età 60-69 anni, nelle persone con livello di istruzione più alto, in quelle "senza" difficoltà economiche ed in quelle di cittadinanza italiana (in linea con quelle rilevate nel Pool ASL nazionale). L'esecuzione della colonscopia/rettosigmoidoscopia è invece più frequente nei maschi, nella classe di età 50-59 anni, nelle persone con livello di istruzione più alto, in quelle che dichiarano molte difficoltà economiche e in quelle di cittadinanza italiana; a livello nazionale, invece, la frequenza è maggiore nella classe di età 60-69 anni e in chi dichiara "nessuna" difficoltà economica.

Promozione ed efficacia degli interventi

Nell'**ULSS 18**, il 92% degli intervistati riferisce di avere ricevuto una lettera di invito allo screening dall'ULSS, il 69% ha visto o sentito una campagna informativa e il 61% ha ricevuto il consiglio da un operatore sanitario; per quanto riguarda l'**efficacia degli interventi**, con nessun intervento l'adesione era del 10%, con la lettera del 67%, con il consiglio del 43%, con 2 interventi l'adesione variava dal 70% al 77% e con 3 era del 91%.

In **Veneto**, l'82% ha ricevuto la lettera, il 59% ha visto una campagna informativa ed il 46% ha ricevuto il consiglio da un operatore sanitario. Nel **Pool ASL nazionale**, il 50% delle persone ha ricevuto la lettera di invito, il 43% ha visto una campagna informativa ed il 32% ha ricevuto il consiglio; per quanto riguarda l'**efficacia** con nessun intervento l'adesione era del 3%, con la lettera del 77%, con il consiglio del 45%, con 2 interventi l'adesione variava dal 44% al 74% e con 3 era del 75%.



Motivazioni della non effettuazione dello screening

Nell'**ULSS 18**, le motivazioni più frequenti per la non effettuazione della ricerca del sangue occulto nelle feci sono state: 30% "penso di non averne bisogno", 13% "per pigrizia", 11% "non ho avuto tempo" e "non in età target", 7% "nessuno me l'ha consigliato" e "ho paura dei risultati dell'esame", 6% "già fatto mi è stato consigliato di fare la colonscopia", 4% "è fastidioso/doloroso".

Nel **Pool ASL nazionale** le percentuali erano: 33% "penso di non averne bisogno", 27% "nessuno me l'ha consigliato", 9% "per pigrizia", 6% "non ho avuto tempo" e "non in età target", 4% "ho paura dei risultati dell'esame", 3% "già fatto mi è stato consigliato di fare la colonscopia".

Conclusioni

Nell'Azienda ULSS 18, l'intervento di sanità pubblica messo in atto per la prevenzione della neoplasia del colon-retto è lo **screening organizzato**, completamente gratuito ed effettuato su invito attivo da parte dell'ULSS alla popolazione di età compresa tra 50 e 69 anni, invitata a sottoporsi al test specifico (ricerca del sangue occulto nelle feci-SOF) ogni 2 anni, e, in caso di positività, alla colonscopia o rettoscopia ogni 5 anni, secondo linee guida.

Il **monitoraggio dell'adesione ai programmi di prevenzione oncologica**, importante per valutare il reale impatto delle campagne organizzate sul territorio, è attivo, dal 2008, tramite il **Sistema di Sorveglianza PASSI** che rileva, chiedendolo direttamente agli intervistati nella fascia di età 50-69 anni, se e quando hanno effettuato il test, se è stato fatto all'interno del programma di screening organizzato dalla ASL oppure su iniziativa personale (indicatore proxy il pagamento o meno dell'esame), che tipo di informazione hanno ricevuto e i motivi della non adesione.



Programmi di prevenzione oncologica nell'Azienda ULSS 19: screening della neoplasia del colon-retto I dati del Sistema di Sorveglianza PASSI 2013-2016

La **Neoplasia del colon-retto** (AIRTUM 2008-2013) si trova al 2° posto di tutti i nuovi tumori sia tra gli uomini (16%) che tra le donne (13%), in particolare è al 2° posto nel sesso femminile (14%) ed al 3° posto in quello maschile (13%) dopo i 50 anni; è inoltre, la 2° causa di morte oncologica, sia nei maschi (11%) che nelle femmine (12%). La diffusione dei fattori di rischio, l'anticipazione diagnostica e l'aumento dell'età media della popolazione hanno determinato una crescita dell'incidenza di questo tumore fino al 2007 cui è seguita una diminuzione, in particolare nel sesso maschile, associato all'attivazione del **programma di screening organizzato** (rivolto a uomini e donne 50-69enni con la ricerca del Sangue Occulto nelle Feci (SOF) ogni 2 anni o, in caso di SOF positivo, una colonscopia o rettosigmoidoscopia ogni 5 anni, secondo le linee guida). Lo screening può consentire il riscontro e la rimozione di precursori (adenomi) prima della trasformazione in carcinoma e la diagnosi di carcinomi in stadio iniziale, con una conseguente riduzione della mortalità, sia per riduzione dell'incidenza che per il riscontro del tumore in stadi più iniziali, e quindi suscettibili di guarigione dopo terapia. I principali fattori di rischio sono familiarità e stili di vita: alimentazione (consumo di carni rosse e di insaccati, farine e zuccheri raffinati), sovrappeso e obesità, ridotta attività fisica, fumo ed eccesso di alcol, oltrechè malattie infiammatorie dell'intestino (Malattia di Crohn e Rettocolite ulcerosa). Fattori di protezione sono il consumo di frutta e verdure, di carboidrati non raffinati, di vitamina D e calcio.

Nell'**ULSS 19**, secondo i dati 2013-2016 del Sistema di Sorveglianza PASSI, il 76% degli uomini e donne di 50-69 anni riferisce di aver eseguito uno degli esami per la diagnosi precoce della neoplasia del colon-retto **a scopo preventivo**, secondo le linee guida: il 71% lo ha fatto nell'ambito di **programmi organizzati**, mentre lo **screening spontaneo** è stato effettuato dal 5% delle persone.

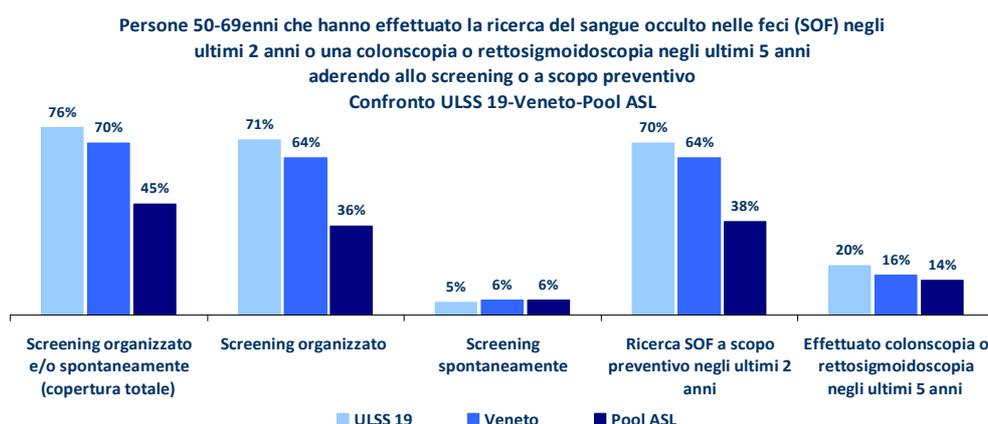
La **ricerca del sangue occulto nelle feci (SOF)** è il più utilizzato fra i test preventivi per la diagnosi precoce: il 70% degli intervistati riferisce di averlo effettuato nei due anni precedenti l'intervista ed il 20% non l'ha mai eseguito; la **colonscopia/rettosigmoidoscopia** è un esame secondario alla ricerca SOF, che ne completa la procedura diagnostica qualora il SOF risultasse: il 20% riferisce di aver effettuato tale esame a scopo preventivo nei 5 anni precedenti l'intervista ed il 77% non l'ha mai effettuata;

...in Veneto

il 70% degli intervistati riferisce di avere aderito ad uno screening organizzato e/o spontaneamente: il 64% ha aderito a quello organizzato ed il 6% spontaneamente; a scopo preventivo il 64% ha fatto un test per la ricerca SOF negli ultimi 2 anni ed il 16% una colonscopia negli ultimi 5 anni;

...nel Pool ASL nazionale

il 45% degli intervistati riferisce di avere aderito ad uno screening organizzato e/o spontaneamente: il 36% ha aderito a quello organizzato e l'8% spontaneamente; a scopo preventivo il 38% ha fatto un test per la ricerca SOF negli ultimi 2 anni ed il 14% ha eseguito una colonscopia negli ultimi 5 anni e l'82% non l'ha mai effettuata.



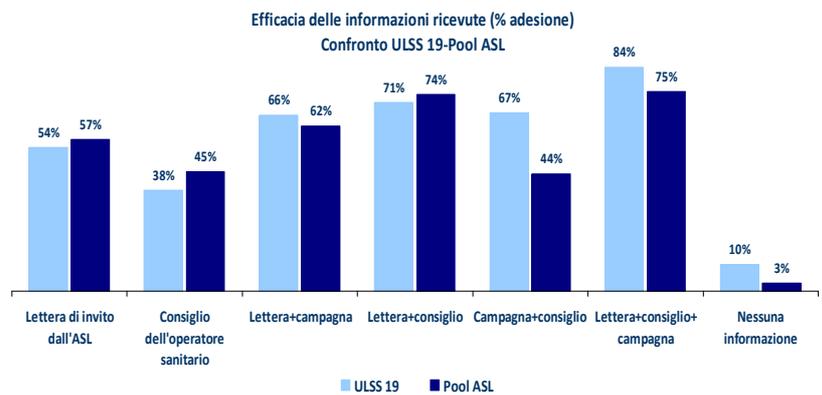
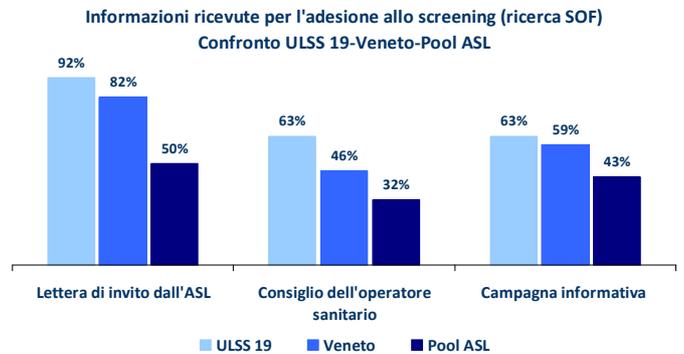
Caratteristiche socio-demografiche

Nell'**ULSS 19**, l'effettuazione del test di ricerca del sangue occulto nelle feci (SOF) è più frequente nelle donne, nella classe di età 60-69 anni, nelle persone con livello di istruzione più basso, in quelle con "qualche" e "nessuna" difficoltà economica e, in modo significativo, in quelle di cittadinanza italiana (in linea con quelle rilevate nel Pool ASL nazionale). L'esecuzione della colonscopia/rettosigmoidoscopia è più frequente nei maschi, nella classe di età 50-59 anni, nelle persone con livello di istruzione più alto, in quelle che dichiarano "qualche" difficoltà economica e in quelle di cittadinanza straniera; a livello nazionale, invece, la frequenza è maggiore nella classe di età 60-69 anni e in chi dichiara "nessuna" difficoltà economica.

Promozione ed efficacia degli interventi

Nell'**ULSS 19**, il 92% degli intervistati riferisce di avere ricevuto una lettera di invito allo screening dall'ULSS, il 63% ha visto o sentito una campagna informativa ed ha ricevuto il consiglio da un operatore sanitario; per quanto riguarda l'*efficacia degli interventi*, con nessun intervento l'adesione era del 10%, con la lettera del 54%, con il consiglio del 38%, con 2 interventi l'adesione variava dal 71% al 66% e con 3 era dell'84%.

In **Veneto**, l'82% ha ricevuto la lettera, il 59% ha visto una campagna informativa ed il 46% ha ricevuto il consiglio da un operatore sanitario. Nel **Pool ASL nazionale**, il 50% delle persone ha ricevuto la lettera di invito, il 43% ha visto una campagna informativa ed il 32% ha ricevuto il consiglio; per quanto riguarda l'*efficacia* con nessun intervento l'adesione era del 3%, con la lettera del 77%, con il consiglio del 45%, con 2 interventi l'adesione variava dal 44% al 74% e con 3 era del 75%.



Motivazioni della non effettuazione dello screening

Nell'**ULSS 19**, le motivazioni più frequenti per la non effettuazione della ricerca del sangue occulto nelle feci sono state: 28% "non ho avuto tempo", 17% "penso di non averne bisogno", 15% "per pigrizia", 9% "non in età target", 8% "ho paura dei risultati dell'esame", 3% "nessuno me l'ha consigliato"

Nel **Pool ASL nazionale** le percentuali erano: 33% "penso di non averne bisogno", 27% "nessuno me l'ha consigliato", 9% "per pigrizia", 6% "non ho avuto tempo" e "non in età target", 4% "ho paura dei risultati dell'esame", 3% "già fatto mi è stato consigliato di fare la colonscopia".

Conclusioni

Nell'Azienda ULSS 19, l'intervento di sanità pubblica messo in atto per la prevenzione della neoplasia del colon-retto è lo **screening organizzato**, completamente gratuito ed effettuato su invito attivo da parte dell'ULSS alla popolazione di età compresa tra 50 e 69 anni, invitata a sottoporsi al test specifico (ricerca del sangue occulto nelle feci-SOF) ogni 2 anni, e, in caso di positività, alla colonscopia o rettoscopia ogni 5 anni, secondo linee guida.

Il **monitoraggio dell'adesione ai programmi di prevenzione oncologica**, importante per valutare il reale impatto delle campagne organizzate sul territorio, è attivo, dal 2008, tramite il **Sistema di Sorveglianza PASSI** che rileva, chiedendolo direttamente agli intervistati nella fascia di età 50-69 anni, se e quando hanno effettuato il test, se è stato fatto all'interno del programma di screening organizzato dalla ASL oppure su iniziativa personale (indicatore proxy il pagamento o meno dell'esame), che tipo di informazione hanno ricevuto e i motivi della non adesione.



LE VACCINAZIONI nell'Azienda ULSS 18

I dati del Sistema di Sorveglianza PASSI 2013-2016

- VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE -

*L'Influenza, malattia respiratoria acuta virale, è un importante problema di salute sia individuale che collettivo perché, oltre ad essere una malattia a contagiosità elevata che può comportare gravi complicanze nei soggetti a rischio, come anziani e portatori di patologie croniche, causa spesso il ricorso a strutture sanitarie (visite mediche, pronto soccorso, ricovero ospedaliero). In Italia è attivo un sistema di sorveglianza specifico (InfluNet) coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, basato su una rete di medici "sentinella" (Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera scelta), reclutati dalle Regioni, che segnalano i casi di sindrome simil-influenzale osservati tra i loro assistiti e collaborano alla raccolta di campioni biologici per l'identificazione di virus circolanti. La sorveglianza è necessaria per aggiornare periodicamente la composizione del vaccino, data l'elevata variabilità antigenica delle proteine di superficie del Virus Influenzale, alla base delle nuove varianti causa delle epidemie influenzali annuali. La vaccinazione antinfluenzale rappresenta un mezzo efficace e sicuro per prevenire l'infezione perché riduce la probabilità di contrarre la malattia e le sue complicanze e riduce i costi sociali connessi alla morbosità e mortalità della malattia. La vaccinazione è raccomandata ogni anno ai **soggetti a rischio**, tra cui in particolare: persone di età compresa fra 6 mesi e 64 anni affette da specifiche malattie croniche, coloro che se ne prendono cura (per esempio, operatori sanitari e familiari) e chi ha più di 64 anni.*

Nell'**ULSS 18**, secondo i dati 2013-2016 del Sistema di Sorveglianza PASSI, l'8% degli intervistati di età 18-64 anni riferisce di essersi vaccinato durante le ultime 4 campagne (2012/13-2013/14-2014-15-2015/16); di questi il 21% aveva almeno una patologia cronica (la prevalenza di residenti con almeno una patologia cronica è del 14%), mentre il 6% era senza patologie;

...in Veneto

le persone vaccinate sono state il 6%, il 15% con almeno una patologia cronica e il 5% senza patologie;

...nel Pool ASL nazionale

le persone vaccinate sono state il 7%, il 19% con almeno una patologia cronica (la prevalenza di quelle con almeno una patologia cronica è del 14%) ed il 5% senza patologie.

| Caratteristiche dei vaccinati (18-64 aa) | | |
|--|------------|-------|
| Azienda ULSS 18 | | |
| | Prevalenza | 7,9% |
| Genere | Uomini | 8,7% |
| | Donne | 7,1% |
| Classi di età | 18-34 anni | 4,3% |
| | 35-49 anni | 4,3% |
| | 50-64 anni | 16,9% |
| Livello di istruzione | Basso | 9,7% |
| | Alto | 7,1% |
| Difficoltà economiche | Sì | 7,8% |
| | No | 8,2% |
| Cittadinanza | Italiana | 7,6% |
| | Straniera | 14,0% |

Nell'**ULSS 18**, la vaccinazione antinfluenzale è più diffusa negli uomini, nettamente nella classe di età 50-64 anni, nelle persone con più basso livello di istruzione, in quelle senza difficoltà economiche e negli stranieri.

Conclusioni

Gli obiettivi di copertura per la vaccinazione antinfluenzale raccomandati dall'OMS e dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-19 sono il 75% obiettivo minimo perseguibile e il 95% obiettivo ottimale negli ultra65enni e nei gruppi a rischio, il cui raggiungimento è fondamentale per ridurre morbosità e complicanze dell'influenza. Per ottenere un miglioramento della copertura vaccinale è necessaria una forte integrazione della prevenzione nell'attività assistenziale fra MMG e Pediatri e specialisti (Pneumologi, Oncologi, Cardiologi, Diabetologi), che dovrebbero raccomandare e offrire attivamente la vaccinazione. I gruppi a rischio, ai quali la vaccinazione antinfluenzale va offerta in via preferenziale, sono le persone di età pari o superiore a 65 anni e le persone di tutte le età con alcune patologie croniche (cardiovascolari, respiratorie, diabete, neoplasie...) che aumentano il rischio di complicanze in corso di influenza, infatti gli obiettivi della campagna vaccinale sono la riduzione del rischio individuale di malattia, ospedalizzazione e morte e la riduzione dei costi sociali connessi con morbosità e mortalità.

- VACCINAZIONE ANTIROSOLIA -

La **Rosolia** è una malattia virale contagiosa che si manifesta con un'eruzione cutanea simile a quelle del morbillo o della scarlattina; di solito benigna per i bambini, diventa pericolosa durante la gravidanza perché può portare gravi conseguenze al feto: se l'infezione avviene nel primo trimestre di gravidanza, il rischio stimato di conseguenze al feto arriva al 90%. Una volta contratta, la Rosolia dà un'immunizzazione nella stragrande maggioranza dei casi permanente. Spesso i sintomi passano inosservati e ciò è pericoloso nel caso in cui venga contratta da una donna in gravidanza, in quanto l'infezione può generare aborto spontaneo, morte intra-uterina o gravi malformazioni fetali (sindrome della Rosolia congenita con difetti della vista, sordità, malformazioni cardiache e ritardo mentale). Non esiste una terapia specifica della Rosolia: l'arma migliore è la vaccinazione preventiva che garantisce immunità a vita. L'immunità delle donne viene verificata con il **rubeotest**. Tutte le donne in età fertile (18-49 anni) dovrebbero essere a conoscenza del proprio stato immunitario verso la Rosolia e vaccinarsi prima di un'eventuale gravidanza. In Italia, il Piano di eliminazione della Rosolia congenita e del Morbillo punta a coperture vaccinali superiori al 95% dei bimbi entro i 2 anni; prevede inoltre di vaccinare i bambini oltre i 2 anni di età e gli adolescenti suscettibili, di praticare sistematicamente una seconda dose di vaccino contro Morbillo, Rosolia e Parotite, e di attuare azioni volte ad aumentare la protezione immunitaria nelle donne in età fertile. Secondo il Piano sono candidate alla vaccinazione anche le donne in età fertile senza un certificato di avvenuta vaccinazione o senza un referto che attesti la presenza di IgG specifiche.

Nell'**ULSS 18**, secondo i dati 2013-2016 del Sistema di Sorveglianza PASSI, il **55%** delle donne intervistate in età fertile (18-49 anni) risulta essere **immune**: il 43% perché **vaccinate** ed il 12% perché avevano il rubeotest positivo; il **45%** delle donne è **suscettibile** alla Rosolia e/o **non consapevole del proprio stato immunitario** (42% non è stato vaccinato e non ha eseguito rubeotest o non ricorda se l'ha fatto, 2% non è stato vaccinato ed il rubeotest è negativo, 1% non è stato vaccinato e non conosce l'esito del rubeotest);

...in Veneto

il **71%** delle donne risulta essere **immune**: il 64% perché **vaccinate** ed il 7% con rubeotest positivo; il **29%** delle donne sono invece **suscettibili** alla Rosolia e/o **non consapevoli** dello stato immunitario (1% suscettibile e 28% non consapevole);

...nel Pool ASL nazionale

il **61%** delle donne risulta essere **immune**: il 42% perché **vaccinate** ed il 19% con rubeotest positivo; il **39%** delle donne sono invece **suscettibili** alla Rosolia e/o **non consapevoli** dello stato immunitario (2% suscettibile e 37% non consapevole).

| Caratteristiche delle donne vaccinate in età fertile (18-49 aa) | | |
|--|--------------------|--------------|
| Azienda ULSS 18 | | |
| | Prevalenza | 42,5% |
| Classi di età | 18-24 anni | 35,4% |
| | 25-34 anni | 38,3% |
| | 35-49 anni | 46,3% |
| Livello di istruzione | Nessuno/elementare | 0,0% |
| | Media inferiore | 38,6% |
| | Media superiore | 39,0% |
| | Laurea | 57,9% |
| Difficoltà economiche | Molte | 40,0% |
| | Qualche | 35,2% |
| | Nessuna | 51,5% |
| Cittadinanza | Italiana | 43,8% |
| | Straniera | 23,8% |

Nell'**ULSS 18**, la vaccinazione antirosolia è più diffusa nelle donne nella classe di età 35-49 anni, nelle donne con più alto livello di istruzione, in quelle senza difficoltà economiche e in quelle con cittadinanza italiana.

Conclusioni

Il Piano nazionale di eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita (PNEMoRc) 2010-2015 include tra i suoi obiettivi la riduzione dell'incidenza della Rosolia congenita a meno di 1 caso/100.000 nati vivi entro il 2015, in linea con le indicazioni dell'OMS. In Italia è attivo un sistema nazionale di sorveglianza della Rosolia congenita e delle infezioni rubeoliche in gravidanza, strumento indispensabile per monitorare l'efficacia dei programmi vaccinali e i progressi verso l'eliminazione. Dal 2005 la sindrome/infezione da Rosolia congenita e la Rosolia in gravidanza sono incluse tra le malattie infettive soggette a notifica obbligatoria di classe III. Dalle informazioni raccolte emerge la **scarsa consapevolezza**, fra le donne in età fertile, del problema legato all'infezione rubeolica in gravidanza. La quota di donne certamente suscettibili alla Rosolia (perché non vaccinate e con rubeotest negativo) può sembrare relativamente contenuta (quasi il 2%), tuttavia un numero piuttosto alto, quasi una donna su due (44%) non è a conoscenza del proprio stato immunitario nei confronti della Rosolia.



LE VACCINAZIONI nell'Azienda ULSS 19

I dati del Sistema di Sorveglianza PASSI 2013-2016

- VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE -

*L'Influenza, malattia respiratoria acuta virale, è un importante problema di salute sia individuale che collettivo perché, oltre ad essere una malattia a contagiosità elevata che può comportare gravi complicanze nei soggetti a rischio, come anziani e portatori di patologie croniche, causa spesso il ricorso a strutture sanitarie (visite mediche, pronto soccorso, ricovero ospedaliero). In Italia è attivo un sistema di sorveglianza specifico (InfluNet) coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, basato su una rete di medici "sentinella" (Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera scelta), reclutati dalle Regioni, che segnalano i casi di sindrome simil-influenzale osservati tra i loro assistiti e collaborano alla raccolta di campioni biologici per l'identificazione di virus circolanti. La sorveglianza è necessaria per aggiornare periodicamente la composizione del vaccino, data l'elevata variabilità antigenica delle proteine di superficie del Virus Influenzale, alla base delle nuove varianti causa delle epidemie influenzali annuali. La vaccinazione antinfluenzale rappresenta un mezzo efficace e sicuro per prevenire l'infezione perché riduce la probabilità di contrarre la malattia e le sue complicanze e riduce i costi sociali connessi alla morbosità e mortalità della malattia. La vaccinazione è raccomandata ogni anno ai **sogetti a rischio**, tra cui in particolare: persone di età compresa fra 6 mesi e 64 anni affette da specifiche malattie croniche, coloro che se ne prendono cura (per esempio, operatori sanitari e familiari) e chi ha più di 64 anni.*

Nell'**ULSS 19**, secondo i dati 2013-2016 del Sistema di Sorveglianza PASSI, il 7% degli intervistati di età 18-64 anni riferisce di essersi vaccinato durante le ultime 4 campagne (2012/13-2013/14-2014-15-2015/16); il 22% aveva almeno una patologia cronica (la prevalenza di residenti con almeno una patologia cronica è del 10%), mentre il 6% era senza patologie;

...in Veneto

le persone vaccinate sono state il 6%, il 15% con almeno una patologia cronica e il 5% senza patologie;

...nel Pool ASL nazionale

le persone vaccinate sono state il 7%, il 19% con almeno una patologia cronica (la prevalenza di quelle con almeno una patologia cronica è del 14%) ed il 5% senza patologie.

Caratteristiche dei vaccinati (18-64 aa) **Azienda ULSS 19**

| | Prevalenza | 7,3% |
|------------------------------|------------|-------|
| Genere | Uomini | 8,8% |
| | Donne | 5,7% |
| Classi di età | 18-34 anni | 1,8% |
| | 35-49 anni | 5,9% |
| | 50-64 anni | 14,5% |
| Livello di istruzione | Basso | 9,4% |
| | Alto | 5,4% |
| Difficoltà economiche | Sì | 8,2% |
| | No | 6,4% |
| Cittadinanza | Italiana | 7,5% |
| | Straniera | 0,0% |

Nell'**ULSS 19**, la vaccinazione antinfluenzale è più diffusa negli uomini, nettamente nella classe di età 50-64 anni, nelle persone con più basso livello di istruzione, in quelle con difficoltà economiche e in quelle con cittadinanza italiana.

Conclusioni

Gli obiettivi di copertura per la vaccinazione antinfluenzale raccomandati dall'OMS e dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-19 sono il 75% obiettivo minimo perseguibile e il 95% obiettivo ottimale negli ultra65enni e nei gruppi a rischio, il cui raggiungimento è fondamentale per ridurre morbosità e complicanze dell'influenza. Per ottenere un miglioramento della copertura vaccinale è necessaria una forte integrazione della prevenzione nell'attività assistenziale fra MMG e Pediatri e specialisti (Pneumologi, Oncologi, Cardiologi, Diabetologi), che dovrebbero raccomandare e offrire attivamente la vaccinazione. I gruppi a rischio, ai quali la vaccinazione antinfluenzale va offerta in via preferenziale, sono le persone di età pari o superiore a 65 anni e le persone di tutte le età con alcune patologie croniche (cardiovascolari, respiratorie, diabete, neoplasie...) che aumentano il rischio di complicanze in corso di influenza, infatti gli obiettivi della campagna vaccinale sono la riduzione del rischio individuale di malattia, ospedalizzazione e morte e la riduzione dei costi sociali connessi con morbosità e mortalità.

- VACCINAZIONE ANTIROSOLIA -

La **Rosolia** è una malattia virale contagiosa che si manifesta con un'eruzione cutanea simile a quelle del Morbillo o della Scarlattina; di solito benigna per i bambini, diventa pericolosa durante la gravidanza perché può portare gravi conseguenze al feto: se l'infezione avviene nel primo trimestre di gravidanza, il rischio stimato di conseguenze al feto arriva al 90%. Una volta contratta, la Rosolia dà un'immunizzazione nella stragrande maggioranza dei casi permanente. Spesso i sintomi passano inosservati e ciò è pericoloso nel caso in cui venga contratta da una donna in gravidanza, in quanto l'infezione può generare aborto spontaneo, morte intra-uterina o gravi malformazioni fetali (sindrome della Rosolia congenita con difetti della vista, sordità, malformazioni cardiache e ritardo mentale). Non esiste una terapia specifica della Rosolia: l'arma migliore è la vaccinazione preventiva che garantisce immunità a vita. L'immunità delle donne viene verificata con il **rubeotest**. Tutte le donne in età fertile (18-49 anni) dovrebbero essere a conoscenza del proprio stato immunitario verso la Rosolia e vaccinarsi prima di un'eventuale gravidanza. In Italia, il "Piano di eliminazione della Rosolia congenita e del Morbillo" punta a coperture vaccinali superiori al 95% dei bimbi entro i 2 anni; prevede inoltre di vaccinare i bambini oltre i 2 anni di età e gli adolescenti suscettibili, di praticare sistematicamente una seconda dose di vaccino contro Morbillo, Rosolia e Parotite, e di attuare azioni volte ad aumentare la protezione immunitaria nelle donne in età fertile. Secondo il Piano sono candidate alla vaccinazione anche le donne in età fertile senza un certificato di avvenuta vaccinazione o senza un referto che attesti la presenza di IgG specifiche.

Nell'**ULSS 19**, secondo i dati 2013-2016 del Sistema di Sorveglianza PASSI, il **65%** delle donne intervistate in età fertile (18-49 anni) risulta essere **immune**: il 57% perché **vaccinate** ed l'8% perché avevano il rubeotest positivo; il 35% delle donne è **suscettibile** alla Rosolia e/o **non consapevole del proprio stato immunitario** (32% non è stato vaccinato e non ha eseguito rubeotest o non ricorda se l'ha fatto, 1% non è stato vaccinato ed il rubeotest è negativo, 2% non è stato vaccinato e non conosce l'esito del rubeotest);

...in Veneto

il **71%** delle donne risulta essere **immune**: il 64% perché **vaccinate** ed il 7% con rubeotest positivo; il 29% delle donne sono invece **suscettibili** alla Rosolia e/o **non consapevoli dello stato immunitario**: l'1% è suscettibile ed il 28% non consapevole;

...nel Pool ASL nazionale

il **61%** delle donne risulta essere **immune**: il 42% perché **vaccinate** ed il 19% con rubeotest positivo; il 39% delle donne sono invece **suscettibili** alla Rosolia e/o **non consapevoli dello stato immunitario**: il 2% è suscettibile ed il 37% non consapevole.

| Caratteristiche delle donne vaccinate in età fertile (18-49 aa) Azienda ULSS 19 | | |
|--|--------------------|-------|
| | Prevalenza | 56,9% |
| Classi di età | 18-24 anni | 49,5% |
| | 25-34 anni | 60,9% |
| | 35-49 anni | 57,5% |
| Livello di istruzione | Nessuno/elementare | 50,1% |
| | Media inferiore | 55,1% |
| | Media superiore | 56,7% |
| | Laurea | 62,6% |
| Difficoltà economiche | Molte | 52,5% |
| | Qualche | 47,1% |
| | Nessuna | 67,4% |
| Cittadinanza | Italiana | 59,2% |
| | Straniera | 22,0% |

Nell'**ULSS 19**, la vaccinazione antirosolia è più diffusa nelle donne nella classe di età 25-34 anni, nelle donne con più alto livello di istruzione, in quelle senza difficoltà economiche e in quelle con cittadinanza italiana.

Conclusioni

Il Piano nazionale di eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita (PNEMoRc) 2010-2015 include tra i suoi obiettivi la riduzione dell'incidenza della Rosolia congenita a meno di 1 caso/100.000 nati vivi entro il 2015, in linea con le indicazioni dell'OMS. In Italia è attivo un sistema nazionale di sorveglianza della Rosolia congenita e delle infezioni rubeoliche in gravidanza, strumento indispensabile per monitorare l'efficacia dei programmi vaccinali e i progressi verso l'eliminazione. Dal 2005 la sindrome/infezione da Rosolia congenita e la Rosolia in gravidanza sono incluse tra le malattie infettive soggette a notifica obbligatoria di classe III. Dalle informazioni raccolte emerge la **scarsa consapevolezza**, fra le donne in età fertile, del problema legato all'infezione rubeolica in gravidanza. La quota di donne certamente suscettibili alla Rosolia (perché non vaccinate e con rubeotest negativo) può sembrare relativamente contenuta (quasi l'1%), tuttavia un numero piuttosto alto, quasi una donna su tre (35%) non è a conoscenza del proprio stato immunitario nei confronti della Rosolia.



LA SICUREZZA nell'Azienda ULSS 18

I dati del Sistema di Sorveglianza PASSI 2013-2016

- SICUREZZA DOMESTICA -

Gli incidenti domestici sono eventi che accadono accidentalmente in casa e/o nelle sue pertinenze (giardino, garage, cantina, ecc.) e comportano spesso il ricorso a cure mediche con compromissione delle condizioni di salute di una persona; rappresentano un problema rilevante per la sanità pubblica, sia dal punto di vista della mortalità e della morbosità, sia per l'impatto psicologico sulla popolazione, in quanto la casa è ritenuta generalmente il luogo più sicuro in assoluto ed i rischi vengono sottovalutati. Gli incidenti domestici interessano prevalentemente l'infanzia e l'età avanzata ed il lavoro domestico per fattori di rischio legati sia alla persona che all'ambiente domestico. In Italia si registrano circa 3.500.000 infortuni all'anno, con un incremento nell'ultimo decennio pari al 20%, e circa 8.000 persone l'anno perdono la vita in seguito ad un incidente in casa. Secondo l'ISTAT, nel 2014, nel corso di un solo trimestre hanno subito un incidente domestico 15 donne ogni 1.000 (vs 7 uomini), 27 ultra74enni ogni 1.000 e 9 bambini fino a 5 anni ogni 1.000. Più di 1 persona su 2 (55%) è vittima di una caduta arrivando a più di 3 su 4 negli ultra64enni. Nei bambini fino a 5 anni di età l'incidente più tipico è la caduta, con trauma spesso alla testa, che in 1 caso su 3 risulta grave. I bambini sono particolarmente esposti agli incidenti domestici per la loro curiosità associata ad una bassa percezione del rischio e ad una limitata abilità a reagire prontamente alle situazioni pericolose, inoltre gli ambienti nei quali vivono spesso non sono creati a loro misura e addirittura a volte progettati senza l'osservanza o l'adempienza delle norme di sicurezza.

Nell'**ULSS 18**, secondo i dati 2013-2016 del Sistema di Sorveglianza PASSI, solo il 6% degli intervistati è **consapevole del rischio di infortunio domestico per sé o per i suoi familiari**, dichiarandolo **alto o molto alto**; la consapevolezza è del 5% nelle donne, 3% negli ultra64enni, 9% in chi convive con ultra64enni e del 6% in chi vive con bambini fino a 14 anni; infine, il 5% dichiara che per l'infortunio ha dovuto **ricorrere alla cure** del Medico di famiglia, del Pronto Soccorso o dell'Ospedale;

...in Veneto

il 7% è **consapevole del rischio**; la consapevolezza è dell'8% nelle donne, 7% negli ultra64enni, dell'8% in chi convive con ultra64enni e in chi vive con bambini fino a 14 anni; il 4% è dovuto ricorrere a cure mediche;

...nel Pool ASL nazionale

il 6% è **consapevole del rischio**; la consapevolezza è del 7% nelle donne, 6% negli ultra64enni, del 6% in chi convive con ultra64enni e dell'8% in chi vive con bambini fino a 14 anni; il 5% è dovuto ricorrere a cure mediche.

Caratteristiche delle persone consapevoli del rischio di incidente domestico Azienda ULSS 18

| | Prevalenza | 5,9% |
|----------------------------------|--------------------|------|
| Genere | Uomini | 6,3% |
| | Donne | 5,4% |
| Classi di età | 18-34 anni | 3,5% |
| | 35-49 anni | 6,1% |
| | 50-69 anni | 7,1% |
| Livello di istruzione | Nessuno/elementari | 1,9% |
| | Media inferiore | 6,2% |
| | Media superiore | 6,7% |
| | Laurea | 3,1% |
| Difficoltà economiche | Molte | 9,9% |
| | Qualche | 5,1% |
| | Nessuna | 5,6% |
| Cittadinanza | Italiana | 5,9% |
| | Straniera | 5,8% |
| Convivenza con anziani o bambini | Si | 6,5% |
| | No | 5,6% |

In generale, le persone intervistate risultano avere **una bassissima a consapevolezza** del rischio infortunistico in ambiente domestico, anche quando vivono con bambini o anziani o sono esse stesse ultra 64enni.

Conclusioni

Il problema degli incidenti domestici è poco conosciuto e spesso sottovalutato: la Regione Veneto ha affrontato questo problema con il *Programma di Prevenzione degli Incidenti Domestici*, coordinato dall'Azienda ULSS 18, inserito nel Piano regionale della Prevenzione. Poiché gli incidenti domestici hanno conseguenze più gravi in termini di mortalità e di invalidità permanente quando accadono ai bambini in età prescolare ed agli anziani, il programma prevede la realizzazione nel territorio di progetti appositamente studiati per queste due fasce d'età: "**BABY BUM. CAMBIA LA VITA, CAMBIA LA CASA**" per bambini di 0-3 anni; "**AFFY FIUTAPERICOLO**" bambini di 3-6 anni; "**ARGENTO ATTIVO**" per gli anziani.

- SICUREZZA STRADALE -

Gli **incidenti stradali** costituiscono la principale causa di morte e di disabilità nella popolazione sotto i 40 anni. Nel 2016, secondo dati ISTAT, si sono registrati in Italia 175.791 incidenti stradali con lesioni a persone che hanno provocato 3.283 vittime (entro il 30° giorno) e 249.175 feriti. Per la prima volta dal 2001 gli incidenti e i feriti registrano un incremento, di circa l'1%; aumentano soprattutto i feriti gravi: sulla base dei dati di dimissione ospedaliera, sono stati oltre 17mila contro i 16mila del 2015 (+9%) con un rapporto tra feriti gravi e decessi di 5,2 nel 2016 rispetto al 4,7 del 2015. Il numero dei **morti** però si riduce del 4% rispetto al 2015 e del 54% rispetto al 2001, così come sta avvenendo anche in altri Paesi Europei. Tra le vittime sono in aumento i ciclisti (10%) e i ciclomotoristi (115%), stabili gli automobilisti deceduti (0,1%) mentre risultano in calo motociclisti (-15%) e pedoni (-5%). Sempre nel 2016 le **vittime** di incidenti stradali sono state 2.619 maschi, con il maggior numero di decessi nelle classi di età 40-54 anni (576 morti), 20-24aa (207) e 25-29 aa (194), e 664 femmine, nelle classi di età 20-24 anni (53 decessi), 65-69 aa (57), 75-79 aa (62) e 80-84 aa (52): in quest'ultimo caso la frequenza elevata è attribuibile al maggiore coinvolgimento delle donne nel ruolo di pedone. I **feriti** in incidenti stradali con le frequenze più elevate sono, per entrambi i generi, nelle classi di età 20-29 anni (oltre 51mila) e 40-49 anni (quasi 44mila). Tra i comportamenti errati più frequenti sono da segnalare la guida distratta, il mancato rispetto della precedenza e la velocità troppo elevata (nel complesso il 41,5% dei casi). Le violazioni al Codice della Strada più sanzionate risultano, infatti, l'eccesso di velocità, il mancato utilizzo di dispositivi di sicurezza e l'uso di telefono cellulare alla guida.

Nell'**ULSS 18**, secondo i dati 2013-2016 del Sistema di Sorveglianza PASSI, il 91% degli intervistati dichiara di utilizzare sempre la **cintura anteriore**, questa percentuale si abbassa drasticamente al 28% nel caso di quella **posteriore**, il 100% degli intervistati dichiara di utilizzare sempre il **casco** ed il 22% delle persone con bambini fino a 6 anni dice di avere difficoltà nell'uso dei **Sistemi di Ritenuta per Bambini (SRB)**;

...in Veneto

il 93% degli intervistati dichiara di utilizzare sempre la **cintura anteriore**, questa percentuale si abbassa in al 39% nel caso dell'uso di quella **posteriore**, mentre il 99% dichiara di usare il **casco** ed il 18% ha difficoltà nell'utilizzo dei **SRB**;

...nel Pool ASL nazionale

l'85% degli intervistati dichiara di utilizzare sempre la **cintura anteriore**, questa percentuale si abbassa addirittura al 20% nel caso dell'uso di quella **posteriore**, il 96% dichiara di usare il casco ed il 21% ha difficoltà nell'utilizzo dei **SRB**.

Utilizzo dei dispositivi di protezione Azienda ULSS 18

| | |
|--|--------|
| Cintura anteriore (sempre) | 90,8% |
| Cintura posteriore (sempre) | 28,2% |
| Casco (sempre) | 100,0% |
| Persone con bambini fino a 6 aa che hanno difficoltà nell'uso dei Sistemi di Ritenuta Bambini (SRB) | 21,5% |
| - nell'uso della cintura anteriore | 14,5% |
| - per età del bambino 0-1 aa | 24,9% |
| 2-6 aa | 20,4% |
| - che hanno visto o sentito campagne informative | 15,7% |
| Persone con bambini fino a 6 aa che hanno visto o sentito campagne informative sull'uso dei (SRB) | 60,3% |

Caratteristiche socio-demografiche

Nell'**ULSS 18**, l'uso delle cinture è più diffuso nelle donne, nelle classi di età 18-34 anni, nelle persone con più alto grado di istruzione, in quelle senza difficoltà economiche per le anteriori e con difficoltà per le posteriori e nella cittadinanza straniera.

Conclusioni

Gli incidenti stradali rappresentano un fenomeno molto rilevante sia per le conseguenze sulla salute, sia per la possibilità di ridurne consistentemente numero e gravità. Il programma Europeo di azione per la sicurezza stradale 2011-2020 prevede un dimezzamento del numero dei morti sulle strade entro il 2020 e una riduzione dei feriti gravi, attraverso la formazione e l'educazione degli utenti e la promozione dell'uso degli equipaggiamenti di sicurezza (cinture, seggiolini, ecc.). Per prevenire gli incidenti stradali esistono politiche e interventi di provata efficacia per rendere più sicuri i veicoli, le infrastrutture e le condizioni del traffico, ed altri destinati a ridurre la frequenza della guida sotto l'effetto di alcol o sostanze stupefacenti (vedi scheda sul consumo di Alcol). Tra le misure volte a ridurre le conseguenze degli incidenti stradali, i **dispositivi di sicurezza individuali** hanno mostrato una grande efficacia pratica. Per questo, il Codice della Strada (artt.171 e 172) dispone l'obbligo dell'uso del casco per chi va in moto e delle cinture di sicurezza per chi viaggia in auto. In più, è obbligatorio che i bambini viaggino assicurati con dispositivi appropriati all'età ed alla taglia: seggiolini di sicurezza e adattatori (rialzo che consente di indossare la cintura); **PASSI**, basandosi sulla dichiarazione degli intervistati, misura il comportamento abituale relativo all'utilizzo di questi dispositivi di sicurezza.



LA SICUREZZA nell'Azienda ULSS 19

I dati del Sistema di Sorveglianza PASSI 2013-2016

- SICUREZZA DOMESTICA -

Gli **incidenti domestici** sono eventi che accadono accidentalmente in casa e/o nelle sue pertinenze (giardino, garage, cantina, ecc.) e comportano spesso il ricorso a cure mediche con compromissione delle condizioni di salute di una persona; rappresentano un problema rilevante per la sanità pubblica, sia dal punto di vista della mortalità e della morbosità, sia per l'impatto psicologico sulla popolazione, in quanto la casa è ritenuta generalmente il luogo più sicuro in assoluto ed i rischi vengono sottovalutati. Gli incidenti domestici interessano prevalentemente l'infanzia e l'età avanzata ed il lavoro domestico per fattori di rischio legati sia alla persona che all'ambiente domestico. In Italia si registrano circa 3.500.000 infortuni all'anno, con un incremento nell'ultimo decennio pari al 20%, e circa 8.000 persone l'anno perdono la vita in seguito ad un incidente in casa. Secondo l'ISTAT, nel 2014, nel corso di un solo trimestre hanno subito un incidente domestico 15 donne ogni 1.000 (vs 7 uomini), 27 ultra74enni ogni 1.000 e 9 bambini fino a 5 anni ogni 1.000. Più di 1 persona su 2 (55%) è vittima di una caduta arrivando a più di 3 su 4 negli ultra64enni. Nei bambini fino a 5 anni di età l'incidente più tipico è la caduta, con trauma spesso alla testa, che in 1 caso su 3 risulta grave. I bambini sono particolarmente esposti agli incidenti domestici per la loro curiosità associata ad una bassa percezione del rischio e ad una limitata abilità a reagire prontamente alle situazioni pericolose, inoltre gli ambienti nei quali vivono spesso non sono creati a loro misura e addirittura a volte progettati senza l'osservanza o l'adempienza delle norme di sicurezza.

Nell'**ULSS 19**, secondo i dati 2013-2016 del Sistema di Sorveglianza PASSI, solo il 5% degli intervistati è **consapevole del rischio di infortunio domestico per sé o per i suoi familiari**, dichiarandolo **alto o molto alto**; la consapevolezza è del 7% nelle donne, 7% negli ultra64enni, 10% in chi convive con ultra64enni e del 4% in chi vive con bambini fino a 14 anni; infine, il 4% dichiara che per l'infortunio è dovuto ricorrere **cure del Medico di famiglia, del Pronto Soccorso o dell'Ospedale**

...in Veneto

il 7% è **consapevole del rischio**; la consapevolezza è dell'8% nelle donne, 7% negli ultra64enni, dell'8% in chi convive con ultra64enni e in chi vive con bambini fino a 14 anni; il 4% è dovuto ricorrere alla cure del Medico di famiglia o del Pronto Soccorso;

...nel Pool ASL nazionale

il 6% è **consapevole del rischio**; la consapevolezza è del 7% nelle donne, 6% negli ultra64enni, del 6% in chi convive con ultra64enni e dell'8% in chi vive con bambini fino a 14 anni; il 5% è dovuto ricorrere alla cure del Medico di famiglia o del Pronto Soccorso.

Caratteristiche delle persone consapevoli del rischio di incidente domestico Azienda ULSS 19

| | Prevalenza | 4,9% |
|---|--------------------|-------|
| Genere | Uomini | 3,4% |
| | Donne | 6,5% |
| Classi di età | 18-34 anni | 3,4% |
| | 35-49 anni | 3,8% |
| | 50-69 anni | 6,7% |
| Livello di istruzione | Nessuno/elementari | 8,6% |
| | Media inferiore | 5,0% |
| | Media superiore | 3,5% |
| | Laurea | 8,8% |
| Difficoltà economiche | Molte | 12,1% |
| | Qualche | 4,9% |
| | Nessuna | 3,4% |
| Cittadinanza | Italiana | 5,0% |
| | Straniera | 3,2% |
| Convivenza con anziani o bambini | Si | 5,8% |
| | No | 4,6% |

In generale, le persone intervistate risultano avere **una bassissima a consapevolezza** del rischio infortunistico in ambiente domestico, anche quando vivono con bambini o anziani o sono esse stesse ultra 64enni.

Conclusioni

Il problema degli incidenti domestici è poco conosciuto e spesso sottovalutato: la Regione Veneto ha affrontato questo problema con il *Programma di Prevenzione degli Incidenti Domestici*, coordinato dall'Azienda ULSS 18, inserito nel Piano regionale della Prevenzione. Poiché gli incidenti domestici hanno conseguenze più gravi in termini di mortalità e di invalidità permanente quando accadono ai bambini in età prescolare ed agli anziani, il programma prevede la realizzazione nel territorio di progetti appositamente studiati per queste due fasce d'età: "**BABY BUM. CAMBIA LA VITA, CAMBIA LA CASA**" per bambini di 0-3 anni; "**AFFY FIUTAPERICOLO**" bambini di 3-6 anni; "**ARGENTO ATTIVO**" per gli anziani.

- SICUREZZA STRADALE -

Gli **incidenti stradali** costituiscono la principale causa di morte e di disabilità nella popolazione sotto i 40 anni. Nel 2016, secondo dati ISTAT, si sono registrati in Italia 175.791 incidenti stradali con lesioni a persone che hanno provocato 3.283 vittime (entro il 30° giorno) e 249.175 feriti. Per la prima volta dal 2001 gli incidenti e i feriti registrano un incremento, di circa l'1%; aumentano soprattutto i feriti gravi: sulla base dei dati di dimissione ospedaliera, sono stati oltre 17mila contro i 16mila del 2015 (+9%) con un rapporto tra feriti gravi e decessi di 5,2 nel 2016 rispetto al 4,7 del 2015. Il numero dei **morti** però si riduce del 4% rispetto al 2015 e del 54% rispetto al 2001, così come sta avvenendo anche in altri Paesi Europei. Tra le vittime sono in aumento i ciclisti (10%) e i ciclomotoristi (115%), stabili gli automobilisti deceduti (0,1%) mentre risultano in calo motociclisti (-15%) e pedoni (-5%). Sempre nel 2016 le **vittime** di incidenti stradali sono state 2.619 maschi, con il maggior numero di decessi nelle classi di età 40-54 anni (576 morti), 20-24aa (207) e 25-29 aa (194), e 664 femmine, nelle classi di età 20-24 anni (53 decessi), 65-69 aa (57), 75-79 aa (62) e 80-84 aa (52): in quest'ultimo caso la frequenza elevata è attribuibile al maggiore coinvolgimento delle donne nel ruolo di pedone. I **feriti** in incidenti stradali con le frequenze più elevate sono, per entrambi i generi, nelle classi di età 20-29 anni (oltre 51mila) e 40-49 anni (quasi 44mila). Tra i comportamenti errati più frequenti sono da segnalare la guida distratta, il mancato rispetto della precedenza e la velocità troppo elevata (nel complesso il 41,5% dei casi). Le violazioni al Codice della Strada più sanzionate risultano, infatti, l'eccesso di velocità, il mancato utilizzo di dispositivi di sicurezza e l'uso di telefono cellulare alla guida.

Nell'**ULSS 19**, secondo i dati 2013-2016 del Sistema di Sorveglianza PASSI, l'83% degli intervistati dichiara di utilizzare sempre la **cintura anteriore**, questa percentuale si abbassa drasticamente al 29% nel caso di quella **posteriore**, l'85% degli intervistati dichiara di utilizzare sempre il **casco** ed il 19% delle persone con bambini fino a 6 anni dice di avere difficoltà nell'uso dei **Sistemi di Ritenuta per Bambini (SRB)**;

...in Veneto

il 93% degli intervistati dichiara di utilizzare sempre la **cintura anteriore**, questa percentuale si abbassa in al 39% nel caso dell'uso di quella **posteriore**, mentre il 99% dichiara di usare il **casco** ed il 18% ha difficoltà nell'utilizzo dei **SRB**;

...nel Pool ASL nazionale

l'85% degli intervistati dichiara di utilizzare sempre la **cintura anteriore**, questa percentuale si abbassa addirittura al 20% nel caso dell'uso di quella **posteriore**, il 96% dichiara di usare il casco ed il 21% ha difficoltà nell'utilizzo dei **SRB**.

Utilizzo dei dispositivi di protezione Azienda ULSS 19

| | |
|--|-------|
| Cintura anteriore (sempre) | 82,8% |
| Cintura posteriore (sempre) | 28,8% |
| Casco (sempre) | 85,2% |
| Persone con bambini fino a 6 aa che hanno difficoltà nell'uso dei Sistemi di Ritenuta Bambini (SRB) | 18,7% |
| - nell'uso della cintura anteriore | 16,7% |
| - per età del bambino 0-1 aa | 0,0% |
| 2-6 aa | 23,2% |
| - che hanno visto o sentito campagne informative | 19,0% |
| Persone con bambini fino a 6 aa che hanno visto o sentito campagne informative sull'uso dei (SRB) | 48,5% |

Caratteristiche socio-demografiche

Nell'**ULSS 19**, l'uso delle cinture è più diffuso nelle donne, nelle classi di età 50-69 aa quelle anteriori e 35-49 aa quelle posteriori, nelle persone senza difficoltà economiche e nella cittadinanza straniera, non ci sono differenze nel grado di istruzione.

Conclusioni

Gli incidenti stradali rappresentano un fenomeno molto rilevante sia per le conseguenze sulla salute, sia per la possibilità di ridurne consistentemente numero e gravità. Il programma Europeo di azione per la sicurezza stradale 2011-2020 prevede un dimezzamento del numero dei morti sulle strade entro il 2020 e una riduzione dei feriti gravi, attraverso la formazione e l'educazione degli utenti e la promozione dell'uso degli equipaggiamenti di sicurezza (cinture, seggiolini, ecc.). Per prevenire gli incidenti stradali esistono politiche e interventi di provata efficacia per rendere più sicuri i veicoli, le infrastrutture e le condizioni del traffico, ed altri destinati a ridurre la frequenza della guida sotto l'effetto di alcol o sostanze stupefacenti (vedi scheda sul consumo di Alcol). Tra le misure volte a ridurre le conseguenze degli incidenti stradali, i **dispositivi di sicurezza individuali** hanno mostrato una grande efficacia pratica. Per questo, il Codice della Strada (artt.171 e 172) dispone l'obbligo dell'uso del casco per chi va in moto e delle cinture di sicurezza per chi viaggia in auto. In più, è obbligatorio che i bambini viaggino assicurati con dispositivi appropriati all'età ed alla taglia: seggiolini di sicurezza e adattatori (rialzo che consente di indossare la cintura); **PASSI**, basandosi sulla dichiarazione degli intervistati, misura il comportamento abituale relativo all'utilizzo di questi dispositivi di sicurezza.

PASSI IN VENETO

Analisi dei dati
attraverso le serie storiche

2008 2016



PASSI in VENETO: Analisi dei Dati attraverso le Serie Storiche

Anni 2008-2016: favorire conoscenza e consapevolezza per orientare scelte strategiche e strutturali di salute

Salute e comportamenti a rischio: monitorare l'evoluzione dei comportamenti di salute. Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'86% delle morti e il 75% delle spese sanitarie in Europa e in Italia sono determinate da patologie croniche, che hanno come minimo comune denominatore i seguenti fattori: scorretta alimentazione, inattività fisica, fumo, alcol, quali principali fattori di rischio di malattie cronicodegenerative. In Veneto, sono attive 4 sorveglianze che permettono di monitorare nel tempo l'evoluzione dei comportamenti in tutte le fasce d'età della popolazione: OKkio alla SALUTE (8-9 anni), HBSC (11-13-15 anni), PASSI (18-69 anni) e PASSI d'ARGENTO (65 anni e più).

Il Sistema di Sorveglianza PASSI (Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia). PASSI è stato e continua a essere lo strumento di sorveglianza scelto e utilizzato anche in Veneto per osservare l'andamento dei principali fattori di rischio in ambito sanitario nel territorio regionale dal 2008 al 2016.

Le serie storiche di PASSI: 2008-2016

- **Salute percepita:** La prevalenza delle persone che si sentono bene o molto bene è in aumento e passa dal 67% nel 2008 al 72% nel 2016.
- **Fumo:** la prevalenza dei fumatori in Veneto è decisamente in diminuzione passando dal 26% del 2008 al 22% del 2016.
- **Alcol:** il trend dei consumatori di alcol a maggior rischio (consumo abituale elevato e/o bevitore fuori pasto e/o bevitore binge) è in aumento. La stima va dal 23% nel 2008 al 26% nel 2016. Risulta in diminuzione la percentuale di persone che dichiarano di essersi messi alla guida dopo aver bevuto (13% nel 2008 vs 9% nel 2016).
- **Attività motoria:** la percentuale di sedentari tra i 18 e i 69 anni è in diminuzione: 25% nel 2008 vs il 20% nel 2016.
- **Stato ponderale e abitudini alimentari:** la prevalenza di persone in eccesso ponderale è stabile nel periodo attorno al 40%, mentre risulta in lieve calo il consumo di 5 porzioni di frutta e verdura (13% vs 11%).
- **Rischio cardiovascolare:** per quanto riguarda questo rischio, in Veneto il 20% delle persone intervistate risultano ipertese e il 25% con ipercolesterolemia.
- **Cronicità:** tra gli intervistati del Veneto, nel 2016 il 18% dichiara di avere almeno una patologia cronica, tra le seguenti: diabete, insufficienza renale, asma bronchiale, bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, ictus o ischemia cerebrale, infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie, altre malattie del cuore, tumori, malattie croniche del fegato, cirrosi, artrosi o artrite. L'andamento della prevalenza di persone con patologie croniche nel Veneto dal 2008 ad oggi risulta stabile. Le persone con almeno una patologia cronica che nel 2016 dichiarano di essere fumatori sono il 22%, quelle che hanno un consumo di alcol a maggior rischio il 20%, i sedentari il

21% e le persone in eccesso ponderale il 54%. Dal 2008 al 2016 solo i sedentari con patologia cronica risultano essere in calo passando dal 26% al 21%, mentre tutti gli altri comportamenti a rischio sono stabili nel tempo.

- **Sicurezza stradale:** per quanto riguarda la sicurezza stradale sono in aumento i comportamenti corretti, dal 2008 al 2016 infatti la percentuale di persone che dichiarano di utilizzare sempre le cinture anteriori passano dall'89% al 94%, quelle che usano sempre le cinture posteriori passano dal 31% al 40%, mentre la percentuale di chi usa sempre il casco in moto va dal 94% nel 2008 al 99% nel 2016.
- **Sicurezza domestica:** la consapevolezza del rischio di un infortunio domestico, seppur mantenendosi su livelli bassi, è il lieve aumento passando dal 6% al 7%.
- **Il consiglio dell'operatore sanitario:** la sorveglianza PASSI indaga anche se un operatore sanitario negli ultimi 12 mesi ha chiesto informazioni e/o dato un consiglio sulle abitudini di vita e purtroppo si registra una diminuzione dell'attenzione degli operatori sanitari rispetto agli stili di vita dei propri assistiti.

Dato questo importante patrimonio di informazioni, appare evidente quanto sia necessario mettere in atto mirate e attente iniziative di comunicazione che ottengano di:

- 1) **favorire un sempre più attivo coinvolgimento degli operatori sanitari** affinché promuovano virtuosi comportamenti di salute nella popolazione;
- 2) **attivare campagne di prevenzione e promozione della salute** finalizzate non soltanto a evitare comportamenti a rischio della salute, ma attente a **favorire conoscenza, consapevolezza e determinazione** ad attivare per sé e per i propri cari **comportamenti e stili di vita salutari**;
- 3) **valorizzare le evidenze** rappresentate dai dati che devono essere sempre più portati a conoscenza di quanti hanno la responsabilità pubblica di **orientare scelte e politiche** atte a favorire e migliorare la condizione di salute dei singoli e dell'intera popolazione in Veneto.

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