GOAL 3
SALUTE E BENESSERE

Assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età

3 SALUTE E BENESSERE

I target

Il Goal 3 è declinato in tredici target, di cui gli ultimi quattro riferiti agli strumenti di attuazione:

3.1 Entro il 2030, ridurre il tasso di mortalità materna globale a meno di 70 per 100 mila nati vivi.

3.2 Entro il 2030, mettere fine alle morti evitabili di neonati e bambini sotto i 5 anni di età, con l'obiettivo per tutti i Paesi di ridurre la mortalità neonatale a non più di 12 su 1.000 nati vivi e, per i bambini al di sotto dei 5 anni, ridurre la mortalità a non più di 25 su 1.000 nati vivi.

3.3 Entro il 2030, porre fine alle epidemie di AIDS, tubercolosi, malaria e malattie tropicali e combattere l'epatite, le malattie legate all'uso dell'acqua e altre malattie trasmissibili.

3.4 Entro il 2030, ridurre di un terzo la mortalità prematura da malattie non trasmissibili attraverso la prevenzione e la cura e promuovere la salute mentale e il benessere.

3.5 Aumentare la prevenzione e il trattamento dell'abuso di sostanze, tra cui gli stupefacenti e l'uso nocivo di alcol.

3.6 Entro il 2020, dimezzare il numero di decessi e le lesioni da incidenti stradali a livello mondiale.

3.7 Entro il 2030, garantire l'accesso universale ai servizi di assistenza alla salute sessuale e riproduttiva, compresi quelli per la pianificazione, l'informazione e l'educazione familiare, e l'integrazione della salute riproduttiva nelle strategie e nei programmi nazionali.

3.8 Raggiungere la copertura sanitaria universale, che comprenda la protezione dai rischi finanziari, l'accesso a servizi essenziali di assistenza sanitaria di qualità e l'accesso a farmaci essenziali sicuri, efficaci, di qualità, a prezzi accessibili e garantire vaccini per tutti.

3.9 Entro il 2030, ridurre sostanzialmente il numero di decessi e malattie da sostanze chimiche pericolose e da inquinamento e contaminazione di aria, acqua e suolo.

3.a Rafforzare l'attuazione della "Convenzione quadro dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sul controllo del tabacco" in tutti i Paesi.

3.b Sostenere la ricerca e lo sviluppo di vaccini e farmaci per le malattie trasmissibili e non trasmissibili che colpiscono soprattutto i Paesi in via di sviluppo, fornire l'accesso ai farmaci essenziali e ai vaccini a prezzi accessibili, in conformità con la Dichiarazione di Doha sull'Accordo TRIPS[1] e la salute pubblica, che afferma il diritto dei Paesi in via di sviluppo a utilizzare pienamente le disposizioni dell'accordo sugli aspetti commerciali dei diritti di proprietà intellettuale, che introducono flessibilità per proteggere la salute pubblica e, in particolare, per fornire l'accesso ai farmaci per tutti.

3.c Aumentare sostanzialmente il finanziamento della sanità e il reclutamento, lo sviluppo, la formazione e il mantenimento del personale sanitario nei Paesi in via di sviluppo, soprattutto nei Paesi meno sviluppati e nei piccoli Stati insulari in via di sviluppo.

3.d Rafforzare la capacita di tutti i Paesi, in particolare i Paesi in via di sviluppo, di prevenzione, di riduzione e gestione dei rischi per la salute nazionale e globale.

[1] Trade Related Aspects of Intellectual Properties Rights"

Il Goal 3 intende *"assicurare la salute e promuovere il benessere a tutte le età"* e si declina in diversi ambiti di intervento: migliorare la salute riproduttiva, materna e infantile, debellare le epidemie, contrastare le malattie trasmissibili e quelle non trasmissibili, ridurre comportanti non sani e fattori di rischio esterni e ambientali nocivi per la salute.
Alcuni target si riferiscono più specificamente a popolazioni nelle prime fasi della transazione sanitaria dove la mortalità è ancora alta (es. ridurre la mortalità materna-infantile, debellare le malattie virali). Le aree più rilevanti per l'Italia, e per i Paesi più sviluppati, sono legate al nuovo contesto epidemiologico e ambientale e all'invecchiamento della popolazione: la diffusione delle patologie croniche, il contrasto a stili di vita poco corretti, la salute e il benessere mentale, la mortalità per incidente stradale e sul lavoro. Un'attenzione va posta per garantire a tutti l'accessibilità a servizi di cura efficaci.
Il raggiungimento dell'obiettivo richiede adeguate politiche, sia di tipo sanitario, anche attraverso la responsabilizzazione dei cittadini nei confronti della salvaguardia della propria salute, sia di tipo non sanitario attraverso il contrasto alle diseguaglianze sociali e territoriali.

Nella Strategia Nazionale per lo Sviluppo Sostenibile

L'obiettivo assume un ruolo fondamentale nell'area "Persone", l'area intesa a superare una logica strettamente economica per promuove una dimensione sociale che garantisca una vita dignitosa a tutta la popolazione, attraverso l'affermazione dei diritti fondamentali e la riduzione delle disuguaglianze.
L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute come *"uno stato completo di benessere fisico, mentale e sociale"* e non solo come assenza di malattia o infermità. Pertanto, una buona salute è un valore per il singolo individuo in quanto è uno dei maggiori determinanti di qualità di vita, benessere e partecipazione sociale, ma non solo, contribuisce anche alla crescita economica e sociale.
Il Goal 3 trova relazioni con diversi altri obiettivi dell'Agenda 2030: l'esposizione a rischi ambientali, a fattori inquinanti di diversa natura e a fattori antropici, specie nelle città, ha conseguenze sulla salute e il benessere, permangono ancora forti disuguaglianze di salute e di accesso a servizi sanitari a seconda delle condizioni socio-economiche, ma anche un certo divario di genere; l'educazione e la formazione passano anche attraverso la promozione di una cultura della salute e della prevenzione, al fine di rendere ogni cittadino protagonista e responsabile dello stato di salute proprio e della comunità.
La salute è una delle aree prioritarie di intervento dell'Italia nella cooperazione internazionale allo sviluppo, come evidenziato dall'area "Partnership" della Strategia Nazionale, che fa riferimento all'attuazione della "dimensione esterna" della strategia. Le partnership sono anche occasioni di scambio di tecnologie e di promozione del sistema Italia.

In Europa

La tutela della buona salute riveste un ruolo strategico nell'agenda europea ed è parte integrante degli obiettivi di crescita di Europa 2020. "'Salute per la crescita 2014-2020", il terzo programma pluriennale dell'Unione europea nel settore della salute, ribadisce che la salute, oltre a essere un diritto e un valore fondamentale in sé, è il principale bene e la maggior risorsa per la società, un fattore cruciale per la prosperità e il benessere, in quanto "solo una popolazione sana può conseguire appieno il proprio potenziale economico e sociale". La salute contribuisce all'aumento della produttività, a una maggiore efficienza della forza lavoro, a un invecchiamento più sano, a ridurre i costi sanitari e sociali. È la chiave per ridurre la povertà e contribuisce allo sviluppo sostenibile e, allo stesso tempo, ne beneficia. Ne consegue che l'obiettivo "salute" richiede un approccio multisettoriale che coinvolga la pluralità delle politiche di promozione alla salute, che favoriscano la creazione di condizioni sociali, economiche e ambientali.
Il programma "Salute per la crescita" si incentra su quattro obiettivi principali: promuovere la buona salute e prevenire le malattie, incoraggiare ambienti favorevoli a stili di vita sani tenendo conto del principio "la salute in tutte le politiche"; contribuire a costruire sistemi sanitari innovativi, efficienti e sostenibili; facilitare l'accesso a un'assistenza sanitaria migliore e più sicura per tutti i cittadini dell'Unione; proteggere i cittadini dalle minacce sanitarie transfrontaliere.

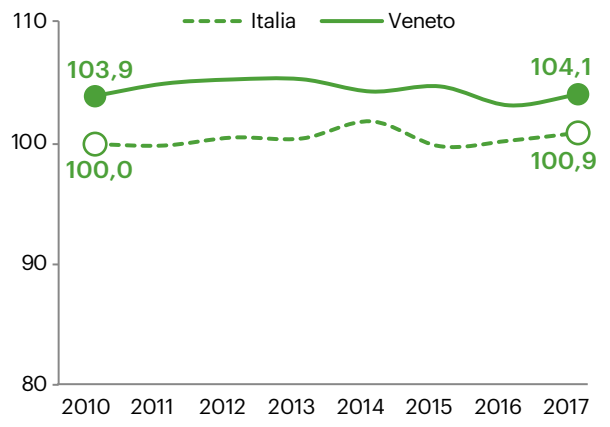
Il percorso

Nel panorama europeo[2], il sistema sanitario italiano si afferma per i buoni risultati di salute in termini di aspettativa di vita, ma anche per livelli di mortalità evitabili particolarmente bassi, indice di buona efficacia del sistema sanitario, e per migliori e sani stili di vita tra la popolazione. Rimangono alcune criticità, a partire dell'alta percentuale di spese a diretto carico dei cittadini (23% del totale della spesa sanitaria contro una media europea del 15% nel 2015), al poco personale medico e sanitario in servizio e il persistere di disuguaglianze all'accesso alle cure, che si traducono necessariamente in disuguaglianze nello stato di salute.
Pur se già in buona posizione rispetto a molti altri contesti europei, dal 2010 ad oggi l'Italia non mostra progressi significativi verso il Goal 3, come registra

[2] OECD/EU, *Health at glance: Europe 2018 - State of health in the EU cycle*, 2018

l'andamento dell'indicatore composito[3] di ASviS; piuttosto si denota una situazione di sostanziale mantenimento, visto anche la diminuzione delle risorse economiche e finanziarie destinate al sistema sanitario e il crescente bisogno di assistenza a causa del progressivo invecchiamento della popolazione. L'indicatore composito evidenzia per il Veneto una situazione da sempre migliore rispetto al contesto nazionale, con un punteggio nel 2017 di 104,1 rispetto a 100,9 dell'Italia. Nel confronto regionale, il Veneto si posiziona al secondo miglior posto con un punteggio di poco inferire a quello dell'Umbria (104,3).

Fig. G3.1 - Agenda 2030: indicatore composito del Goal 3 "Salute e benessere". Veneto e Italia - Anni 2010:2017 (*)



(*) Per il significato di indicatore composito si veda la sezione "Guida alla lettura" a pag. 30
Fonte: Elaborazioni dell'Ufficio di Statistica della Regione del Veneto su dati ASviS

Nel 2017 la speranza di vita alla nascita in Veneto è di 83,4 anni, superiore alla media italiana (82,7) che è tra le più alte al mondo. Sia per il Veneto che per l'Italia, risulta già raggiunto da tempo il target sulla mortalità neonatale e per i bambini sotto i 5 anni, tanto che l'Italia si colloca tra i Paesi più virtuosi; nel contempo si riduce la mortalità prematura per malattie non trasmissibili, come emerge dal tasso di mortalità per tumore, diabete, malattie cardiovascolari e respiratorie croniche nella fascia di età 30-69 anni, più basso in Veneto che in Italia.
Per quanto riguarda gli stili di vita, nel tempo cala la percentuale di chi fuma e tende a migliorare anche l'attitudine dei veneti a praticare sport o attività fisica. Un po' più difficile sembra riuscire a modificare il comportamento di chi ha un consumo di alcol a rischio, la cui percentuale si mantiene su livelli superiori a quelli medi italiani. L'Italia presenta un numero di suicidi particolarmente basso rispetto al resto d'Europa: nel 2016 il tasso di mortalità per suicidio scende per la prima volta sotto i 6 casi per 100.000 abitanti (5,8) quando il dato UE28 è di 10,3. In Veneto il tasso si mantiene un po' più alto (6,5), ma sempre al di sotto della media europea.
Una causa di mortalità evitabile è da attribuire agli incidenti stradali: il Veneto registra un tasso di mortalità per incidente stradale strutturalmente peggiore di quello italiano. Negli ultimi 8 anni il tasso di mortalità regionale per incidente stradale e il tasso di lesività risultano entrambi in calo, per quanto il dato dell'ultimo anno mostri un lieve aumento.

Tab. G3.1 - Agenda 2030 - Goal 3 "Salute e benessere": alcuni indicatori. Veneto e Italia – Anno 2018

	2018		Veneto	
	Veneto	Italia	Variazione media-annua dal 2010 (*)	Variazione ultimo anno rispetto anno precedente
Speranza di vita alla nascita (in anni) (a)	83,4	82,7	Stabile	Stabile
Speranza di vita in buona salute alla nascita (in anni) (a)	59,5	58,7	Stabile	In lieve miglioramento
Tasso standardizzato di mortalità per le maggiori cause di morte tra 30-69 anni (per 100.000) (b)	193,4	223,3	In lieve miglioramento	In netto miglioramento
Tasso standardizzato di mortalità per suicidio (per 100.000) (b)	6,5	5,8	In lieve miglioramento	In lieve peggioramento
Persone di 14 anni e più con almeno un comportamento a rischio nel consumo di alcol (%) (c)	21,0	16,7	In lieve miglioramento	In netto peggioramento
Persone di 14 anni e più che dichiarano di fumare (%) (c)	17,0	19,4	In lieve miglioramento	In netto miglioramento
Persone di 14 anni e più che non praticano attività fisica (%) (c)	22,2	35,7	Stabile	In netto miglioramento
Tasso di mortalità per incidente stradale (per 100.000)	6,3	5,5	In lieve miglioramento	In lieve peggioramento
Tasso di lesività per incidente stradale (per 100.000)	400,1	407,0	In lieve miglioramento	In lieve peggioramento

(a) Ultimo anno 2017; (b) Ultimo anno 2016; (c) Standardizzata con la popolazione europea 2013

In netto miglioramento | In lieve miglioramento | Stabile | In lieve peggioramento | In netto peggioramento

(*) Si veda la sezione "Guida alla lettura" a pag. 30
Fonte: Elaborazioni dell'Ufficio di Statistica della Regione del Veneto su dati Istat

[3] Per il significato di indicatore composito di veda la sezione "Guida alla lettura" a pag. 30

In particolare

Vivere a lungo e vivere bene

L'Italia è da anni uno dei Paesi più longevi nel contesto internazionale, con una speranza di vita alla nascita inferiore solo a quella di Giappone (84,2 anni), Svizzera e Spagna (83,5) e quasi tre anni superiore alla media UE28 (81 anni). In Veneto mediamente si vive ancora più a lungo: la speranza di vita alla nascita nel 2017 è di 83,4 anni (81,3 per gli uomini e 85,6 per le donne), mentre la media italiana è di 82,7 anni. La regione si conferma quindi tra quelle con più favorevoli condizioni di vita, seconda dopo il Trentino-Alto Adige (83,8 anni).

L'aumento della speranza di vita è un indicatore del miglioramento dello stato di salute della popolazione e di più bassi tassi di mortalità. La speranza di vita aumenta di più per gli uomini che per le donne (nel periodo 2010-2017 in Veneto +1,5 anni per i maschi e +0,5 anni per le femmine), venendosi a ridurre il gap di genere. Ciò è dovuto da un lato alla riduzione della mortalità per malattie cardiovascolari tra gli uomini, dall'altro per l'adozione da parte delle donne di stili di vita più simili a quelli degli uomini e meno salutari.

Si auspica che i guadagni di longevità si traducano anche in un maggior numero di anni vissuti in buona salute. Non tutti gli anni di vita di una persona sono vissuti, infatti, in perfetta salute; soprattutto nelle età più avanzate le malattie croniche, la fragilità e la disabilità tendono a diventare più frequenti, richiedendo un maggior bisogno di cure e assistenza. È importante capire, quindi, non solo quanto si vive ma quanto si vive in buona salute e ciò che rende ottimale la nostra qualità di vita. È questo uno dei punti della strategia comunitaria, ossia promuovere la buona salute in un'Europa che invecchia, per aiutare i cittadini a rimanere attivi e produttivi il più a lungo possibile.

Le donne vivono più a lungo, ma meno in buona salute

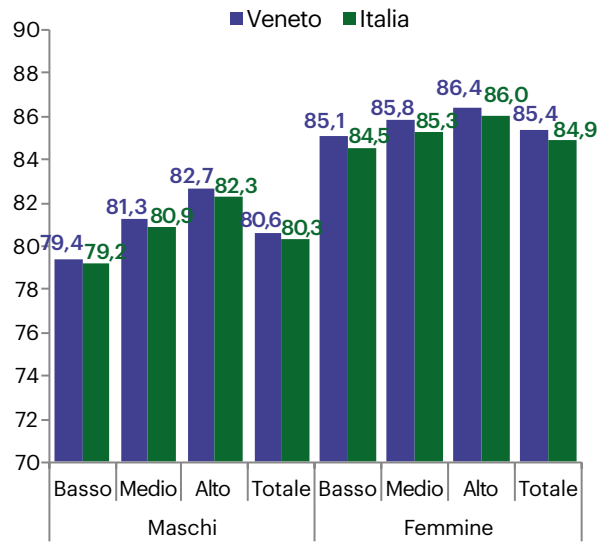
Non sempre i Paesi in cui si vive più a lungo riescono a conservare il primato per la sopravvivenza in buona salute; così accade per l'Italia che perde posizioni nella graduatoria della "sopravvivenza di qualità", risultando quarta per gli uomini e settima per le donne.

In Veneto nel 2017 la speranza di vita in buona salute alla nascita nel complesso della popolazione è di 59,5 anni, confermandosi superiore a quella italiana (58,7 anni). Il miglioramento registrato nell'ultimo anno riguarda esclusivamente le donne, che tuttavia mantengono il loro svantaggio rispetto ai maschi: degli oltre 85 anni di vita, le donne vivono in media i primi 58,9 in buona salute (erano 57,1 nel 2016), mentre i restanti 26,7 in condizioni di difficoltà; gli uomini possono godere, invece, di 60,2 anni in buona salute (erano 60,4 nel 2016), oltre un anno in più rispetto alle donne.

Rimangono disparità di salute...

Nel tempo aumenta la speranza di vita, ma tale benevola condizione non è distribuita equamente tra la popolazione e rimangono disparità legate alle condizioni socio-economiche. Si osserva, ad esempio, una relazione tra il livello di istruzione e condizioni di salute, ossia più basso è il livello di istruzione più si è esposti a rischi, malattie e morte. Poiché il livello di istruzione è strettamente correlato alla condizione socio-economica della persona, questa relazione conferma quanto le disuguaglianze sociali nella salute siano consistenti. In Veneto gli uomini con basso livello di istruzione hanno una speranza di vita di 79,4 anni, quelli più istruiti di 82,7 anni; le donne meno istruite arrivano in media a 85,1 anni mentre le più istruite addirittura a 86,4.

Fig. G3.2 - Speranza di vita alla nascita per livello di istruzione e genere. Veneto e Italia - Anni 2012-2014



Fonte: Elaborazioni dell'Ufficio di Statistica della Regione del Veneto su dati Istat

... e di accesso alle cure

Molti fattori influenzano lo stato di salute di un individuo e di una popolazione; includono condizioni socio-economiche, lo stato dell'ambiente, caratteristiche e comportamenti individuali, ma anche la possibilità di accedere a servizi di cura e di prevenzione efficaci.

Nonostante il nostro Servizio Sanitario Nazionale sia considerato tra i più universalisti, secondo un'indagine Eurostat l'Italia è uno dei Paesi con la percentuale più alta di bisogni sanitari insoddisfatti perché le cure sono giudicate troppo gravose. In Veneto nel 2016 sono oltre 240mila le persone che rinunciano alle cure mediche, pur avendone bisogno, perché non possono sostenerne le spese. La privazione

interessa il 5,8% della popolazione di almeno 16 anni (8,6% in Italia), principalmente per i trattamenti odontoiatrici (5,5%), ma anche per le visite specialistiche (2,5%). La difficoltà di accedere alle cure è maggiore per chi è a rischio povertà o esclusione sociale, evidenziando una drammatica disparità. Rinuncia alle cure per motivi economici il 15% delle persone in condizione di povertà o esclusione sociale, rispetto al 4% di chi dispone di migliori risorse economiche.

Ridurre la mortalità prematura per malattie croniche

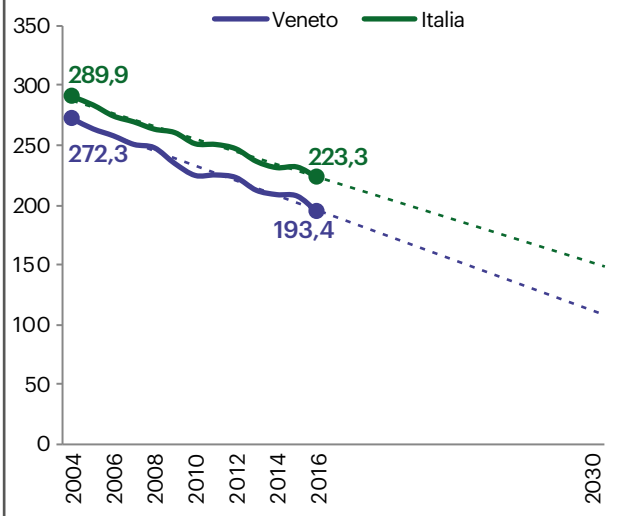
Il Goal 3 nel suo quarto target afferma la necessità di *"ridurre, entro il 2030, di un terzo la mortalità prematura da malattie non trasmissibili attraverso la prevenzione e la cura"*.

Le malattie non trasmissibili, come le malattie cardiovascolari, i tumori maligni, le malattie respiratorie croniche e il diabete mellito, incidono in modo determinante sugli anni di vita persi per disabilità e sono causa della maggior parte dei decessi al giorno d'oggi, tanto da provocare nel 2016 circa 32 milioni di morti in tutto il mondo. L'OMS stima, inoltre, che oltre l'80% dei costi in sanità sia assorbito dalla cronicità che rappresenta, quindi, la vera grande sfida di tutti i Paesi industrializzati[4]. L'invecchiamento della popolazione, assieme ad altri fattori di rischio, può ulteriormente accrescere il problema. Si tratta, infatti, di patologie legate all'età, a stili di vita non corretti degli individui (fumo, alcol, obesità, sedentarietà, dieta alimentare sbilanciata) e a fattori ambientali, come l'inquinamento, che di solito caratterizzano le società più avanzate.

In Italia l'indicatore utilizzato per monitorare questo target è il tasso standardizzato di mortalità tra 30-69 anni per tumori maligni, diabete mellito, malattie cardiovascolari e malattie respiratorie croniche. Tra il 2004 e il 2016, la mortalità per queste cause diminuisce, fino a raggiungere 223,3 decessi all'anno per 100.000 residenti di 30-69 anni (era 289,9 nel 2004). La diminuzione è maggiore tra i maschi, che tuttavia presentano ancora tassi più alti del 70% rispetto alle femmine. In Veneto la mortalità prematura attribuita a queste malattie croniche è inferiore alla media nazionale: il tasso è di 193,4 decessi per 100.000 abitanti, il più basso a livello regionale, preceduto solo dal Trentino-Alto Adige (191,9). Dal punto di vista territoriale, la mortalità è più elevata al Sud (246 decessi per 100.000 vs 208,3 al Nord e 219,7 al Centro), che è anche la ripartizione geografica in cui il calo dal 2004 è più lento.

Tuttavia, se si mantengono i tassi di decremento medi osservati finora, l'obiettivo proposto per il 2030 di ridurre di un terzo la mortalità prematura da malattie non trasmissibili sembra raggiungibile sia per il Veneto che per l'Italia nel complesso.

Fig. G3.3 - Tasso standardizzato di mortalità per le maggiori cause di morte tra 30-69 anni (per 100.000 persone). Veneto e Italia - Anni 2004:2016



Fonte: Elaborazioni dell'Ufficio di Statistica della Regione del Veneto su dati Istat

L'importanza di stili di vita sani

Gli sforzi per ridurre la cronicità passano necessariamente per la prevenzione con l'intento di diffondere sani stili di vita. L'uso di tabacco, il consumo di alcol, l'inattività fisica e una dieta inadeguata contribuiscono, singolarmente o in maniera complessiva, ad aumentare il rischio di mortalità evitabile.

In particolare, l'abitudine al fumo rappresenta in tutto il mondo uno dei più grandi problemi di sanità pubblica ed è considerato essere "da solo il più alto rischio per la salute".

Si riduce la percentuale di fumatori

Si riduce nel tempo la prevalenza di fumatori in Europa, ma più di un quarto degli adulti fuma ancora. La percentuale di fumatori abituali diminuisce anche in Veneto, di circa 3 punti percentuali negli ultimi 10 anni, confermando valori inferiori a quelli europei e italiani. Nel 2018 fuma abitualmente il 17% delle persone con più di 14 anni (era il 20,3% nel 2008), rispetto a una media italiana di 19,4% (22,1% nel 2008), una delle più basse percentuali a livello regionale. Si modifica anche il comportamento dei fumatori: se in media si fumano circa 10 sigarette al giorno, nel tempo aumenta la

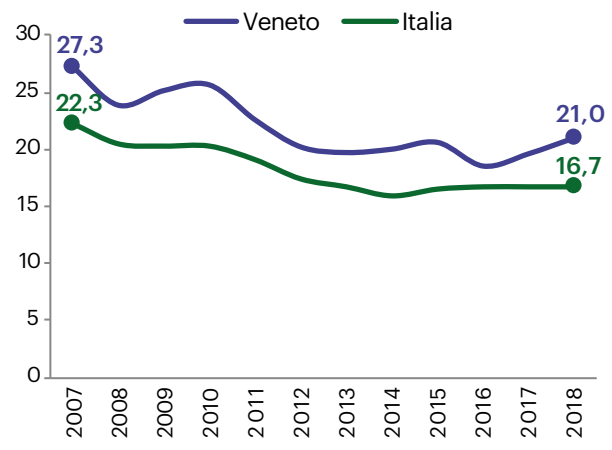
[4] Commission services (Directorate-General for Economic and Financial Affairs), Economic Policy Committee (Ageing Working Group), *Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability. Institutional Papers 37*, 2016

percentuale di chi ne fa un consumo più moderato (oggi il 33,6% fuma meno di 6 sigarette al giorno vs il 26,8% nel 2008) e diminuisce la quota dei fumatori più convinti, con un consumo medio giornaliero superiore alle 10 sigarette (31,4% vs 35,7% nel 2008).

Veneto più a rischio alcol

Il consumo rischioso e dannoso di alcol continua a connotarsi per un impatto sanitario e sociale sempre più preoccupante per milioni di individui di tutte le fasce di età. I giovani, insieme agli anziani e alle donne, rappresentano un target di popolazione estremamente vulnerabile all'uso di alcol che indirettamente risulta la prima causa di mortalità, morbilità e disabilità (provocando incidenti stradali, tumori, cirrosi epatica e malattie cardiovascolari).
In Italia il consumo di alcolici è relativamente basso rispetto ad altri paesi dell'UE. In Veneto, dove l'abitudine all'alcol rimane più frequente che nel resto d'Italia, anche i comportamenti a rischio[5] sono più diffusi e nel 2018 riguardano il 21% della popolazione di 14 anni e più, rispetto al 16,7% in Italia. Sono più a rischio gli uomini: il 30,5% di loro (24,3% in Italia) ha almeno un comportamento a rischio contro l'11,9% delle donne (9,5% in Italia).

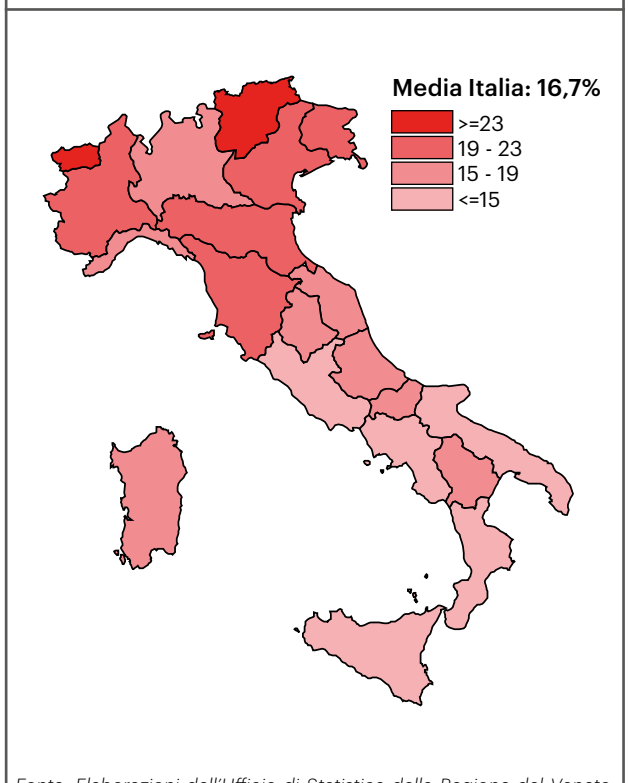
Fig. G3.4 - Proporzione standardizzata di persone di 14 anni e più che presentano almeno un comportamento a rischio nel consumo di alcol (valori percentuali). Veneto e Italia - Anni 2007:2018



Fonte: Elaborazioni dell'Ufficio di Statistica della Regione del Veneto su dati Istat

Secondo i dati Istat[6], dopo l'andamento positivo osservato tra il 2010 e il 2016, con una diminuzione dei consumatori a rischio dal 25,7% al 18,5%, la prevalenza riprende ad aumentare fino a ritornare al 21%, un segnale da monitorare nei prossimi anni. Anche per l'Italia non si osservano miglioramenti dal 2016 e il fenomeno rimane stazionario al 16,7%.

Fig. G3.5 - Proporzione standardizzata di persone di 14 anni e più che presentano almeno un comportamento a rischio nel consumo di alcol per regione. Anno 2018 (valori percentuali)

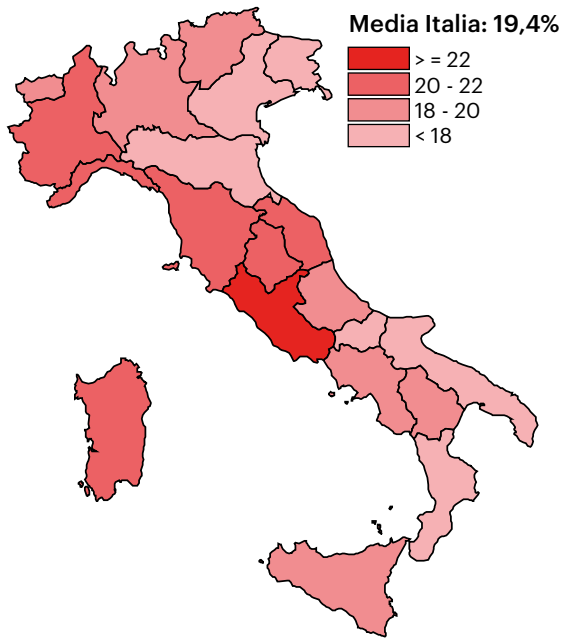


Fonte: Elaborazioni dell'Ufficio di Statistica della Regione del Veneto su dati Istat

Nel confronto regionale, abitudini più rischiose nel consumo di alcol sono più diffuse tra i residenti del Nord, in Veneto il problema è particolarmente sentito. Se, infatti, il Veneto si contraddistingue per una delle minori abitudini al fumo, registra invece la terza più alta percentuale di "consumatori di alcol a rischio", inferiore solo a quella della Valle d'Aosta (26,4%) e del Trentino-Alto Adige (23,3%).

[5] Sono consumatori a rischio quanti praticano almeno uno dei seguenti comportamenti a rischio: eccedono nel consumo quotidiano di alcol, oltre le soglie raccomandate specifiche per sesso ed età, o concentrano in un'unica occasione di consumo l'assunzione di oltre 6 unità alcoliche di una qualsiasi bevanda (binge drinking). Le soglie raccomandate sono: 2 unità alcoliche al giorno per l'uomo; 1 unità alcolica al giorno per la donna; 1 unità alcolica al giorno per gli anziani di 65 anni e più; il consumo di almeno una bevanda alcolica nell'anno per i giovani al di sotto dei 18 anni.
[6] Indagine Istat Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana"

Fig. G3.6 - Proporzione standardizzata di persone di 14 anni e più che dichiarano di fumare per regione. Anno 2018 (valori percentuali)



Fonte: Elaborazioni dell'Ufficio di Statistica della Regione del Veneto su dati Istat

Decessi e lesioni da incidenti stradali

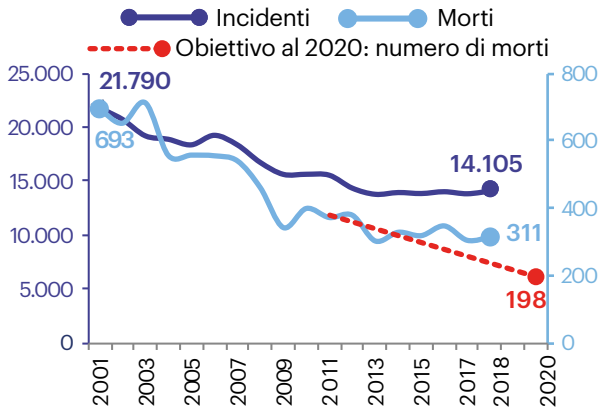
In Italia, l'attuazione delle misure di contrasto all'incidentalità stradale ha acquistato vigore con l'istituzione del Piano Nazionale della Sicurezza Stradale (PNSS)[7] redatto per il periodo 2001-2010 sulla base delle indicazioni della Commissione Europea. Tali misure hanno contribuito a ridurre del 42% i morti sulle strade a livello nazionale anche se non si è raggiunto l'obiettivo di dimezzamento del numero di vittime; in Veneto la contrazione si è assestata sul 43%, la stessa dell'UE28.

Il PNSS per il decennio 2011-2020 pone nuovamente l'obiettivo generale di dimezzare le vittime mutuandolo dal Programma Europeo, ma, per quanto l'andamento evidenzi una buona contrazione del fenomeno, ne appare oramai improbabile il raggiungimento. Nel 2018, infatti, in Italia si contano 3.325 decessi, numero lontano dal valore obiettivo di 2.057 da raggiungere nel 2020; in Veneto i morti sulle strade sono 311 rispetto ai 198 fissati dal target 2020 e in Europa circa 25.100 contro i 15.798 attesi.

Negli ultimi 8 anni in Veneto i decessi da incidenti stradali calano del 21,5%

In valori percentuali, tra il 2010 e il 2018 la diminuzione dei decessi è del 21,5% in Veneto, del 19,2% in Italia e poco sotto il 21% in Europa. Considerando l'intero periodo dal 2001 al 2018, il calo delle morti risulta del 55,1%, del 53,1% e del 54% circa rispettivamente in Veneto, in Italia e in Europa.

Fig. G3.7 - Incidenti e morti in incidente stradale per anno in Veneto - Anni 2001:2018



Fonte: Elaborazioni dell'Ufficio di Statistica della Regione del Veneto su dati Istat

Il PNSS orizzonte 2020 stabilisce anche obiettivi specifici per le categorie di utenza che evidenziano maggiori livelli di rischio. Per pedoni, ciclisti e motociclisti, che da studi internazionali[8] risultano avere un tasso di infortunio rispettivamente 6,7, 9,4 e 12 volte superiore rispetto a quello di conducenti e passeggeri di autoveicoli, è indicato l'obiettivo di ridurre le morti in Italia tra il 50% e il 60%. Anche questi obiettivi non saranno probabilmente raggiunti, visto che nel periodo 2010-2018 per i ciclisti i decessi diminuiscono solo del 17,4% (12,8% in Veneto) e per i pedoni dell'1,9% (13% in Veneto). Per i motociclisti, in Veneto, nello stesso periodo il calo delle morti è del 32,3%. In Veneto, complessivamente i decessi per queste tre categorie si riducono del 24,6%, quasi quanto la contrazione degli utenti di autovetture, assestatasi a -25,8%.

1,4 miliardi di euro di costi sociale in Veneto

L'impatto economico del fenomeno è quantificabile con la stima dei costi sociali[9] connessi, stimati nel 2018 pari a 17,1 mld di euro in Italia e a 1,4 mld di

[7] Art. 32 della legge n. 144 del 17 maggio 1999

[8] Elvik R., A. Høye, M. Sørensen, T. Vaa (2009) *The Handbook of Road Safety Measures, Second Edition*

[9] I costi sociali degli incidenti stradali sono definiti come una stima del danno economico subito dalla società e rappresentato solo in minima parte dalla spesa diretta sostenuta. [...] Tra i costi associati a un incidente stradale, il costo della vita umana è il più rilevante rappresentando da solo oltre il 90% dei costi. Esso è costituito da due componenti principali, la perdita di capacità produttiva presente e futura a seguito di un decesso e i danni non patrimoniali dati dalla valorizzazione del dolore e della sofferenza legati alla perdita.

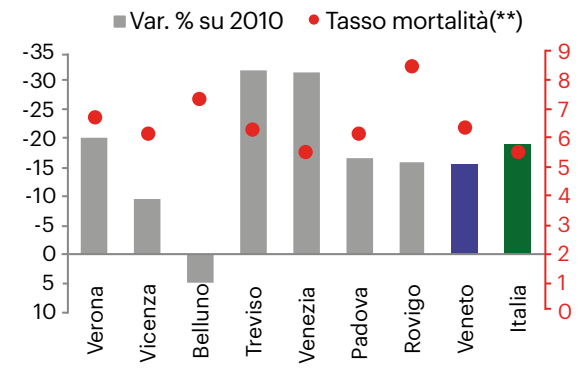
euro in Veneto; per entrambi si tratta di circa un punto percentuale del relativo PIL a prezzi costanti 2010.

6,3 morti sulle strade per 100mila abitanti in Veneto

L'Italia e il Veneto si collocano sopra la media europea per livelli di mortalità rispetto alla popolazione residente: nel 2018 il tasso per l'Italia è pari a 5,5 morti per 100.000 abitanti, per il Veneto a 6,3, rispetto al valore UE28 di 4,9. La situazione nelle province venete varia da un minimo di 5,5 decessi per 100.000 abitanti nella città metropolitana di Venezia, a un massimo di 8,5 nella provincia di Rovigo. Il miglioramento più consistente della mortalità dal 2010 si registra nelle province di Treviso (-31,8%) e Venezia (-31,3%) mentre a Belluno, tra il 2010 e il 2018, si osserva un aumento del 5,1%.

La dinamica della lesività mostra nel periodo dal 2001 al 2018 un miglioramento più consistente in Veneto rispetto all'Italia: le variazioni sono pari a -20,3% nell'intero Paese e a -10,6% in Veneto, attestandosi rispettivamente a 407 e a 400 lesionati (l'insieme dei morti e dei feriti) per 100.000 abitanti. Dai dati provinciali si vede che i valori limite di lesività si registrano a Verona con un tasso più alto di 439 e a Vicenza con il valore più basso, ossia 360.

Fig. G3.8 - Tasso di mortalità per incidente stradale e variazione della mortalità sul 2010 in Veneto, Province, Città Metropolitana di Venezia e Italia - Anno 2018 (*)



* I dati 2018 delle Province Venete sono provvisori
** Tasso di mortalità = (morti / popolazione)*100.000
Fonte: Elaborazioni dell'Ufficio di Statistica della Regione del Veneto su dati Istat e Regione del Veneto