



PASSI

GUADAGNARE SALUTE



guadagnare
salute

rendere facili le scelte salutari

Rapporto 2010



Rapporto a cura di:

Federica Michieletto, Francesca Russo, Annarosa Pettenò, Erica Bino (*Direzione Regionale Prevenzione - Regione del Veneto*), Silvia Milani (*AULSS 13*), Mauro Ramigni (*AULSS 9*).

Gruppo Coordinatori Aziendali PASSI 2009

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

Gruppo tecnico regionale PASSI

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

Gruppo tecnico nazionale PASSI

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

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

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

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

Per un approfondimento dei dati di OKKIO consultare il sito www.venetonutrizione.it

Per un approfondimento dei dati di HBSC consultare il sito www.crrps.org

Passi per Guadagnare Salute

Regione Veneto – Anno 2010

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

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

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

Mediante il sistema PASSI è possibile monitorare la maggior parte dei comportamenti affrontati dal programma “Guadagnare Salute” per verificarne l’andamento nel tempo e per indirizzare gli interventi di sanità pubblica. Dall’inizio della sorveglianza, aprile 2007, alla fine del 2010 sono state intervistate circa 20.000 persone: questo report presenta i risultati più importanti sui quattro ambiti di “Guadagnare Salute”: alcol, fumo, attività fisica e alimentazione.

Metodi

Caratteristiche della sorveglianza PASSI

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

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

Popolazione di studio

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

Strategie di campionamento

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

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

Interviste

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

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

Le interviste alla popolazione in studio sono state condotte da personale dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS; nel 2010 sono state effettuate 5243 interviste, con cadenza mensile (luglio e agosto sono stati considerati come un'unica mensilità). La qualità dei dati è stata assicurata da un sistema automatico di controllo al momento del caricamento e da una successiva fase di analisi ad hoc con conseguente correzione delle anomalie riscontrate.

Analisi delle informazioni

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

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

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

Sintesi dei risultati

Attività fisica

È completamente sedentario il 23% del campione ed il 31% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica. In poco più di un terzo dei casi, i medici si informano e consigliano di svolgere attività fisica.

Situazione nutrizionale e abitudini alimentari

Il 30% degli intervistati è in sovrappeso, mentre gli obesi sono il 10%. Le persone in eccesso ponderale dichiarano di seguire una dieta per perdere peso nel 24% dei casi e di praticare un'attività fisica almeno moderata nel 74%.

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.

Abitudine al fumo

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 due terzi della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche ed il 26% abbia abitudini di consumo considerate a rischio (complessivamente il 12% beve fuori pasto, il 12% è bevitore "binge" ed l'11% ha superato anche in una sola occasione le dosi soglia). Gli operatori sanitari si informano sulle abitudini dei loro pazienti in relazione all'alcol solo in un caso su quattro e consigliano raramente di moderarne il consumo.

L'11% degli intervistati dichiara, inoltre, di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente all'intervista.

Attività fisica Regione Veneto		%	IC 95%	
Livello di attività fisica				
attivo ¹		31,2	29,8	32,6
parzialmente attivo ²		45,5	44,0	47,0
sedentario ³		23,2	22,0	24,4
Riferisce che un medico/operatore sanitario gli ha chiesto se fa regolare attività fisica ⁴		36,2	34,6	37,7
Riferisce che un medico/operatore sanitario gli ha consigliato di fare più attività fisica ⁴		34,4	32,5	36,2
Sedentari che percepiscono sufficiente il proprio livello di attività fisica		18,8	16,4	21,2
¹ Lavoro pesante oppure adesione alle linee guida (30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni)				
² Non fa lavoro pesante, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati				
³ Non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero				
⁴ Vengono escluse le persone che non sono state dal medico negli ultimi 12 mesi				
Situazione nutrizionale Regione Veneto		%	IC 95%	
Popolazione con eccesso ponderale				
Sovrappeso		29,9	28,6	31,3
Obesi		9,7	8,8	10,5
Consigliato di perdere peso da un operatore sanitario¹				
Sovrappeso		45,9	43,0	48,8
Obesi		76,7	72,5	80,9
Consumano almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno				
		13,3	12,3	14,3
¹ tra coloro che sono stati dal medico negli ultimi 12 mesi				
Abitudine al fumo Regione Veneto		%	IC 95%	
Fumatori¹				
Riferisce che un medico/operatore sanitario gli ha chiesto se fuma ²		42,8	41,3	44,4
Riferisce che un medico/operatore sanitario gli ha consigliato di smettere di fumare		53,5	50,2	56,9
Fumatori che hanno tentato di smettere nell'ultimo anno		45,1	42,1	48,2
Ex fumatori che hanno smesso da soli		93,9	91,7	96,1
Divieto di fumare rispettato sempre o quasi sempre				
nei locali pubblici		95,0	94,4	95,7
sul luogo di lavoro		93,2	92,2	94,1
Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione				
		88,9	87,9	89,8
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 a rischio (ultimo mese) Regione Veneto		%	IC 95%	
Bevuto una o più unità alcoliche nell'ultimo mese				
		65,5	64,2	66,9
Bevitori (prevalentemente) fuori pasto				
		12,2	11,3	13,1
Bevitori binge ¹		12,1	11,2	13,0
Forti bevitori ²		11,0	10,1	11,9
Bevitori a rischio ³		25,8	24,6	27,1
Chiesto dal medico sul consumo				
		20,5	19,3	21,7
Consigliato dal medico, ai bevitori a rischio, di ridurre il consumo				
		7,2	5,6	8,8
¹ chi negli ultimi 30 giorni ha consumato almeno una volta in una singola occasione 5 o più unità alcoliche (uomini) e 4 o più unità alcoliche (donne)				
² più di 2 unità alcoliche al giorno per gli uomini, più di 1 per le donne				
³ bevitori fuori pasto e/o bevitori binge e/o forti bevitori:				

Il valore di una telefonata

Dopo il lavoro preparatorio (campionamento, invio delle lettere, ricerca dei numeri di telefono, ...), finalmente si fa la telefonata il momento più "delicato" in cui si entra nelle case della gente e un po' nella vita delle persone.

Cosa è richiesto alle intervistatrici PASSI per ottenere un tasso di risposta dell'89%, molto elevato per questo tipo di indagini, che supporti la validità del sistema di sorveglianza ?

"Ogni volta che facciamo una telefonata per la sorveglianza Passi siamo consapevoli della relazione comunicativa che avviene tra noi e la persona intervistata; nel porre le domande all'interlocutore, oltre alla nostra professionalità, dobbiamo avere acquisito competenza comunicativa e capacità di ascolto, avere un atteggiamento empatico ed un tono di voce gentile e disponibile.

Dalla nostra esperienza tre sono le situazioni che possono verificarsi:

1 - L'intervistato/a ha già letto la lettera, dimostra curiosità e interesse nei confronti del progetto stesso; è il genere di telefonata che piace a tutte perché l'intervista stessa risulta piacevole; il tono della voce utilizzato è basso e lo scambio avviene in modo spontaneo come se la persona fosse seduta davanti a noi.

2 - L'intervistato/a non sempre ha letto la lettera ed esprime una totale chiusura affermando che non ha tempo per queste cose e che non gli interessa; questo a volte succede anche dopo 3-5 telefonate con spostamento continuo di orario; sovente sono persone che denotano un basso livello di interesse nei confronti di informazioni relative allo stato di salute individuale e collettivo.

3 - L'intervistato/a è disponibile rispondere alle domande ma il tono di voce utilizzato è grave e lento e lascia degli spazi di silenzio; in queste occasioni, durante lo svolgimento dell'intervista, veniamo a conoscenza di eventi spiacevoli che hanno colpito la persona, come un lutto e/o una grave malattia. E' la telefonata che richiede maggiore disponibilità da parte nostra sia per l'ascolto, sia per la situazione di disagio che possiamo avvertire; sovente chiediamo alla persona se vuole continuare o se desidera sospendere la telefonata; nella maggior parte dei casi, la persona decide di continuare l'intervista, forse per il rapporto empatico che si è instaurato.

Il sistema di sorveglianza che attuiamo attraverso queste interviste, oltre a fornire i dati statistici relativi a stili di salute adottati in modo diverso, ci permette di dare informazioni più complete alla popolazione stessa, di stimolare ulteriormente la curiosità e l'interesse, di rendere coscienti e responsabili le persone intervistate. Attraverso l'adozione di stili di vita sani, le persone potranno agire in modo corretto nella prevenzione di possibili patologie acute e/o croniche."

Claudia Carraro - Intervistatrice PASSI Azienda ULSS 13

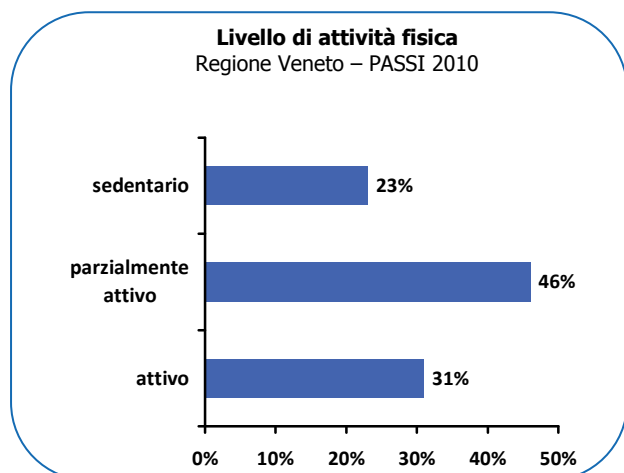
Attività fisica

Esiste ormai un ampio consenso circa il livello dell'attività fisica da raccomandare nella popolazione adulta: 30 minuti di attività moderata al giorno per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni. Promuovere l'attività fisica rappresenta pertanto un'azione di sanità pubblica prioritaria, ormai inserita nei piani e nella programmazione sanitaria in tutto il mondo. Negli Stati Uniti il programma Healthy People 2010 inserisce l'attività fisica tra i principali obiettivi di salute per il Paese. L'Unione europea nel Public Health Programme (2003-2008) propone progetti per promuovere l'attività fisica.

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

Quante persone attive fisicamente e quanti sedentari?

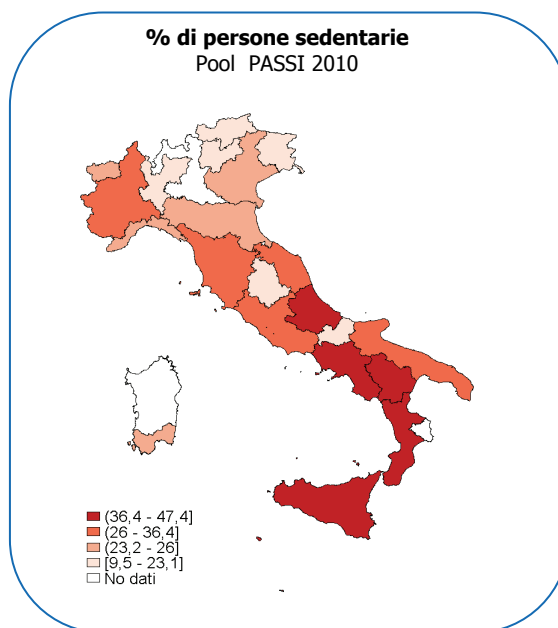
Nel Veneto, nel 2010, il 31% delle persone intervistate ha uno stile di vita attivo: conduce infatti un'attività lavorativa pesante o pratica l'attività fisica moderata o intensa raccomandata; il 46% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) ed il 23% è completamente sedentario.



Sedentari Regione Veneto		%	IC 95%
nei due sessi	Uomini	21,7	19,9-23,4
	Donne	24,8	23,1-26,6
nelle classi di età	18-34 anni	20,1	17,9-22,4
	35-49 anni	23,1	21,1-25,1
	50-69 anni	25,9	23,8-28,0
nei diversi livelli di istruzione	Nessuna/elementare	27,6	23,7-31,5
	Media inferiore	26,8	24,5-29,1
	Media superiore	20,9	19,1-22,7
	Laurea	18,8	15,4-22,1
nelle diverse situazioni economiche	Molte difficoltà	33,3	27,9-38,8
	Qualche difficoltà	25,6	23,4-27,9
	Nessuna difficoltà	20,7	19,2-22,3

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

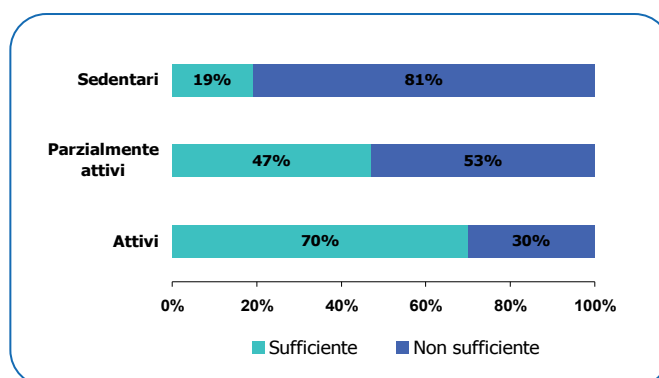
Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, è risultato sedentario il 31% del campione, con un evidente gradiente territoriale.



Come viene percepito il proprio livello di attività fisica

La percezione che la persona ha del proprio livello di attività fisica praticata è importante in quanto condiziona eventuali cambiamenti verso uno stile di vita più attivo. Tra le persone attive, il 30% ha giudicato la propria attività fisica non sufficiente. Il 47% delle persone parzialmente attive ed il 19% dei sedentari ha percepito il proprio livello di attività fisica come sufficiente. I dati regionali per chi ritiene sufficiente la propria attività fisica sono in linea con quelli rilevati a livello delle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale (70% degli attivi, il 49% dei parzialmente attivi e il 20% dei sedentari).

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

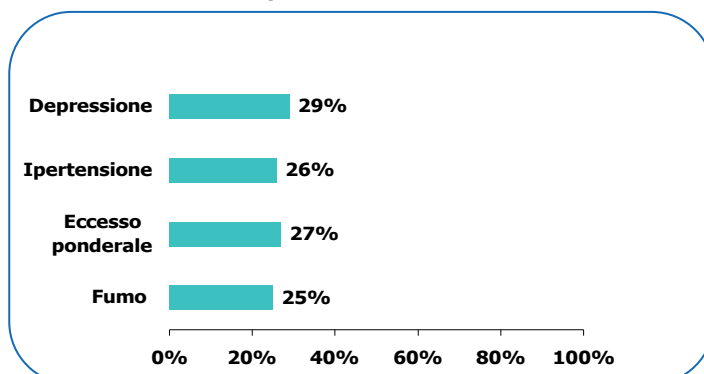


Stile di vita sedentario e compresenza di altre condizioni di rischio

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

- il 29% delle persone depresse;
- il 26% degli ipertesi;
- il 27% delle persone in eccesso ponderale;
- il 25% dei fumatori.

Sedentari e altri fattori di rischio
Regione Veneto - PASSI 2010

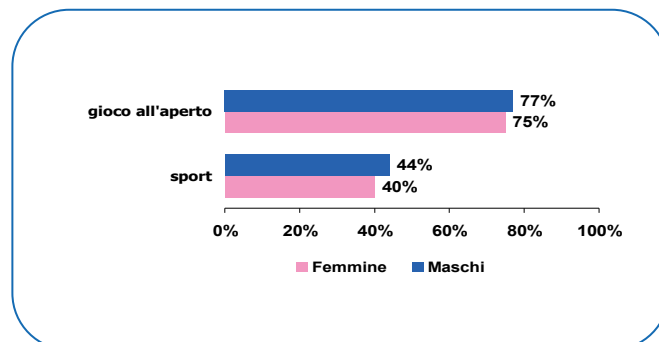


L'attività fisica nei bambini di 8 e 9 anni

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

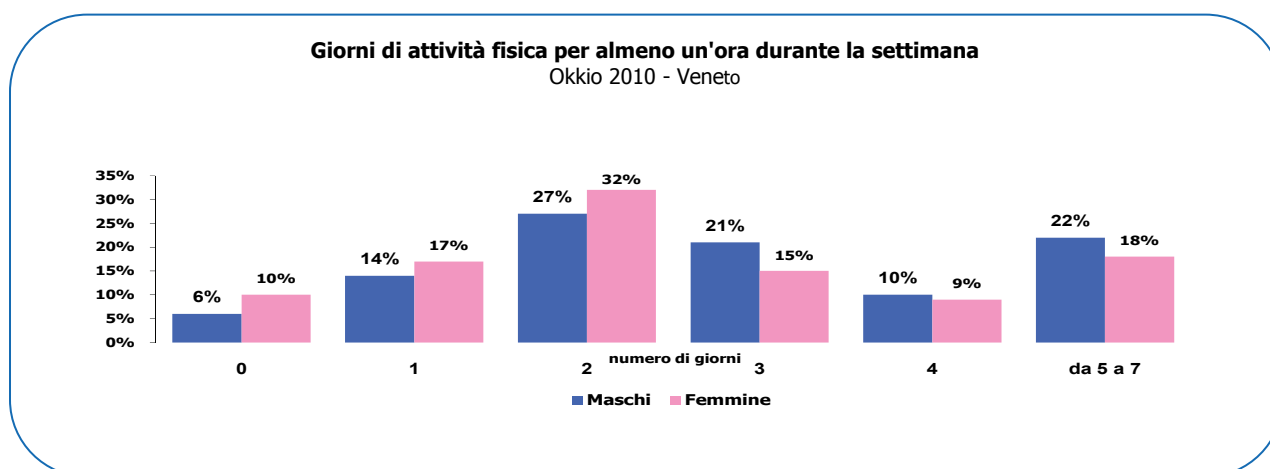
Nel pomeriggio antecedente l'indagine, il 76% dei bambini ha giocato all'aperto, mentre il 42,5 % dei bambini ha fatto attività sportiva strutturata. Entrambe queste attività sono svolte con maggiore frequenza dai ragazzi

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



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

Per stimare l'attività fisica dei bambini si può ricorrere anche all'informazione fornita dai genitori, ai quali si è chiesto quanti giorni, in una settimana normale, i bambini giocano all'aperto o fanno sport strutturato per almeno un'ora. Secondo i genitori, nel Veneto il 29% dei bambini svolgono almeno un'ora di attività fisica per 2 giorni la settimana, il 15% un'ora di attività fisica per un giorno la settimana; l'8% neanche un giorno. Solo il 20% dei bambini svolge un'ora di attività fisica da 5 a 7 giorni a settimana, e il 28% per 3-4 giorni alla settimana. Si registra un differenza significativa per sesso a favore dei ragazzi i quali svolgono attività fisica più frequentemente delle coetanee.



Conclusioni

In Veneto si stima che solo una persona adulta su tre (31%) pratichi l'attività fisica raccomandata, mentre il 23% può essere considerato completamente sedentario. Per quanto riguarda i bambini, soltanto il 20% pratica ogni giorno l'ora di sport o movimento all'aperto in accordo alle raccomandazioni OMS.

È presente una percezione distorta dell'attività fisica praticata: circa un sedentario su cinque ritiene di praticare sufficiente movimento.

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

Alimentazione

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

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

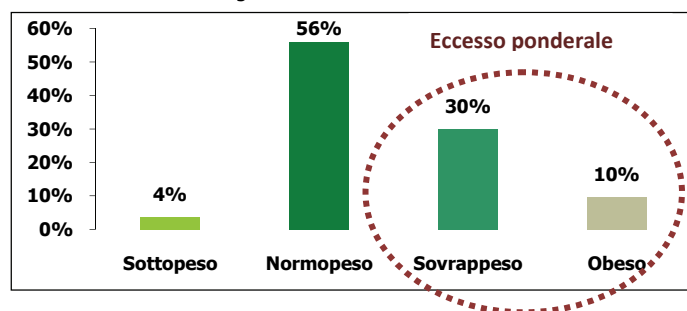
Ad alcuni alimenti è riconosciuto un ruolo protettivo: è ormai evidente per esempio la protezione rispetto alle neoplasie associata all'elevato consumo di frutta e verdura. Per questo motivo ne viene consigliato il consumo tutti i giorni: l'adesione alle raccomandazioni internazionali prevede il consumo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

Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

In Veneto il 4% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 57% normopeso, il 30% sovrappeso e il 10% obeso.

Complessivamente si stima che il 40% della popolazione presenti un eccesso ponderale.

Situazione nutrizionale della popolazione
Regione Veneto - PASSI 2010



Quante e quali persone sono in eccesso ponderale ?

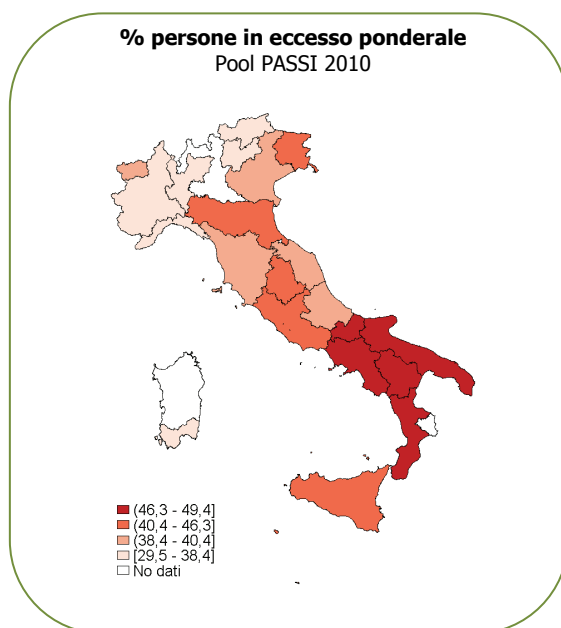
L'eccesso ponderale è significativamente più frequente:

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

Popolazione in eccesso ponderale Regione Veneto		Sovrappeso		obesi	
		%	IC 95%	%	IC 95%
nei due sessi	Uomini	39,8	37,8-41,9	11,1	9,8-12,3
	Donne	19,9	18,3-21,6	8,3	7,1-9,4
nelle classi di età	18-34 anni	17,8	15,6-20,1	4,3	3,2-5,4
	35-49 anni	28,9	26,7-31,1	8,7	7,3-10,1
	50-69 anni	40,9	38,5-43,3	15,0	13,3-16,8
nei diversi livelli di istruzione	Nessuna/elementare	43,8	39,3-48,3	17,3	14,0-20,7
	Media inferiore	33,9	31,4-36,3	12,1	10,4-13,8
	Media superiore	26,2	24,2-28,2	7,6	6,4-8,7
	Laurea	21,6	18,2-25,1	4,4	2,6-6,2
nelle diverse situazioni economiche	Molte difficoltà	29,5	24,2-34,8	16,6	12,5-20,7
	Qualche difficoltà	30,9	28,5-33,3	11,4	9,8-13,1
	Nessuna difficoltà	29,4	27,7-31,1	7,8	6,8-8,9

Tra le ASL partecipanti al PASSI a livello nazionale, il 42% degli intervistati ha presentato un eccesso ponderale (32%

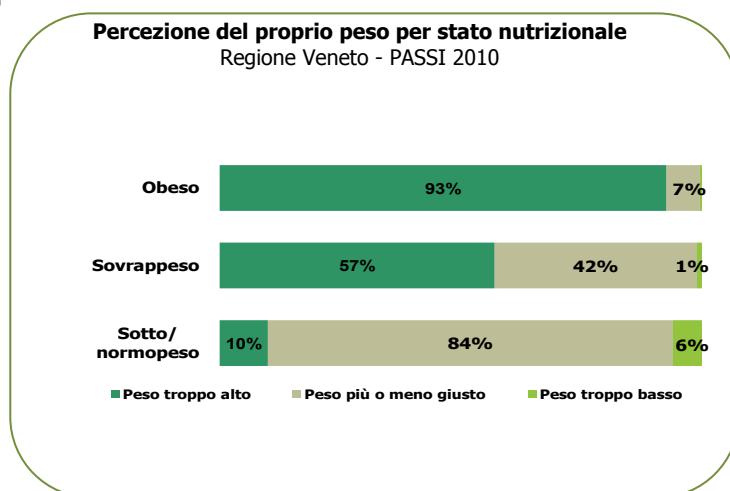
in sovrappeso e 11% obesi); relativamente all'eccesso ponderale è presente un evidente gradiente territoriale.



Come considerano il proprio peso le persone intervistate?

La percezione che la persona ha del proprio peso è un aspetto importante da considerare in quanto condiziona un eventuale cambiamento nel proprio stile di vita. La percezione del proprio peso non sempre coincide con IMC calcolato sulla base di peso ed altezza riferiti dagli stessi intervistati: in Veneto si osserva un elevato accordo tra percezione del proprio peso e IMC negli obesi (93%) e nei normopeso (84%); tra le persone in sovrappeso invece il 43% ritiene il proprio peso più o meno giusto.

Emerge una diversa percezione del proprio peso per sesso: tra le donne in sovrappeso il 25% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto al 51% degli uomini.

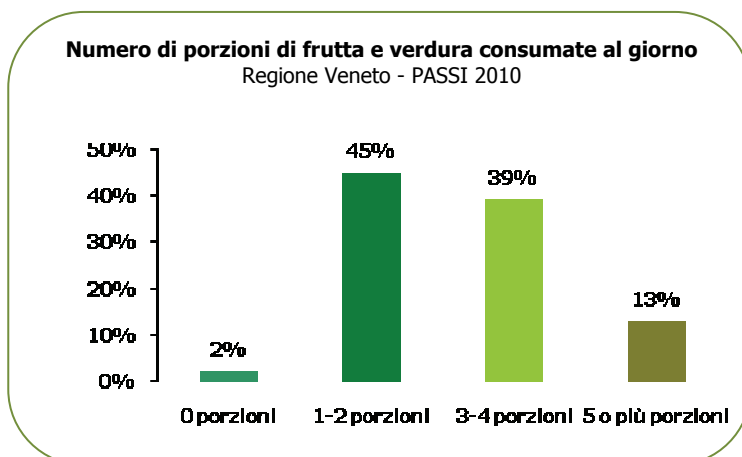


Abitudini alimentari

In Veneto, il 45% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno: il 39% ha riferito di mangiare 3-4 porzioni al giorno e solo il 13% le 5 porzioni raccomandate. L'abitudine a consumare 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno è più diffusa:

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

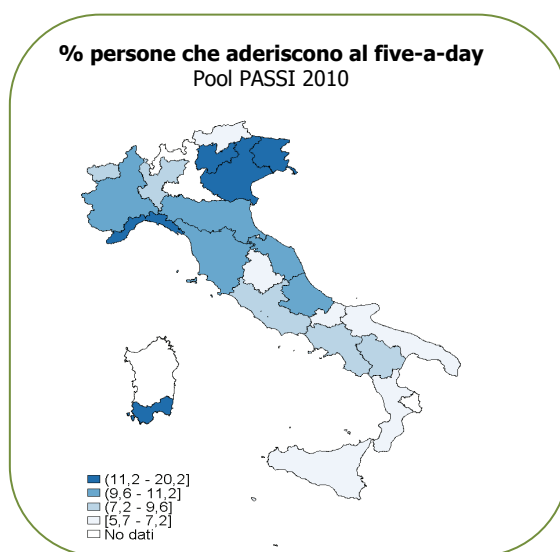
Non emergono differenze legate alla condizione economica. Analizzando con una opportuna tecnica statistica (regressione logistica) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri,



l'adesione al "five a day" rimane significativamente associata con età maggiore, sesso femminile ed eccesso ponderale.

Consumo di frutta e verdura Regione Veneto		Adesione al five a day	
		%	IC 95%
nei due sessi	Uomini	11,0	9,7-12,3
	Donne	15,6	14,1-17,1
nelle classi di età	18-34 anni	9,9	8,2-11,7
	35-49 anni	11,4	9,9-13,0
	50-69 anni	17,9	16,1-19,7
nei diversi livelli di istruzione	Nessuna/elementare	15,3	12,2-18,4
	Media inferiore	14,0	12,2-15,8
	Media superiore	11,5	10,0-13,0
	Laurea	15,9	12,6-19,1
nelle diverse situazioni economiche	Molte difficoltà	12,0	8,4-15,6
	Qualche difficoltà	13,3	11,6-15,1
	Nessuna difficoltà	13,4	12,1-14,7
nei diversi stati nutrizionali	Sotto/normopeso	12,9	11,6-14,2
	Sovrappeso	12,3	10,6-14,1
	Obeso	18,6	15,0-22,2

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



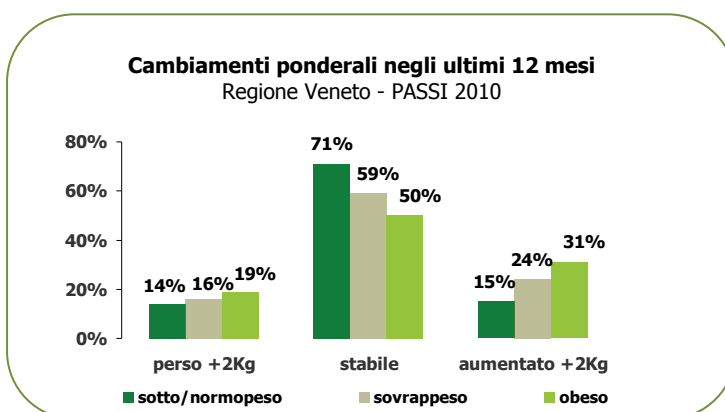
Quante persone hanno cambiato peso nell'ultimo anno?

In Veneto il 19% degli intervistati ha riferito di essere aumentato di almeno 2 kg di peso nell'ultimo anno. La proporzione di persone aumentate di peso nell'ultimo anno è più elevata:

nella fascia 18-34 anni

nelle persone già in eccesso ponderale

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



Qual è lo stato nutrizionale dei bambini?

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

Tra i bambini veneti, il 7% risulta obeso, il 21% sovrappeso il 71% normopeso e lo 0,5% sottopeso. Complessivamente il 28,4% dei bambini presenta un eccesso ponderale che comprende sia sovrappeso che obesità.

Il rischio di eccesso ponderale diminuisce significativamente con il crescere della scolarità della madre, dal 10% per titolo di scuola elementare o media, a 6% per diploma di scuola superiore, a 3% per la laurea. Dai dati autoriferiti dai genitori emerge che, in Veneto, il 18% delle madri è in sovrappeso e il 5% è obeso; i padri, invece, sono nel 46% sovrappeso e 8% obesi. È stato confrontato l'IMC del bambino rispetto a quello dei genitori ed è stato valutato, in particolare, l'eccesso di peso del bambino quando almeno uno dei genitori risulta essere sovrappeso o obeso e si è registrata un'associazione significativa tra lo stato ponderale dei genitori e quello dei figli.

Quando almeno uno dei due genitori è in sovrappeso il 24% dei bambini risulta in sovrappeso e il 7% obeso, mentre quando almeno un genitore è obeso il 27% dei bambini è in sovrappeso e il 18% obeso.

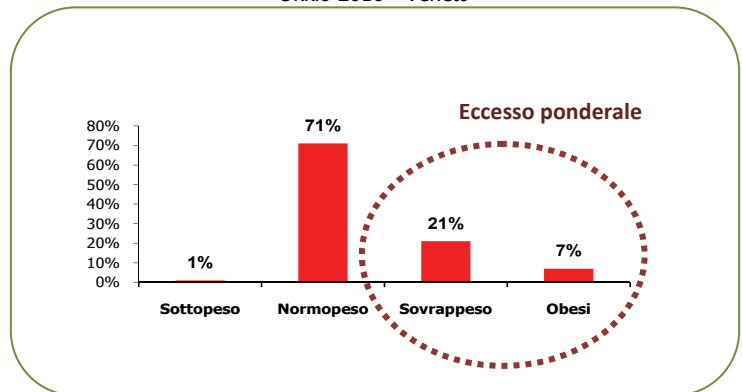
Le abitudini alimentari dei bambini

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

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

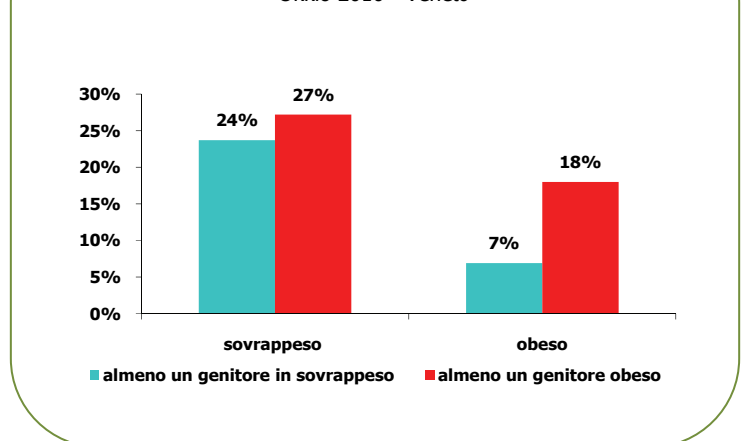
Stato nutrizionale dei bambini

Okkio 2010 - Veneto



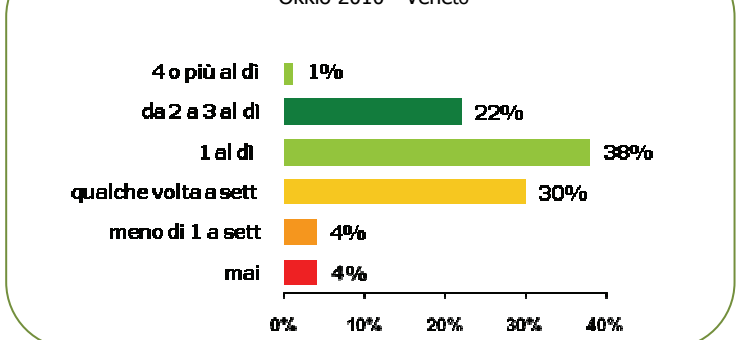
Situazione ponderale dei bambini rispetto a quella dei genitori

Okkio 2010 - Veneto



Consumo di frutta nell'arco della settimana (%)

Okkio 2010 - Veneto

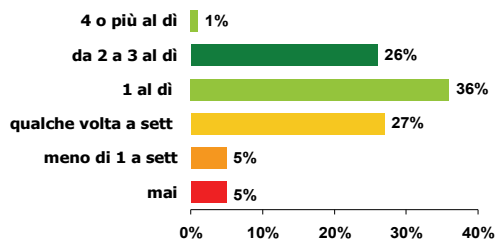


I genitori riferiscono che solo l'1% dei bambini consuma la frutta 4 o più volte al giorno, il 22% mangia 2-3 porzioni al giorno; il 38% una sola porzione al giorno. Il 38% dei bambini mangia frutta meno di una volta al giorno o mai nell'intera settimana. Il 26% dei bambini consuma verdura 2-3 porzioni al giorno; il 36% una sola porzione al giorno. Il 37% dei bambini consuma verdura meno di una volta al giorno o mai nell'intera settimana.

Il consumo di frutta e verdura è più frequente nelle bambine che nei bambini. Le bambine che consumano 2-3 volte al giorno frutta e verdura sono rispettivamente il 24% (vs il 21% dei bambini) e il 29% (vs 23 dei bambini). Inoltre il consumo di frutta e verdura nei bambini è associato al livello di istruzione della madre: più alto è il titolo di studio della madre maggiore è il consumo.

Consumo di verdura nell'arco della settimana (%)

Okkio 2010 - Veneto



Conclusioni

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

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

La maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura: circa la metà ne assume oltre 3 porzioni, ma solo una piccola quota assume le 5 porzioni al giorno raccomandate per un'efficace prevenzione delle neoplasie. Nei bambini il consumo di frutta e verdura è scarso: più di un bambino su tre consuma frutta meno di una volta al giorno e il 37% consuma verdura meno di una volta al giorno.

Il 28% dei bambini Veneti sono in sovrappeso, con un 7% di obesi. Anche in Okkio, appare evidente una forte componente di familiarità nello stato nutrizionale. Importante è quindi agire con interventi multi target.

L'abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è il principale fattore di rischio di numerose patologie croniche, in particolare malattie cardiovascolari, respiratorie e neoplasie. Rappresenta inoltre il primo fattore di rischio evitabile di morte precoce. A seconda del metodo usato, si stima che in Italia i decessi attribuibili all'abitudine al fumo siano tra i 70 e gli 80 mila all'anno con oltre un milione di anni di vita potenzialmente persi. Negli ultimi decenni la percentuale di fumatori tra gli uomini si è progressivamente ridotta, mentre è in aumento nelle donne e nei giovani.

Come è distribuita l'abitudine al fumo di sigaretta?

Rispetto all'abitudine al fumo di sigaretta in Veneto :

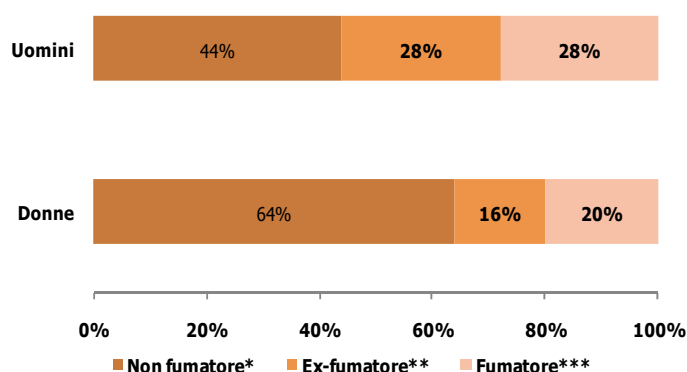
- il 54% degli intervistati ha riferito di essere non fumatore
- il 24% di essere fumatore
- il 22% di essere un ex fumatore.

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

I fumatori occasionali, cioè quelli che non fumano tutti i giorni, sono il 3%.

L'abitudine al fumo è significativamente più alta negli uomini che nelle donne (28% versus 20%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (64% versus 44%). Nel Pool di ASL PASSI 2010 il 28% è fumatore (di cui l'1% è in astensione da meno di sei mesi), il 18% è ex fumatore e il 54% è non fumatore.

Abitudine al fumo di sigaretta per sesso
Regione Veneto - PASSI 2010



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

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

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

Quali sono le caratteristiche dei fumatori di sigaretta?

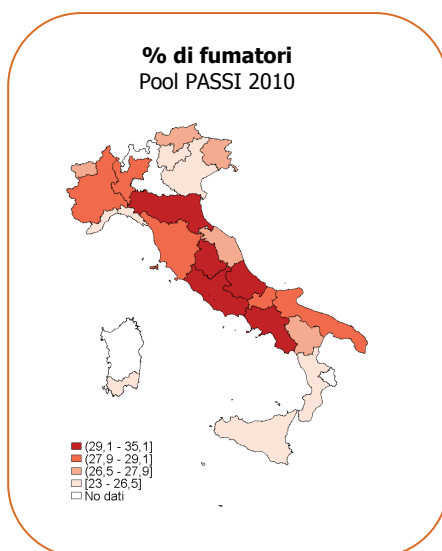
Si è osservata una prevalenza più elevata di fumatori:

- tra le persone sotto i 35 anni;
- tra gli uomini;
- tra persone con livello di istruzione di scuola media inferiore;
- tra le persone con difficoltà economiche.

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

I fumatori abituali hanno dichiarato di fumare in media 11 sigarette al giorno. Tra questi, il 4% ne fuma più di 20 (forte fumatore).

Condizione di fumatore		%	IC 95%
<i>Regione Veneto</i>			
nei due sessi	Uomini	27,8	25,9-29,7
	Donne	20,2	18,5-21,9
nelle classi di età	18-24 anni	32,3	27,9-36,8
	25-34 anni	32,4	29,0-35,8
	35-49 anni	23,3	21,2-25,4
	50-69 anni	18,0	16,1-19,9
nei diversi livelli di istruzione	Nessuna/elementare	17,2	13,8-20,7
	Media inferiore	26,4	24,1-28,8
	Media superiore	25,7	23,7-27,7
	Laurea	17,9	14,7-21,2
nelle diverse situazioni economiche	Molte difficoltà	40,7	35,0-46,4
	Qualche difficoltà	25,7	23,4-28,0
	Nessuna difficoltà	21,2	19,6-22,8
Quanto si fuma			
<i>Regione Veneto</i>			
Sigarette fumate in media		11	
Fumatori che fumano 20 o più sigarette al giorno		4%	



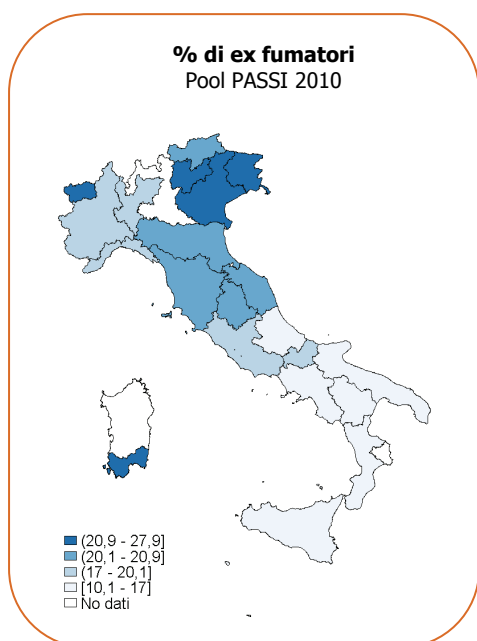
Quali sono le caratteristiche degli ex fumatori di sigaretta?

Si è osservata una prevalenza più elevata di ex fumatori:

- tra le persone sopra i 50 anni
- tra gli uomini
- tra persone con nessun livello di istruzione o di scuola elementare
- tra le persone senza difficoltà economiche.

Analizzando l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri attraverso la regressione logistica, si confermano significativamente associate alla condizione di ex fumatore l'età maggiore di 50 anni, il sesso maschile e i livelli di istruzione più elevati.

Condizione di Ex fumatore		%	IC 95%
<i>Regione Veneto</i>			
nei due sessi	Uomini	27,9	26,1-29,8
	Donne	15,6	14,0-17,1
nelle classi di età	18-24 anni	4,9	3,0-6,7
	25-34 anni	16,9	14,1-19,7
	35-49 anni	19,5	17,5-21,5
	50-69 anni	31,8	29,6-34,1
nei diversi livelli di istruzione	Nessuna/elementare	24,3	20,6-28,1
	Media inferiore	23,8	21,6-26,0
	Media superiore	19,5	17,7-21,3
	Laurea	22,9	19,1-26,7
nelle diverse situazioni economiche	Molte difficoltà	16,8	12,6-21,1
	Qualche difficoltà	20,8	18,7-22,9
	Nessuna difficoltà	22,9	21,3-24,5



Età di inizio e abitudine tra i giovanissimi

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

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

Nel 2010, i 15enni che sperimentano il fumo sono quasi il doppio dei 13enni (differenza statisticamente significativa). La differenza non è invece statisticamente significati tra gli 11enni e i 13enni.

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

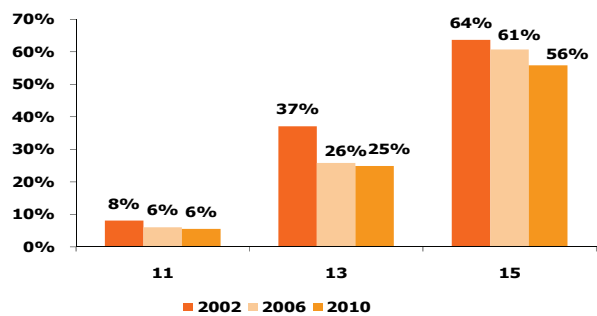
Come la sperimentazione anche l'abitudine al fumo cresce velocemente all'aumentare dell'età.

Tra i quindicenni, tra il 2002 e il 2010, si assiste ad una diminuzione statisticamente significativa di quasi 5 punti percentuali rispetto alla rilevazione del 2002, passando dal 21,4% al 16%.

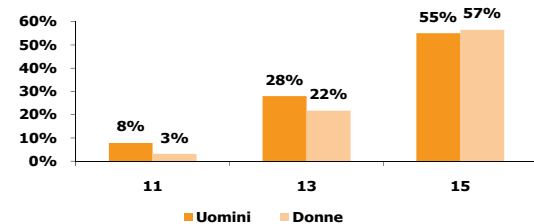
Nell'indagine sul consumo di tabacco quotidiano, esso appare quasi assente nel campione degli 11 (0,6%) e dei 13enni (2,6%); nei 15enni, non differisce tra ragazzi e ragazze.

Non sono presenti differenze statisticamente significative tra i due sessi in tutte le classi d'età considerate.

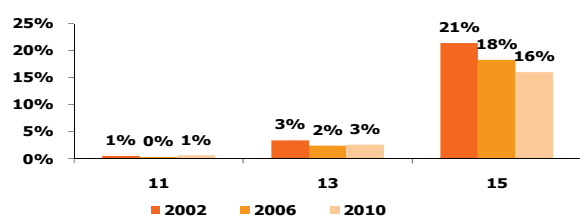
Giovani di 11, 13 e 15 anni che hanno provato a fumare.
Regione Veneto HBSC Health Behaviour in School



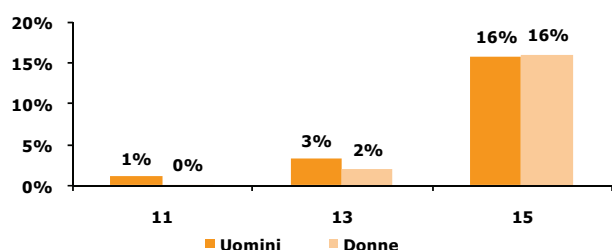
Giovani di 11, 13 e 15 anni che hanno provato a fumare per sesso
Regione Veneto HBSC Health Behaviour in School



Giovani di 11, 13 e 15 anni che fumano quotidianamente
Regione Veneto HBSC Health Behaviour in School



Giovani di 11, 13 e 15 anni che fumano quotidianamente per sesso
Regione Veneto HBSC Health Behaviour in School



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

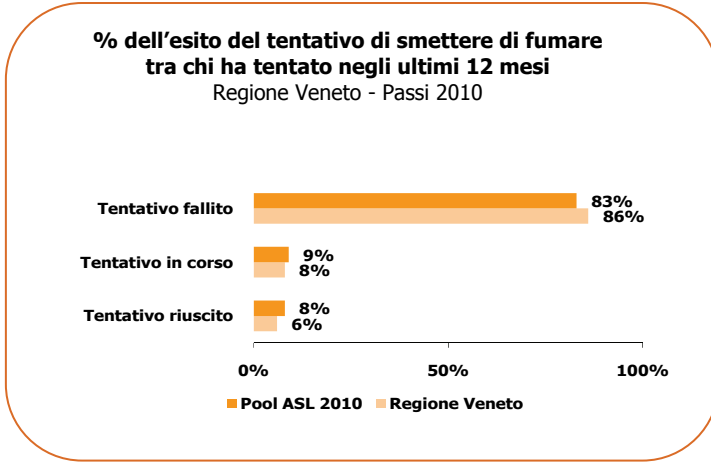
Tra chi fumava nei dodici mesi precedenti l'intervista, il 45% ha tentato di smettere.

Tra tutti coloro che hanno tentato:

- l'86% ha fallito (fumava al momento dell'intervista);
- l'8% stava ancora tentando di smettere (non fumava al momento dell'intervista ma aveva smesso da meno di 6 mesi);
- il 6% è riuscito a smettere (non fumava al momento dell'intervista e aveva smesso da oltre 6 mesi e meno di un anno).

Nel Pool di ASL PASSI 2010, il 40% ha tentato di smettere di fumare e tra questi l'83% ha fallito, il 9% stava ancora tentando al momento dell'intervista e l'8% è riuscito nel tentativo.

Tra le persone che hanno tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno, indipendentemente dall'esito del tentativo, il 94% l'ha fatto da solo, il 3% ha fatto uso di farmaci e lo 0,3% ha partecipato a incontri o corsi organizzati dalle ASL. Nel Pool di ASL PASSI 2010, il 94% degli intervistati che hanno tentato di smettere di fumare l'ha fatto da solo, il 3% ha fatto uso di farmaci e meno dell'1% ha partecipato a incontri o corsi organizzati dalle ASL.



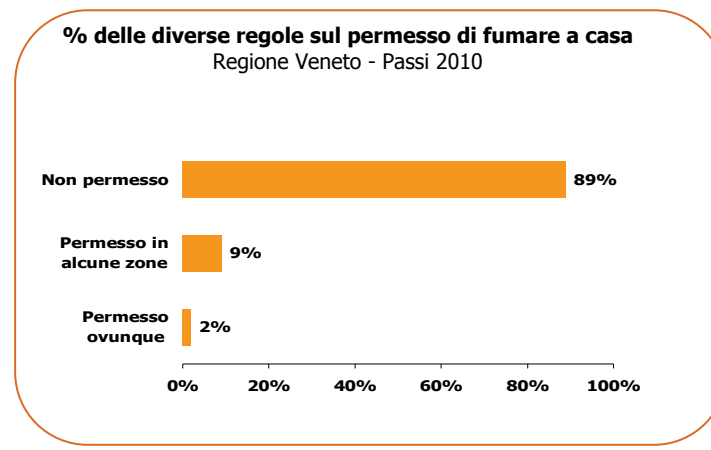
L'abitudine al fumo in ambito domestico

Rispetto all'abitudine al fumo nella propria abitazione, nella Regione Veneto:

- l'89% degli intervistati ha dichiarato che non si fuma in casa;
- il 9% che si fuma in alcuni luoghi;
- il 2% che si fuma ovunque.

In caso di convivenza con minori di 14 anni, il 95% degli intervistati riferisce il divieto assoluto di fumo in casa.

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

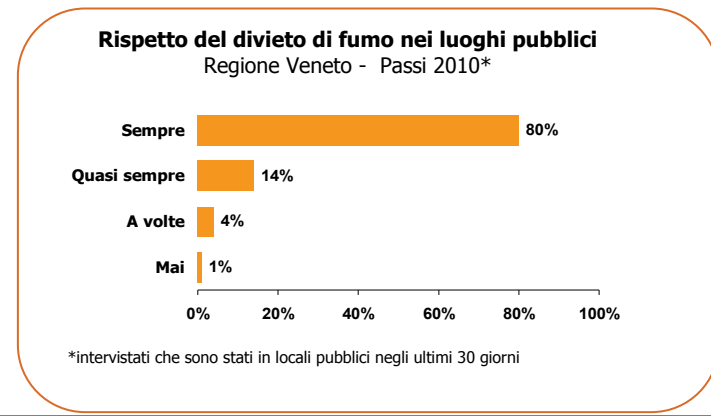


Divieto di fumare nei luoghi pubblici

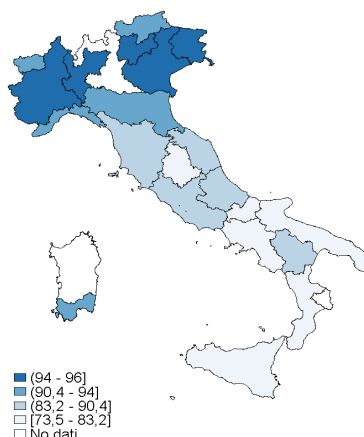
Il 95% delle persone intervistate ha dichiarato che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre (80%) o quasi sempre (14%).

Il 6% ha invece dichiarato che il divieto non è mai rispettato (1%) o lo è raramente (4%).

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



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

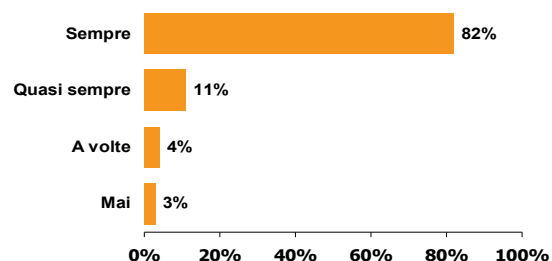


Rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

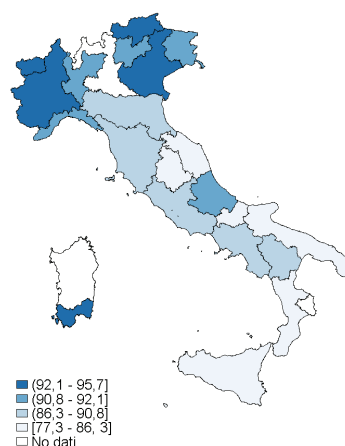
Tra i lavoratori intervistati, il 93% ha dichiarato che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre (82%) o quasi sempre (11%). Il 7% dichiara che il divieto non è mai rispettato (3%) o lo è raramente (4%).

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

Rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro
Regione Veneto – Passi 2010)*



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



Conclusioni

In Veneto, si stima che circa una persona su quattro sia classificabile come fumatore; in particolare le prevalenze più alte e preoccupanti si riscontrano in giovani e adulti nella fascia 18-49 anni. Ciò che desta preoccupazione è l'elevata prevalenza di fumatori tra gli adolescenti, dove 2 ragazzi su 10 riferiscono di essere fumatori: tuttavia osservando nel tempo, si osserva una sensibile diminuzione nei giovani che provano a fumare e che fumano quotidianamente.

La maggior parte degli ex fumatori ha dichiarato di aver smesso di fumare da solo; un numero veramente esiguo ha smesso di fumare grazie all'ausilio di farmaci, gruppi di aiuto ed operatori sanitari. Questa situazione sottolinea la necessità di un ulteriore consolidamento del rapporto tra operatori sanitari e pazienti, per valorizzare al meglio l'offerta di opportunità di smettere di fumare presente a livello delle AULSS regionali.

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

Consumo di alcol

Nell'ambito della promozione di stili di vita sani, il consumo di alcol ha assunto un'importanza sempre maggiore, perché l'alcol è associato a numerose malattie: cirrosi del fegato, diabete mellito, malattie neuropsichiatriche, problemi di salute materno-infantile, malattie cardiovascolari e tumori. Inoltre, il consumo di alcol facilita incidenti stradali, comportamenti sessuali a rischio, infortuni sul lavoro, episodi di violenza e il fenomeno della dipendenza. Il danno causato dall'alcol, oltre che al bevitore, può estendersi quindi alle famiglie e alla collettività, gravando sull'intera società.

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

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

Quante persone consumano alcol?

In Veneto la percentuale di persone intervistate che ha riferito di aver bevuto nell'ultimo mese almeno una unità di bevanda alcolica (bevitori) è risultata del 66%.

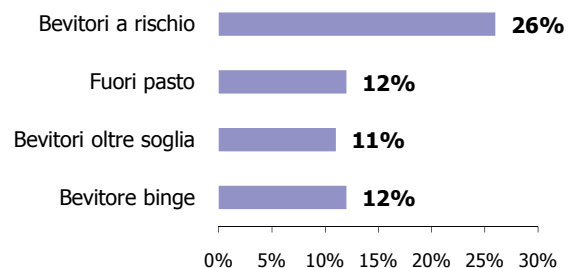
Complessivamente il 26% degli intervistati viene definito consumatore a rischio (fuori pasto e/o forte bevitore e/o "binge")

Rispetto al consumo a rischio:

- il 12% degli intervistati è classificabile binge, ovvero negli ultimi 30 giorni, ha consumato almeno una volta in una singola occasione 5 o più unità alcoliche (uomini) e 4 o più unità alcoliche (donne)
- il 11% ha superato anche in una singola occasione, negli ultimi 30 giorni, le dosi soglia raccomandate (più di due unità alcoliche (uomini) e 1 o più unità alcoliche (donne)).
- il 12% consuma alcol prevalentemente o solo fuori pasto

Il 47% degli intervistati consuma alcol prevalentemente nel fine settimana.

Bevitori a rischio per categorie
Regione Veneto - PASSI 2010



* forte bevitore e/o bevitore fuori pasto e/o bevitore *binge*
** chi, negli ultimi 30 giorni, ha consumato almeno una volta in una singola occasione 5 o più unità alcoliche (uomini) e 4 o più unità alcoliche (donne)
*** chi, negli ultimi 30 giorni, ha consumato, anche in una singola occasione, 2 o più unità alcoliche (uomini) e 1 o più unità alcoliche (donne).

Quali sono le caratteristiche dei bevitori a rischio?

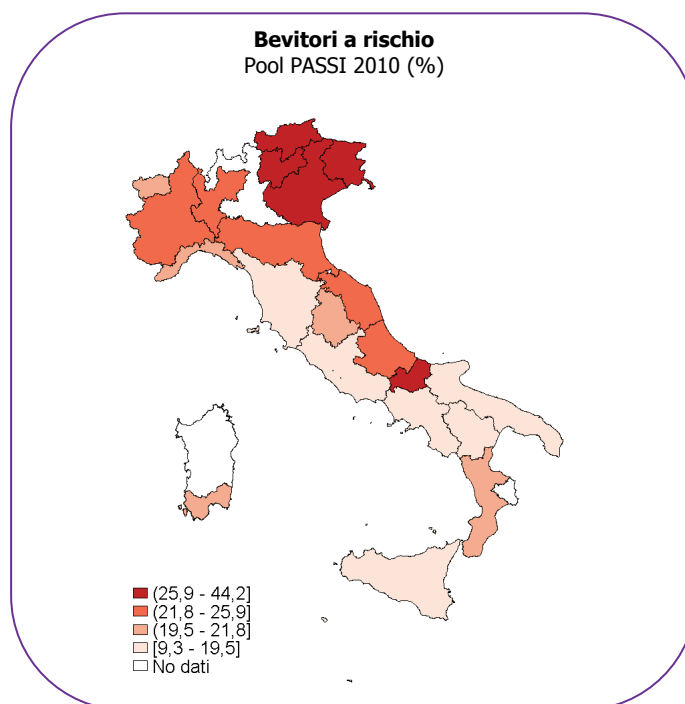
Il consumo di alcol a rischio è significativamente più frequente:

- nelle classi di età più giovani 18-34 anni: nei 18-24enni più della metà dei giovani ha modalità di assunzione di alcol a rischio (53%);
- nelle persone con un livello di istruzione medio-alto.
- nelle persone di sesso maschile

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

Consumo di alcol a rischio (ultimo mese) <i>Regione Veneto</i>		%	IC 95%
nei due sessi	Uomini	32,8	30,9-34,7
	Donne	18,9	17,3-20,5
nelle classi di età	18-24 anni	53,2	48,5-58,0
	25-34 anni	35,5	32,0-38,9
	35-49 anni	18,0	16,2-19,8
	50-69 anni	20,8	18,9-22,8
nei diversi livelli di istruzione	Nessuna/elementare	19,8	16,4-23,2
	Media inferiore	25,2	22,9-27,4
	Media superiore	27,5	25,6-29,5
	Laurea	27,3	23,5-31,0
nelle diverse situazioni economiche	Molte difficoltà	26,8	21,8-31,8
	Qualche difficoltà	23,5	21,3-25,6
	Nessuna difficoltà	27,1	25,4-28,7

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



Quali sono le caratteristiche dei bevitori binge?

Nel 2010, questa modalità di consumo di alcol, ritenuta ad alto rischio, ha riguardato il 12% degli intervistati e risulta significativamente più diffusa:

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

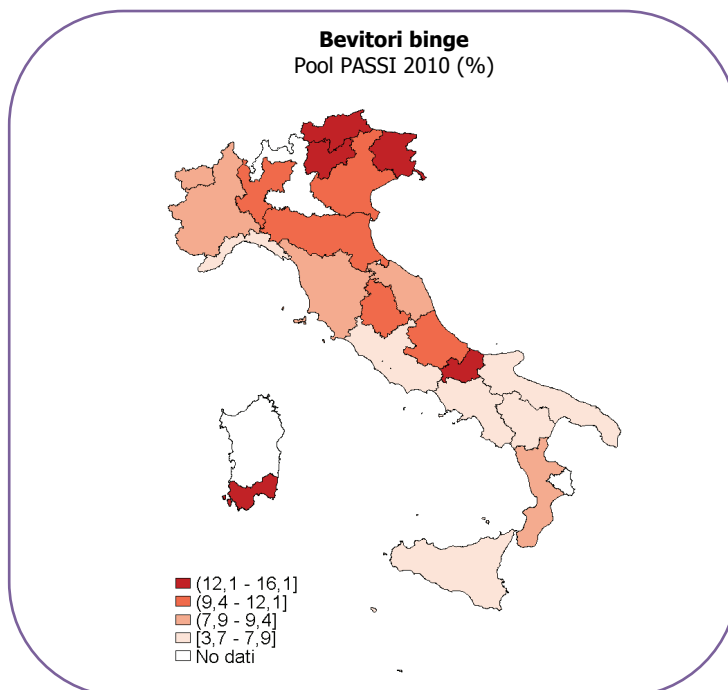
Non si rilevano differenze riguardo il livello di istruzione e le condizioni economiche.

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

Consumo binge*		%	IC 95%
Regione Veneto			
nei due sessi	Uomini	19,1	17,4-20,7
	Donne	5,1	4,2-6,0
nelle classi di età	18-24 anni	20,6	16,9-24,3
	25-34 anni	17,7	14,9-20,4
	35-49 anni	9,4	8,0-10,8
	50-69 anni	9,5	8,1-11,0
nei diversi livelli di istruzione	Nessuna/elementare	8,5	6,0-11,1
	Media inferiore	11,8	10,1-13,5
	Media superiore	12,7	11,3-14,2
	Laurea	13,8	10,9-16,7
nelle diverse situazioni economiche	Molte difficoltà	10,1	6,7-13,5
	Qualche difficoltà	9,7	8,2-11,2
	Nessuna difficoltà	13,7	12,4-15,0

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

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



Conclusioni

I livelli di consumo in Veneto sono superiori a quelli medi del pool di ASL partecipanti all'indagine. Alta è la percentuale di giovani, soprattutto uomini, che hanno un consumo a rischio: si tratta prevalentemente di consumatori "binge".

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

particolare il prezzo, la reperibilità e l'accessibilità del prodotto.

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

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

Il consiglio dell'operatore sanitario

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

Il questionario PASSI indaga l'entità della diffusione del messaggio del personale sanitario nei diversi ambiti della prevenzione, in particolare la modifica degli stili di vita nelle 4 aree di Guadagnare Salute (fumo, attività motoria, alimentazione e consumo di alcol). Bisogna sottolineare che il riferire che una persona ha ricevuto un consiglio, non è che uno stimatore della frequenza con cui il consiglio è stato effettivamente dato. Un "consiglio" troppo breve o apatico offerto dall'operatore alla persona può tradursi nel fatto che la persona non ricordi di averlo ricevuto; la frequenza della ricezione del consiglio rappresenta pertanto una scrematura dei "consigli poco validi".

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

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

Attività motoria e alimentazione: in Veneto, sembra aumentata l'attenzione degli operatori sanitari verso la pratica di attività fisica, anche nei confronti delle persone in eccesso ponderale; la percentuale di coloro ai cui è stato consigliato di fare movimento in modo regolare passa dal 30% del 2007 al 36% del 2010.

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

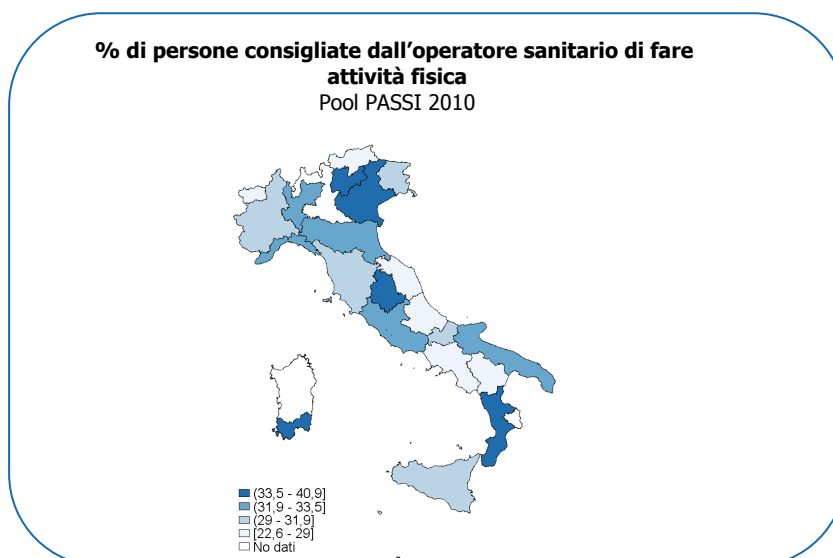
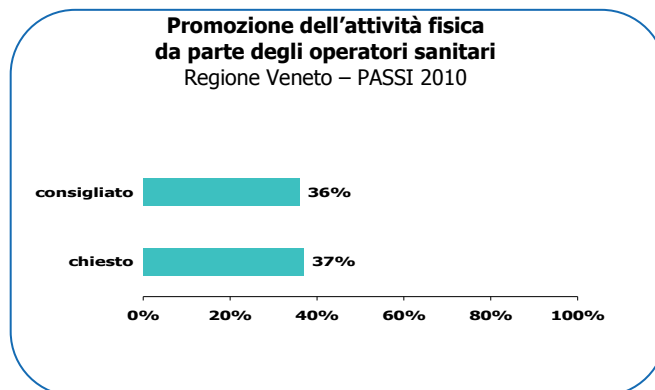
Nelle pagine successive è analizzato il consiglio per i singoli argomenti.

Attività fisica

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

In Veneto solo il 37% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica; il 36% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di farla regolarmente.

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

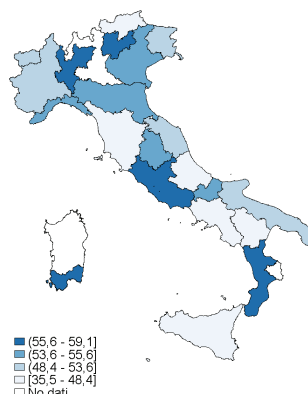


Alimentazione

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

In Veneto il 54% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare hanno riferito questo consiglio il 46% delle persone in sovrappeso e 77% delle persone obese. Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 52% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto questo consiglio (in particolare il 44% delle persone in sovrappeso e il 77% delle persone obese).

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

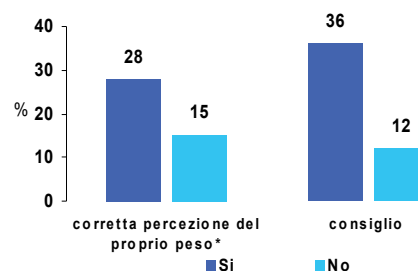


Il 24% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso (22% nei sovrappeso e 28% negli obesi).

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

- nelle donne;
- negli obesi;
- nelle persone sovrappeso (esclusi gli obesi) che ritengono il proprio peso “troppo alto” (28%) rispetto a quelle che ritengono il proprio peso “giusto” (15%);
- in coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (36% vs 12%).

Attuazione della dieta in rapporto a percezione del proprio peso e ai consigli degli operatori sanitari tra le persone in eccesso ponderale
Regione Veneto - PASSI 2010



* Questo confronto riguarda solo i sovrappeso senza gli obesi

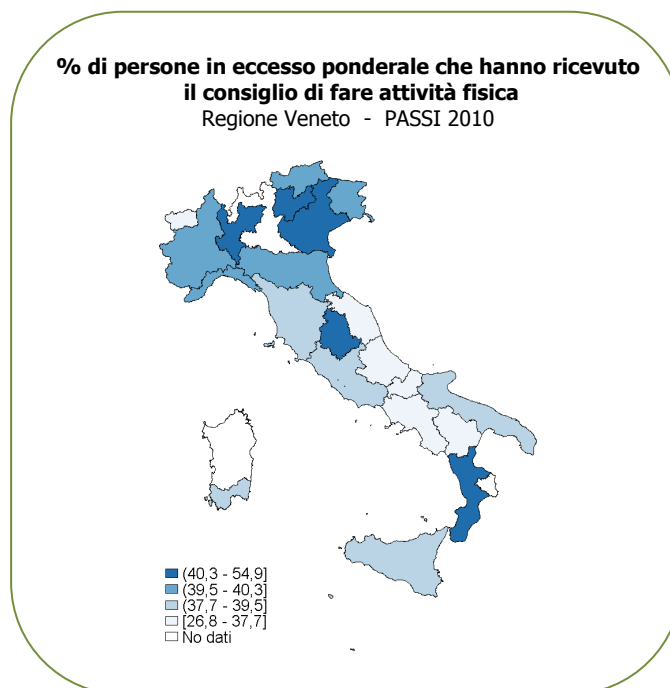
Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di fare attività fisica dagli operatori sanitari e con quale effetto

In Veneto il 27% delle persone in eccesso ponderale è sedentario (24% nei sovrappeso e 37% negli obesi). Il 45% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 42% delle persone in sovrappeso e il 55% di quelle obese.

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

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

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



Fumo

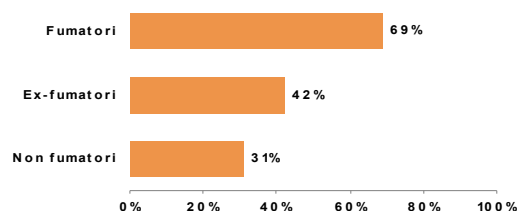
A quante persone sono state fatte domande in merito alla loro abitudine al fumo da parte di un operatore sanitario?

Circa il 43% degli intervistati ha dichiarato che un operatore sanitario si è informato sul comportamento in relazione all'abitudine al fumo.

In particolare, è stato chiesto a:

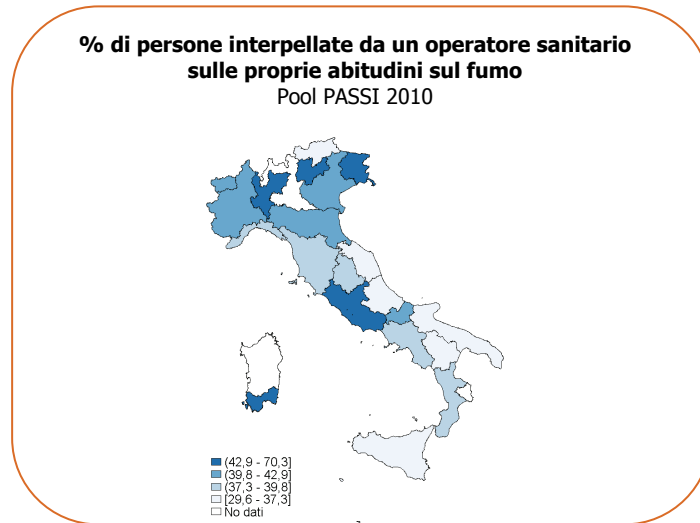
- il 69% dei fumatori
- il 42% degli ex fumatori
- il 31% dei non fumatori.

% di persone a cui è stato chiesto sull'abitudine al fumo da un operatore sanitario
 Regione Veneto - PASSI 2010



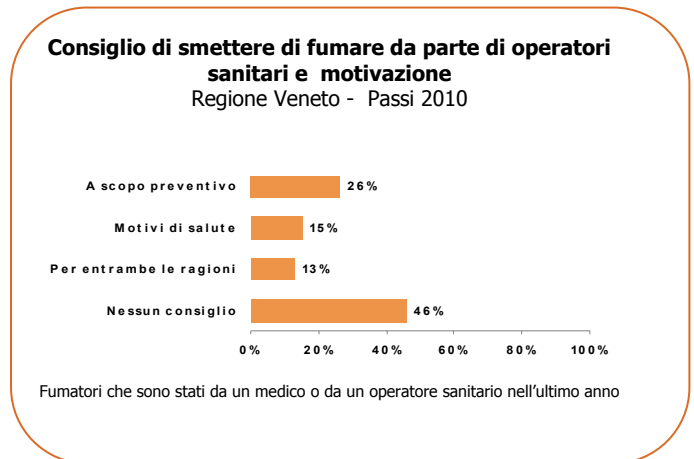
Intervistati che hanno riferito di essere stati da un medico o da un operatore sanitario nell'ultimo anno

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

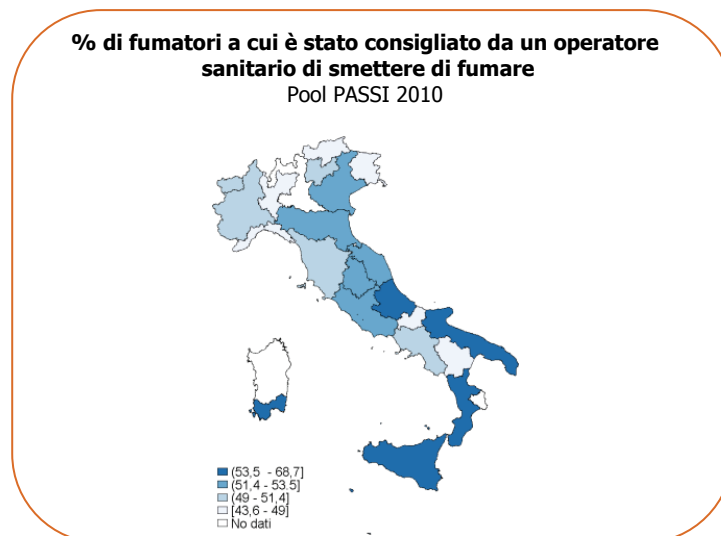


A quanti fumatori è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare? Perché?

Tra i fumatori, il 53% ha riferito di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario. Il consiglio è stato dato prevalentemente a scopo preventivo (26 %).



Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale è risultata pari al 52%.

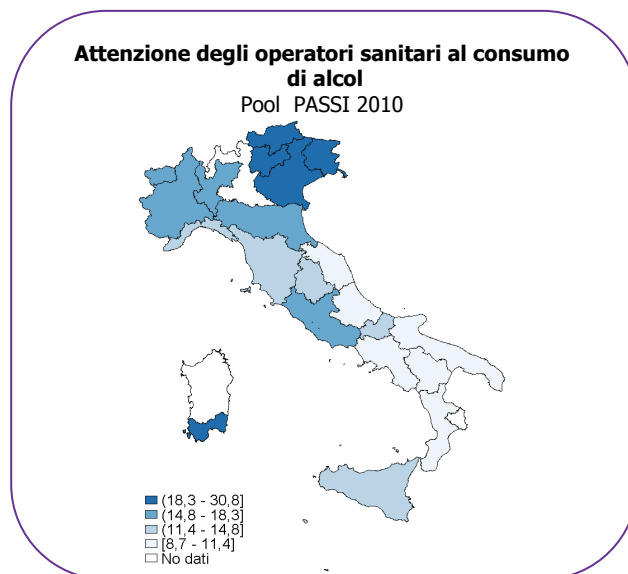


Alcol

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

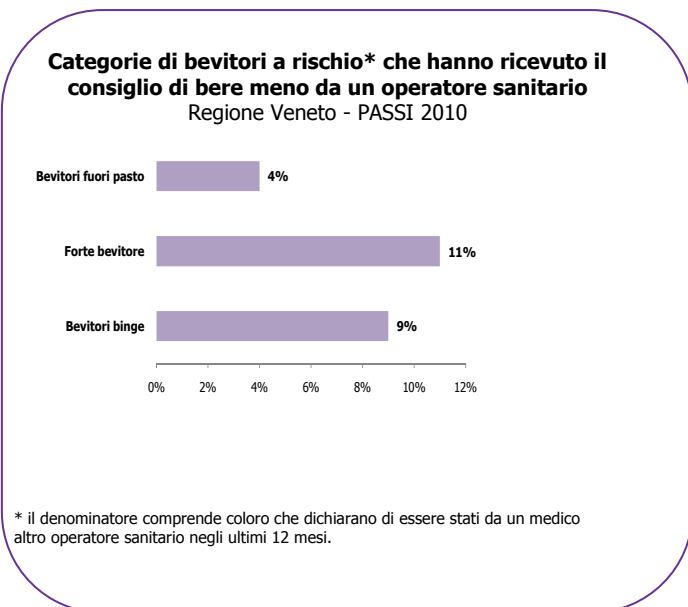
In Veneto solo il 20% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol.

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



Solo il 7% dei bevitori a rischio dichiara di aver ricevuto da un medico o da un altro operatore sanitario il consiglio di bere meno.

La percentuale sale all'11% per coloro che consumano anche occasionalmente quantità superiori alle dosi raccomandate, a 9% per i bevitori binge, mentre in quelli fuori pasto è del 4%.



* il denominatore comprende coloro che dichiarano di essere stati da un medico altro operatore sanitario negli ultimi 12 mesi.

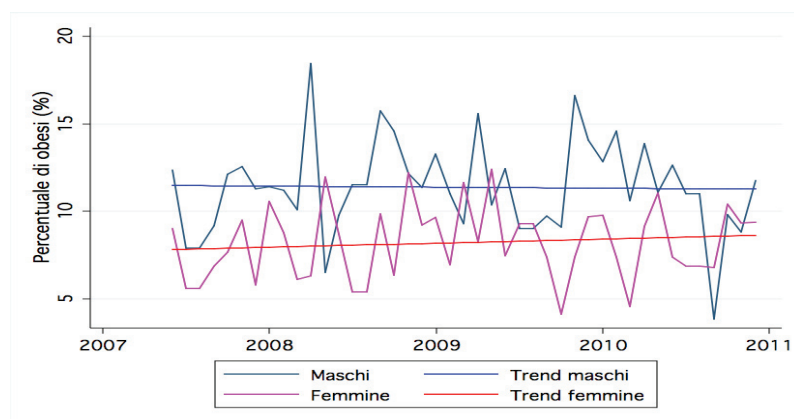
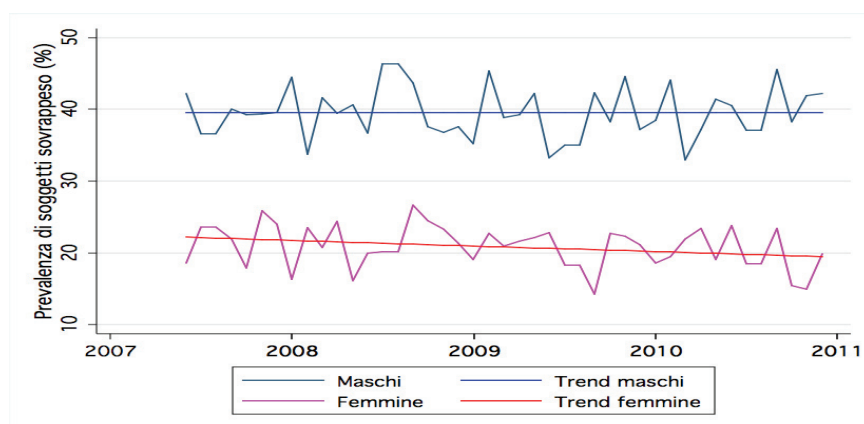
L'evoluzione dei comportamenti nel tempo

Attività fisica

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

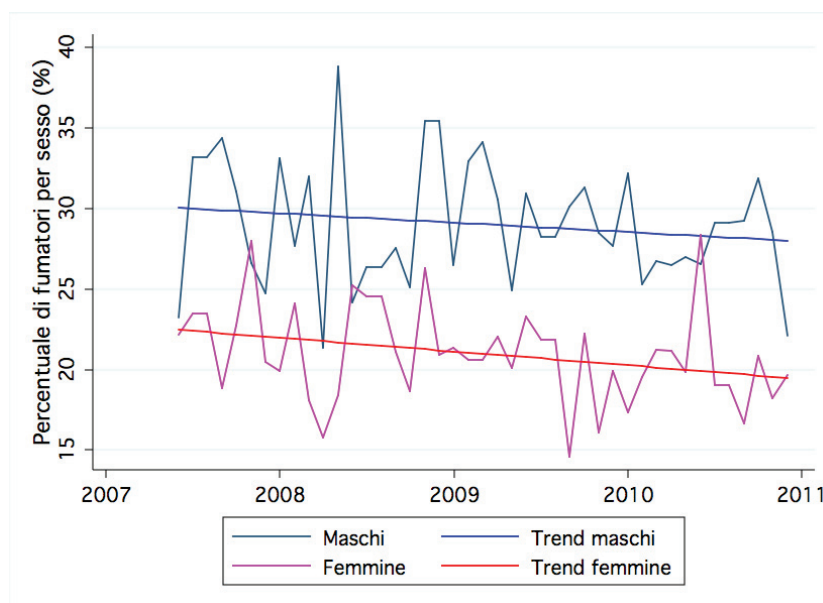
Alimentazione

Popolazione in eccesso ponderale <i>Regione Veneto</i>		2007 % (IC 95%)	2008 % (IC 95%)	2009 % (IC 95%)	2010 % (IC 95%)
TOTALE		40,1 (38,2-42,0)	41,2 (39,6-42,9)	40,1 (38,8-41,5)	39,7 (38,2-41,0)
nei due sessi	Uomini	50,8	41,7	50,9	50,9
	Donne	28,9	30,4	29,1	28,2
nelle classi di età	18-34 anni	23,0	22,7	23,4	22,1
	35-49 anni	38,2	39,8	39,8	37,6
	50-69 anni	57,0	30,4	29,1	28,2
nei diversi livelli di istruzione	Nessuna/elementare	59,0	61,7	59,3	61,1
	Media inferiore	46,1	47,4	48,3	46,0
	Media superiore	31,9	34,5	32,8	33,8
	Laurea	25,6	29,1	25,3	26,0
nelle diverse situazioni economiche	Molte difficoltà	47,6	45,1	47,9	46,1
	Qualche difficoltà	44,5	46,5	43,4	41,3
	Nessuna difficoltà	36,2	37,3	36,9	37,2



L'abitudine al fumo

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



L'alcol

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

Le attività regionali in corso

Titolo del progetto

DGR. di riferimento

Referente

Scadenza

Obiettivi

e

azioni in corso

Area: GUADAGNARE SALUTE

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

Macroarea "Guadagnare Salute"

DGR. n° 2009 del 03.08.2010

Referente della Regione del Veneto

Dr.ssa Francesca Russo

Gestione amministrativa affidata a:

Azienda ULSS 4 Alto Vicentino

Referente Aziendale Dr. Ivo Dagazzini

Azienda ULSS 9 Treviso

Referente Aziendale Dr. Giovanni Gallo

Scadenza 04.07.2011 (chiesta proroga al 31.03.12)

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

DGR. n° 1556 del 08.06.2010

Capofila Regione Umbria

Regioni partner: Veneto, Emilia-Romagna, Calabria

Referente Scientifico per la Regione del Veneto

Dr.ssa Francesca Russo

Partecipazione e gestione contabile-amministrativa affidata a:

Azienda ULSS 4 Alto Vicentino

Referenti Aziendali : Dr. Flavio Banovich e

dr.ssa Fabrizia Polo

Azienda ULSS 9 Treviso

Referente Aziendale Dr. Giovanni Gallo

Scadenza Maggio 2012

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

Azioni

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

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

Azioni:

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

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

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

Capofila Regione Piemonte

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

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

Area progettuale "Promozione attività fisica e
corretta alimentazione"

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

Scadenza 31.12.2012

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

DGR. n° 3458 del 30.12.2010

Referente della Regione del Veneto
Dr.ssa Francesca Russo

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

Scadenza Dicembre 2011

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

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

Azioni:

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

Area progettuale "Promozione attività fisica e corretta alimentazione"

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

Azioni:

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

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

Azioni:

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

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

DGR. n° 3139 del 14.12.2010

Referente della Regione del Veneto
Dr.ssa Francesca Russo

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

Scadenza I° annualità 30.06.2012

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

Obiettivo Specifico 1 - Rete:

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

Obiettivo Specifico 2 – Valutazione:

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

Obiettivo Specifico 3 - Formazione:

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

Obiettivo Specifico 4 - Promozione:

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

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

DGR. n° 3139 del 14.12.2010

Referente
Dr. Giovanni Gallo
Azienda ULSS 9 Treviso

Scadenza I° annualità 30.06.2012

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.

Area: FUMO

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

DGR. n° 2212 del 21.09.2010

DGR. n° 2404 del 14.10.2010

Referente scientifico della Regione Dr.ssa
Francesca Russo

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

Scadenza Settembre 2011

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

Azioni in corso:

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

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

DGR. n° 4268 del 30.12.2008

DGR. n° 2211 del 21.09.2010

Capofila Regione del Veneto

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

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

Scadenza Marzo 2012

Obiettivi generali:

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

Azioni:

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

Sostegno alle iniziative di controllo del tabagismo: consolidamento degli interventi di rete nella pianificazione aziendale

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

Azioni:

- Formazione formatori
- Formazione degli operatori della rete aziendale per il controllo

(Programma CCM 2008)

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

Capofila Regione Emilia-Romagna

Per la Regione del Veneto partecipa l'Azienda ULSS 14 Chioggia

Referente Aziendale Dr. Stefano Vianello

Scadenza Marzo 2012

Programma regionale di prevenzione delle patologie fumo-correlate

DGR. n° 3139 del 14.12.2010

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

Referenti

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

Azienda ULSS 4 Alto Vicentino

Scadenza 1° annualità 30.06.2012

Area 2 – Trattamento Tabagismo

Referente Dr.ssa Daniela Orlandini Azienda ULSS 12 Veneziana

del tabagismo

- Realizzazione di un kit formativo multimediale finalizzato a fornire ai pianificatori aziendali strumenti e metodi per l'automonitoraggio/autovalutazione di efficacia del proprio ruolo professionale e del funzionamento della rete.

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.

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

Scadenza I° annualità 30.06.2012

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

Area 3 – Fumo passivo

Referente Dr.ssa Daniela Marcolina
Azienda ULSS 1 Belluno

Scadenza I° annualità 30.06.2012

Obiettivo generale: Proteggere i non fumatori dal fumo passivo

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

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

Area: ALCOL

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

DGR. n° 3139 del 14.12.2010

Referente

Dr. Fabrizio Guaita Azienda ULSS 13 Mirano

Scadenza I° annualità 30.06.2012

Obiettivi generali:

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

Azioni previste:

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

Area: ATTIVITA' MOTORIA

Prescrizione esercizio fisico come strumento di prevenzione e terapia

DGR. n° 167/2011

DGR. n° 1093/2011

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

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

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

Scadenza 2012

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

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

Azioni:

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

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

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

Referente scientifico Dr.ssa Francesca Russo

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

Scadenza 22.09.2012

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

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

Azioni:

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

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

Azioni:

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

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

Azioni:

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

Obiettivo specifico 4: "Service" valutativo

Azioni:

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

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

Azioni:

- Realizzazione dei focus group
- Divulgazione dei risultati.

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

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

Referente regionale Dr.ssa Federica Michieletto

Scadenza 08.10.2012

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

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

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

Obiettivo 3: Diffondere nelle AUSL delle Regioni partecipanti al Progetto il Piano di comunicazione e gli strumenti sperimentati e 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.

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

DGR. n° 3139 del 14.12.2010

Referente
Dr.ssa Susanna Morgante
Azienda ULSS 20 Verona

Scadenza 1° annualità 30.06.2012

Obiettivi generali:

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

Bibliografia

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