



# Rischio cardiovascolare



**VENETO 2008-2011**

**Rapporto a cura di:**

Silvia Milani (Dipartimento di Prevenzione AULSS 13), Francesca Russo - Federica Michieletto - Erica Bino (Direzione Prevenzione - Regione del Veneto),

**Gruppo Coordinatori Aziendali PASSI 2011**

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

**Si ringraziano:**

Il Gruppo tecnico nazionale PASSI per il supporto nella predisposizione di modelli di rapporto e piani di analisi dei dati

Gli intervistatori che hanno reso possibile la realizzazione di questo report.

Tutte le persone intervistate che hanno dedicato tempo e attenzione all'indagine.

Per maggiori informazioni e approfondimenti:

<http://www.epicentro.iss.it/passi/>

<http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/Prevenzione/Stili+di+vita+e+salute/Studio+PASSI.htm>

Il sistema di sorveglianza PASSI è sostenuto dalla Direzione Prevenzione della Regione del Veneto, Dott.ssa Giovanna Frison

*“Progetto realizzato con il supporto finanziario del Ministero della Salute - Ccm”*

Febbraio 2013

Le malattie cardiovascolari rappresentano nel mondo occidentale la prima causa di morte: nel Veneto provocano il 33% di tutti i decessi maschili ed il 41% di quelli femminili (dato 2009). Le malattie cardiovascolari hanno anche un notevole impatto in termini di disabilità, in quanto risultano responsabili di circa 1/6 dei DALY (Disability adjusted Life Years, indicatore che misura il carico complessivo di malattia nella popolazione).

I fattori correlati al rischio di malattia cardiovascolare sono numerosi: fumo, diabete, obesità, sedentarietà, ipercolesterolemia, ipertensione arteriosa. Oltre agli stili di vita, rivestono un ruolo rilevante nella genesi delle malattie cardiovascolari altri fattori, quali depressione, basso livello socio-economico, condizioni di stress cronico legate a marginalità ed isolamento sociale. La probabilità di sviluppare la malattia dipende dalla gravità dei singoli fattori di rischio e dalle loro combinazioni. Conoscere la prevalenza di queste condizioni nella popolazione e la diffusione delle pratiche efficaci per contrastarle consente di effettuare interventi di sanità pubblica mirati nei confronti dei sottogruppi più a rischio.

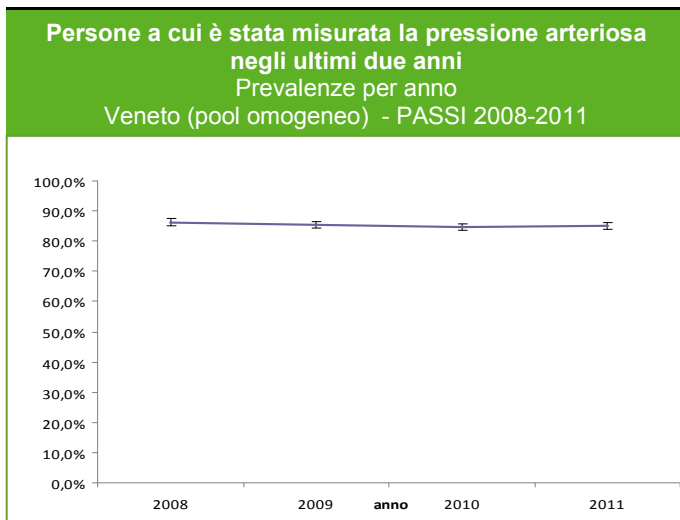
In questo report regionale si forniscono i risultati della sorveglianza PASSI del Veneto ed in particolare i dati relativi al controllo della pressione arteriosa e della colesterolemia, e all'utilizzo, da parte dei medici, della carta e del punteggio individuale per calcolare il rischio cardiovascolare.

Rischio cardiovascolare	%	IC 95%	
Veneto - PASSI 2008—2011			
Persone che riferiscono di essere ipertese <sup>1</sup>	21,2	20,5	21,9
Misurazione della pressione arteriosa negli ultimi 2 anni	85,3	84,7	85,8
Persone che riferiscono di essere ipercolesterolemiche <sup>2</sup>	26,8	25,9	27,5
Misurazione del colesterolo almeno una volta nella vita	78,7	78,0	79,4
Calcolo riferito del punteggio cardiovascolare <sup>3</sup>	7,4	6,9	7,9

<sup>1</sup>tra le persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa  
<sup>2</sup>tra le persone a cui è stata misurata la colesterolemia  
<sup>3</sup>su tutte le persone >34 anni, senza patologie cardiovascolari

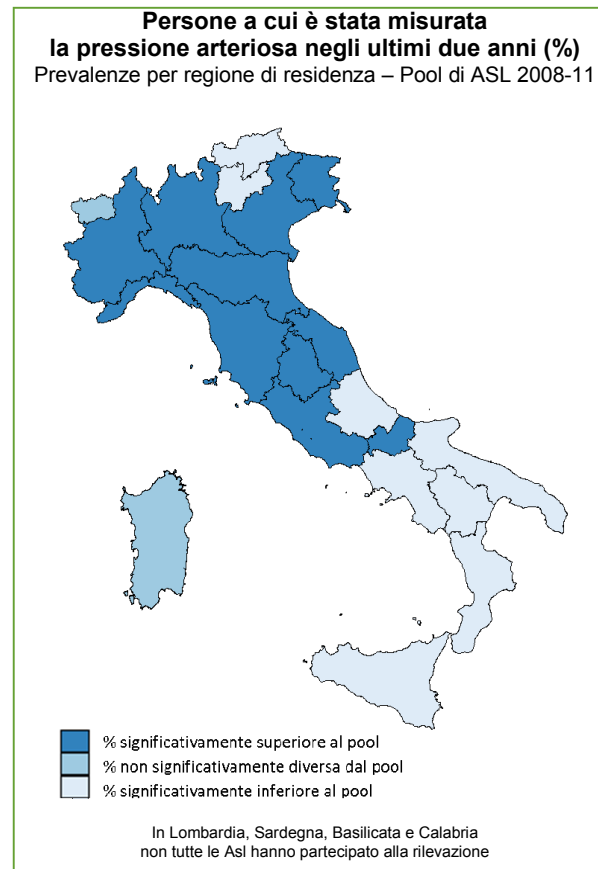
L'ipertensione arteriosa è un fattore di rischio cardiovascolare importante e molto diffuso, implicato nella genesi di molte malattie gravi ed invalidanti, in particolare ictus, infarto del miocardio, scompenso cardiaco, con un eccezionale costo sia in termini di salute sia dal punto di vista strettamente economico. Il costo delle complicanze si stima essere, infatti, 2-3 volte più grande di quello necessario per trattare tutti gli ipertesi nello stesso periodo di tempo. L'attenzione al consumo di sale, la perdita di peso nelle persone con eccesso ponderale e l'attività fisica costituiscono misure efficaci per ridurre i valori pressori, sebbene molte persone con ipertensione necessitino anche di un trattamento farmacologico.

L'identificazione precoce delle persone ipertese costituisce un intervento efficace di prevenzione individuale e di comunità. È importante diagnosticare precocemente l'ipertensione mediante controlli medici e contrastarne gli effetti con il trattamento farmacologico e appropriate modifiche degli stili di vita.



L'85% delle persone intervistate nel periodo 2008-2011 riferisce di aver misurato la pressione nei due anni precedenti.

Considerando solo le Aziende ULSS che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo regionale) si può osservare come l'indicatore sia sostanzialmente stabile.



*Nel Pool di ASL PASSI 2008-11 la percentuale di persone controllate nei due anni precedenti l'intervista è dell'83%. Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 69% della Basilicata all'88% della Liguria.*

Nel Veneto, il 21% degli intervistati, che hanno effettuato la misurazione della PA, riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa.

La percentuale di ipertesi varia a seconda del sesso, cresce con l'età, in presenza di difficoltà economiche e di sovrappeso/obesità, mentre diminuisce al crescere del livello di istruzione.

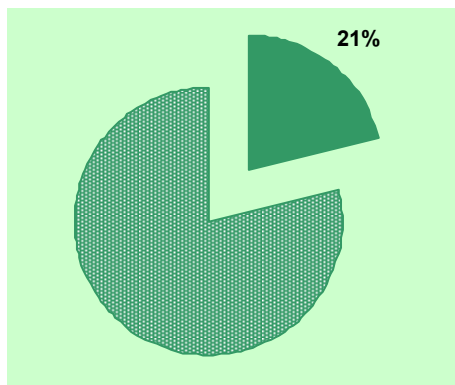
Tra i 50 e 69 anni, 4 persone su 10 dichiarano di essere ipertese. Tra le persone in sovrappeso, la percentuale di ipertesi è circa 3 volte quella riscontrata tra le persone normopeso.

All'analisi multivariata (regressione logistica) le significatività rilevate si mantengono per le variabili età, presenza di difficoltà economiche, sovrappeso/obesità.

Ipertesi <sup>1</sup>			
Veneto - PASSI 2008-2011			
Caratteristiche	%	IC 95%	
<b>Totale</b>	21,2	20,5	21,9
<b>Classi di età</b>			
18-34	4,7	4,1	5,4
35-49	14,4	13,4	15,3
50-69	40,2	38,8	41,6
<b>Sesso</b>			
uomini	23,1	22,1	23,9
donne	19,4	18,4	20,4
<b>Istruzione</b>			
nessuna/elementare	44,1	41,8	46,3
inferiore	22,5	21,3	23,7
media superiore	15,9	14,9	16,7
laurea	15,2	12,3	18,1
<b>Difficoltà economiche</b>			
molte	26,1	23,5	28,7
qualche	21,9	20,5	23,2
nessuna	20,3	19,5	21,1
<b>Indice di massa corporea</b>			
sotto/normopeso	12,2	11,4	13,1
sovrappeso/obeso	34,1	32,9	35,2

<sup>1</sup>tra coloro che riferiscono misurazione della pressione arteriosa

ipertesi



Stime Anno 2011

**708.738** persone ipertese  
di cui **506.748** in trattamento

**tra i 50-69 anni**  
**469.913** persone ipertese  
di cui **397.076** in trattamento

In Veneto il 72,8% degli ipertesi ha dichiarato di essere in trattamento farmacologico. Tra le persone tra i 50 e 69 anni, risultano in trattamento l'85%.

Indipendentemente dal consumo di farmaci, al 77,8% degli intervistati ipertesi è stato consigliato di ridurre il consumo di sale, al 76% di controllare il peso corporeo e all' 80% di svolgere regolarmente attività fisica.

Trattamenti dell'ipertensione consigliati Veneto - PASSI 2008-2011				
	2008 % (IC 95%)	2009 % (IC 95%)	2010 % (IC 95%)	2011 % (IC 95%)
Ipertesi in <b>trattamento farmacologico</b>	66,3 (62,4-70,2)	72,9 (70,0-75,8)	74,8 (71,6-78,0)	71,6 (68,9-74,2)
Ipertesi che hanno ricevuto il consiglio di <b>ridurre il consumo di sale</b>	67,3 (63,3-71,4)	76,2 (73,3-79,1)	78,2 (75,2-81,2)	78,7 (75,8-81,7)
Ipertesi a cui è stato consigliato di <b>ridurre o controllare il peso corporeo</b>	65,1 (61,1-69,1)	73,4 (70,4-76,4)	78,6 (75,6-81,6)	75,7 (72,6-78,7)
Ipertesi che hanno ricevuto il consiglio di praticare <b>regolare attività fisica</b>	71,8 (68,0-75,5)	76,6 (73,8-79,5)	81,2 (78,3-84,0)	80,5 (77,8-83,3)

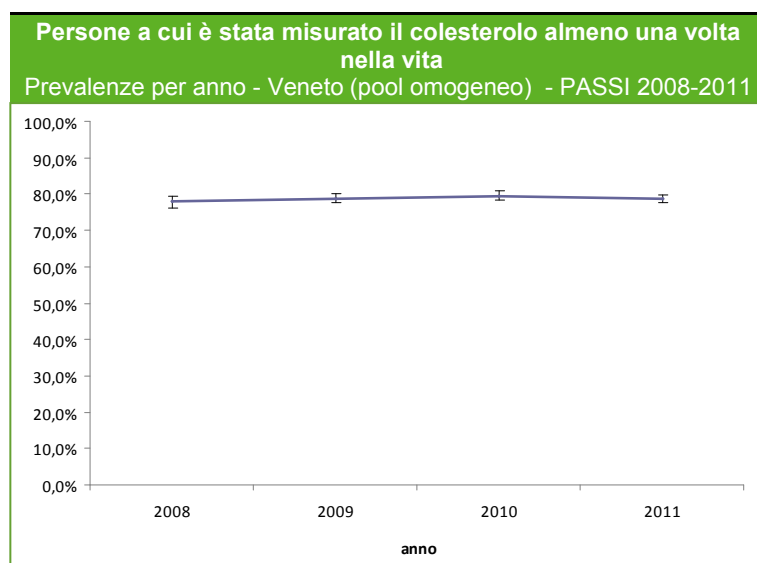
Considerando le Aziende ULSS che hanno partecipato con continuità alla rilevazione dal 2008 al 2011, si può osservare come la proporzione di persone ipertese che riferisce di essere in trattamento farmacologico si sia modificata negli anni, e come sembra ci sia maggiore attenzione verso la modifica degli stili di vita: è aumentata la percentuale di soggetti che riferiscono di avere ricevuto il consiglio di fare regolare attività fisica, passando dal 72% nel 2008 al 80% nel 2011; è aumentata in modo sensibile anche la percentuale di persone che riferisce di avere ricevuto il consiglio di controllare il peso.

## Colesterolemia

L'ipercolesterolemia, come l'ipertensione, rappresenta uno dei principali fattori di rischio per cardiopatia ischemica e malattie cerebrovascolari, sul quale è possibile intervenire efficacemente. L'eccesso di rischio dovuto all'ipercolesterolemia aumenta in presenza di altri fattori di rischio, quali 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 del miocardio.

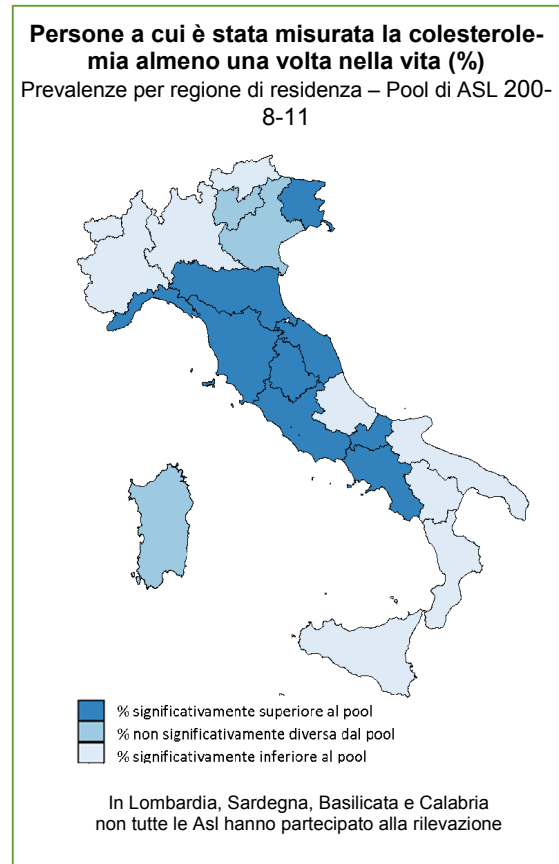
Nel Veneto, il 78,7% degli intervistati riferisce di aver effettuato almeno una volta nella vita la misurazione della colesterolemia.

Considerando solo le Aziende ULSS che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo regionale) si può osservare come l'indicatore sia sostanzialmente stabile.



*Nel Pool di ASL PASSI 2008-11 la percentuale di persone che hanno misurato la colesterolemia almeno una volta nella vita è del 79%.*

*Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 68% della P.A. di Bolzano all'88% del Molise.*



Ipercolesterolemici <sup>1</sup> Veneto - PASSI 2008-2011			
Caratteristiche	%	IC 95%	
<b>Totale</b>	26,8	25,9	27,6
<b>Classi di età</b>			
18-34	11,5	10,3	12,7
35-49	21,3	20,1	22,4
50-69	39,6	38,2	41,0
<b>Sesso</b>			
uomini	27,1	26,0	28,2
donne	26,4	25,3	27,6
<b>Istruzione</b>			
nessuna/elementare	41,9	39,6	44,1
media inferiore	28,3	26,9	29,7
media superiore	22,4	21,3	23,5
laurea	21,8	18,4	25,1
<b>Difficoltà economiche</b>			
molte	27,2	24,4	30,1
qualche	27,4	25,8	28,9
nessuna	26,3	25,3	27,3
<b>Indice di massa corporea</b>			
sotto/normopeso	21,9	20,8	22,9
sovrappeso/obeso	33,1	31,9	34,3

<sup>1</sup>tra coloro che riferiscono misurazione della colesterolemia

Tra coloro che riferiscono di essere stati sottoposti a misurazione del colesterolo, il 26,8% ha avuto diagnosi di ipercolesterolemia.

L'ipercolesterolemia varia a seconda del sesso, cresce con l'età ed è più frequente nelle persone con basso livello d'istruzione e in eccesso ponderale (BMI  $\geq 25$ ).

Analizzando assieme tutte le caratteristiche (regressione logistica) si conferma l'associazione statisticamente significativa con l'età e con l'eccesso ponderale.



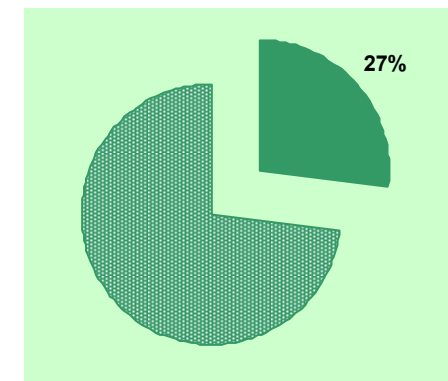
### Stime Anno 2011

**907.860** persone ipercolesterolemiche  
di cui 246.000 in trattamento

**tra i 50-69 anni**

**468.700** persone ipercolesterolemiche  
di cui 169.670 in trattamento

Ipercolesterolemia riferita



ipercolesterolemici



In Veneto, il 24,7% delle persone con elevati livelli di colesterolo nel sangue ha riferito di essere in trattamento farmacologico, in particolare è in trattamento farmacologico il 34% delle persone tra i 50 e 69 anni.

Indipendentemente dal trattamento farmacologico, l'84% degli ipercolesterolemici ha ricevuto il consiglio da parte di un medico di ridurre il consumo di carne e formaggi, il 74,3% di aumentare il consumo di frutta e verdura, il 72,8% di ridurre o controllare il proprio peso corporeo e l' 80,5% di svolgere regolare attività fisica.

Trattamenti dell' ipercolesterolemia consigliati				
Veneto - PASSI 2008-2011				
	2008 % (IC 95%)	2009 % (IC 95%)	2010 % (IC 95%)	2011 % (IC 95%)
Ipercolesterolemici in <b>trattamento farmacologico</b>	21,3 (18,0-24,6)	22,1 (19,5-24,8)	25,0 (22,1-27,9)	26,9 (23,8-30,0)
Ipercolesterolemici che hanno ricevuto il consiglio di <b>ridurre il consumo di carne e formaggi</b>	78,5 (75,1-81,9)	83,5 (81,0-86,0)	82,6 (80,0-85,1)	86,1 (83,8-88,5)
Ipercolesterolemici che hanno ricevuto il consiglio di <b>aumentare il consumo di frutta e verdura</b>	67,9 (64,2-71,7)	72,7 (69,8-75,6)	72,4 (69,3-75,4)	74,8 (71,8-77,7)
Ipercolesterolemici a cui è stato consigliato di <b>ridurre o controllare il peso corporeo</b>	62,4 (58,6-66,3)	72,2 (69,3-75,1)	71,7 (68,6-74,7)	74,9 (71,9-77,9)
Ipercolesterolemici che hanno ricevuto il consiglio di praticare <b>regolare attività fisica</b>	73,3 (69,8-76,9)	78,9 (76,3-81,6)	80,1 (77,4-82,8)	82,8 (80,2-85,3)

Considerando solo le Aziende ULSS che hanno partecipato alla rilevazione dal 2008 al 2011, si può osservare come anche verso le persone con livelli elevati di colesterolo ci sia una sempre maggiore attenzione da parte del personale sanitario a consigliare una modifica degli stili di vita.

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

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

Nella tabella che segue è riportata la prevalenza dei fattori di rischio considerati nella popolazione veneta, negli anni 2008-2011.

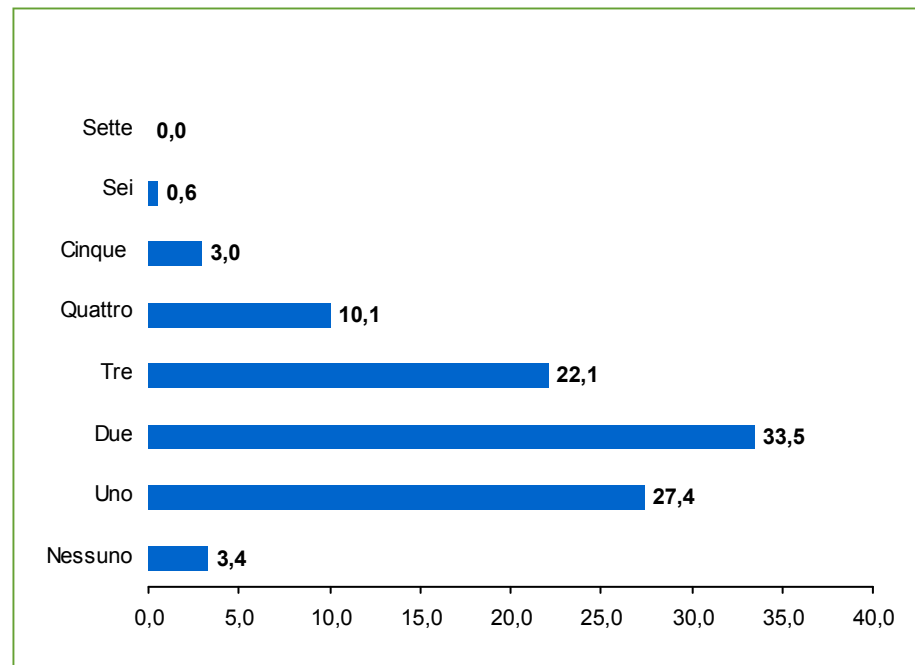
Fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione 18-69 anni Veneto - PASSI 2008-2011	
Iperensione arteriosa	21,2 (20,5-21,9)
Ipercolesterolemia	26,8 (25,9-27,6)
Sedentarietà	24,3 (23,6-24,95)
Fumo	24,7 (24,1-25,4)
Eccesso ponderale (IMC>25)	40,4 (39,6-41,1)
Meno di 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	87,0 (86,5-87,5)
Diabete	3,9 (3,7-4,2)

Il fattore di rischio di gran lunga più diffuso è lo scarso consumo di frutta e verdura, che coinvolge 9 persone su 10. Per questo motivo solo un'esigua percentuale (3,3%) della popolazione di 18-69 anni è completamente priva di fattori di rischio cardiovascolare; circa quattro persone su dieci ne hanno tre o più.

La distribuzione della multifattorialità non si discosta da quella riscontrata nel pool di ASL italiane.

### Prevalenza dei fattori di rischio multifattoriali

*Distribuzione percentuale - Veneto 2008-2011*

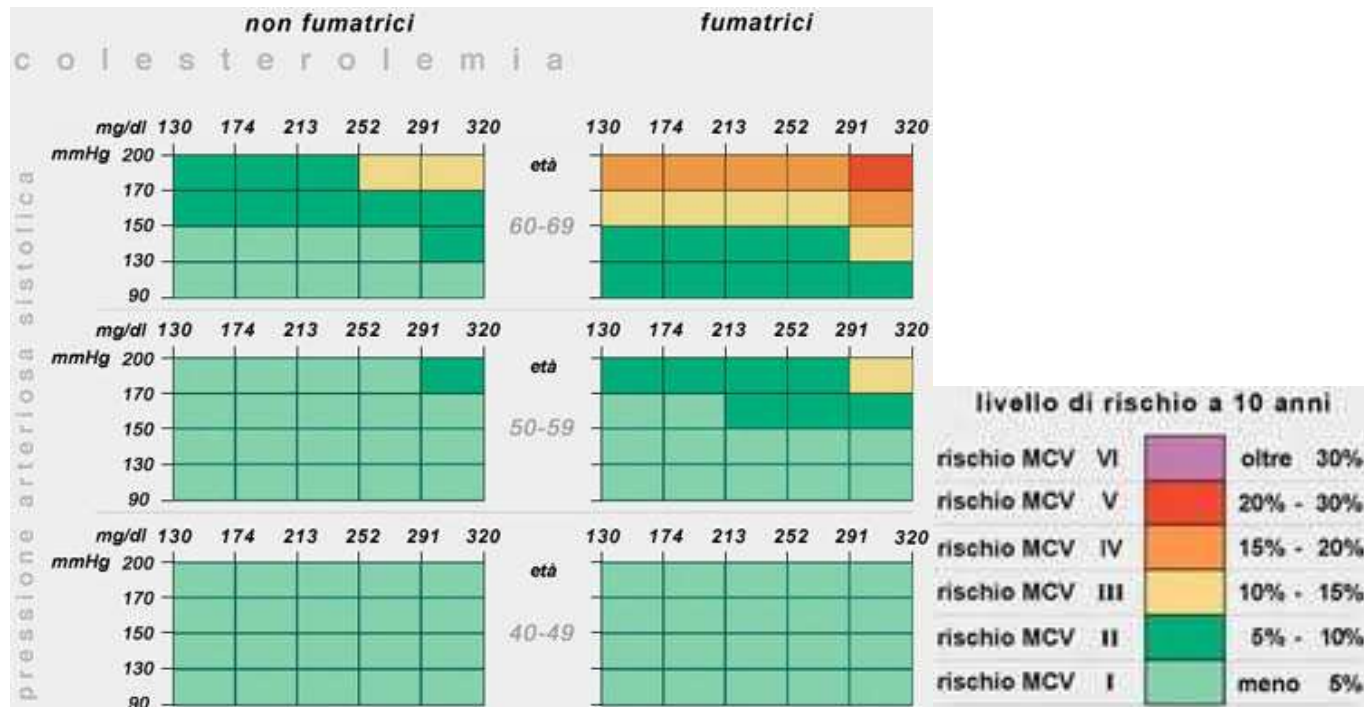


La carta e il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono strumenti semplici e obiettivi che il medico può utilizzare per stimare la probabilità che il proprio paziente ha di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi, conoscendo il valore di sei fattori di rischio: sesso, diabete, abitudine al fumo, età, pressione arteriosa sistolica e colesterolemia. Per questo motivo il piano di prevenzione regionale ne prevede una sempre maggior diffusione anche mediante iniziative di formazione rivolte ai medici di medicina generale.

Il calcolo del punteggio può essere ripetuto nel tempo, consentendo di valutare le variazioni del livello di rischio legate agli effetti di specifiche terapie farmacologiche o a variazioni apportate agli stili di vita.

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

In Veneto la percentuale di persone intervistate di 35-69 anni che riferiscono di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultata del 7,4%.

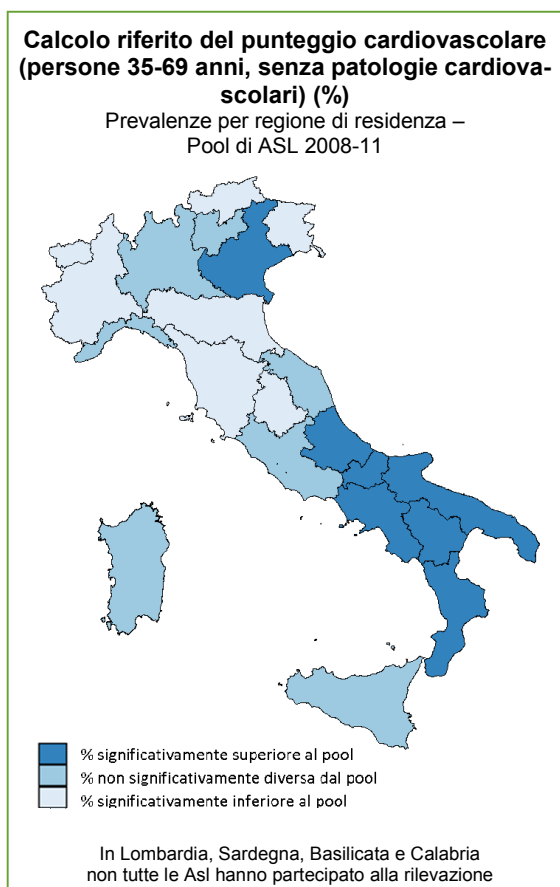


Risultano più controllate le persone tra i 50 e 69 anni e le persone che presentano almeno un fattore di rischio cardiovascolare, mentre non ci sono differenze tra i generi.

Analizzando mediante regressione logistica l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri si mantengono le significatività rilevate.

**Calcolo del rischio cardiovascolare<sup>1</sup>**  
Veneto - PASSI 2008-2011

Caratteristiche	%	IC 95%	
<b>Totale</b>	7,4	6,9	7,9
<b>Classi di età</b>			
35-39	3,6	2,7	4,4
40-49	5,6	4,9	6,2
50-59	10,4	9,3	11,6
60-69	9,8	8,6	10,9
<b>Sesso</b>			
uomini	7,4	6,8	8,1
donne	7,4	6,7	8,0
<b>Istruzione</b>			
alta	7,9	7,2	8,5
bassa	6,9	6,3	7,6
<b>Difficoltà economiche</b>			
si	6,8	6,1	7,5
no	7,9	7,2	8,5
<b>Almeno un fattore di rischio cardiovascolare<sup>2</sup></b>			
si	8,5	7,9	9,1
no	4,6	3,9	5,4



<sup>1</sup>persone tra 35 e 69 anni senza patologie CV

<sup>2</sup>soggetti che fumano o sono ipercolesterolemici o ipertesi o in eccesso ponderale o con diabete

*Nel Pool di ASL PASSI 2008-11 la percentuale di persone controllate nei due anni precedenti l'intervista è del 6,5%. Tra le Regioni del Nord, il Veneto si distingue per un maggior ricorso al test.*

*Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 3% dell'Umbria al 13% della Calabria.*

Dalla sorveglianza PASSI si stima che nel Veneto sia iperteso circa il 21% delle persone tra i 18 e i 69 anni. Pur risultando modesta la proporzione di persone alle quali non è stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi 24 mesi (circa il 14%), è importante ridurre ancora questa quota per migliorare il controllo dell'ipertensione nella popolazione (specie per i soggetti al di sopra dei 35 anni). Quasi tre quarti degli ipertesi sono in trattamento farmacologico e più di tre persone su quattro hanno ricevuto consigli comportamentali per ridurre la pressione arteriosa.

Tra coloro che si sono sottoposti ad almeno un esame per il colesterolo (79% del campione), il 27% dichiara di avere ricevuto una diagnosi di ipercolesterolemia; questa quota sale circa al 40% tra le persone con più di 50 anni. Si stima che il 27% degli ipercolesterolemici sia in trattamento farmacologico. Consigli comportamentali sono stati forniti dagli operatori sanitari a circa tre persone con colesterolo alto su quattro.

I programmi di controllo e riduzione di pressione arteriosa e colesterolo, basati sull'iniziativa dei medici di famiglia, possono potenziare quelli per l'attuazione delle raccomandazioni relative a dieta e attività fisica, con l'obiettivo comune di abbassare il rischio cardiovascolare.

La prevenzione delle malattie cardiovascolari è uno degli obiettivi del Piano Nazionale della Prevenzione, la carta o il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono strumenti utili per identificare la persona a rischio, alle quali indirizzare trattamenti e consigli specifici.

In questi programmi dovrebbe essere generalizzato l'uso della carta del rischio cardiovascolare: uno strumento ancora troppo poco usato che può migliorare la qualità della valutazione clinica e la consapevolezza dell'assistito.



## **Allegati**

- ⇒ *Il sistema di sorveglianza PASSI*
- ⇒ *Le schede indicatori*
- ⇒ *La progettualità coordinata dalla Direzione Prevenzione*
- ⇒ *Gli stili di vita della popolazione veneta*





*PASSI (Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia) è un sistema di sorveglianza della popolazione adulta. L'obiettivo è stimare la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute, legati ai comportamenti individuali, oltre alla diffusione delle misure di prevenzione.*

*Dal 2011 tutte le 21 Regioni e Province Autonome hanno aderito alla sorveglianza.*

*Un campione di residenti di età compresa tra 18 e 69 anni viene estratto con metodo casuale dagli elenchi delle anagrafe sanitarie. Personale delle Asl, specificamente formato, effettua interviste telefoniche (circa 25 al mese per Asl) con un questionario standardizzato. I dati vengono poi trasmessi in forma anonima via internet e registrati in un archivio unico nazionale.*



*Il sistema di sorveglianza Passi è attivo nel Veneto dall'anno 2007, oggi tutte le Aziende Ulss partecipano alla sorveglianza e complessivamente dal 2008 sono state condotte 20.322 interviste.*

*I risultati della sorveglianza sono stati presentati in varie occasioni e con varie modalità (report, schede tematiche di approfondimento, poster, presentazioni orali, ...), aggregati a livello regionale o per Azienda ULSS.*

*Anche se i dati della sorveglianza sono già in parte conosciuti, si è ritenuto utile presentare una serie di monografie per permettere la riflessione e l'approfondimento di alcuni aspetti, in particolare l'evoluzione temporale di alcuni dei fenomeni indagati; in queste monografie è presente il confronto con i dati nazionali più aggiornati.*

*Nel report "Rischio cardiovascolare" i dati sono presentati secondo scelte metodologiche diverse rispetto al passato: le analisi relative alle sezioni indagate da PASSI fanno riferimento al quadriennio 2008-2011, questo per fornire un dato maggiormente consolidato, inoltre sono presentati i trend temporali, per il quadriennio 2008-2011, costruiti sul pool omogeneo (pool di ASL che hanno partecipato continuativamente alla rilevazione nell'arco di tempo 2008-2011).*

*In sintesi le monografie permetteranno al lettore di avere un quadro approfondito e completo dei principali temi indagati dalla sorveglianza PASSI.*

***Di seguito sono riportate le schede che descrivono gli indicatori rilevati, evidenziandone modalità di calcolo, significato, limiti e validità.***

## **Scheda indicatore: controllo della pressione arteriosa**

<b>Popolazione di riferimento</b>	Residenti in un Comune della Asl e iscritti all'anagrafe assistiti della Asl, in età 18-69 anni.
<b>Numeratore</b>	Persone di età 18-69 anni che dichiarano che, nei 2 anni precedenti l'intervista, un medico o un altro operatore sanitario ha misurato loro la pressione arteriosa.
<b>Denominatore</b>	Intervistati che rispondono alla domanda se un medico o un altro operatore sanitario ha mai misurato loro la pressione arteriosa. Il denominatore corrisponde a tutta la popolazione indagata (escluso il piccolo numero che non ha risposto alla domanda)
<b>Intervallo temporale della definizione</b>	2 anni
<b>Misura di frequenza</b>	Prevalenza annuale, con intervalli di confidenza al 95%.
<b>Significato</b>	<p>È importante diagnosticare precocemente l'ipertensione mediante controlli medici e contrastarne gli effetti con un trattamento che, spesso, richiede modifiche degli stili di vita e/o una terapia farmacologica. Per diagnosticare l'ipertensione arteriosa non è raccomandato un vero e proprio screening di popolazione ma, anche se mancano prove scientifiche rigorose, esiste un consenso a livello internazionale per la raccomandazione di effettuare un controllo:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- ogni 2 anni nelle persone con pressione al di sotto di 120/80 mmHg</li><li>- ogni anno nelle persone con pressione sistolica da 120 a 139 mmHg o diastolica da 80 a 89 mmHg.</li></ul>
<b>Limiti dell'indicatore</b>	L'indicatore misura un comportamento riferito dall'intervistato il quale può tendere a dichiarare un intervallo di tempo più ravvicinato rispetto a quello reale. Questo tipo di distorsione, denominata telescoping bias, se presente, provoca una sovrastima della percentuale di persone che hanno effettuato un controllo della pressione arteriosa nell'intervallo di tempo definito.
<b>Validità dell'indicatore</b>	Anche se non è del tutto accurato, questo indicatore mostra una buona riproducibilità e questa caratteristica consente di utilizzarlo per valutare le differenze territoriali e i trend temporali del controllo della pressione arteriosa.

## **Scheda indicatore: ipertensione arteriosa riferita**

<b>Popolazione di riferimento</b>	Residenti in un Comune della Asl e iscritti all'anagrafe assistiti della Asl, in età 18-69 anni.
<b>Numeratore</b>	Residenti in un Comune della Asl e iscritti all'anagrafe assistiti della Asl, in età 18-69 anni.
<b>Denominatore</b>	Persone di età 18-69 anni che, alla data dell'intervista, riferiscono che un medico ha detto loro di essere ipertesi, cioè di avere la pressione alta.
<b>Intervallo temporale della definizione</b>	Intervistati che hanno risposto alla domanda se un medico o un altro operatore sanitario ha detto loro di essere ipertesi, cioè di avere la pressione alta. Questa domanda viene rivolta solo a coloro che hanno dichiarato di aver controllato almeno una volta nella vita la pressione arteriosa.
<b>Misure di frequenza</b>	Il periodo temporale di riferimento sono gli anni di vita dell'intervistato.
<b>Significato</b>	L'ipertensione arteriosa è uno dei principali fattori di rischio di malattie gravi e invalidanti come ictus, infarto miocardico, scompenso cardiaco, insufficienza renale. L'ipertensione è associata a fattori modificabili, come il contenuto di sale della dieta, l'obesità e l'inattività fisica. È importante monitorare la prevalenza dell'ipertensione nel tempo e le differenze geografiche e tra sottogruppi della popolazione.
<b>Limiti dell'indicatore</b>	L'indicatore misura una condizione riferita: l'intervistato può essere affetto da ipertensione non diagnosticata oppure può avere avuto una diagnosi di ipertensione arteriosa e non dichiararlo perché non ne è consapevole o per altri motivi. Tutto ciò comporta sicuramente una sottostima della prevalenza di ipertensione, rispetto a quella rilevata mediante misurazioni oggettive, e anche una sottostima della prevalenza di ipertensione già diagnosticata, quale si può desumere da diari clinici o registri di patologia. La sottostima può essere di entità variabile a seconda dei contesti (per esempio, facilità di accesso alle cure primarie), dei livelli soglia che definiscono l'ipertensione, della scelta del denominatore. Per ridurre l'entità della sottostima Passi non utilizza come denominatore la popolazione generale, ma solo la popolazione che ha misurato almeno una volta la pressione.
<b>Validità dell'indicatore</b>	Anche se l'accuratezza di un indicatore come questo è solo moderata, la sua buona riproducibilità consente di utilizzarlo per valutare le differenze territoriali e i trend temporali.

## **Scheda indicatore: colesterolemia**

<b>Popolazione di riferimento</b>	Residenti in un Comune della Asl e iscritti all'anagrafe assistiti della Asl, in età 18-69 anni.
<b>Numeratore</b>	Persone di età 18-69 anni che, alla data dell'intervista, riferiscono che un medico ha detto loro di essere ipercolesterolemici, cioè di avere il colesterolo alto nel sangue.
<b>Denominatore</b>	Intervistati che hanno risposto alla domanda se un medico o un altro operatore sanitario ha detto loro di avere il colesterolo alto nel sangue. Questa domanda viene rivolta solo a coloro che hanno dichiarato di aver fatto, almeno una volta nella vita, esami per misurare la colesterolemia.
<b>Intervallo temporale della definizione</b>	Il periodo temporale di riferimento sono gli anni di vita dell'intervistato.
<b>Misura di frequenza</b>	Prevalenza annuale, con intervalli di confidenza al 95%.
<b>Significato</b>	L'ipercolesterolemia rappresenta uno dei principali fattori di rischio per cardiopatia ischemica e malattie cerebrovascolari, sui quali è possibile intervenire con efficacia.
<b>Limiti dell'indicatore</b>	L'indicatore misura una condizione riferita: l'intervistato può essere affetto da ipercolesterolemia non diagnosticata, oppure può avere avuto una diagnosi di ipercolesterolemia e non riferirla perché non ne è consapevole o per altri motivi. Tutto ciò comporta sicuramente una sottostima della prevalenza di ipercolesterolemia, rilevata mediante misurazioni oggettive, e anche una sottostima della prevalenza di ipercolesterolemia già diagnosticata. La sottostima può essere di entità variabile a seconda dei contesti (ad esempio, accesso alle cure primarie), dei livelli soglia che definiscono l'ipercolesterolemia, della scelta del denominatore. Per ridurre l'entità della sottostima Passi non utilizza come denominatore la popolazione generale, ma solo la popolazione che ha misurato almeno una volta la colesterolemia.
<b>Validità dell'indicatore</b>	Anche se l'accuratezza di un indicatore come questo è solo moderata, la sua buona riproducibilità consente di utilizzarlo per valutare le differenze territoriali e i trend temporali.

## **Scheda indicatore: ipercolesterolemia riferita**

<b>Popolazione di riferimento</b>	Residenti in un Comune della Asl e iscritti all'anagrafe assistiti della Asl, in età 18-69 anni.
<b>Numeratore</b>	Persone di età 18-69 anni che, alla data dell'intervista, riferiscono che un medico ha detto loro di essere ipercolesterolemici, cioè di avere il colesterolo alto nel sangue.
<b>Denominatore</b>	Intervistati che hanno risposto alla domanda se un medico o un altro operatore sanitario ha detto loro di avere il colesterolo alto nel sangue. Questa domanda viene rivolta solo a coloro che hanno dichiarato di aver fatto, almeno una volta nella vita, esami per misurare la colesterolemia.
<b>Intervallo temporale della definizione</b>	Il periodo temporale di riferimento sono gli anni di vita dell'intervistato.
<b>Misura di frequenza</b>	Prevalenza annuale, con intervalli di confidenza al 95%.
<b>Significato</b>	L'ipercolesterolemia rappresenta uno dei principali fattori di rischio per cardiopatia ischemica e malattie cerebrovascolari, sui quali è possibile intervenire con efficacia.
<b>Limiti dell'indicatore</b>	L'indicatore misura una condizione riferita: l'intervistato può essere affetto da ipercolesterolemia non diagnosticata, oppure può avere avuto una diagnosi di ipercolesterolemia e non riferirla perché non ne è consapevole o per altri motivi. Tutto ciò comporta sicuramente una sottostima della prevalenza di ipercolesterolemia, rilevata mediante misurazioni oggettive, e anche una sottostima della prevalenza di ipercolesterolemia già diagnosticata. La sottostima può essere di entità variabile a seconda dei contesti (ad esempio, accesso alle cure primarie), dei livelli soglia che definiscono l'ipercolesterolemia, della scelta del denominatore. Per ridurre l'entità della sottostima Passi non utilizza come denominatore la popolazione generale, ma solo la popolazione che ha misurato almeno una volta la colesterolemia.
<b>Validità dell'indicatore</b>	Anche se l'accuratezza di un indicatore come questo è solo moderata, la sua buona riproducibilità consente di utilizzarlo per valutare le differenze territoriali e i trend temporali.

## Scheda indicatore: trattamento farmacologico dell'ipercolesterolemia

<b>Popolazione di riferimento</b>	Residenti in un Comune della Asl e iscritti all'anagrafe assistiti della Asl, in età 18-69 anni.
<b>Numeratore</b>	Persone di età 18-69 anni che, alla data dell'intervista, dichiarano di assumere farmaci per tenere basso il colesterolo.
<b>Denominatore</b>	Intervistati che riferiscono che un medico ha detto loro di essere ipercolesterolemici, cioè di avere il colesterolo alto.
<b>Intervallo temporale della definizione</b>	L'indicatore fa riferimento al momento dell'intervista.
<b>Misura di frequenza</b>	Prevalenza annuale, con intervalli di confidenza al 95%.
<b>Significato</b>	<p>L'ipercolesterolemia è una condizione a rischio che può essere ridotta mediante una dieta appropriata, l'attività fisica e, ove necessario, anche l'uso di farmaci.</p> <p>Il trattamento dell'ipercolesterolemia riduce il rischio di malattie cardiovascolari, come infarto del miocardio e ictus cerebrale.</p> <p>È importante che tutti gli ipercolesterolemici che non riescono a normalizzare il colesterolo attraverso una modifica degli stili di vita, adottino un trattamento farmacologico efficace e adatto a loro.</p> <p>Le informazioni acquisite da Passi non consentono in generale di individuare i casi in cui una terapia con farmaci sarebbe raccomandata. È perciò difficile stabilire uno standard di appropriatezza del trattamento farmacologico dell'ipercolesterolemia per l'intera popolazione di ipercolesterolemici selezionati in base ai criteri Passi.</p> <p>Tuttavia in alcune sotto-popolazioni di ipercolesterolemici con altre malattie croniche, come il diabete, lo standard di cura atteso è pari al 100%; in questi casi Passi può fornire dati utili per valutare la qualità dell'assistenza.</p>
<b>Limiti dell'indicatore</b>	L'indicatore misura un comportamento riferito: l'intervistato potrebbe essere in trattamento e non dichiararlo per scarsa consapevolezza (sta assumendo farmaci, ma non sa per quali condizioni) o per altri motivi. Al contrario potrebbe riferire di essere in trattamento perché giudica che sia un comportamento meglio accettato socialmente.
<b>Validità dell'indicatore</b>	<p>L'assunzione riferita di farmaci viene rilevata, a livello internazionale, in molte indagini di popolazione sui fattori di rischio cardiovascolari.</p> <p>Questo indicatore viene utilizzato per seguire l'evoluzione temporale del fenomeno, analizzare le differenze di comportamento tra sotto-popolazioni e fare confronti con altre nazioni.</p> <p>In generale, le indicazioni fornite dalla letteratura sulla validità degli indicatori riguardanti l'assunzione di farmaci non sono univoche.</p> <p>Vi sono, infatti, differenze sostanziali nelle caratteristiche degli studi su questo argomento (disegno, variabili misurate, tipo e complessità dei questionari, contesti, ecc), per cui i risultati non sono facilmente generalizzabili; manca inoltre un <i>gold standard</i> per i confronti, a causa della parziale completezza e accuratezza anche delle altre fonti informative.</p>

### **Progetto per la realizzazione di “Guadagnare Salute” in Veneto**

**DGR n° 3139 del 14.12.2010**

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

Azioni previste:

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

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

**Progetto CCM — Capofila Emilia-Romagna**

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

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

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

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

### **Una rete di Azioni per rendere operativa la Carta di Toronto**

**Progetto CCM — Capofila Emilia-Romagna**

Obiettivo generale: Diffondere i principi e i contenuti della Carta di Toronto all'interno del Servizio Sanitario, in collaborazione con Enti Locali e con i settori chiave della società civile nella promozione della attività fisica per contribuire al costante miglioramento della capacità di intervento del SSN/R in materia.

Obiettivo specifico 1: Consolidare e ampliare i network di Azioni (rete di esperti scientifici, rete dei referenti di attività fisica nelle Regioni italiane e reti di referenti nelle Asl delle regioni partner) potenziare l'attività di formazione.

Obiettivo 2: Potenziare e sviluppare l'attività di produzione di strumenti di lavoro, di materiale didattico e divulgativo utili per l'esecuzione dei Piani Regionali della prevenzione anche con il coinvolgimento dei portatori di interesse.

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

**DGR. n° 3139 del 14.12.2010**

Obiettivi generali:

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

Azioni previste:

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



## **Programma regionale di prevenzione delle patologie fumo-correlate**

**DGR. n° 3139 del 14.12.2010**

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

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

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

Tale area si sviluppa attraverso le seguenti azioni previste:

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

## Area 2 – Trattamento Tabagismo

Obiettivo generale: Sostenere i fumatori nella disassuefazione

Il programma si articola in due livelli di intervento:

INTERVENTI DI 1° LIVELLO – Promozione a livello di comunità e di assistenza primaria dell'abbandono del consumo di tabacco attraverso azioni di sensibilizzazione della popolazione generale (iniziative locali e regionali per la Giornata mondiale senza tabacco 31 maggio, coordinamento con i progetti Genitori Più, ecc.), formazione al counselling breve degli operatori sanitari (prosecuzione del sostegno all'implementazione del Programma Mamme libere dal fumo; corsi di formazione a livello locale e regionale per operatori sanitari, ecc.), mantenimento e sviluppo delle reti regionali, nazionali ed internazionali (Rete HPH – Ospedali e Servizi Sanitari per la Promozione della Salute, promozione della TFU Charter e del Patto TFU ecc.) ed integrazioni con reti e progetti regionali e nazionali (Progetto di prevenzione cardiovascolare, Guadagnare Salute, ecc.).

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

## Area 3 – Fumo passivo

Obiettivo generale: Proteggere i non fumatori dal fumo passivo

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

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

## **“Non solo cura ma cultura – Formazione degli operatori sanitari sulla prevenzione dei problemi alcol-correlati”**

**DGR. n° 3139 del 14.12.2010**

Obiettivi generali:

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

Azioni previste:

1° step. Predisposizione dei Moduli Formativi (MF) per formatori ed operatori

2° step. Costituzione di gruppi di lavoro aziendali di tipo interdipartimentale

3° step. Formazione dei Formatori Aziendali

---

## **Prescrizione esercizio fisico come strumento di prevenzione e terapia**

**DGR. n° 167 del 22.2.2011—DGR. n° 1093 del 26.7.2011**

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

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

**Azioni:**

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

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

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

Obiettivo specifico 3: valutazione del percorso

1. Monitoraggio dei tempi di attesa
2. Monitoraggio degli esiti della prescrizione di esercizio fisico agli utenti
3. Valutazione degli esiti della prescrizione di esercizio fisico agli utenti



**Fattori di rischio modificabili**

**PASSI, Veneto 2011**

## Abitudine al fumo

**24%**  
**fumatori**

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

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

## Consumo di alcol

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

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

**6%**  
**Consumo abituale elevato**

**24%**  
**sedentari**

## Scarsa attività fisica

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

## Eccesso ponderale

Il 32% degli intervistati è in sovrappeso, mentre gli obesi sono il 10%. Le persone in eccesso ponderale dichiarano di non seguire una dieta per perdere peso nel 78% dei casi. Il consumo di frutta e verdura risulta diffuso, anche se solo il 13% aderisce alle raccomandazioni internazionali consumandone cinque volte al giorno: un'abitudine scarsamente diffusa in particolare nelle persone tra i 18-34 anni.

**42%**  
**Eccesso ponderale**

<i>Attività fisica</i>	<i>%</i>	<i>IC 95%</i>	
<i>Regione Veneto</i>			
<b><i>Livello di attività fisica</i></b>			
<i>attivo<sup>1</sup></i>	32,0	30,7	33,4
<i>parzialmente attivo<sup>2</sup></i>	44,0	42,5	45,4
<i>sedentario<sup>3</sup></i>	23,9	22,6	25,1
<i>Riferisce che un medico operatore sanitario gli ha chiesto se fa regolare attività fisica<sup>4</sup></i>	37,1	35,6	38,6
<i>Riferisce che un medico operatore sanitario gli ha consigliato di fare più attività fisica<sup>4</sup></i>	37,4	35,8	38,9
<i>Sedentari che percepiscono sufficiente il proprio livello di attività fisica</i>	16,7	14,6	18,9
<i>1 Lavoro pesante oppure adesione alle linee guida (30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni)</i>			
<i>2 Non fa lavoro pesante, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati</i>			
<i>3 Non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero</i>			
<i>4 Vengono escluse le persone che non sono state dal medico negli ultimi 12 mesi</i>			
<i>Situazione nutrizionale</i>	<i>%</i>	<i>IC 95%</i>	
<i>Regione Veneto</i>			
<b><i>Popolazione con eccesso ponderale</i></b>			
<i>Sovrappeso</i>	31,7	30,4	32,9
<i>Obesi</i>	10,0	9,1	10,8
<i>Consigliato di perdere peso da un operatore sanitario<sup>1</sup></i>			
<i>Sovrappeso</i>	47,7	44,9	50,4
<i>Obesi</i>	79,9	76,3	83,6
<i>Consumano almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno</i>	13,0	12,0	13,9
<i>1 tra coloro che sono stati dal medico negli ultimi 12 mesi</i>			

Abitudine al fumo		%	IC 95%	
<i>Regione Veneto</i>				
Fumatori <sup>1</sup>		24,5	23,3	25,7
Riferisce che un medico/operatore sanitario gli ha chiesto se fuma <sup>2</sup>		43,8	42,2	45,3
Riferisce che un medico/operatore sanitario gli ha consigliato di smettere di fumare		49,6	46,4	52,8
Fumatori che hanno tentato di smettere nell'ultimo anno		44,9	42,1	47,7
Fumatori che hanno di smettere da soli		95,1	93,3	96,9
Divieto di fumare rispettato sempre o quasi sempre	nei locali pubblici	94,4	93,7	95,1
	sul luogo di lavoro	92,7	91,8	93,7
Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione		88,7	87,8	89,64
1 chi ha fumato più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno o ha smesso da meno di 6 mesi				
2 tra coloro che sono stati da un medico o un operatore sanitario negli ultimi 12 mesi				
Consumo di alcol		%	IC 95%	
<i>Regione Veneto</i>				
Bevuto una o più unità alcoliche nell'ultimo mese		64,9	63,6	66,2
Bevitori (prevalentemente) fuori pasto		12,6	11,8	13,5
Bevitori binge		12,1	11,1	12,9
Consumo abituale elevato <sup>1</sup>		6,2	5,5	6,9
Bevitori a maggior rischio <sup>2</sup>		24,8	23,6	26,0
Chiesto dal medico/operatore sanitario sul consumo		20,7	19,4	21,9
Consigliato dal medico/operatore sanitario, ai bevitori a rischio, di ridurre il consumo		6,3	4,7	7,8
1 più di 2 unità alcoliche in media al giorno per gli uomini, più di 1 per le donne				
2 bevitori fuori pasto e/o bevitori binge e/o consumo abituale elevati:				



