

# INDICE

<b>INTRODUZIONE</b>	p.1
<b>CAPITOLO 1</b>	
1. Le malattie cerebro e cardiovascolari	p.4
1.1 Fattori di rischio	p.6
1.1.1 Fattori di rischio non modificabili	p.7
1.1.2 Fattori di rischio modificabili	p.9
1.2 La promozione alla salute	p.12
1.3 Il ruolo dell'assistente sanitario nella prevenzione primaria, secondaria e terziaria	p.14
<b>CAPITOLO 2</b>	
2. Il progetto CUORE	p.16
2.1 Obiettivi dell'indagine di popolazione	p.19
2.2 Campioni di popolazione e modalità di invito	p.21
2.3 Rilievi	p.22
2.4 Procedure e metodologie per lo screening	p.23
2.4.1 Accoglienza	p.24
2.4.2 Pressione arteriosa	p.26
2.4.3 Misure antropometriche	p.27
2.4.4 Rilevazioni riservate alle persone 65-74 anni	p.29
2.4.5 Questionario generale e alimentare	p.35
2.4.6 Raccolta di campioni di sangue e urine delle 24 ore	p.35

## **CAPITOLO 3**

3. L'indagine di popolazione nella Regione Marche - Dipartimento di Prevenzione AST FERMO	p.39
3.1 Il campione di popolazione esaminato	p.40
3.2 Principali indicatori di salute e stili di vita: risultati Regione Marche	p.40
3.2.1 Pressione arteriosa	p.40
3.2.2 Abitudine al fumo	p.43
3.2.3 Attività fisica	p.45
3.2.4 Consumo di sale	p.47
3.3 Rischio cardiovascolare	p.49
3.4 Calcolo del punteggio individuale	p.50
3.5 Consegna dei risultati ai partecipanti	p.52
3.6 Confronto con dati di altre Regioni	p.56

<b>CONCLUSIONI</b>	p.59
--------------------	------

<b>BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA</b>	p.61
----------------------------------	------

## **ALLEGATO**

1.Questionario relativo alla pressione arteriosa	p.63
2.Questionario qualità della vita	p.65
3.Questionario generale	p.67

## INTRODUZIONE

Le malattie non trasmissibili (malattie cardio-cerebrovascolari, cancro, diabete mellito, malattie polmonari croniche) sono complessivamente responsabili del 74% dei decessi in tutto il mondo. In generale, sono malattie che hanno origine in età giovanile, ma che richiedono anche decenni prima di manifestarsi clinicamente. Dato il lungo decorso, richiedono un'assistenza a lungo termine, ma al contempo presentano diverse opportunità di prevenzione (1).

Una delle azioni più importanti per ridurre le morti dovute a queste patologie è tenere sotto controllo i fattori di rischio modificabili che favoriscono il loro sviluppo. Alla base delle principali malattie croniche ci sono, infatti, fattori di rischio comuni e modificabili, come alimentazione poco sana, consumo di tabacco, abuso di alcol, sedentarietà. Queste cause possono generare quelli che vengono definiti fattori di rischio intermedi, ovvero l'ipertensione, la glicemia elevata, l'eccesso di colesterolo e l'obesità.

Le malattie croniche, però, sono legate anche a determinanti impliciti, spesso definiti come "cause delle cause", un riflesso delle principali forze che trainano le modifiche sociali, economiche e culturali: la globalizzazione, l'urbanizzazione, l'invecchiamento progressivo della popolazione, le politiche ambientali, la povertà.

### Cause delle malattie croniche



Fonte: Oms

È fondamentale realizzare una efficiente sorveglianza delle malattie non trasmissibili per poter disporre delle informazioni necessarie allo sviluppo, attuazione e monitoraggio di politiche, programmi e interventi per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili. Dati accurati provenienti dai Paesi di tutto il mondo sono fondamentali per invertire l'aumento globale di morte e disabilità dovute alle malattie non trasmissibili, per supportare un processo decisionale basato sull'evidenza e per aiutare a monitorare e valutare i progressi compiuti.

Al fine di ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità dovuto alle malattie non trasmissibili è stato approvato il *Global Action Plan dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)* per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili 2013-2020, che nel 2019 è stato esteso fino al 2030 e per il quale nel 2021 l'OMS ha avviato una valutazione intermedia dell'implementazione e diffuso una roadmap di attuazione 2023-2030 (2).

Il piano di azione prevede per gli Stati Membri il raggiungimento di 9 obiettivi volontari:

1. riduzione relativa del 25% della mortalità totale dovuta a malattie cardiovascolari, tumori, diabete o patologie respiratorie croniche;
2. riduzione relativa pari almeno al 10% del consumo dannoso di alcol, secondo quanto appropriato al contesto nazionale;
3. riduzione relativa del 10% della prevalenza dell'insufficiente attività fisica;
4. riduzione relativa del 30% del consumo medio di sale/sodio nella popolazione;
5. riduzione relativa del 30% della prevalenza del consumo di tabacco nelle persone di età pari o superiore ai 15 anni;
6. riduzione relativa del 25% della prevalenza dell'ipertensione, oppure, a seconda della situazione nazionale, contenimento della prevalenza

dell'ipertensione;

7. arresto della progressione del diabete e dell'obesità;
8. accesso, per almeno il 50% delle persone che ne hanno i requisiti, a terapia farmacologica e counselling (incluso il controllo della glicemia) per la prevenzione dell'infarto e dell'ictus;
9. disponibilità dell'80% delle tecnologie di base e dei farmaci essenziali economicamente accessibili, generici inclusi, necessari per il trattamento delle principali malattie non trasmissibili, nelle strutture pubbliche e private.

Gli Stati Membri sono invitati a seguire l'attuazione del Piano d'azione attraverso il monitoraggio di 25 indicatori dello stato di salute della popolazione (3). Molti dei 25 indicatori di salute indicati dall'OMS prevedono misurazioni dirette e a tal fine è necessario condurre periodicamente delle indagini di popolazione che includano la misurazione diretta dei parametri di salute per stimare la distribuzione dei fattori di rischio, la prevalenza di condizioni a rischio e gli indicatori di trattamento legati ai 9 obiettivi volontari.

Nel 2023 è stata avviata la periodica indagine nazionale di popolazione *"Italian Health Examination Survey - Progetto CUORE"*, che si propone di supportare e valutare le azioni incluse nel Piano Nazionale di Prevenzione e nei Piani Regionali di Prevenzione attraverso la descrizione, periodica, anche mediante misurazioni ed esami diretti, di alcune caratteristiche individuali riconosciute come fattori di rischio comportamentali (alimentazione, consumo di alcol, attività fisica, abitudine al fumo di sigaretta) e intermedi (ipertensione arteriosa, eccesso ponderale, diabete mellito, ipercolesterolemia) legati all'insorgenza delle malattie non trasmissibili utile anche ai fini del monitoraggio degli andamenti temporali di tali fattori su campioni statistici rappresentativi della popolazione generale (4).

## **CAPITOLO 1**

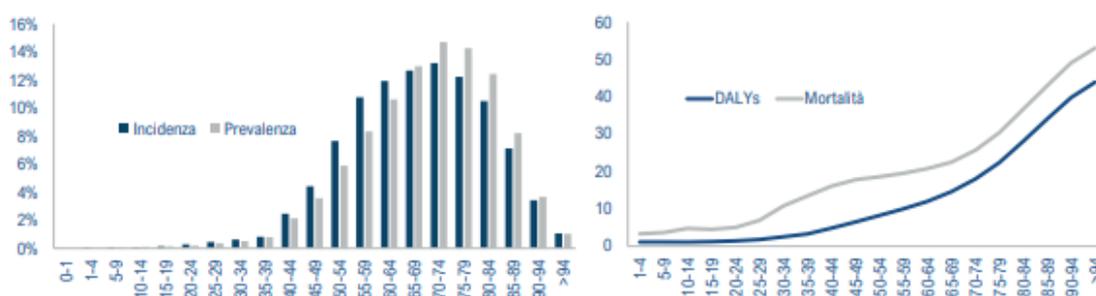
### **1. LE MALATTIE CEREBRO E CARDIOVASCOLARI**

Le malattie cardio, cervello e vascolari continuano a rappresentare la prima causa di morte e la seconda causa di disabilità in Europa. Secondo i dati del Global Burden of Disease, infatti, questo gruppo eterogeneo di patologie, che possono colpire tutti indistintamente, è responsabile del 36% di tutte le morti e del 20% delle morti premature in Europa, impattando profondamente sulla vita degli oltre 60 milioni di persone che convivono con le malattie cardio, cervello e vascolari e dei loro caregiver. Esse rappresentano un gruppo di patologie ad alto impatto per i sistemi nazionali, sia in termini di salute che di costi economici e sociali associati, che superano i 210 miliardi di euro nei Paesi EU27.

A causa dell'invecchiamento demografico e dell'adozione di stili di vita non adeguati – alimentazione scorretta, eccesso di alcol, fumo, sedentarietà – che caratterizzano le società occidentali, il peso di queste patologie è destinato ad aumentare, con conseguenze gravi in termini di capacità di risposta dei sistemi sanitari ai bisogni di assistenza e cura dei pazienti affetti da queste patologie. L'evoluzione del contesto demografico ed epidemiologico, aggravato dagli effetti della pandemia da COVID-19, ha fatto aumentare l'attenzione della comunità medico-scientifica e dei decisori pubblici verso le patologie cardio, cervello e vascolari, evidenziando la necessità e l'esigenza di innovare e potenziare le reti e i percorsi di cura e assistenza (5).

Le malattie cardio-cerebrovascolari più frequenti sono la cardiopatia ischemica (acuta, quale infarto acuto del miocardio e angina pectoris instabile, e cronica), l'ictus ischemico ed emorragico, lo scompenso cardiaco e le arteriopatie periferiche (6). A livello italiano, ci sono oltre 9,6 milioni di persone affette da patologie cardio, cervello e vascolari (54% donne) di cui, sempre secondo le ultime stime del Global Burden of Disease, quasi l'80% ha più di 60 anni; sono circa 880.000 nuovi casi diagnosticati ogni anno.

Circa il 70% delle nuove diagnosi annuali avviene tra i 55 e gli 85 anni, dato quest'ultimo che può sottendere un ritardo diagnostico, specialmente nelle donne. L'insorgenza di queste malattie è differente negli uomini e nelle donne: nei primi iniziano a manifestarsi vicino ai 40 anni, in piena età lavorativa, mentre nelle donne l'incidenza è bassa prima della menopausa e aumenta dopo i 60 anni, con una accelerazione dopo i 70. Comprensibilmente, considerata l'aspettativa di vita più lunga, nelle donne quasi il 30% dei casi totali si concentra dopo gli 80 anni, rispetto al 20% negli uomini. Le malattie cardio, cerebro e vascolari spiegano più del 30% dei decessi tra gli over-70 (arrivano al 40% tra le persone con più di 90 anni) e circa il 40% degli anni di vita persi a causa di malattia, disabilità o mortalità nella stessa fascia d'età (Fig.1).

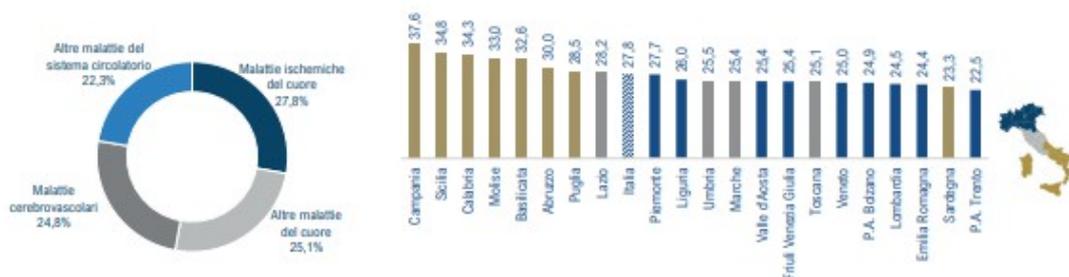


**Figura 1.** A sinistra: Prevalenza e incidenza delle malattie cardio-cerebrovascolari in Italia per fasce d'età [%], 2019. A destra: Mortalità e DALY delle malattie cardio-cerebrovascolari in Italia per fasce d'età [% sul totale di decessi e DALY], 2019

Fonte: The European House – Ambrosetti su dati Global Burden of Disease, 2022

In Italia, nel 2019, sono stati registrati 220.993 decessi per malattie del sistema circolatorio, quasi il 35% del totale delle morti ; vi è però una notevole differenziazione su scala regionale o addirittura locale, che evidenzia un forte gradiente Nord-Sud. La maggior parte delle morti per patologie cardio, cerebro e vascolari (28%) è imputabile alle malattie ischemiche del cuore, come l'infarto miocardico acuto, mentre le “altre malattie del cuore”, che includono le patologie cardiache strutturali, e le malattie cerebrovascolari (tra cui l'ictus, prima causa di invalidità in Italia), pesano per il 25% ciascuno; il 22% delle morti è dovuto alle altre malattie del sistema circolatorio, un

insieme eterogeneo di patologie che comprende, tra le altre, le vasculopatie aortiche, le arteriopatie periferiche e le trombosi venose profonde (Fig.2).



**Figura 2.** A sinistra: Ripartizione dei decessi per territorio di residenza per tipologia di malattia cardio-cerebrovascolare [%], 2019. A destra: Tasso di mortalità standardizzato per malattie del sistema circolatorio in Italia (numero per 10.000 abitanti), 2019

Fonte: The European House - Ambrosetti su dati Istat, 2022

La prevenzione delle malattie cardiovascolari richiede una vera e propria prevenzione personalizzata, che parte da ognuno di noi e prende in considerazione le caratteristiche individuali e i fattori di rischio. La prima cosa utile è identificare i possibili fattori di rischio e averne consapevolezza (7).

## 1.1 FATTORI DI RISCHIO

Le malattie cardiovascolari riconoscono un'eziologia multifattoriale, cioè più fattori di rischio (età, sesso, pressione arteriosa, abitudine al fumo di sigaretta, diabete, colesterolemia) contribuiscono contemporaneamente al loro sviluppo. I fattori di rischio sono caratteristiche che aumentano la probabilità di insorgenza della malattia. I fattori di rischio sono stati identificati ed è stata dimostrata la reversibilità del rischio, pertanto la malattia cardiovascolare è oggi prevenibile. È possibile dunque evitare di ammalarsi di infarto e di ictus. I fattori di rischio cardiovascolare si dividono in **modificabili** (attraverso cambiamenti dello stile di vita o mediante assunzione di farmaci) e **non modificabili**.

I fattori di rischio non modificabili sono:

- età
- sesso

- familiarità

I fattori di rischio modificabili sono:

- fumo
- pressione arteriosa
- colesterolemia totale
- diabete
- sedentarietà

Il rischio che ogni persona ha di sviluppare la malattia cardiovascolare dipende dall'entità dei fattori di rischio; il rischio è continuo e aumenta con l'avanzare dell'età, pertanto non esiste un livello a cui il rischio è nullo. Tuttavia è possibile ridurre il rischio cardiovascolare o mantenerlo a livello favorevole abbassando il livello dei fattori modificabili attraverso lo stile di vita sano (8).

### **1.1.1 FATTORI DI RISCHIO NON MODIFICABILI**

I fattori di rischio non modificabili sono quelli sui quali non si può agire direttamente, ma il cui effetto può essere attenuato grazie a buoni comportamenti e misure di prevenzione.

ETA': il rischio di sviluppare una malattia cardiovascolare è senz'altro correlato all'età. In Italia secondo i dati ISTAT negli uomini la mortalità è trascurabile fino a 40 anni, emerge fra 40 e 50 anni e poi cresce in maniera esponenziale con l'avanzare dell'età; nelle donne si manifesta circa 10 anni dopo, a partire dai 60 anni e cresce rapidamente dopo i 70 anni.

SESSO: il rischio cardiovascolare per le donne e per gli uomini è diverso e il sesso rappresenta un vero e proprio fattore di rischio. Gli uomini sono più soggetti a pressione più alta e frequenza cardiaca maggiore e dunque più esposti a malattie cardiovascolari. Nelle donne il rischio cambia nelle diverse fasi della vita: in età fertile gli ormoni estrogeni, prodotti dall'organismo in modo regolare durante il ciclo mestruale, hanno un effetto protettivo su cuore

e vasi. Durante la menopausa la produzione di estrogeni cessa e il pericolo di essere colpite da una malattia cardiovascolare aumenta sensibilmente, al punto che le differenze rispetto al genere maschile si riducono fino ad annullarsi.

FAMILIARITA': allo stato attuale delle conoscenze scientifiche, la predisposizione a malattie cardiovascolari non è da attribuire a un singolo fattore genetico, quanto a una pluralità di geni. Per questo motivo, stabilire il peso della familiarità sui disturbi del cuore non è semplice. Lo studio “*Interheart*” pubblicato sulla rivista *The Lancet* ha stimato che, in cui uno dei due genitori abbia avuto un evento cardiovascolare, questo fattore di rischio rappresenti solo l'1% del rischio complessivo di ammalarsi. Un valore, dunque, molto piccolo. Studi più recenti sono giunti a conclusioni diverse. Secondo gli esperti, se in una famiglia ci sono parenti stretti che soffrono o hanno sofferto di malattia cardiaca, il rischio sembra aumentare significativamente: esso sembra raddoppiare per i fratelli, in conseguenza di stili di vita condivisi e della predisposizione genetica in comune. La malattia coronarica viene definita in questi casi come “elemento aggregante della famiglia”. Questo è quello che succede se l'ictus o l'infarto si manifesta in giovane età, ma si stima che aumenti quando risultano più soggetti colpiti all'interno della stessa famiglia. Si deve quindi precisare che spesso il concetto di familiarità viene interpretato in modo errato, creando timore ingiustificato. Per fare un esempio, quando si parla di coronaropatia, si è dimostrato che esiste una familiarità tra genitori e figli, se l'evento cardiaco si è manifestato tra i 55 e i 65 anni e quindi la probabilità di avere una predisposizione familiare si aggira intorno al 40-60%. Ma è anche giusto precisare che avere una familiarità con cardiopatie non implica necessariamente che i figli si ammaleranno di cuore; infatti, eventi familiari, dovrebbero essere vissuti come un monito a fare prevenzione sin dalla giovane età e no come una condanna (9).

### 1.1.2 FATTORI DI RISCHIO MODIFICABILI

I fattori di rischio modificabili sono tutti quei fattori che con il cambiamento dello stile di vita o l'assunzione dei farmaci possono essere modificati tra questi ritroviamo:

FUMO: oltre all'insorgenza di tumori come quello polmonare, il fumo, dopo l'età, rappresenta un importantissimo fattore di rischio cardiovascolare soprattutto nelle fasce giovanili. Due sostanze chimiche presenti nelle sigarette hanno effetti nocivi sul cuore: la nicotina e il monossido di carbonio. La *nicotina* stimola il corpo a produrre adrenalina, che rende il battito cardiaco più veloce, costringendo il cuore a un maggior lavoro, inoltre favorisce la formazione di coaguli nel sangue (trombosi). Il *monossido di carbonio* riduce la quantità di ossigeno trasportata dal sangue ai vari organi e tessuti del corpo, aumenta la pressione sanguigna, danneggia le arterie favorendo la vasocostrizione, lo spasmo e la malattia aterosclerotica. La speranza di vita di un fumatore è 8 anni inferiore a quella di un non fumatore; chi fuma ha probabilità doppia di essere colpito da infarto rispetto a chi non fuma; chi fuma ha una probabilità dieci volte superiore di essere colpito da cancro ai polmoni (10).

PRESSIONE ARTERIOSA: il cuore è una pompa che, con le sue contrazioni, invia il sangue a tutti gli organi e tessuti del corpo. La pressione arteriosa è la pressione che il cuore esercita per far circolare il sangue nel corpo. La pressione si misura in millimetri di mercurio (mmHg). Il valore della pressione è dato da due numeri: il primo è la pressione sistolica (si misura al momento in cui il cuore si contrae e pompa il sangue nelle arterie), il secondo la diastolica (si misura tra due contrazioni, mentre il cuore si rilassa e si riempie di sangue). Si considera "desiderabile" una pressione che non supera i 120 mmHg per la sistolica e gli 80 mmHg per la diastolica.

L'ipertensione (pressione arteriosa superiore a 140/90 mmHg) non dà sintomi. Perciò, l'unico modo per sapere se si è ipertesi è misurare la pressione

arteriosa. È consigliabile misurarla almeno una volta l'anno. L'ipertensione si sviluppa quando le pareti delle arterie di grosso calibro perdono la loro elasticità naturale e diventano rigide e i vasi sanguigni più piccoli si restringono. L'ipertensione affatica il cuore, può aumentarne le dimensioni, renderlo meno efficiente e favorire l'aterosclerosi. Per questo le persone che hanno la pressione alta corrono un rischio maggiore di infarto o ictus. Inoltre, l'ipertensione può causare insufficienza renale e danneggiare la vista (11).

COLESTEROLEMIA TOTALE: colesterolo e i trigliceridi costituiscono la maggior parte dei grassi contenuti nel nostro organismo. Il colesterolo è prodotto dal fegato ed è presente in tutte le cellule dell'organismo. Serve per la sintesi di alcuni ormoni, gioca un ruolo fondamentale nella produzione della vitamina D, è un costituente delle membrane cellulari e di vari tessuti. Però, se presente in eccesso, può essere molto dannoso per l'organismo. Il fegato costruisce anche i trigliceridi, che rappresentano un'importante fonte di energia per il nostro organismo; il loro livello nel sangue aumenta quando la dieta contiene troppi grassi, carboidrati (zucchero, pane, pasta) o alcol. Il colesterolo e i trigliceridi vengono trasportati nel sangue da specifiche lipoproteine. Le lipoproteine che trasportano il colesterolo sono: le lipoproteine a bassa densità (*Low Density Lipoproteins*, LDL) che distribuiscono il colesterolo a tutti gli organi ; le lipoproteine ad alta densità (*High Density Lipoproteins*, HDL) che rimuovono il colesterolo in eccesso e lo portano al fegato dove viene eliminato. Il valore del colesterolo totale è “desiderabile” quando non supera i 200 mg/dl; il valore del colesterolo-LDL è “desiderabile” quando non supera i 100 mg/dl; il valore del colesterolo-HDL è “desiderabile” quando è uguale o superiore a 50 mg/dl; il valore dei trigliceridi è “desiderabile” quando non supera i 150 mg/dl.

L'insorgenza di malattie cardiovascolari è legata al livello di colesterolo nel sangue: se i livelli di colesterolo-LDL sono troppo elevati, questo tende lentamente a depositarsi sulla parete interna delle arterie, favorendo lo

sviluppo dell'aterosclerosi; il colesterolo-HDL viene anche chiamato "colesterolo buono", perché protegge le arterie, rimuovendo il colesterolo in eccesso; elevati livelli di trigliceridi non favoriscono direttamente l'aterosclerosi, ma sono spesso associati a valori alti di colesterolo-LDL e bassi di colesterolo-HDL e ad altre malattie, come il diabete e l'obesità; una concentrazione troppo alta di colesterolo (ipercolesterolemia) e trigliceridi rappresenta un importante fattore di rischio per l'insorgenza di malattie cardiovascolari (12).

DIABETE: molti dei cibi che mangiamo si trasformano in uno zucchero, il glucosio, che viene usato dall'organismo per produrre energia. Il pancreas produce un ormone, l'insulina, che facilita l'ingresso del glucosio nelle cellule. Le persone che hanno il diabete non producono abbastanza insulina o non sono in grado di usare l'insulina come dovrebbero; questo provoca un innalzamento del livello di zuccheri nel sangue, cioè un aumento della glicemia. Si parla di diabete quando la glicemia misurata a digiuno almeno due volte a distanza di una settimana è uguale o superiore a 126 mg/dl. Esistono due forme di diabete:

- il diabete di tipo I o insulino-dipendente, da cui sono affette circa il 10% delle persone diabetiche, colpisce i giovani e le cause sono essenzialmente genetiche;
- il diabete di tipo II o non insulino-dipendente, da cui sono affette circa il 90% delle persone diabetiche, è legato all'età, alla familiarità e alle abitudini non salutari, come uno stile di vita sedentario, un'alimentazione troppo ricca, l'obesità. Il diabete è uno dei maggiori fattori di rischio per le malattie cardiovascolari, aumenta il rischio di aterosclerosi, favorisce l'ipertensione e l'ipercolesterolemia e riduce il livello dell'HDL-colesterolemia (13).

SEDENTARIETÀ: in Italia il 40% delle persone è sedentario, ovvero non pratica alcuna forma di attività fisica. Questo ha come effetto l'insorgenza di molte malattie cardiovascolari e oncologiche. Secondo i dati dell'OMS

(Organizzazione Mondiale della Sanità) l'inattività fisica rappresenta il quarto fattore di rischio di mortalità globale. Secondo gli ultimi dati ISTAT il 26,5% della popolazione (pari a 15 milioni 640 mila persone) non pratica sport, ma svolge attività fisica come fare lunghe passeggiate a piedi o in bicicletta. I sedentari invece, ossia coloro che dichiarano di non praticare alcuno sport o attività fisica nel tempo libero, sono oltre 23 milioni (40% della popolazione) e aumentano con l'età fino ad arrivare a quasi la metà della popolazione di 65 anni e più (14).

## **1.2 LA PROMOZIONE ALLA SALUTE**

Tantissimi studi scientifici hanno dimostrato l'importanza della prevenzione e della promozione della salute per ridurre l'incidenza delle malattie e la mortalità e di conseguenza i costi per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e per la società ma anche per favorire il mantenimento del benessere e della qualità della vita (15).

La prima conferenza internazionale sulla promozione della salute si è svolta a Ottawa nel 1986 da parte degli stati appartenenti all'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), dove sono state tracciate le linee guida per un'azione globale. L'obiettivo era il benessere psico-fisico della persona.

*“La promozione della salute è il processo che consente alle persone di acquisire un maggior controllo della propria salute e di migliorarla. La salute è dunque una risorsa”* (Carta di Ottawa, 1986).

Il documento, invita tutti i partecipanti a:

1. Creare politiche pubbliche che promuovano la salute della popolazione
2. Creare ambienti favorevoli
3. Rafforzare l'azione di comunità
4. Sviluppare abilità personali
5. Riorientare i servizi sanitari verso la prevenzione

“Educazione alla salute” apre ad un approccio multidisciplinare e sottolinea il fine prioritario che l’attività educativa intende perseguire.

L’educazione alla salute non si occupa solo di comunicare le informazioni, ma anche di fornire le motivazioni, le abilità e la fiducia (auto-efficacia) necessarie per intraprendere azioni volte a migliorare la salute.

Il concetto di promozione della salute prende forma, facendosi portavoce e promotore di idee nuove e di una nuova cultura di salute pubblica.

La figura professionale dell'Assistente Sanitario gioca un ruolo fondamentale in questo processo in quanto fonda da sempre il suo agire professionale e umano sul valore della promozione della salute.



Fig.3 Logo della promozione della salute

### 1.3 IL RUOLO DELL'ASSISTENTE SANITARIO NELLA PREVENZIONE PRIMARIA, SECONDARIA E TERZIARIA

Con il Decreto del 17 gennaio 1997, n. 69 "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'Assistente Sanitario" (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n.72 del 27 marzo 1997), il Ministero della Sanità identifica nell'Assistente Sanitario il professionista della prevenzione, promozione ed educazione per la salute.

“Prevenire” significa agire prima, impedire che la patologia si sviluppi. Il concetto di prevenzione si articola in tre livelli d'intervento:

- *la prevenzione primaria:* definita come l'insieme delle strategie volte ad impedire l'insorgenza di malattie nell'individuo sano e nell'intera collettività; si interviene sulle cause, sui fattori di rischio e modificando gli stili di vita potenzialmente pericolosi per la salute;
- *la prevenzione secondaria:* l'insieme delle attività e interventi finalizzati a raggiungere una diagnosi precoce delle malattie, quando è ancora in una fase asintomatica (programmi di screening).
- *la prevenzione terziaria:* tesa ad evitare ulteriori aggravamenti per ottenere il massimo recupero fisico, psichico e sociale possibile.

La **prevenzione primaria** è l'arma più importante per contrastare le malattie cerebro e cardiovascolari, perché mira a impedirne la comparsa, e si basa essenzialmente sull'adozione e sul mantenimento di sani stili di vita, possibilmente lungo tutto il corso dell'esistenza, sull'identificazione precoce e sull'adeguata gestione di eventuali fattori che aumentano il rischio di ictus e di altre malattie cerebrovascolari. Ruolo dell'assistente sanitario è quello di educare la popolazione ad adottare uno stile di vita sano riducendo il livello dei fattori modificabili. Tra le principali raccomandazioni ci sono:

- **smettere di fumare:** già dopo pochi anni dall'aver smesso, il rischio cardiovascolare si riduce in modo rilevante. È dannoso sia il fumo attivo che quello passivo.

- **seguire una sana alimentazione:** un'alimentazione varia che prevede un regolare consumo di pesce (almeno 2 volte alla settimana), un limitato consumo di grassi saturi (carne, burro, formaggi, latte intero), povera di sodio (contenuto nel sale) e ricca di fibre (verdura, frutta, legumi) mantiene a un livello favorevole la colesterolemia e la pressione arteriosa.
- **svolgere attività fisica:** l'esercizio fisico regolare rafforza il cuore e migliora la circolazione del sangue. Non è necessario fare sport o svolgere attività particolarmente faticose: è sufficiente camminare per 30 minuti al giorno e, se possibile, salire le scale a piedi.
- **controllare il peso:** il peso è strettamente collegato al tipo di alimentazione e all'attività fisica svolta: il giusto peso deriva dal giusto equilibrio tra le calorie introdotte con l'alimentazione e quelle spese con l'attività fisica.

Attraverso uno stile di vita più salutare e un adeguato controllo medico nei soggetti ad elevato rischio cardiovascolare si potrebbero evitare il 40-50% degli eventi cerebrovascolari (16).

La **prevenzione secondaria** si basa sulla diagnosi precoce in fase asintomatica, mira a ridurre la letalità e di conseguenza la mortalità, non impedisce l'insorgenza della malattia a meno che non si possono rimuovere alterazioni che precorrono la malattia stessa. L'assistente sanitario ha il compito di indirizzare e organizzare i programmi di screening: diagnosi precoce di malattia prolunga la sopravvivenza e migliora la qualità di vita.

La **prevenzione terziaria** prevede misure volte ad attenuare l'impatto della malattia e a prevenire la disabilità per migliorare la qualità di vita e prolungare gli anni potenziali di vita produttiva. Si basa su interventi di cura, riabilitazione, sostegno psicologico e sociale, compito svolto da un'equipe multidisciplinare tra cui ritroviamo la figura dell'assistente sanitario.

## **CAPITOLO 2**

### **2. IL PROGETTO CUORE**

Il Progetto Cuore – epidemiologia e prevenzione delle malattie cardio e cerebrovascolari – è coordinato dal Dipartimento malattie cardiovascolari, endocrino-metaboliche e invecchiamento dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Nasce nel 1998 grazie a una collaborazione tra quattro gruppi di ricerca diretti da medici con lo stesso background formativo (MONICA-Brianza – Prof. Marco Ferrario; MONICA-Friuli – Dott. Diego Vanuzzo; ATENA – Prof. Salvatore Panico; MATISS – Dott.ssa Simona Giampaoli) con l'obiettivo di valutare nella popolazione generale adulta italiana la distribuzione dei fattori di rischio, condizioni a rischio e stili di vita che maggiormente contribuiscono all'occorrenza delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT), in particolare malattie coronariche e cerebrovascolari e per studiarne prevalenza ed eziologia multifattoriale.

L'indagine è promossa dal Ministero della Salute ed è sostenuta da finanziamenti del Ministero della Salute - Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM).

Dal 2007 le attività del Progetto CUORE hanno sostenuto il Programma nazionale “Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari” (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 4 maggio 2007), fornendo evidenze scientifiche per la programmazione e per il monitoraggio di strategie volte a prevenire e cambiare i comportamenti nocivi che costituiscono i principali fattori di rischio per le MCNT. La peculiarità del Progetto CUORE è la conduzione di indagini di popolazione trasversali e longitudinali, che prevedono anche la misurazione diretta di parametri biologici. Gli studi trasversali (health examination survey, HES) hanno permesso di valutare nella popolazione generale italiana adulta la distribuzione e il trend temporale di alcuni dei fattori e delle condizioni di rischio delle MCNT, nonché della prevalenza delle malattie cardiovascolari e del rischio coronarico e

cerebrovascolare. Sempre nell'ambito del Progetto, gli studi longitudinali hanno permesso di valutare l'eziologia multifattoriale delle malattie coronariche e cerebrovascolari e stimare strumenti per la valutazione della probabilità di andare incontro a un evento coronarico o cerebrovascolare maggiore, fatale o non fatale, nei successivi 10 anni nella popolazione italiana adulta.

Nell'ambito del Progetto Cuore sono state realizzate numerose attività che negli anni hanno prodotto risultati di grande rilievo per la prevenzione cardiovascolare della popolazione adulta italiana:

- costruzione delle carte del rischio e del software di valutazione del punteggio di rischio per la predizione del rischio cardiovascolare di facile applicazione in salute pubblica;
- implementazione di indagini di popolazione periodiche su tutto il territorio italiano che prevedono la raccolta di numerose informazioni, tra le quali il grado di istruzione, stili di vita, anamnesi patologica, anamnesi farmacologica, anamnesi familiare e la misurazione diretta e standardizzata di fattori di rischio per le malattie croniche;
- creazione di un sistema di interrogazione dati, CuoreData, che mette a disposizione le statistiche principali relative allo stato di salute della popolazione italiana adulta;
- l'attivazione del registro nazionale degli eventi coronarici e cerebrovascolari;
- la realizzazione di una banca di campioni biologici legata ad ampie base dati di popolazione;
- la realizzazione di un piano di formazione per i medici di medicina generale per la valutazione del rischio cardiovascolare nella popolazione italiana;

- lo studio del ruolo eziologico di nuovi fattori di rischio nella predizione del rischio cardiovascolare;

A livello *nazionale*, il Progetto Cuore si avvale della collaborazione di:

- Fondazione Irccs Istituto nazionale dei tumori Milano
- Associazione nazionale medici cardiologi ospedalieri-Fondazione “per il Tuo cuore”;
- Irccs Centro Cardiologico Monzino
- Ispettorato generale della sanità militare (Igesan)

A livello *internazionale*, il Progetto Cuore partecipa a:

- “Action Network on measuring population and organizational health literacy M-POHL”, una rete internazionale nata sotto l’egida dell’European Health Information Initiative-EHII del WHO-Europe per la misurazione dell’alfabetizzazione sanitaria nella popolazione e nella organizzazione e gestione dei sistemi sanitari (rete M-POHL);
- “InfAct-Information for Action”, Joint Action europea finalizzata alla strutturazione di un sistema di informazione sanitaria sostenibile dell’UE, a supporto della conoscenza, della ricerca e delle politiche in ambito sanitario;
- “European Health Examination Survey (EHES)”, Joint Action tra paesi europei organizzatori di health examination survey nazionali, finalizzata ad assicurare la qualità e la comparabilità delle survey;
- “Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study (GBD)”, il progetto più ampio e completo per misurare le caratteristiche e i trend epidemiologici a livello mondiale;
- “NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC)”, un network formato da ricercatori di 200 paesi che fornisce dati aggiornati sui fattori di rischio delle malattie croniche;

- “Emerging Risk Factors Collaboration (ERFC)”, un consorzio che armonizza dati di più di 30 paesi per studiare i fattori di rischio e la mortalità causa-specifica delle malattie cardiovascolari;
- “BiomarCaRE (Biomarker for Cardiovascular Risk Assessment in Europe)”, progetto di ricerca multinazionale mirato alla valutazione dei biomarcatori nella predizione del rischio cardiovascolare nella popolazione europea;
- “MORGAM (MONica Risk, Genetics, Archiving and Monograph) Project”, uno studio di collaborazione internazionale mirato ad esplorare le relazioni tra lo sviluppo delle malattie cardiovascolari, i fattori di rischio classici e genetici, ed i bio-marcatori;
- “European CKD Burden Consortium”, finalizzato allo studio epidemiologico della malattia renale cronica (17,18).

## **2.1 OBIETTIVI DELL' INDAGINE DI POPOLAZIONE**

L'obiettivo dell'indagine di popolazione Ita-HES coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) nell'ambito del Progetto CUORE è quello di supportare e valutare le azioni incluse nel Piano Nazionale della Prevenzione e nei Piani Regionali della Prevenzione attraverso la descrizione periodica di alcune caratteristiche individuali riconosciute come fattori di rischio per malattie non trasmissibili.

Gli obiettivi della indagine di popolazione Ita-HES - Progetto CUORE, rivolti alla popolazione generale adulta italiana di età compresa tra i 35 e i 74 anni sono:

- 1.** stimare la distribuzione di alcuni fattori di rischio per le malattie non trasmissibili attraverso la rilevazione di pressione arteriosa, frequenza cardiaca, peso corporeo, altezza, indice di massa corporea, circonferenza vita

e fianchi, glicemia, colesterolemia totale e HDL, trigliceridemia, creatininemia;

2. studiare la distribuzione degli stili di vita che incidono sulla salute (attività fisica, abitudine al fumo, alimentazione, consumo di alcol);

3. stimare la prevalenza di condizioni a rischio (ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, diabete mellito, ipertrigliceridemia, sovrappeso e obesità, ecc);

4. stimare la prevalenza di malattia renale cronica (attraverso le determinazioni di creatininemia, albuminuria e creatininuria);

5. valutare l'andamento temporale della distribuzione dei fattori di rischio riscontrati attraverso la rilevazione di pressione arteriosa, frequenza cardiaca, peso corporeo, altezza, indice di massa corporea, circonferenza vita e fianchi, glicemia, colesterolemia totale e HDL, trigliceridemia, creatininemia;

6. valutare l'andamento temporale della distribuzione degli stili di vita che incidono sulla salute (attività fisica, abitudine al fumo, alimentazione, consumo di alcol);

7. valutare l'andamento temporale della prevalenza di condizioni a rischio (ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, diabete mellito, ipertrigliceridemia, sovrappeso e obesità, ecc);

8. valutare l'andamento temporale della prevalenza di malattia renale cronica (attraverso le determinazioni di creatininemia, albuminuria e creatininuria);

9. monitorare il consumo medio giornaliero di sodio, potassio e iodio pro-capite nella popolazione adulta italiana (attraverso le determinazioni di sodiuria, potassiuria, ioduria nelle urine delle 24 ore);

10. valutare la performance fisica, l'attenzione e la memoria nella popolazione anziana (65 anni e oltre);

11. studiare il grado di alfabetizzazione sanitaria – health literacy.

## **2.2. CAMPIONI DI POPOLAZIONE E MODALITA' DI INVITO**

L'indagine viene condotta in diverse regioni italiane, tra Nord, Centro e Sud; in ciascuna regione viene effettuato l'arruolamento di un campione di 200 persone di età compresa tra i 35 e i 74 anni, stratificato per sesso e classi di età, estratto in modo casuale dalla popolazione generale residente in un Comune selezionato.

Sono estratte 25 persone per ogni fascia di età (**35-44, 45-54, 55-64, 65-74**) e sesso. La selezione del Comune nel quale effettuare l'esame della popolazione è subordinata alla disponibilità di una Struttura Sanitaria locale con la collaborazione della quale vengono effettuati i rilievi sulle persone partecipanti all'indagine.

Alle persone selezionate casualmente dalle liste anagrafiche del Comune ospitante il luogo di screening, viene inviata dall'ISS una lettera di invito via posta ordinaria con allegata la nota informativa sull'indagine di popolazione. La lettera riporta :

- **una breve descrizione dell'indagine di popolazione;**
- **il luogo e l'indirizzo** preciso dove viene svolta la visita;
- **il numero o i numeri di telefono della Struttura Sanitaria locale** e i giorni e le fasce orarie per consentire agli invitati di prenotare/confermare/modificare/rifiutare l'appuntamento per la partecipazione all'indagine o chiedere informazioni;
- **la data entro la quale l'invitato dovrà confermare** la propria partecipazione all'indagine;
- **il consenso informato** che prevede principalmente **l'autorizzazione all'utilizzo dei dati raccolti a scopo di ricerca**, la realizzazione del follow-up e l'autorizzazione alla ricerca anagrafica e **il consenso per utilizzo del materiale** biologico conservato presso la bio-banca di popolazione dell'ISS

per la durata minima di 30 anni. Tale durata è dovuta al fatto che questo è il tempo minimo per lo sviluppo di un numero consistente di malattie cronico-degenerative che permetta lo studio delle associazioni fra fattori di rischio e malattia e sia in grado di evidenziare l'eventuale andamento nel tempo.

La persona arruolata deve sentirsi partecipe allo studio e libera di scegliere sull'utilizzo dei dati raccolti.

Vanno firmate **tre copie del consenso informato**: una viene restituita firmata all'interessato nella cartellina dei risultati, una viene conservata a livello locale, l'altra deve essere restituita all'ISS all'interno delle buste dell'accoglienza.

Gli invitati che alla data stabilita, indicata nelle lettere di invito, non abbiano contattato la Struttura Sanitaria locale per aderire all'indagine o l'abbiano contattata rifiutando, vengono sostituiti inviando una lettera di invito dall'ISS a residenti selezionati casualmente tra i residenti del Comune, dello stesso sesso e classe di età degli invitati non partecipanti.

Prima dell'invio delle lettere viene contattato *l'Ordine dei Medici di Medicina Generale*, al fine di informare i medici di medicina generale, così che siano preparati in caso di richieste di informazioni da parte dei propri assistiti e il *Comune* che ospita le operazioni di screening affinché rilasci un comunicato stampa che informi i residenti dell'eventuale ricezione dell'invito a partecipare all'indagine e sensibilizzi la popolazione alla partecipazione (19).

### **2.3 RILIEVI**

I rilievi che vengono eseguiti per le persone di età compresa tra **35 e 74 anni** sono:

- somministrazione di un questionario generale (raccolta di informazioni anagrafiche, abitudini e stili di vita, anamnesi patologica remota, terapie farmacologiche in atto, anamnesi familiare, ecc);
- somministrazione del questionario per la valutazione dell'alfabetizzazione sanitaria-health literacy;

- somministrazione del questionario ADL (Activities of Daily Living) e del questionario IADL (Instrumental Activities of Daily Living) per indagare la capacità all'esecuzione delle attività di base e strumentali quotidiane per la cura personale;
- auto-somministrazione di un questionario per la raccolta delle informazioni sulle abitudini alimentari (questionario EPIC);
- la misurazione della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca;
- l'esecuzione di misure antropometriche (peso corporeo, altezza, circonferenza della vita e dei fianchi);
- il prelievo di sangue venoso (per l'esecuzione della determinazione di glicemia, colesterolemia totale e HDL, trigliceridemia, creatininemia);
- la raccolta delle urine delle 24 ore (per l'esecuzione della determinazione di sodiuria, potassiuria, ioduria, albuminuria e creatininuria);
- misurazione del numero di passi effettuati quotidianamente.

Invece per le persone di **età pari o superiore a 65 anni** si aggiunge:

- somministrazione del questionario Mini Mental Status per valutare il livello di attenzione e di memoria;
- la valutazione delle prestazioni fisiche EPESE (Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly);
- la misurazione della forza della mano (hand grip).

## **2.4 PROCEDURE E METODOLOGIE PER LO SCREENING**

L'indagine viene condotta tenendo presente i seguenti moduli da eseguire separatamente o in combinazione:

- accoglienza,
- pressione arteriosa,
- misure antropometriche,

- qualità della vita/questionario MINIMENTAL STATE/ valutazione performance fisica (EPESE)/misurazione forza mano per le persone tra i 65 e i 74 anni,
- questionario generale/ADL-IADL/alfabetizzazione sanitaria,
- questionario alimentare,
- prelievo del sangue e preparazione/gestione/stoccaggio aliquote di campioni biologici,
- ritiro urine delle 24 ore e preparazione/gestione/stoccaggio aliquote di campioni biologici.

Tutta la strumentazione che comprende: sfigmomanometro elettrico con bracciale per normopeso e obesi, metro da sarto, bilancia digitale, statimetro a muro, dinamometro, provette e contenitore per la raccolta delle urine delle 24 h, vengono fornite direttamente dall'ISS.

#### **2.4.1 ACCOGLIENZA**

Una volta che le persone invitate hanno confermato la volontà di partecipare all'indagine, si presentano all'indirizzo della Struttura Sanitaria Locale per fare la visita nella data dell'appuntamento concordato precedentemente durante la selezione (in questa fase l'operatore addetto alle chiamate, ricorda di portare con sé le eventuali scatole dei farmaci e integratori che si sta assumendo, occhiali per la lettura, documentazione sanitaria)

Nella fase di accoglienza viene preparata la “*busta accoglienza*” per ogni partecipante attraverso l'assegnazione di un **codice univoco seriale** a seconda della progressione dei partecipanti dove andranno rimessi tutti i fogli relativi alle varie registrazioni (pressione arteriosa, misure antropometriche, consenso informato, foglio conteggio contapassi) Fig.4.

In questa fase è importante accertarsi che la persona abbia compreso bene lo scopo dell'indagine di popolazione e che abbia preso visione della relativa Nota Informativa.

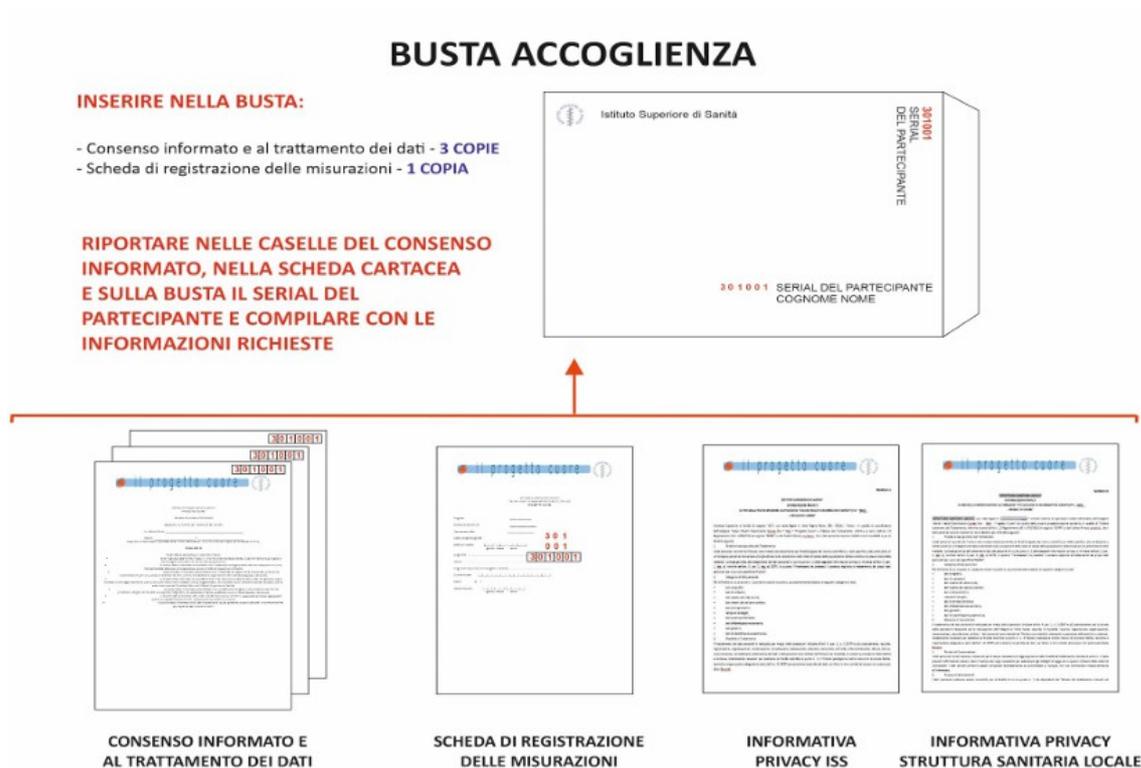


Fig.4 Busta Accoglienza

Ad ogni persona invitata all'indagine di popolazione viene rilasciato:

- **informativa sulla privacy dell'ISS;**
- **moduli consenso informato e al trattamento dei dati personali debitamente firmati;**
- **link per l'auto-compilazione del questionario alimentare EPIC attraverso e-mail;**
- **contenitore delle urine delle 24 ore** (dove viene anche apportato il codice univoco assegnato) con spiegazione su come effettuare la raccolta;
- **foglio con data appuntamento per il prelievo del sangue e consegna della raccolta delle urine delle 24 h;**
- **consegna del contapassi e del foglio di registrazione del conteggio passi**, spiegando al partecipante di indossare il contapassi

durante il giorno per 7 giorni consecutivi e registrare a fine giornata il numero di passi effettuati.

## 2.4.2 PRESSIONE ARTERIOSA

Prima della misurazione della pressione arteriosa è importante scegliere il bracciale appropriato, per questo viene misurata la circonferenza massima della parte superiore del braccio destro usando un nastro non elastico (metro da sarto), con il braccio rilassato e nella posizione normale di misurazione della pressione arteriosa (Fig.5)



Fig.5 Sfigmomanometro elettrico e metro da sarto.

La misurazione della circonferenza del braccio va effettuata con il braccio del partecipante nella stessa posizione per la misurazione della pressione arteriosa (braccio rilassato, a 45° dal tronco) a livello del punto di mezzo fra olecrano e acromion.

La misura della circonferenza viene riportata in centimetri con un decimale (0 o 5) e registrata in formato cartaceo e sulla piattaforma informatica insieme al tipo di bracciale selezionato (normale o obeso).

Per coloro che hanno una circonferenza uguale o superiore a 32 cm si utilizza il manicotto per obeso; per gli altri si utilizza il manicotto normale.

Una volta scelto il bracciale appropriato si procede alla **misurazione della pressione arteriosa per 3 misurazioni** intervallate da 1 minuto l'una dall'altra. Al partecipante viene chiesto di rimanere fermo per 5 minuti prima iniziare la misurazione e di non parlare durante le misurazioni, perché parlare durante le tre misurazioni potrebbe alterare la pressione arteriosa. Il braccio della persona deve essere poggiato sul tavolo in modo tale che la piega del gomito destro si trovi alla stessa altezza del cuore (Fig.6)



Fig. 6 Posizione corretta per la misurazione

Viene poi rilevata anche **la frequenza cardiaca** al polso destro dopo aver identificato la posizione dell'arteria radiale con i polpastrelli del 2° e 3° dito della mano e infine somministrato il **questionario relativo alla pressione arteriosa** (vedi ALLEGATO 1) con domande relative a pregressa diagnosi di ipertensione, uso di trattamenti farmacologici specifici, abitudini relative al consumo di sale.

### **2.4.3 MISURE ANTROPOMETRICHE**

Le misure antropometriche riguardano la misurazione di:

a) ***misurazione dell'altezza***: l'altezza deve essere misurata senza scarpe; la persona deve trovarsi in posizione tale che la schiena sia appoggiata all'asse dello statimetro, i piedi uniti e i talloni addossati allo statimetro e l'asse dello sguardo deve essere orizzontale (il margine superiore del meato acustico esterno deve trovarsi allo stesso livello del bordo orbitale inferiore) (Fig.7).

Controllata la posizione del partecipante, salire sullo sgabello, poggiare l'angolo retto della squadra sull'asta del metro e farla scivolare verso la testa fino a che i capelli rimangono schiacciati.



Fig.7 Posizione da assumere per misurare l'altezza

b) ***misurazione del peso***: la misura del peso deve essere effettuata con bilancia digitale (Fig 8) .La persona deve togliere scarpe e vestiti pesanti, rimanere in abbigliamento intimo, e deve stare con i piedi bene al centro della pedana. La misura deve essere riportata in kg ed ettogrammi.



Fig. 8 Bilancia digitale

c) ***misurazione circonferenza vita:*** durante la misurazione la persona deve stare in piedi. Identificare il punto di mezzo compreso tra bordo inferiore dell'arcata costale e il margine superiore della cresta iliaca, il nastro deve circondare la vita nel punto in cui la circonferenza appare più piccola (questo punto viene scelto guardando la persona di fronte) e la misurazione va effettuata alla fine della fase espiratoria.

Nei casi in cui l'individuazione del punto più stretto risultasse difficile, fare riferimento al piano passante per i punti medi tra la cresta iliaca e l'arcata costale bilateralmente.

d) ***misurazione circonferenza fianchi:*** la persona deve stare in piedi, il nastro deve circondare il bacino all'altezza della circonferenza massima a livello dei glutei. Eseguire la misurazione alla fine della fase espiratoria.

#### **2.4.4 RILEVAZIONI RISERVATE ALLE PERSONE 65-74 ANNI**

Oltre alle misure descritte fino ad ora, nelle persone di età compresa tra 65 e 74 anni sono previste altre rilevazioni che sono: questionario sulla qualità della vita, l'attenzione e la memoria (MINIMENTAL STATE), la prestazione fisica e la misurazione della forza della mano tramite un dinamometro.

Per quanto riguarda il ***questionario sulla qualità della vita:*** si somministrano le domande riportate nell'ALLEGATO 2.

***Il minimal state*** prevede una serie di prove: si fa accomodare il soggetto in modo che sia seduto davanti all'operatore e si fanno alcune domande.

*“Adesso le farò alcune domande per valutare il livello di attenzione e di memoria; anche se le sembreranno banali faccia molta attenzione nel rispondere.”*

in che anno siamo?

in che stagione siamo?

in che mese siamo?

qual è la data di oggi?

che giorno della settimana è?

in che Nazione siamo?

in che Regione siamo?

In che Città/Paese siamo?

In che posto ci troviamo?

A che piano siamo?

*“Adesso le dirò 3 parole, faccia attenzione perché Le chiederò di ripeterle tra qualche minuto”*  calza  blu  carità

*“Mi ripete le 3 parole che Le ho detto di ricordare?”*

*“Adesso vorrei che contasse lentamente partendo da 100 e sottraendo 7 numeri per volta. Quanto fa 100 meno 7?”*

*“Mi ripete ora le 3 parole che le ho detto prima?”*

*“Mi dica il nome degli oggetti che le mostro”*

Cos'è questo? (mostrare una matita)

Cos'è questo? (mostrare un orologio)

*Mi ripeta per favore questa frase: TIGRE CONTRO TIGRE*

*“Prenda questo foglio con la mano sinistra, pieghi il foglio a metà con entrambe le mani e me lo restituisca “ (si fornisce un foglio bianco A4)*

prendere il foglio con la mano corretta

piegarlo a metà

restituire

*“Legga la frase scritta su questo foglio e poi esegua ciò che è scritto”*

(mostrare al soggetto un foglio di carta con su scritto CHIUDA GLI OCCHI

Fig.9)

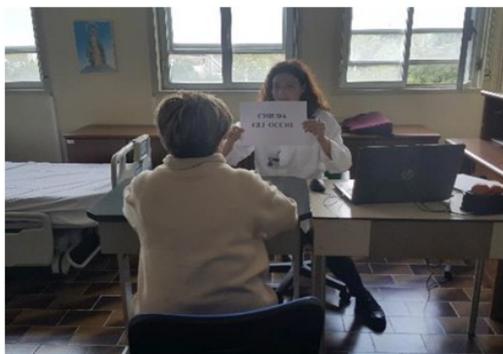


Fig. 9 “Chiuda gli occhi”

Dare all'intervistato un foglio di carta e chiedergli:

*“Mi scriva una frase, la prima che le viene in mente”.*

E infine:

*“Vorrei che copiasse questo disegno” (Fig 10)*

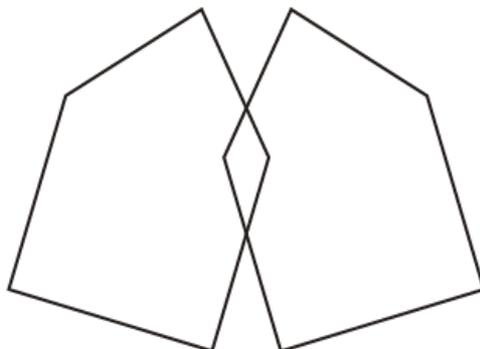


Fig. 10 Disegno

***La valutazione delle prestazioni fisiche*** avviene attraverso il protocollo EPESE (Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly). E' una parte più attiva dell'intervista dove il soggetto deve provare a fare dei differenti movimenti del corpo che coinvolgono le braccia e le gambe.

1. SEMI-TANDEM (occhi aperti): il partecipante deve mettersi nella posizione tenendo il lato del calcagno di un piede in modo tale che tocchi l'alluce dell'altro piede (Fig.11); si può utilizzare uno dei due piedi indifferentemente. L'alluce di un piede non deve trovarsi dentro l'arco dell'altro piede. Una volta raggiunta la posizione, far partire il cronometro, il soggetto deve rimanere nella posizione per 10 secondi.

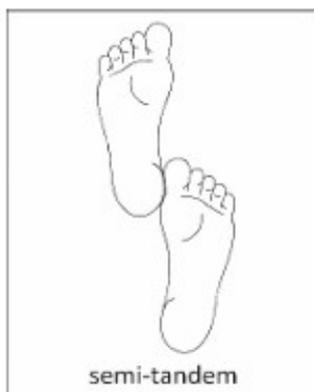


Fig.11 Semi-tandem

2. TANDEM (occhi aperti): il partecipante dovrebbe mettersi nella posizione in cui il calcagno di un piede si trovi di fronte all'altro piede e ne tocchi le dita; può essere usato avanti un piede o l'altro indifferentemente (Fig.12) e rimanere in questa posizione per 10 secondi.

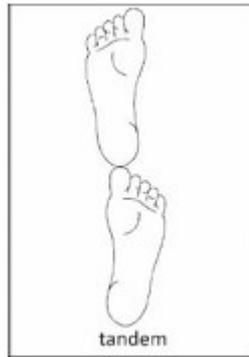


Fig.12 Tandem

3. PIEDI UNITI (occhi aperti) : il partecipante deve provare a stare con i piedi uniti, uno accanto all'altro, per 10 secondi. (Fig.13)



Fig.13 Piedi uniti

4. CAMMINARE :valutazione del tempo richiesto per camminare per una lunghezza di 8 piedi e ritorno (243.2 cm); se il soggetto usa il bastone o qualche altro mezzo per aiutarsi a camminare e si sente più a suo agio con esso, può utilizzarlo. Il partecipante deve camminare lungo questo percorso fino alla fine alla sua andatura normale, mentre l'esaminatore cronometra il tempo impiegato prima per l'andata e poi per il ritorno (Fig.14).



Fig.15 Camminare

- 5. ALZARSI IN PIEDI DALLA SEDIA :** misurare l'abilità di alzarsi in piedi da una sedia. Disporre lo schienale della sedia contro la parete in modo che sia stabile. Stare in piedi vicino al partecipante in modo da fornirgli aiuto qualora perda l'equilibrio, porre una mano contro la parete all'altezza della nuca per impedire che il partecipante sbatta la testa al muro. Il partecipante deve sedersi con le braccia incrociate sul petto e provare ad alzarsi dalla sedia (Fig.16).



Fig.16 Alzarsi in piedi dalla sedia

- 6. ALZARSI IN PIEDI DALLA SEDIA RIPETUTAMENTE:** viene documentato il tempo per alzarsi in piedi dalla sedia per 5 volte consecutive. Il soggetto deve alzarsi dalla sedia per 5 volte consecutive senza fermarsi mai, mentre l'operatore cronometra il tempo.

7. **ROTAZIONE ESTERNA DELLE SPALLE** : valutazione della capacità di rotazione esterna delle spalle. Le mani devono essere dietro la testa all'altezza delle orecchie; gli avambracci paralleli al pavimento, i gomiti rivolti verso l'esterno formando con le orecchie un angolo di 180°. Valutare il grado del movimento delle spalle e delle braccia (Fig.17)



Fig.17 Rotazione esterna delle spalle

*La misurazione della forza della mano* prevede l'uso del dinamometro (Fig. 18). Far eseguire la misura sulla mano che il partecipante indica come prevalente. Ripetere la misurazione due volte.



Fig.18 Dinamometro

#### **2.4.5 QUESTIONARIO GENERALE E ALIMENTARE**

I quesiti del **questionario generale** vanno ad indagare dallo stato civile, ai componenti della famiglia, al grado di istruzione, alla professione, all'attività nel tempo libero, all'abitudine al fumo, all'uso di farmaci, al consumo di vino e/o superalcolici, all'anamnesi patologica familiare, alle ADL (Activities of Daily Living) e alle IADL (Instrumental Activities of Daily Living) per indagare la capacità all'esecuzione delle attività di base e strumentali quotidiane per la cura personale. (vedi ALLEGATO 3).

Per la raccolta delle informazioni sulle abitudini alimentari viene utilizzato, invece, il **questionario alimentare EPIC**. Il questionario è auto-somministrato attraverso l'utilizzo di dispositivi elettronici con accesso alla rete; valuta la frequenza di consumo dei vari alimenti, arricchito da figure per la definizione delle porzioni. Gli alimenti dichiarati vengono successivamente convertiti in nutrienti attraverso l'utilizzo di un software messo a punto dall'Istituto Tumori di Milano.

Il questionario può essere auto-compilato dai partecipanti in remoto attraverso il link individuale inviato dal personale della Struttura Sanitaria locale attraverso e-mail, o se il partecipante non può o non riesce da remoto può auto-compilarlo in forma cartacea al momento della visita e successivamente il personale della Struttura locale lo registra nella piattaforma informatica predisposta.

#### **2.4.6 RACCOLTA DI CAMPIONI DI SANGUE E DI URINE DELLE 24 ORE**

Il **prelievo di sangue** viene effettuato presso le Strutture Sanitarie Locali collaboranti e le aliquote di siero e plasma sono congelate in loco.

Il processo di raccolta comprende due fasi: il prelievo di sangue e la processazione dei campioni biologici. La processazione dei campioni include la centrifugazione, l'effettuazione di aliquote e lo stoccaggio in appositi contenitori per il loro congelamento. Tutte le aliquote di siero e plasma, al

termine della processazione, vengono immediatamente trasferite in un congelatore a  $-20^{\circ}\text{C}$ . I campioni congelati vengono collocati in una scatola apposita per trasporto contenente ghiaccio secco e successivamente trasferiti alla Banca di Campioni Biologici dell'ISS dove vengono stoccati in parte in congelatori a  $-70^{\circ}\text{C}$  per la conservazione a lungo termine e in parte inviati al laboratorio centralizzato per le determinazioni (Fig.19)

L'organizzazione del ritiro e della spedizione dei campioni è a carico dell'ISS.

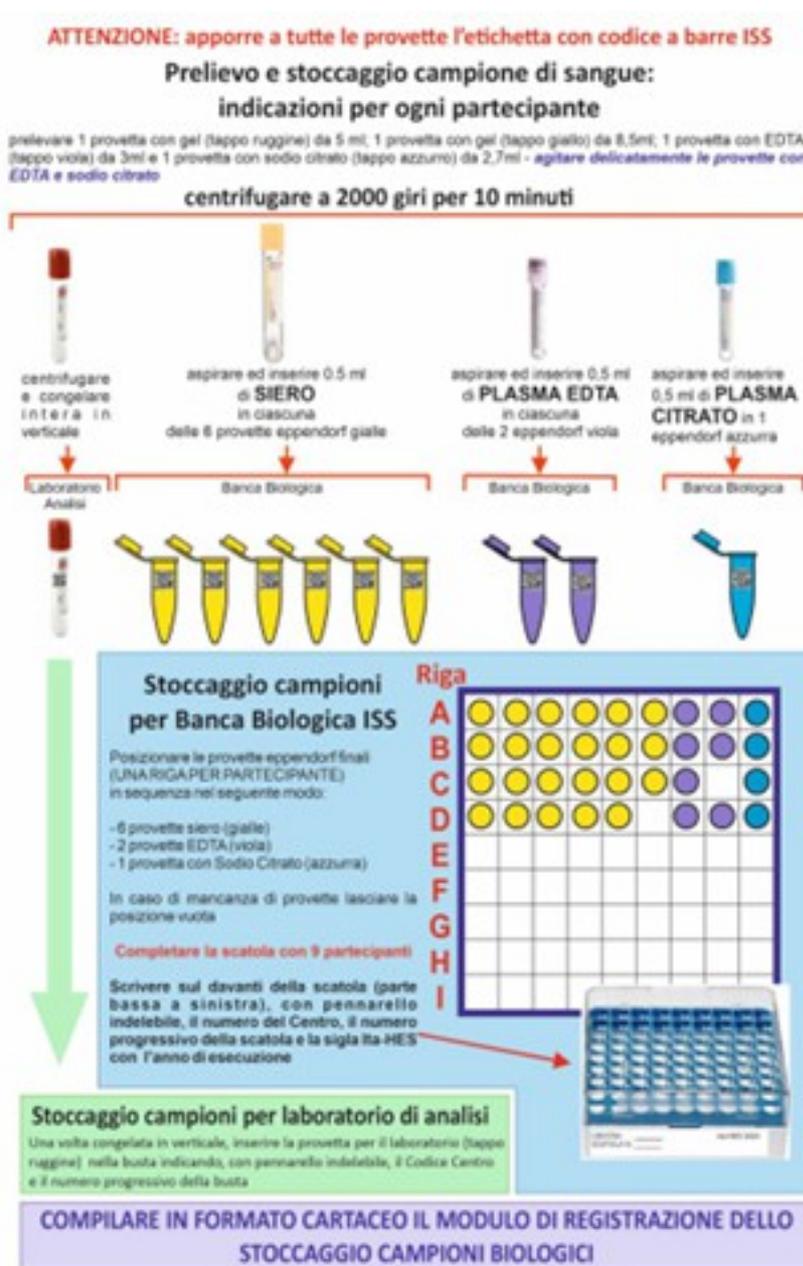


Fig.19 Prelievo e stoccaggio campione di sangue

La **raccolta delle urine delle 24 ore** viene effettuata in contenitori da 3000 ml all'interno dei quali viene inserita dalla Struttura Sanitaria Locale collaborante una piccola quantità (la punta di un cucchiaino) di conservante in polvere (timolo); sul tappo del contenitore viene segnato con un pennarello indelebile il codice univoco seriale del partecipante e le iniziali del nome e del cognome. Il contenitore viene consegnato in una busta dove viene inserito un foglio con le istruzioni per la raccolta:” *la mattina del giorno della raccolta, appena alzato, deve urinare e gettare via tutte le urine; ciò serve ad "azzerare" la raccolta svuotando il contenuto della vescica che contiene le urine formatesi durante la notte. Da quel momento in poi, per tutto l'arco della giornata, fino alla mattina successiva, ogni volta che deve recarsi in bagno deve raccogliere le urine nel contenitore. Le urine della mattina successiva all'inizio della raccolta sono le ultime incluse. Nel caso in cui debba andare di corpo, dovrà prima urinare nel contenitore. Il raccoglitore dovrà essere riconsegnato al centro screening dopo l'ultima raccolta. Il giorno della raccolta si raccomanda di bere almeno 2 litri d'acqua*”.

Dopo la consegna del contenitore al partecipante e successiva restituzione del contenitore con l'urina raccolta nelle 24 ore, c'è la registrazione del volume (quantità) delle urine e processazione dei campioni biologici.

La processazione dei campioni include la registrazione del volume delle urine, l'effettuazione di aliquote, lo stoccaggio in appositi contenitori per il loro congelamento e la registrazione delle informazioni relative allo stoccaggio. Tutte le aliquote di urina, al termine della processazione, vengono trasferite in giornata in un congelatore a -20°C. I campioni congelati vengono successivamente trasferiti dall'ISS in ghiaccio secco alla Banca di Campioni Biologici dell'ISS dove vengono stoccati in parte in congelatori a -80°C per la conservazione a lungo termine e in parte inviati al laboratorio centralizzato per le determinazioni (Fig.20).

**ATTENZIONE: apporre a tutte le provette l'etichetta con codice a barre ISS**

**Registrare volume  
delle urine  
nel registro cartaceo  
agitare il contenitore**



inserire e riempire 2 provette (monovette da 10ml tappo giallo) nel foro del coperchio del contenitore (reclinato).



congelare intera  
in verticale

Laboratorio Analisi



aspirare ed inserire 1,6 ml di urina in ciascuna delle 3 provette  
con tappo giallo



**Stoccaggio campioni per Banca Biologica ISS**  
Posizionare nella scatola le provette finali

**Completare la scatola con 27 partecipanti**

Scrivere sul coperchio e sul davanti della scatola (parte bassa a sinistra), con pennarello indelebile, il numero del Centro, il numero della scatola e la sigla Ita-HES con l'anno di esecuzione

**Stoccaggio campioni per laboratorio di analisi**  
Inserire la provetta per il laboratorio nella busta indicando, con pennarello indelebile, il Codice Centro e il numero progressivo della busta

**COMPILARE IN FORMATO CARTACEO IL MODULO DI REGISTRAZIONE DELLO STOCCAGGIO CAMPIONI BIOLOGICI**

**Colonna**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Partecipante 1	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Partecipante 2	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Partecipante 3	●	●	●	●	●	●	●	●	●
A	●	●	●	●	●	●	●	●	●
B	●	●	●	●	●	●	●	●	●
C	●	●	●	●	●	●	●	●	●
D									
E									
F									
G									
H									
I									

Fig.20 Stoccaggio urine delle 24 ore

## CAPITOLO 3

### 3. L'INDAGINE DI POPOLAZIONE NELLA REGIONE MARCHE - DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE AST FERMO

Nella Regione Marche, le operazioni legate alla conduzione dello screening di popolazione sono avvenute nel 2023 ed è stata scelta come riferimento l'azienda Sanitaria Locale di Fermo (AST-Fermo), nello specifico il Dipartimento di Prevenzione, per via del legame storico che il nostro territorio ha con un altro progetto importantissimo avviato negli anni '60 e che getto' le fondamenta dei suoi studi a Montegiorgio (FM): il Seven Countries Study, il più importante studio effettuato sui rischi connessi alle malattie cardiovascolari e Montegiorgio risultò essere il luogo simbolo della dieta mediterranea per qualità di vita e abitudini alimentari.

#### Progetto "Cuore", Fermo città-test: 200 persone selezionate «Occasione per controllarsi e favorire la ricerca»

SANITA' - Il Progetto è promosso dall'Istituto Superiore di Sanità e dal Ministero della Salute. Per le Marche è stata individuata la città di Fermo. Si tratta di uno studio e un monitoraggio fatto sulla popolazione per valutare i fattori di rischio delle malattie cardiovascolari quali obesità, ipertensione arteriosa, diabete, colesterolo

**vivere fermo**

IL QUOTIDIANO DELLA CITTÀ E DEL TERRITORIO

👍 Top News

🕒 Ultima Ora

SEI IN > VIVERE FERMO > ATTUALITA'

COMUNICATO STAMPA

## Fermo, "Progetto cuore": 200 cittadini dai 35 ai 74 anni selezionati

### **3.1 IL CAMPIONE DI POPOLAZIONE ESAMINATO**

Nell'ambito dello screening di popolazione è stato esaminato il seguente numero di persone, selezionate casualmente tra i residenti nel Comune di Fermo per sesso e classi di età:

<b>Classe di età (anni)</b>	<b>DONNE</b>	<b>UOMINI</b>	<b>TOTALE</b>
<b>35-44</b>	25	25	50
<b>45-54</b>	26	27	53
<b>55-64</b>	25	26	51
<b>65-74</b>	26	27	53
<b>TOTALE</b>	102	105	207

Le analisi di laboratorio effettuate sui campioni di siero e di urine delle 24 ore sono state eseguite presso UOC Medicina di Laboratorio – Policlinico Tor Vergata di Roma, Direttore Prof. Sergio Bernardini, referenti Dott.ssa Maria Morello e Dott. Stefano Di Carlo. Parte dei campioni biologici derivati dal prelievo di sangue e dalle urine delle 24 ore sono conservati presso la banca di campioni biologici del Dipartimento delle Malattie Cardiovascolari, Endocrino metaboliche e dell'Invecchiamento dell'Istituto Superiore di Sanità (20).

### **3.2. PRINCIPALI INDICATORI DI SALUTE E STILI DI VITA: RISULTATI REGIONE MARCHE**

In questa sezione vengono riportati alcuni dei principali indicatori di salute legati alle malattie non trasmissibili.

Le prevalenze vengono riportate per uomini e donne, le medie vengono riportate per uomini, donne e classi di età.

#### **3.2.1 PRESSIONE ARTERIOSA**

L'ipertensione è la più importante causa prevenibile di malattie cardiache e ictus in tutto il mondo. Poiché la maggior parte delle persone con ipertensione

non presenta alcun sintomo e maggiore è la pressione arteriosa, maggiore è il rischio di danni al cuore e ai vasi sanguigni negli organi principali come cervello e reni, è importante monitorare il livello di pressione arteriosa attraverso la misurazione diretta sia al livello individuale che a livello di popolazione (21).

Qui di seguito i livelli degli indicatori riscontrati nel 2023 nella regione Marche su un campione di popolazione di età compresa tra i 35 e i 74 anni.

Le statistiche sono standardizzate con la distribuzione per età e sesso relativa alla regione Marche 2023.

Tabella 1 – Pressione arteriosa elevata e pressione arteriosa sistolica – Italian Health Examination Survey – Progetto CUORE - Marche, 2023.

Uomini e donne 35-74 anni

<i>Popolazione generale</i>	<u>Uomini</u>	<u>Donne</u>
	%	%
<b>Pressione arteriosa elevata</b>	<b>34</b>	<b>21</b>
<i>Popolazione generale</i>	<u>Uomini</u>	<u>Donne</u>
<b>Pressione arteriosa sistolica, mmHg</b>	<i>media</i>	<i>media</i>
35-44 anni	130	114
45-54 anni	131	120
55-64 anni	135	130
65-74 anni	144	135
<b>TOTALE</b>	<b>135</b>	<b>125</b>

Statistiche standardizzate con la distribuzione per età e sesso della Regione nel 2023.

Pressione arteriosa elevata: pressione arteriosa sistolica  $\geq 140$  mmHg e/o pressione arteriosa diastolica  $\geq 90$  mmHg.

Qui di seguito sono riportati ulteriori indicatori legati alla pressione arteriosa, in particolare la prevalenza di trattamento farmacologico per pregressa diagnosi di ipertensione nella popolazione generale e nella popolazione con pregressa diagnosi di ipertensione, e la prevalenza di consapevolezza di pressione arteriosa elevata nella popolazione con pressione arteriosa sistolica e/o diastolica elevata.

Tabella 2 – Pressione arteriosa diastolica, trattamento pressione arteriosa e inconsapevolezza pressione arteriosa elevata – Italian Health Examination Survey – Progetto CUORE - Marche, 2023 Uomini e donne 35-74 anni.

	<b>Uomini</b>	<b>Donne</b>
<b>Pressione arteriosa diastolica, mmHg</b>	<b>media</b>	<b>media</b>
<b>35-44 anni</b>	77	70
<b>45-54 anni</b>	79	77
<b>55-64 anni</b>	78	76
<b>65-74 anni</b>	80	74
<b>TOTALE</b>	<b>79</b>	<b>74</b>
	<b>Uomini</b>	<b>Donne</b>
<b>Popolazione generale</b>	%	%
<b>Trattamento per ipertensione</b>	26	16
<b>Pressione arteriosa elevata e/o in trattamento</b>	43	34
	<b>Uomini</b>	<b>Donne</b>
<b>Popolazione pressione arteriosa elevata e/o in trattamento</b>	%	%
<b>Trattamento per ipertensione</b>	59	47
<b>Inconsapevolezza pressione elevata</b>	34	41
<b>Consapevoli non in trattamento</b>	7	12

Statistiche standardizzate con la distribuzione per età e sesso della Regione nel 2023.

La pressione arteriosa media è stata calcolata effettuando la media della prima e seconda misurazione effettuata sui partecipanti.

Pressione arteriosa elevata: pressione arteriosa sistolica  $\geq 140$  mmHg e/o pressione arteriosa diastolica  $\geq 90$  mmHg.

Per inconsapevolezza si intendono le persone partecipanti che a domanda diretta "Le è mai stato detto da un medico o da un altro operatore sanitario che ha la pressione arteriosa elevata?" hanno risposto negativamente ma alle quali è stata riscontrata una pressione elevata (definita come pressione arteriosa sistolica  $\geq 140$  mmHg e/o pressione arteriosa diastolica  $\geq 90$  mmHg).

Per consapevoli non in trattamento si intendono le persone partecipanti che a domanda diretta "Le è mai stato detto da un medico o da un altro operatore sanitario che ha la pressione arteriosa elevata?" hanno risposto positivamente ma attualmente non sono in trattamento per ipertensione.

In confronto all'indagine di popolazione 2008-2012, nel 2023 si riscontra un trend tendenzialmente in diminuzione per quanto riguarda la prevalenza della pressione elevata e/o trattamento farmacologico soprattutto per gli uomini (grafico 1), una tendenziale diminuzione della pressione arteriosa sistolica media nelle donne e della pressione arteriosa diastolica media sia negli uomini che nelle donne (20).

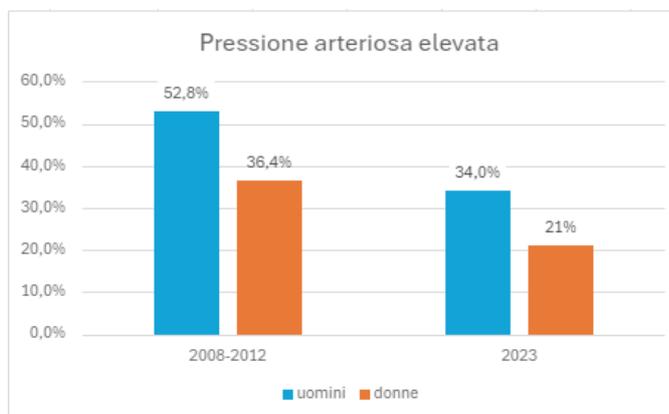


Grafico 1 "Confronto pressione arteriosa elevata tra i periodi 2008-2012 e 2023"

### 3.2.2 ABITUDINE AL FUMO

L'epidemia da consumo di tabacco è una delle più grandi minacce alla salute pubblica che il mondo abbia mai dovuto affrontare, che conduce alla morte oltre 8 milioni di persone all'anno in tutto il mondo. Più di 7 milioni di questi decessi sono il risultato del consumo diretto di tabacco, mentre circa 1,3 milioni sono il risultato dell'esposizione dei non fumatori al fumo passivo (22-23).

Il fumo di sigaretta è la forma più comune di consumo di tabacco in tutto il mondo. Altre modalità di consumo includono: tabacco per pipa ad acqua, sigari, sigaretti, tabacco riscaldato, tabacco da arrotolare, tabacco da pipa, bidis e kretek e prodotti del tabacco senza fumo. Le sigarette elettroniche sono la forma più comune di sistemi elettronici di erogazione di nicotina (ENDS) e sistemi elettronici di erogazione di non nicotina (ENNDS), anche se sono disponibili altri prodotti di questo tipo, come ad esempio i sigari elettronici e le pipe elettroniche. Le emissioni delle ENDS contengono quantità variabili di nicotina e di altre sostanze nocive, risultando dannose sia per i consumatori che per i non consumatori esposti agli aerosol.

Qui di seguito i livelli dell'indicatore riscontrati nel 2023 nella regione Marche su un campione di popolazione di età compresa tra i 35 e i 74 anni. Le statistiche sono standardizzate con la distribuzione per età e sesso relativa alla regione Marche 2023.

	<u>Uomini</u>	<u>Donne</u>
<i>Popolazione generale</i>	%	%
<b>Abitudine al fumo di sigaretta</b>	<b>14</b>	<b>15</b>

Statistiche standardizzate con la distribuzione per età e sesso della Regione nel 2023.

Tabella 10. Tipo di sigaretta utilizzata e numero di sigarette fumate al giorno tra i fumatori regolari – Italian Health Examination Survey – Progetto CUORE - Marche, 2023  
Uomini e donne 35-74 anni.

<i>Popolazione di fumatori regolari</i>	<u>Uomini</u>	<u>Donne</u>
	%	%
<b>SOLO SIGARETTE CONFEZIONATE</b>	82	76
<b>SOLO SIGARETTE FATTE A MANO</b>	18	19
<b>SOLO SIGARETTE ELETTRONICHE</b>	0	6
<b>SIA SIGARETTE CONFEZIONATE O FATTE A MANO CHE ELETTRONICHE, MA PREVALENTEMENTE CONFEZIONATE O FATTE A MANO</b>	0	0
<b>SIA SIGARETTE CONFEZIONATE O FATTE A MANO CHE ELETTRONICHE, MA PREVALENTEMENTE SIGARETTE ELETTRONICHE</b>	0	0
	<u>Uomini</u>	<u>Donne</u>
<b>Numero di sigarette al giorno</b>	<i>media</i>	<i>media</i>
<b>35-44 anni</b>	11	16
<b>45-54 anni</b>	15	12
<b>55-64 anni</b>	16	12
<b>65-74 anni</b>	20	10
<b>TOTALE</b>	<b>15</b>	<b>12</b>

Statistiche standardizzate con la distribuzione per età e sesso della Regione nel 2023.

In confronto all’indagine di popolazione 2008-2012, nel 2023 si riscontra sia per gli uomini che per le donne una diminuzione della prevalenza di fumatori correnti (grafico 2) mentre si registra una sostanziale stabilità per quanto riguarda il numero medio di sigarette consumato al giorno (20).

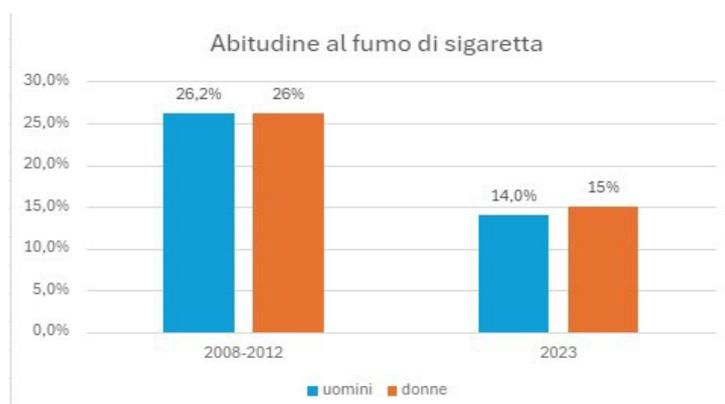


Grafico 2 “Confronto abitudine al fumo di sigaretta tra i periodi 2008-2012 e 2023”

### 3.2.3. ATTIVITA' FISICA

L'inattività fisica è un fattore di rischio chiave per le malattie non trasmissibili e la quarta causa di morte prematura a livello globale (6% dei decessi). Inoltre, si stima che l'inattività fisica sia la causa principale di circa il 21-25% dei tumori al seno e al colon, del 27% del diabete e di circa il 30% delle cardiopatie ischemiche (24-25). Essere fisicamente attivi è essenziale per una buona salute durante tutta la vita.

Livelli regolari e adeguati di attività fisica hanno il vantaggio di: ridurre il rischio di ipertensione, malattia coronarica, ictus, diabete, cancro al seno e al colon, depressione e rischio di cadute; migliorare la salute ossea e funzionale; essere un fattore determinante del dispendio energetico e quindi fondamentali per il bilancio energetico e il controllo del peso.

Le persone di età uguale o superiore ai 18 anni dovrebbero svolgere almeno 150 minuti di attività fisica aerobica di intensità moderata durante la settimana o almeno 75 minuti di attività fisica aerobica di intensità vigorosa durante la settimana o una combinazione equivalente di attività di intensità moderata e vigorosa. Ciò può includere attività fisica nel tempo libero (ad esempio: camminare, ballare, giardinaggio, escursionismo, nuoto), trasporto (ad esempio camminare o andare in bicicletta), professionale (ad esempio lavoro), faccende domestiche, gioco, sport o esercizio fisico programmato, nel contesto delle attività quotidiane, familiari e comunitarie. Qui di seguito i livelli dell'indicatore riscontrati nel 2023 nella regione Marche su un campione di popolazione di età compresa tra i 35 e i 74 anni.

Tabella 11. Insufficiente attività fisica – Italian Health Examination Survey – Progetto CUORE - Marche, 2023  
Uomini e donne 35-74 anni.

	<u>Uomini</u>	<u>Donne</u>
<i>Popolazione generale</i>	%	%
<b>Inattività fisica</b>	<b>48</b>	<b>61</b>

Statistiche standardizzate con la distribuzione per età e sesso della Regione nel 2023.  
Insufficiente attività fisica (meno di 150 minuti a settimana di attività fisica moderata e/o intensa - considerando i minuti di attività intensa il doppio dei minuti di attività moderata).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità suggerisce di monitorare l'attività fisica nelle indagini di popolazione anche attraverso la registrazione dei passi quotidiani (26). Qui di seguito sono riportati ulteriori indicatori legati all'attività fisica.

Tabella 12. Numero di passi giornaliero – Italian Health Examination Survey – Progetto CUORE - Marche, 2023  
Uomini e donne 35-74 anni.

<i>Popolazione generale</i>	<u>Uomini</u>	<u>Donne</u>
<b>Numero di passi al giorno</b>	<i>media</i>	<i>media</i>
<b>35-44 anni</b>	7406	6919
<b>45-54 anni</b>	5555	5998
<b>55-64 anni</b>	6705	7274
<b>65-74 anni</b>	5308	5339
<b>TOTALE</b>	<b>6214</b>	<b>6361</b>
	<u>Uomini</u>	<u>Donne</u>
<i>Popolazione generale</i>	%	%
<b>Numero di passi al giorno</b>		
<b>0-5000</b>	41	37
<b>5000-10000</b>	48	51
<b>10000-15000</b>	9	12
<b>&gt;=15000</b>	2	1

Statistiche standardizzate con la distribuzione per età e sesso della Regione nel 2023.

In confronto all'indagine di popolazione 2008-2012, nel 2023 si riscontra una prevalenza della sedentarietà nel tempo libero (attività prevalentemente sedentaria durante il tempo libero) in tendenziale aumento nelle donne e sostanzialmente stabile negli uomini (grafico 3). Le informazioni nel 2008-2012 non riguardavano il numero di minuti di attività fisica moderata e intensa (20).

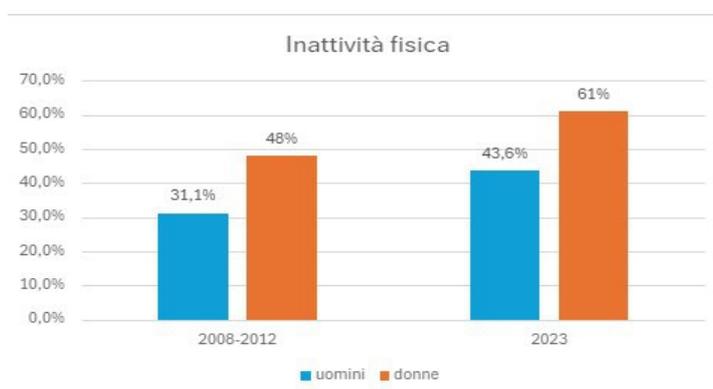


Grafico 3 "Confronto inattività fisica tra i periodi 2008-2012 e 2023"

### **3.2.4 CONSUMO DI SALE**

La quantità di sale alimentare (cloruro di sodio) consumata è un importante determinante dei livelli di pressione arteriosa, dell'ipertensione e del rischio cardiovascolare complessivo (27-28). Si stima che circa 1,89 milioni di decessi ogni anno siano associati al consumo eccessivo di sodio, una causa ben consolidata di aumento della pressione sanguigna e aumento del rischio di malattie cardiovascolari.

Ridurre l'assunzione di sodio è uno dei modi più convenienti per migliorare la salute e ridurre il carico delle malattie non trasmissibili, poiché può evitare un gran numero di eventi cardiovascolari e di decessi con interventi complessivamente a basso costo. L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda una serie di politiche di "best buy" legate al sodio come azioni pratiche che i paesi dovrebbero intraprendere tempestivamente per prevenire le malattie cardiovascolari e i costi associati. Queste includono la riduzione del contenuto di sodio negli alimenti; l'implementazione dell'etichettatura frontale della confezione; campagne mediatiche e appalti e servizi pubblici di prodotti alimentari.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda un apporto di sale inferiore a 5 grammi (circa 2 g di sodio) per persona al giorno per la prevenzione delle malattie cardiovascolari, la principale causa di morte a livello globale. Tutto il sale consumato dovrebbe essere iodato (arricchito con iodio), che è essenziale per un sano sviluppo del cervello nel feto e nel bambino e per l'ottimizzazione della funzione mentale delle persone in generale. In molti paesi ad alto reddito, circa il 75% del sale nella dieta proviene da alimenti trasformati e pasti preparati fuori casa. L'assunzione di sale può essere stimata attraverso la raccolta delle urine delle 24 ore. Sono inoltre necessari questionari sulla frequenza di consumo dei diversi alimenti, supportati da tabelle nazionali sulla composizione degli stessi alimenti, per definire il consumo di sale e le fonti.

Qui di seguito i livelli dell'indicatore riscontrati nel 2023 nella regione Marche su un campione di popolazione di età compresa tra i 35 e i 74 anni.

Tabella 13. Consumo di sale a livello di popolazione (da escrezione urinaria di sodio/24 ore) – Italian Health Examination Survey – Progetto CUORE - Marche, 2023  
Uomini e donne 35-74 anni.

<i>Popolazione generale</i>	<u>Uomini</u>	<u>Donne</u>
Consumo di sale giornaliero, g	<i>media</i>	<i>media</i>
35-44 anni	9,9	7,3
45-54 anni	10,3	7,8
55-64 anni	9,6	8,1
65-74 anni	8,9	9,1
<b>TOTALE</b>	<b>9,7</b>	<b>8,1</b>

Statistiche standardizzate con la distribuzione per età e sesso della Regione nel 2023.

Qui di seguito è riportato un ulteriore indicatore legato al consumo di sale: la percentuale di popolazione che consuma il livello raccomandato di sale.

Tabella 14. Consumo di sale livello raccomandato (da escrezione urinaria di sodio/24 ore) – Italian Health Examination Survey – Progetto CUORE - Marche, 2023  
Uomini e donne 35-74 anni.

<i>Popolazione generale</i>	<u>Uomini</u>	<u>Donne</u>
Consumo di sale giornaliero entro 5 g	%	%
	<b>10</b>	<b>20</b>

Statistiche standardizzate con la distribuzione per età e sesso della Regione nel 2023.

In confronto all'indagine di popolazione 2008-2012, nel 2023 si riscontra una tendenziale lieve diminuzione della media di consumo di sale al giorno sia negli uomini che nelle donne (20) (grafico 4).

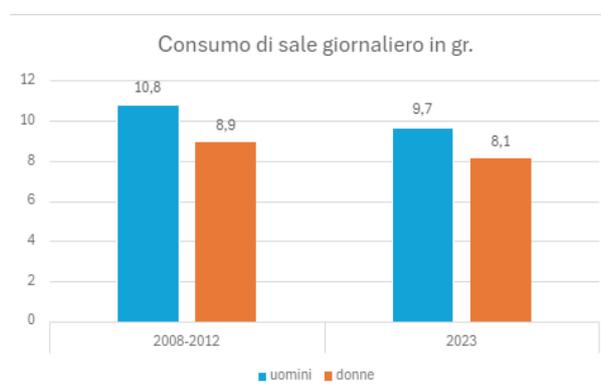


Grafico 4”Confronto consumo di sale giornaliero tra i periodi 2008-2012 e 2023”

### 3.3 RISCHIO CARDIOVASCOLARE

Il **rischio cardiovascolare** globale assoluto è un indicatore individuale che permette di valutare *la probabilità di avere un evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) conoscendo il livello di alcuni fattori di rischio nei successivi 10 anni.*

Va evidenziato che l'identificazione delle persone a rischio non è basata sul contributo dei fattori di rischio considerati singolarmente ma tiene conto della loro valutazione globale. Quindi, il rischio globale assoluto non è la semplice somma del rischio dovuto ai singoli fattori.

La valutazione del rischio globale assoluto rispetta l'eziologia multifattoriale della malattia cardiovascolare. Il livello di rischio viene infatti stimato per ogni individuo a partire dai principali fattori di rischio presenti, offrendo opzioni multiple al trattamento delle persone con rischio aumentato perché la modifica di ciascuno dei singoli fattori può influenzare in maniera chiaramente prevedibile il rischio assoluto.

Attraverso l'utilizzo dei dati degli studi longitudinali afferenti al Progetto CUORE è stato possibile costruire strumenti per la stima del rischio cardiovascolare globale assoluto nella popolazione adulta italiana.

Il punteggio individuale del Progetto CUORE permette, nelle persone di età compresa tra i 35 e i 69 anni, la stima della probabilità di incorrere in un evento cardiovascolare (infarto del miocardio o ictus) fatale o non fatale nei successivi 10 anni sulla base della conoscenza dei seguenti fattori di rischio: età, sesso, presenza di diabete, presenza di abitudine al fumo, livello di pressione sistolica, colesterolemia totale, colesterolemia HDL, presenza di trattamento antipertensivo.

Considerando i dati raccolti sui fattori di rischio relativi ai partecipanti all'indagine di popolazione 2023 nella regione Marche è stato possibile elaborare i seguenti indicatori legati al rischio cardiovascolare nella popolazione.

Tabella 17. Rischio cardiovascolare globale assoluto attraverso il punteggio individuale del Progetto CUORE – Italian Health Examination Survey – Progetto CUORE - Marche, 2023  
Uomini e donne 35-69 anni (\*senza precedente evento cardiovascolare o rivascularizzazione).

<i>Popolazione generale</i>	<u>Uomini</u>	<u>Donne</u>
Rischio cardiovascolare globale assoluto, %*	<i>media</i>	<i>media</i>
35-44 anni	1,5	0,3
45-54 anni	3,7	1,1
55-64 anni	8,8	2,3
65-69 anni	14,2	4,5
<b>TOTALE</b>	<b>5,7</b>	<b>1,9</b>

<i>Popolazione generale</i>	<u>Uomini</u>	<u>Donne</u>
Rischio cardiovascolare globale assoluto, %*	%	%
meno del 5%	60,8	93,1
5-10 %	18,6	5,9
10-15%	17,7	1,0
15-20%	3,0	0,0
20-30%	0,0	0,0
oltre il 30%	0,0	0,0

Statistiche standardizzate con la distribuzione per età e sesso della Regione nel 2023.

In confronto all'indagine di popolazione 2008-2012, nel 2023 si riscontra una tendenziale lieve diminuzione della media del rischio cardiovascolare globale assoluto sia negli uomini che nelle donne (20).

### 3.4 CALCOLO DEL PUNTEGGIO INDIVIDUALE

Un'altra strategia che ha sviluppato Progetto Cuore è stata quella di inserire nel suo sito il punteggio individuale, cioè uno strumento semplice attraverso cui si può stimare la probabilità di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore (Infarto del miocardio o ictus) nei successivi 10 anni, conoscendo il valore di otto fattori di rischio: sesso, età, diabete, abitudine al fumo, pressione arteriosa sistolica, colesterolemia totale, colesterolemia HDL e trattamento anti-ipertensivo, per poter calcolare il rischio cardiovascolare (Fig.21)

Il calcolo del punteggio individuale di rischio cardiovascolare permette di suddividere le persone in:

- soggetti a rischio elevato (rischio superiore o uguale al 20%)
- soggetti da tenere sotto controllo attraverso l'adozione di uno stile di vita sano (rischio superiore o uguale al 3% e inferiore al 20%)
- soggetti a basso rischio (rischio inferiore al 3%)

Al fine della valutazione del rischio cardiovascolare, i valori degli esami clinici di glicemia e colesterolemia sono utilizzabili se eseguiti da non più di tre mesi.

Si consiglia di eseguire la valutazione del rischio cardiovascolare attraverso il punteggio almeno:

- ogni sei mesi per persone a elevato rischio cardiovascolare (rischio superiore o uguale al 20%)
- ogni anno per persone a rischio da tenere sotto controllo attraverso l'adozione di uno stile di vita sano (rischio superiore o uguale al 3% e inferiore al 20%)
- ogni 5 anni per persone a basso rischio cardiovascolare (rischio inferiore al 3%) (29).

Sesso	<input type="text"/>	
Età	<input type="text"/>	(anni)
Abitudine al fumo di sigaretta	<input type="text"/>	(si intende chi fuma regolarmente ogni giorno, anche una sola sigaretta, oppure ha smesso da meno di 12 mesi)
Qual è il valore della pressione sistolica?	<input type="text"/>	(1° misurazione, espressa in mmHg)
Qual è il valore della pressione sistolica?	<input type="text"/>	(2° misurazione, espressa in mmHg)
Qual è il valore della colesterolemia totale?	<input type="text"/>	(espressa in mg/dl)
Qual è il valore della colesterolemia HDL?	<input type="text"/>	(espressa in mg/dl)
È mai stato diagnosticato il diabete?	<input type="text"/>	(oppure due determinazioni successive di glicemia a digiuno superiori o uguali a 126 mg/dl)
Presenza di ipertensione arteriosa per cui il medico ha prescritto farmaci anti-ipertensivi	<input type="text"/>	(si considera sotto trattamento chi assume regolarmente questi farmaci)

Fig.21 Scheda di calcolo del punteggio individuale

### 3.5 CONSEGNA DEI RISULTATI AI PARTECIPANTI

Al termine dell'indagine sono state consegnate le risposte ai partecipanti da parte del personale del Dipartimento di Prevenzione - AST Fermo con risposte alle eventuali domande in merito, dando anche il suggerimento al partecipante di portare le risposte al proprio medico curante sia per ricevere ulteriori informazioni che eventualmente per avviare un percorso di prevenzione e cura.

Nella cartella di risposta sono state riportate:

- alcune note sull'importanza in termini preventivi degli esami effettuati;
- suggerimenti relativi all'adozione di stili di vita corretti (alimentazione, attività fisica, tabagismo) (Fig.23)
- una brochure, predisposta dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con il Ministero della Salute, riguardante l'importanza di un consumo di sale contenuto e suggerimenti pratici per evitare un consumo eccessivo (Fig.22)
- una tabella con riportato il consumo stimato di sale e di potassio assunto nelle 24 h (Fig.24)
- calcolo del rischio cardiovascolare (Fig.25)



Fig.22 Brochure “Meno sale più salute”

## il progetto cuore

Epidemiologia delle malattie cerebro e cardiovascolari

### Attività fisica

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, per attività fisica si intende "qualsiasi sforzo esercitato dal sistema muscolo-scheletrico che si traduce in un consumo di energia superiore a quello in condizioni di riposo". In questa definizione rientrano quindi non solo le attività sportive ma anche semplici movimenti quotidiani come camminare, andare in bicicletta, ballare, giocare, fare giardinaggio o lavori domestici.

La **sedentarietà** è un fattore di rischio per le malattie cardiovascolari, il diabete e i tumori. Quindi un'attività fisica regolare è uno degli elementi più importanti per mantenersi in buona salute.

Con la pratica di un'attività fisica regolare il cuore diventa più robusto e resistente alla fatica. L'attività aerobica aumenta la richiesta di ossigeno da parte del corpo e il carico di lavoro di cuore e polmoni, rendendo la circolazione più efficiente. Un cuore allenato pompa una quantità di sangue maggiore senza dispendio supplementare di energia: 10 battiti cardiaci in meno al minuto significano 5.256.000 battiti all'anno risparmiati.

Non è mai troppo tardi per cominciare a muoversi, non c'è un livello minimo per avere dei benefici: un po' di attività è meglio di niente. E i benefici cominciano non appena si inizia a essere più attivi.

**Praticare esercizio fisico in modo regolare e moderato.**

- ▶ aiuta a perdere il sovrappeso
- ▶ migliora la pressione arteriosa
- ▶ brucia i grassi e migliora il tasso di colesterolo nel sangue
- ▶ aiuta a prevenire e controllare il diabete
- ▶ è un ottimo antistress
- ▶ fa diminuire la voglia di fumare
- ▶ è un buon modo per socializzare
- ▶ è il miglior cosmetico.

**Per arrivare a 30 minuti di attività fisica moderata al giorno è sufficiente:**

- ▶ andare a lavorare a piedi o in bicicletta
- ▶ evitare la macchina per piccoli spostamenti
- ▶ organizzare una passeggiata con gli amici o una corsa nel parco
- ▶ fare le scale invece di prendere l'ascensore
- ▶ scendere prima dall'autobus
- ▶ dedicarsi al giardinaggio o ai lavori di casa
- ▶ andare a ballare o giocare con i bambini.

Attività fisica

### il progetto cuore

Ogni settimana prova ad aumentare il livello della tua attività fisica. Ecco come cominciare...

**Se sei inattivo** (arrivando così alla base della piramide):

- ▶ fai le scale invece di prendere l'ascensore
- ▶ nascondi il telecomando e alzati dalla poltrona ogni volta che cambi canale
- ▶ cammina di più: attorno alla casa, in giardino
- ▶ fai stretching mentre sei in fila
- ▶ sfrutta ogni occasione per camminare.

**Se sei discontinuo** (svolgendo attività non regolare):

Cerca di diventare più costante dedicandoti alle attività indicate al centro della piramide:

- ▶ trova attività che ti piacciono
- ▶ pianifica le attività da svolgere nell'arco della giornata
- ▶ poni obiettivi realistici.

**Se sei costante** (fai attività fisica almeno quattro volte a settimana):

Scegli attività dall'intera piramide e, se ti ami:

- ▶ cambia le tue attività quotidiane
- ▶ prova nuove attività.

Fig.23 "Scheda attività fisica e alimentazione"

## il progetto cuore

Epidemiologia delle malattie cerebro e cardiovascolari

### Alimentazione

La salute e l'efficienza dell'uomo dipendono in gran parte dall'alimentazione, che contribuisce a costruire, rigenerare, mantenere il corpo e a fornire l'energia indispensabile al buon funzionamento dell'organismo.

Mangiare troppo e in maniera non corretta può causare sovrappeso, ipercolesterolemia, ipertensione arteriosa, diabete, e quindi aumentare il rischio di malattie cardiovascolari, diabete e tumori.

L'ampia varietà di cibi di origine animale e vegetale costituisce il fondamento di un'alimentazione sana e bilanciata.

- Aumentare il consumo di frutta fresca, verdure e ortaggi** di tutti i tipi, privi di grassi e ricchi di vitamine, minerali e fibre.
- Aumentare il consumo di legumi**, come fagioli, piselli, ceci, fave e lenticchie. I legumi rappresentano una fonte preziosa di proteine e sono privi di grassi: per questo possono sostituire la carne.
- Aumentare il consumo di pesce**. L'effetto protettivo è dovuto al tipo di grassi contenuti nel pesce (omega-3) che riducono il rischio di malattie cardiovascolari. Mangiare pesce due o tre volte alla settimana.
- Privilegiare gli oli vegetali**, in particolare l'olio extra vergine di oliva e gli oli di semi (di mais, di girasole), limitando il consumo di grassi di origine animale come il burro, il lardo, lo strutto e la margarina, che contengono elevate quantità di grassi saturi. Ricordare che gli oli hanno un alto valore energetico.

Alimentazione

### il progetto cuore

- Privilegiare le carni magre**, come pollo e tacchino (senza pelle), vitello e coniglio, limitando il consumo di carni rosse e grasse, come maiale, oca, anatra. È buona norma eliminare il grasso visibile e non raccogliere il grasso di cottura. È preferibile la cottura alla griglia, alla piastra o al vapore, limitando tutti i piatti che necessitano di salse ricche di grassi. Non consumare carne tutti i giorni.
- Limitare il consumo di insaccati**, come salicicce, wurstel, salame, mortadella. Preferire i salumi magri, come prosciutto crudo, speck, bresaola.
- Limitare il consumo di formaggi**, preferire i formaggi freschi (come la ricotta di mucca). I formaggi non vanno mangiati alla fine del pasto, ma vanno considerati sostitutivi della carne o del pesce.
- Ridurre il consumo di dolci**, perché questi alimenti sono ricchi di grassi e zuccheri. Preferire i dolci fatti in casa, purché preparati con grassi vegetali e in quantità moderate. Limitare il consumo di dolci di produzione industriale.
- Privilegiare gli alimenti ricchi di amido**, come pane, pasta, patate, polenta, cercando di utilizzare prodotti integrali ricchi di fibre. Questi alimenti hanno un alto valore energetico ma non contengono elevate quantità di grassi. Limitare pasta, pane e riso in caso di sovrappeso o obesità.
- Limitare il consumo di cibi con elevato contenuto di colesterolo** a non più di due volte a settimana. Fanno parte di questa categoria le uova e le frattaglie (cervello, fegatini, rognone).
- Limitare il consumo di sale**, perché aumenta la pressione arteriosa. Ridurre il sale aggiunto agli alimenti sia durante la cottura che prima del consumo, sostituendolo con spezie ed erbe aromatiche. Prestare attenzione al sale contenuto nei cibi confezionati (formaggi, pane, cibi in scatola, alimenti conservati sotto sale, sott'olio o in salsa).  
 **Limitare l'uso di bevande zuccherate**, preferendo spremute e succhi di frutta non zuccherati.
- Controllare il consumo di bevande alcoliche**: non più di tre bicchieri di vino al giorno per gli uomini e due per le donne, tenendo conto che una lattina di birra o un bicchierino di liquore possono sostituire un bicchiere di vino. Vino e birra, consumati durante il pasto purché in quantità moderata, possono ridurre il rischio di infarto e ictus. L'alcol aumenta la pressione arteriosa e danneggia il fegato. Pertanto non è indicato in coloro che hanno la pressione elevata. Ricordare che l'alcol interferisce con i farmaci e può provocare effetti indesiderati.

Per ulteriori informazioni consultare il sito dell'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione ([www.inran.it](http://www.inran.it))

Gentile Sig/a

nel ringraziarLa dell'adesione all'indagine di popolazione *Italian Health Examination Survey – Progetto CUORE*, Le comunichiamo una stima approssimata in grammi del Suo apporto giornaliero di sale e di potassio in base ai valori in mMol riscontrati nel campione di urine delle 24 ore da Lei collezionato in data 12/06/2023.

Volume Urinario (ml)*	1600	
Corrispondente consumo stimato di Sale (grammi / 24 ore)	7,9	Obiettivo Nutrizionale§
		Meno di 5 grammi di sale al giorno
Corrispondente consumo stimato di Potassio (grammi / 24 ore)	1,7	Assunzione Adeguata†
		3,5 grammi o più di potassio al giorno

\*Campione non valutabile se con volume inferiore a 500 ml.

§ Obiettivo nutrizionale per la prevenzione di malattie non trasmissibili nella popolazione adulta generale secondo le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

† Assunzione adeguata nella popolazione adulta generale secondo le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Fig. 24 Tabella “Apporto giornaliero di sale e potassio”

## Italian Health Examination Survey

### Calcolo del rischio cardiovascolare

Sig./ra	
Sesso	F
Età (anni):	69
Abitudine al fumo di sigaretta:	NO
Pressione sistolica (mmHg):	142
Colesterolemia totale (mg/dl):	248
Colesterolemia HDL (mg/dl):	53
Diabete:	NO
Presenza di trattamento antipertensivo:	NO

Il rischio cardiovascolare globale assoluto calcolato attraverso il punteggio del Progetto CUORE è possibile calcolarlo su uomini e donne di età compresa tra i 35 e i 69 anni senza eventi coronarici o cerebrovascolari, bypass aortocoronarico o angioplastica pregressi. Il calcolo si basa sui valori e dati qui sopra riportati. Per le persone di età superiore ai 69 anni il calcolo del rischio viene elaborato considerando l'età di 69 anni.

La Sua probabilità di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore è pari a:

**5,6% nei prossimi 10 anni**

Questo significa che su 100 persone della stessa età e sesso e con le stesse caratteristiche circa 6 persone si ammaleranno di infarto del miocardio o di ictus nei prossimi 10 anni.

Lei si trova all'interno di una soglia attualmente considerata da tenere sotto controllo attraverso l'adozione di uno stile di vita sano.

È importante ricordare che il rischio cardiovascolare aumenta con l'età ma è possibile mantenerlo a un livello favorevole, poiché i fattori di rischio cardiovascolare sono modificabili con lo stile di vita. Per questo basta seguire alcune indicazioni:

#### Fumo

Evitare il fumo; sono dannosi alla salute sia il fumo attivo che quello passivo: già dopo 2-5 anni dall'aver smesso di fumare il rischio si riduce in modo significativo.

#### Alimentazione

L'ampia varietà di cibi di origine animale e vegetale costituisce il fondamento di un'alimentazione sana e bilanciata. Il consumo di grassi, specialmente quelli saturi di origine animale, va ridotto. Sono da preferire i prodotti caseari con basso contenuto di grassi. È auspicabile aumentare il consumo di cibi ricchi di fibre, amido, vitamine e minerali, contenuti nella frutta, verdura, legumi e cereali; aumentare il consumo di pesce e ridurre il consumo di carni rosse. Limitare il consumo di sale.

#### Attività fisica

Svolgere regolarmente attività fisica e tenere sotto controllo il peso. Il giusto peso è il risultato di un equilibrio fra apporto calorico introdotto con l'alimentazione e consumo di energia spesa con l'attività fisica. Pertanto accanto a un'alimentazione sana e bilanciata è importante svolgere un'attività fisica regolare, adeguata alle condizioni dell'individuo e allo stato di salute.

Data visita: 07/06/2023

(pressione arteriosa, questionario sull'abitudine al fumo/presenza di diagnosi diabete/presenza di trattamento antipertensivo)

Data prelievo: 12/06/2023

(colesterolemia totale e HDL)

Fig. 25 “Calcolo del rischio cardiovascolare”

### **3.6 CONFRONTO CON DATI DI ALTRE REGIONI**

L'indagine è stata condotta in Regioni italiane distribuite tra Nord, Centro e Sud nel periodo da marzo a giugno 2023. In ciascuna Regione è stato effettuato l'arruolamento di un campione di 200 persone, stratificato per sesso e classi di età, estratto in modo casuale dalla popolazione generale residente in un Comune selezionato. Vengono estratte 25 persone per ogni fascia di età (35-44, 45-54, 55-64, 65-74) e sesso. L'indagine di popolazione include l'esame diretto di indicatori di salute sulla popolazione generale adulta con l'obiettivo di supportare e valutare le azioni incluse nel Piano Nazionale della Prevenzione e nei Piani Regionali della Prevenzione e di studiare gli andamenti temporali dei fattori di rischio e delle malattie non trasmissibili su campioni casuali di popolazione generale al fine di confrontarli nel tempo e nello spazio a livello nazionale e internazionale. Lo studio trasversale delle indagini di popolazione Ita-HES - Progetto CUORE costituisce la linea base di studi longitudinali volti ad indagare l'incidenza e l'eziologia delle malattie non trasmissibili.

Il Dipartimento Malattie cardiovascolari, endocrino-metaboliche e invecchiamento dell'Istituto Superiore di Sanità ha coordinato l'organizzazione dell'indagine, dell'attività di formazione, di standardizzazione, di raccolta dei dati, di esecuzione delle misure, di controllo di qualità e ha realizzato l'analisi dei dati e la diffusione dei risultati scientifici. Le strutture sanitarie collaboranti hanno condotto lo screening di popolazione a livello locale.

L'indagine di popolazione è stata conclusa in queste Regioni:

*Marche, Valle D'Aosta, Toscana, Lombardia, Puglia, Campania, Calabria, Umbria, Sardegna, Friuli Venezia Giulia, Trentino Alto Adige e Basilicata.*

Sono in corso o in fase di preparazione in: Molise, Abruzzo, Emilia-Romagna, Piemonte, Liguria e Lazio e sono in programma in Veneto e in Sicilia.

Confrontando i dati della regione Marche con quelli delle regioni rispettivamente da Nord a Sud: Valle d' Aosta, Lombardia, Toscana, Puglia e Campania, si riscontra che si ha una prevalenza di **pressione arteriosa elevata** negli uomini nelle regioni del Centro-Nord rispetto a quelle del Centro-Sud (ad eccezione della Lombardia), mentre per le donne risulta sostanzialmente costante, ad eccezione sempre della Lombardia dove la percentuale delle donne con pressione arteriosa elevata è minore (grafico 5).

Pressione arteriosa elevata		
	uomini	donne
Valle d'Aosta	46%	26%
Lombardia	26%	14%
Toscana	49%	28%
Marche	34%	21%
Puglia	29%	16%
Campania	38%	26%

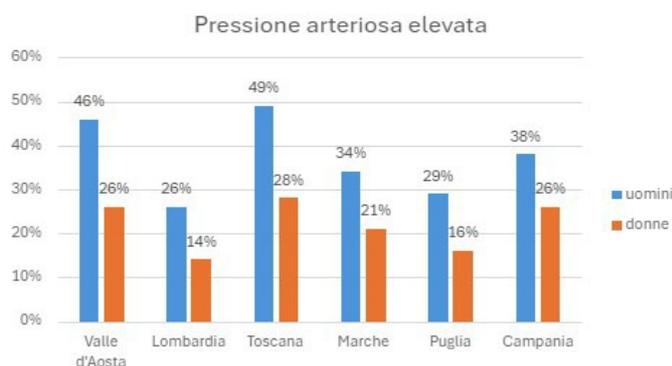


Grafico 5: “ Confronto dati sulla pressione arteriosa tra Regioni”

Per quanto riguarda invece **l'abitudine al fumo di sigaretta** risulta un tendenziale aumento della prevalenza di fumatori, sia uomini che donne, da Nord a Sud, ad eccezione della regione Marche dove i dati sono più bassi (grafico 6).

Abitudine al fumo		
	uomini	donne
Valle d'Aosta	20%	16%
Lombardia	24%	18%
Toscana	23%	19%
Marche	14%	15%
Puglia	41%	25%
Campania	30%	20%

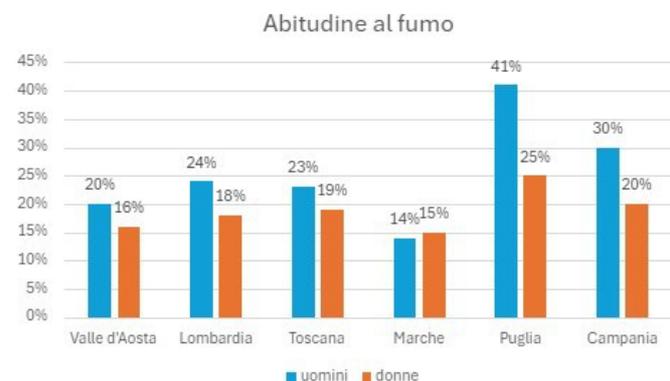


Grafico 6. “Confronto dati sull'abitudine al fumo tra Regioni”

Relativamente **all'inattività fisica**, si riscontra una prevalenza di sedentarietà nel tempo libero, maggiore nelle regioni del Sud rispetto a quelle del Nord sia per gli uomini che per le donne (grafico 7).

Inattività fisica		
	uomini	donne
Valle d'Aosta	25%	29%
Lombardia	36%	41%
Toscana	47%	57%
Marche	48%	61%
Puglia	63%	69%
Campania	69%	81%

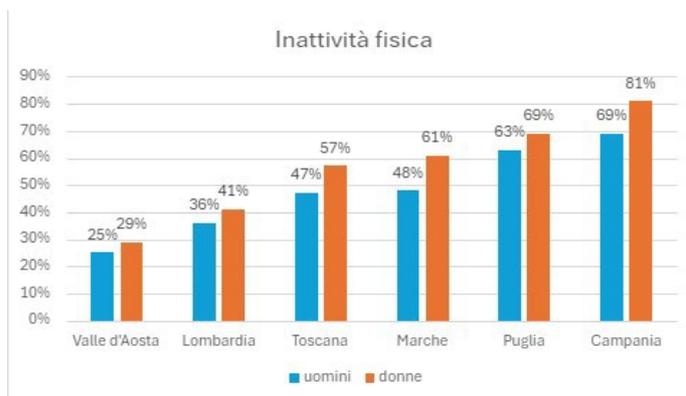


Grafico 7 “Confronto dati sull'inattività fisica tra Regioni”

Ed infine per quanto riguarda **il consumo giornaliero di sale in gr.**, si ha una prevalenza costante tra Nord e Sud, sia per gli uomini che per le donne, ad eccezione della regione Toscana dove le donne risultano consumare meno gr. di sale giornaliero e della regione Marche invece dove il consumo è più alto rispetto alle altre regioni (grafico 8).

Consumo di sale giornaliero in gr.		
	uomini	donne
Valle d'Aosta	9,6	7,1
Lombardia	9,2	7,6
Toscana	9,2	6,8
Marche	9,7	8,1
Puglia	9,4	7,3
Campania	10,2	7,3



Grafico 8” Confronto dati su consumo di sale giornaliero in gr. tra Regioni”

## CONCLUSIONI

Le indagini di popolazione sono importanti per supportare i Paesi nel monitoraggio dello stato di salute della popolazione e nella valutazione dei modelli e delle tendenze emergenti delle malattie e contribuiscono a una migliore prevenzione e gestione delle malattie non trasmissibili. Attraverso i dati raccolti, i Paesi sono in grado di stabilire le proprie priorità e sviluppare interventi mirati per contrastare l'epidemia di malattie non trasmissibili (30).

Similmente a livello regionale attraverso l'elaborazione e la raccolta di indicatori è possibile monitorare lo stato di salute della popolazione, valutare le azioni intraprese nell'ambito dei Piani di Prevenzione Regionali e pianificare interventi di prevenzione e assistenza per la popolazione. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha sviluppato il quadro di monitoraggio globale per la sorveglianza delle malattie non trasmissibili basandolo su tre pilastri principali: 1) monitoraggio della mortalità e morbilità; 2) monitoraggio dei fattori di rischio; e 3) monitoraggio della risposta del sistema nazionale.

Questi tre pilastri vengono analizzati utilizzando 25 indicatori che consentono di valutare se i 9 obiettivi volontari globali per le malattie non trasmissibili sono stati raggiunti o meno, inclusa una riduzione relativa del 25% della mortalità prematura dovuta a malattie non trasmissibili. I 9 obiettivi globali volontari prendono in considerazione i principali fattori di rischio delle malattie non trasmissibili, compreso l'uso del tabacco, l'assunzione di sale, l'inattività fisica, l'ipertensione e l'uso dannoso di alcol. In un contesto nazionale ideale, questi tre pilastri dovrebbero essere integrati in un sistema informativo sanitario completo.

L'Italian Health Examination Survey – Progetto CUORE contribuisce, a livello nazionale e regionale, attraverso il coordinamento dell'Istituto Superiore di Sanità e la collaborazione di strutture sanitarie locali, al

monitoraggio dei fattori di rischio nel tempo e nello spazio elaborando indicatori obiettivi e confrontabili nel tempo e nello spazio.

Tutto ciò è realizzabile grazie all'esame diretto della popolazione attraverso procedure e metodologie standardizzate consentendo così l'elaborazione di alcuni dei 25 indicatori suggeriti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità altrimenti non stimabili attraverso altre fonti dati. Bisogna sottolineare che tale indagine di popolazione è molto importante in prospettiva, poiché rappresenta la linea base di studi longitudinali che nel tempo raccoglieranno dati sull'occorrenza di mortalità e morbosità. Pertanto questa indagine di popolazione contribuisce anche al monitoraggio della mortalità e della morbilità in relazione a fattori e condizioni di rischio/stili di vita conosciuti alla linea base.

Per quanto riguarda la Regione Marche, i risultati dei principali indicatori di salute e stili di vita (pressione arteriosa, abitudine al fumo, attività fisica, consumo di sale) esaminati nel 2023 hanno evidenziato un trend in miglioramento rispetto ai dati del periodo 2008-2012. Questo risultato è per noi Assistenti Sanitari motivo di orgoglio in quanto la nostra professione ha specifiche competenze su programmazione e attuazione di interventi di prevenzione e promozione della salute.

Bisogna comunque continuare a potenziare interventi di promozione alla salute sui fattori di rischio modificabili, affinché i cittadini siano attivamente coinvolti nelle decisioni che riguardano la propria salute e conquistino la consapevolezza di sé e del controllo sulle proprie scelte, decisioni e azioni (empowerment) e sui comportamenti che diminuiscono il rischio stesso, in modo da abbattere, quanto più possibile, le morti legate alle malattie non trasmissibili, come le malattie cerebro e cardiovascolari.

## **BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA**

1. <https://www.epicentro.iss.it/croniche/>
2. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013. Disponibile a <https://www.who.int/southeastasia/publications-detail/9789241506236>
3. WHO - Noncommunicable diseases indicators - [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/health-topics/non-communicable-diseases/eb150---who-discussion-paper-on-ncd-roadmap-development-\(20-aug-2021\)---for web.pdf?](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/health-topics/non-communicable-diseases/eb150---who-discussion-paper-on-ncd-roadmap-development-(20-aug-2021)---for-web.pdf?)
4. Italian Health Examination Survey 2023 – Progetto CUORE. Disponibile a <https://www.cuore.iss.it/indagini/ita-hes-2023>
5. Meridiano Cardio - Malattie cardio,cerebro e vascolari una priorità di sanità pubblica
6. [https://www.salute.gov.it/portale/p5\\_1\\_2.jsp?lingua=italiano&id=268](https://www.salute.gov.it/portale/p5_1_2.jsp?lingua=italiano&id=268)
7. [Malattie Cardio Cerebro Vascolari – Fondazione Italiana per il Cuore \(fondazionecuore.it\)](http://www.fondazionecuore.it)
8. [Prevenzione e stili di vita \(iss.it\)](http://www.iss.it)
9. <https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/lesperto-risponde/quali-sono-i-maggiori-fattori-di-rischio-cardiovascolare#:~:text=I%20fattori%20di%20rischio%20non,comportamenti%20e%20misure%20di%20prevenzione>
10. [Fumo e malattie cardiovascolari \(iss.it\)](http://www.iss.it)
11. [Pressione arteriosa \(iss.it\)](http://www.iss.it)
12. [Colesterolemia \(iss.it\)](http://www.iss.it)
13. [Glicemia e diabete \(iss.it\)](http://www.iss.it)
14. <https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/cardiologia/lattivita-fisica-e-una-medicina-per-il-cuore>
15. <https://www.iss.it/prevenzione-e-promozione-della-salute>
16. [Prevenzione e stili di vita \(iss.it\)](http://www.iss.it)

17. [Progetto CUORE: health examination survey e studi longitudinali a supporto della prevenzione cardiovascolare \(iss.it\)](#)
18. [Il Progetto Cuore \(iss.it\)](#)
19. Italian Health Examination Survey, Progetto Cuore Manuale delle Operazioni (Versione 4 – 30 GENNAIO 2023)
20. ITALIAN HEALTH EXAMINATION SURVEY Istituto Superiore di Sanità – Regione Marche Azienda Sanitaria Locale di Fermo- Report Scientifico Regionale: Principali Indicatori di Salute 2023
21. WHO - Noncommunicable diseases: Hypertension. Disponibile a : <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/noncommunicable-diseases-hypertension>
22. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ. 2004 Jun 26;328(7455):1519.
23. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025, fourth edition. WHO, Geneva, 2021
24. Noncommunicable Diseases Data Portal. Geneva: World Health Organization; 2022. Disponibile a <https://ncdportal.org/>
25. Physical activity. Geneva:World Health Organization;2015
26. WHO- Physical activity surveillance. Disponibile a <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/systems-tools/physical-activity-surveillance>Physical activity and adults. Geneva: World Health Organization; 2015
27. WHO – Sodium reduction. Disponibile a <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/salt-reduction>
28. WHO. Guideline: Potassium intake for adults and children. Geneva: World Health Organization (WHO); 2012.
29. [Calcolo del punteggio individuale \(iss.it\)](#)
30. Public health surveillance.Geneva:World Health Organization;2015

## ALLEGATO

### QUESTIONARIO RELATIVO ALLA PRESSIONE ARTERIOSA

**59.** LE E' MAI STATO DETTO DA UN MEDICO O DA UN ALTRO OPERATORE SANITARIO CHE HA LA PRESSIONE ARTERIOSA ELEVATA?

SI

NO andare alla sezione G

**60.** NELLE ULTIME DUE SETTIMANE, HA PRESO FARMACI, PRESCRITTI DA UN MEDICO, PER ABBASSARE LA PRESSIONE ARTERIOSA?

SI

NO andare alla sezione G

**61.** QUANTI TIPI DI FARMACI HA ASSUNTO?

**61. a** FARMACO 1 Nome del farmaco .....

a1. Il dosaggio è giornaliero? SI NO

a2. Numero di compresse al dì   / a3 Numero di compresse a settimana

Previsto un massimo di 13 farmaci per la pressione elevata

----- SEZIONE G ----- **62.**

QUANDO LE E' STATA MISURATA L'ULTIMA VOLTA LA PRESSIONE DA UN OPERATORE SANITARIO?

ENTRO GLI ULTIMI 12 MESI

DA 1 A 5 ANNI FA

NON NEGLI ULTIMI 5 ANNI

**63. a.** NELL'ULTIMO ANNO IL SUO MEDICO LE HA SUGGERITO DI MODIFICARE IL SUO STILE DI VITA PER ABBASSARE LA PRESSIONE ARTERIOSA?

SI

NO

INCERTO

**63 b.** SE SI, I SUGGERIMENTI ERANO INERENTI: (risposta multipla)

CONSUMO DI SALE

ATTIVITA' FISICA

ALIMENTAZIONE

ABITUDINE AL FUMO

CONSUMO DI ALCOL

**49.** QUANTO SPESSO AGGIUNGE IL SALE A TAVOLA?

MAI O RARAMENTE

PIUTTOSTO SPESSO

SEMPRE O MOLTO SPESSO

**50. FA USO DI SALE IODATO (ADDIZIONATO DI IODIO) IN CASA?**

SI, SEMPRE

SI, SPESSO

SI, A VOLTE

NO, MAI

NON SO

**51. MENTRE CUCINA AGGIUNGE IL SALE? (non considerare il sale nell'acqua della pasta)**

SEMPRE

A VOLTE

MAI

**52. QUANTO PANE CONSUMA NELL'INTERA GIORNATA?**

MENO DI 3 FETTE O DI 3 PANINI PICCOLI

4-5 FETTE O 4-5 PANINI PICCOLI

PIÙ DI 5 FETTE O DI 5 PANINI PICCOLI

CONSUMO SEMPRE PANE SENZA SALE O CON POCHISSIMO SALE

**53. QUANTE VOLTE ALLA SETTIMANA CONSUMA FORMAGGI, SALUMI O INSACCATI?**

0-2 VOLTE

3-4 VOLTE

5 O PIÙ VOLTE

**54. LE CAPITA DI AVERE MOLTA SETE, IN PARTICOLARE DOPO UN PASTO?**

MAI O RARAMENTE

PIUTTOSTO SPESSO

SEMPRE O MOLTO SPESSO

**55 a. QUANDO MANGIA FUORI CASA IL CIBO LE SEMBRA DI SOLITO**

INSIPIDO

NORMALE

SALATO

**55 b. QUANDO FA LA SPESA, LE INFORMAZIONI SUL CONTENUTO DI SALE**

**RIPORTATE SULLE ETICHETTE INFLUENZANO LA SUA SCELTA DELL'ALIMENTO:**

SEMPRE

A VOLTE

MAI

## QUESTIONARIO QUALITA' DELLA VITA

**145.** NELL'ULTIMO ANNO IL SUO PESO È AUMENTATO O CALATO PIÙ DI 5 KG (INVOLONTARIAMENTE, SENZA CHE LEI ABBIATO FATTO UNA DIETA PARTICOLARE)?

CALATO + DI 5KG

AUMENTATO + DI 5KG

NESSUNA VARIAZIONE

NON SO

**146.** NELL'ULTIMA SETTIMANA, LE È CAPITATO DI SENTIRSI SPESSO PRIVO DI ENERGIA, PIÙ STANCO DEL SOLITO (OGNI COSA CHE DOVEVA FARE ERA UNO SFORZO)?

SI, SPESSO O QUASI SEMPRE (5-7 GIORNI A SETTIMANA)

SI, ABBASTANZA SPESSO (3 O 4 GIORNI A SETTIMANA)

SI, QUALCHE VOLTA (1 O 2 GIORNI A SETTIMANA)

SI, QUASI MAI (MENO DI UN GIORNO A SETTIMANA)

NO, MAI

NON SO

**147.** NELL'ULTIMA SETTIMANA, LE È CAPITATO DI SENTIRSI “DI NON RIUSCIRE AD ANDARE AVANTI”?

SI, SPESSO O QUASI SEMPRE (5-7 GIORNI A SETTIMANA)

SI, ABBASTANZA SPESSO (3 O 4 GIORNI A SETTIMANA)

SI, QUALCHE VOLTA (1 O 2 GIORNI A SETTIMANA)

SI, QUASI MAI (MENO DI UN GIORNO A SETTIMANA)

NO, MAI

NON SO

**148.** A CAUSA DEL SUO STATO FISICO DI SALUTE, NELLE ULTIME QUATTRO SETTIMANE HA AVUTO DIFFICOLTÀ NELLO SVOLGERE IL SUO LAVORO O ALTRE ATTIVITÀ QUOTIDIANE, E QUANTO?

NESSUNA DIFFICOLTÀ

UN PO' DI DIFFICOLTÀ

QUALCHE DIFFICOLTÀ

UN BEL PO' DI DIFFICOLTÀ

NON HO POTUTO FARE NIENTE

**149.** NELLE ULTIME QUATTRO SETTIMANE SI È SENTITO LIMITATO NEL LAVORO O IN ALTRE ATTIVITÀ QUOTIDIANE RISPETTO A QUELLO CHE AVREBBE VOLUTO A CAUSA DEL SUO STATO EMOTIVO (ESEMPIO SENTIRSI DEPRESSO O ANSIOSO) E QUANTO?

NON MI SONO SENTITO AFFATTO LIMITATO

MI SONO SENTITO LEGGERMENTE LIMITATO

MI SONO SENTITO MODERATAMENTE LIMITATO

MI SONO SENTITO ABBASTANZA LIMITATO

MI SONO SENTITO MOLTO LIMITATO

**150.** NELLE ULTIME QUATTRO SETTIMANE LA SUA SALUTE O IL SUO STATO EMOTIVO HANNO INTERFERITO NELLE SUE NORMALI RELAZIONI CON LA FAMIGLIA, GLI AMICI, I VICINI DI CASA O ALTRI GRUPPI DI PERSONE, E QUANTO?

NON HANNO INTERFERITO AFFATTO

HANNO APPENA INTERFERITO

HANNO MODERATAMENTE INTERFERITO

HANNO ABBASTANZA INTERFERITO

HANNO MOLTO INTERFERITO (O DEL TUTTO)

**151.** NELLE ULTIME QUATTRO SETTIMANE HA SOFFERTO DI UN DOLORE FISICO E QUANTO?

NESSUN DOLORE FISICO

MOLTO LIEVE DOLORE FISICO

LIEVE DOLORE FISICO

MODERATO DOLORE FISICO

FORTE DOLORE FISICO

MOLTO FORTE DOLORE FISICO

**151a.** NEGLI ULTIMI TRE MESI LE E' CAPITATO DI CADERE?

SI NO

Se si, **151b** QUANTE VOLTE?

## QUESTIONARIO GENERALE

1. QUALE E' IL SUO STATO CIVILE?

1.celibe/nubile

2.sposato/convivente

3.separato/divorziato

4.vedovo

5.altro .....

2. QUANTE PERSONE VIVONO CON LEI (NELLA SUA CASA)?

N  INCLUSO LEI

3. QUANTE DI QUESTE PERSONE HANNO ETA' SUPERIORE AI 18 ANNI?

N  INCLUSO LEI

4. QUALE È IL PIU' ELEVATO LIVELLO DI ISTRUZIONE DA LEI CONSEGUITO?

laurea o diploma universitario

diploma scuola media superiore

licenza media inferiore

licenza elementare o altre classi elementari

dati insufficienti

5. PER QUANTI ANNI COMPLESSIVAMENTE HA SEGUITO REGOLARI CORSI DI STUDIO?

### LAVORO E ATTIVITA' FISICA

6a. QUALE E' LA SUA PROFESSIONE ATTUALE? .....

CODICE ILO

codici 1 = studente, 7 = casalinga, 9 = disoccupato, 10 = pensionato,

23 = invalido, 24 = cassintegrato o in lista di mobilità

Se pensionato: 6b. QUALE ERA LA SUA PROFESSIONE? .....

CODICE ILO

7. DURANTE IL LAVORO E' SOTTOPOSTO A STRESS?

Rispondere anche per le categorie senza reddito – casalinghe, studenti – in caso di pensionamenti riferirsi all'attività precedente; non rispondere solo se uno non ha mai lavorato.

attività lavorativa con scarse responsabilità e senza tensione, assenza di ansia

attività lavorativa tranquilla, ma con stati di tensione e facile emotività

attività comportante responsabilità e scadenze continue con tensione sul lavoro

mancanza di soddisfazione del proprio lavoro e/o senso di non poter far fronte ai problemi,

motivo di ansia familiare

## 8. SVOLGE I NORMALI LAVORI DI CASA?

Non fa i lavori di casa

Svolge i normali lavori di casa

Svolge i lavori di casa inclusi quelli pesanti, come fare il bucato a mano, strofinare a mano il pavimento, lavare i vetri

### Attività fisica sul luogo di lavoro

A. Se con impiego attuale

#### 9a. QUALE E' L'ATTIVITA' FISICA DOVUTA AL SUO LAVORO?

scegliere una risposta, riferendosi al lavoro prevalente o all'attività prevalente

lavoro prevalentemente seduto ad un tavolino ed in genere senza bisogno di camminare

lavoro che comporta lo stare in piedi o il camminare per molto tempo, ma che non costringe a portare o spostare grossi pesi (questa risposta comprende anche i casi di normali lavori di casa, eccettuati quelli pesanti)

lavoro che costringe a camminare molto e a spostare grossi pesi (questa risposta comprende anche i casi di regolari lavori pesanti di casa, come fare il bucato a mano, strofinare a mano il pavimento)

lavoro di tipo manuale pesante, con sforzi notevoli e con sollevamento e spostamento di grossi pesi.

9b. DA QUANTI ANNI LO SVOLGE? |\_|\_|\_|

B. Se pensionato o disoccupato o invalido o cassintegrato

#### 10.a QUALE ERA IN PASSATO L'ATTIVITA' FISICA DOVUTA AL SUO LAVORO?

lavoro prevalentemente seduto ad un tavolino ed in genere senza bisogno di camminare

lavoro che comportava lo stare in piedi o il camminare per molto tempo, ma che non costringeva a portare o spostare grossi pesi

lavoro che costringeva a camminare molto e a spostare grossi pesi lavoro di tipo manuale pesante, con sforzi notevoli e con sollevamento e spostamento di grossi pesi.

10.b PER QUANTI ANNI L'HA SVOLTA? |\_|\_|\_|

**11.** IL SUO LAVORO PREVEDE (O SE IN PENSIONE, PREVEDEVA) INTENSA ATTIVITÀ FISICA DURANTE LA QUALE AUMENTANO NOTEVOLMENTE LA RESPIRAZIONE E IL BATTITO CARDIACO, COME TRASPORTARE O SOLLEVARE CARICHI PESANTI, SCAVARE O ESEGUIRE LAVORI EDILI PER DIECI MINUTI ALMENO? Includa tutti i compiti che deve svolgere, lavoro retribuito e non retribuito, studio/apprendimento, compiti domestici e giardino.

Si

No Andare alla domanda 14

**12. QUANTI GIORNI DI UNA SETTIMANA NORMALE SVOLGE INTENSA ATTIVITÀ FISICA AL LAVORO?** Numero di giorni

**13. QUANTO TEMPO TRASCORRE COMPIENDO INTENSA ATTIVITÀ FISICA IN UNA NORMALE GIORNATA LAVORATIVA?** Ore: Minuti  :

**14. IL SUO LAVORO PREVEDE (O SE IN PENSIONE, PREVEDEVA) ATTIVITÀ FISICA MODERATA DURANTE LA QUALE AUMENTANO LEGGERMENTE LA RESPIRAZIONE E IL BATTITO CARDIACO, COME UN'ANDATURA RAPIDA O TRASPORTARE CARICHI LEGGERI PER ALMENO DIECI MINUTI?** Includa tutti i compiti che deve svolgere, lavoro retribuito e non retribuito, studio/ apprendimento, compiti domestici e giardino.

Si

No Andare alla domanda 17

**15. QUANTI GIORNI DI UNA SETTIMANA NORMALE SVOLGE ATTIVITÀ FISICA MODERATA AL LAVORO?** Numero di giorni

**16. QUANTO TEMPO TRASCORRE COMPIENDO MODERATA ATTIVITÀ FISICA IN UNA NORMALE GIORNATA LAVORATIVA?** Ore: Minuti  :

### **Attività fisica nel tempo libero**

**17. QUALE È L'ATTIVITÀ FISICA DURANTE IL TEMPO LIBERO?**

Scegliere una risposta che descriva una situazione perdurante da almeno 6 mesi di solito legge, guarda la televisione, va al cinema, o spende il tempo libero in altre attività sedentarie

cammina, va in bicicletta o svolge una attività fisica di qualche genere per almeno 4 ore a settimana. Anche se va a piedi o in bicicletta da casa al posto di lavoro, se fa del giardinaggio, se va a caccia o a pesca, se gioca a ping-pong, ma non fa alcunché di più faticoso, indicare questa risposta

fa dello sport per passatempo, come corsa, nuoto, tennis, ginnastica, oppure fa lavori pesanti in giardino o in casa o altri sforzi simili (ciò vale se l'attività in questione è svolta per almeno 3 ore a settimana)

si allena sistematicamente o fa attivamente dello sport agonistico come atletica, sci, nuoto, calcio, pallacanestro, tennis, varie volte a settimana

**18. NEL TEMPO LIBERO PRATICA INTENSA ATTIVITÀ FISICA O SPORT CON FORTE ACCELERAZIONE DELLA RESPIRAZIONE O DEL BATTITO CARDIACO, COME CORRERE O GIOCARE A CALCIO, PER ALMENO DIECI MINUTI?**

La domanda esclude l'attività fisica sul luogo di lavoro e gli spostamenti da un posto all'altro.

Si

No Andare alla domanda 21

19. QUANTI GIORNI DI UNA SETTIMANA NORMALE PRATICA INTENSA ATTIVITÀ FISICA O SPORT NEL TEMPO LIBERO? Numero di giorni

20. QUANTO TEMPO INVESTE IN INTENSA ATTIVITÀ FISICA O SPORT IN UNA NORMALE GIORNATA DI TEMPO LIBERO? Ore: Minuti  :

21. NEL TEMPO LIBERO PRATICA ATTIVITÀ FISICA MODERATA O SPORT CON LEGGERA ACCELERAZIONE DELLA RESPIRAZIONE O DEL BATTITO CARDIACO, COME UN'ANDATURA SOSTENUTA O ANDARE IN BICICLETTA, NUOTARE O GIOCARE A PALLAVOLO PER ALMENO DIECI MINUTI?

Si

No Andare alla domanda 24

22. QUANTI GIORNI DI UNA SETTIMANA NORMALE PRATICA ATTIVITÀ FISICA MODERATA O SPORT NEL TEMPO LIBERO? Numero di giorni

23. QUANTO TEMPO INVESTE IN ATTIVITÀ FISICA MODERATA O SPORT IN UNA NORMALE GIORNATA DI TEMPO LIBERO? Ore: Minuti  :

**Attività fisica - Spostamenti da un posto all'altro**

24. SI SPOSTA DA UN POSTO ALL'ALTRO A PIEDI O IN BICICLETTA PER ALMENO DIECI MINUTI? La domanda esclude l'attività fisica sul luogo di lavoro.

Si

No Andare alla domanda 27

25. QUANTI GIORNI DI UNA SETTIMANA NORMALE VA A PIEDI O IN BICICLETTA PER ALMENO DIECI MINUTI PER SPOSTARSI DA UN POSTO ALL'ALTRO? Numero di giorni

26. QUANTO TEMPO INVESTE IN UNA GIORNATA NORMALE PER SPOSTARSI A PIEDI O IN BICICLETTA DA UN POSTO ALL'ALTRO? Ore : Minuti  :

**Attività fisica - Comportamento sedentario**

27. QUANTO TEMPO TRASCORRE SEDUTO O A RIPOSO IN UNA GIORNATA NORMALE? La domanda riguarda lo stare seduti al lavoro, a casa, quando ci si sposta da un posto all'altro, e quando si passa del tempo con gli amici, per esempio stando seduti alla scrivania, in macchina, sul pullman, a leggere, giocare a carte o guardare la televisione, ma non riguarda il tempo in cui si dorme. Ore: Minuti  :

## **ABITUDINE AL FUMO**

**28. FUMA SIGARETTE ATTUALMENTE?** (considerare sia sigarette normali che elettroniche)

SI, REGOLARMENTE continuare

NO compilare la sezione B

OCCASIONALMENTE meno di una sigaretta al giorno, compilare la sezione C

DATI INSUFFICIENTI risposta da usare solo in casi eccezionali (es. il soggetto se ne va prima di completare il questionario)

SE FUMA SOLO PIPA O SIGARI ANDARE ALLA SEZIONE D

**29. Se si, FUMA** (domanda 28 – risposta 1)

1 = SOLO SIGARETTE CONFEZIONATE andare alla domanda 31

2 = SOLO SIGARETTE FATTE A MANO andare alla domanda 31

3 = SOLO SIGARETTE ELETTRONICHE

4 = SIA SIGARETTE CONFEZIONATE O FATTE A MANO CHE ELETTRONICHE, MA PREVALENTEMENTE CONFEZIONATE O FATTE A MANO

5 = SIA SIGARETTE CONFEZIONATE O FATTE A MANO CHE ELETTRONICHE, MA PREVALENTEMENTE SIGARETTE ELETTRONICHE

**30. Se fuma sigarette elettroniche,** (domanda 29 – risposta 3, 4, 5)

LE SIGARETTE ELETTRONICHE LE FUMA

CON NICOTINA

SENZA NICOTINA

**31. FA ATTUALMENTE USO DI PRODOTTI DEL TABACCO DI NUOVA GENERAZIONE**  
(ES. TABACCO RISCALDATO)?

SI NO

-----SEZIONE A: per chi fuma regolarmente (domanda 28 – risposta 1) -----

**32. QUANTE SIGARETTE FUMA IN MEDIA AL GIORNO?**

NOTA: se un fumatore fuma anche una sola sigaretta ogni giorno è un fumatore regolare

**33. QUALE MARCA DI SIGARETTE FUMA ABITUALMENTE?** .....

Andare alla sezione D -----

SEZIONE B: per chi non fuma attualmente (domanda 28 – risposta 2) -----

**34. HA MAI FUMATO SIGARETTE REGOLARMENTE IN PASSATO?**

SI compilare tutta questa sezione

NO andare alla sezione D

**35. a. IN CHE ANNO SOLARE HA SMESSO DI FUMARE REGOLARMENTE?**

b. se nell'anno in corso specificare:

1 = da meno di un mese

2 = tra uno e sei mesi

3 = tra sei e dodici mesi

8 = da oltre un anno

Andare alla sezione D -----

SEZIONE C: per chi fuma occasionalmente (domanda 28 – risposta 3) -----

**36. PER QUANTI GIORNI ALLA SETTIMANA FUMA SIGARETTE?**

da 1 a 6, se più raramente di 1 giorno a settimana, codificare 1

NOTA: se un fumatore fuma anche una sola sigaretta ogni giorno è un fumatore regolare e necessita del completamento della sezione A

**37. HA MAI FUMATO SIGARETTE REGOLARMENTE IN PASSATO?**

SI completare tutte le domande di questa sezione

NO andare alla sezione D

**38. a. IN CHE ANNO SOLARE HA SMESSO DI FUMARE REGOLARMENTE?**

b. se nell'anno corrente specificare:

1 = da meno di un mese

2 = tra uno e sei mesi

3 = tra sei e dodici mesi

8 = da oltre un anno andare alla sezione D

-----SEZIONE D: domande sui sigari e sigaretti-----

**39. HA MAI FUMATO SIGARI O SIGARETTI?**

SI, attualmente in modo regolare

NO, mai andare alla sezione E

OCCASIONALMENTE, meno di uno al dì

SI, solo in passato andare alla sezione E

DATI INSUFFICIENTI andare alla sezione E

**40. QUANTI NE FUMA A SETTIMANA?** In presenza di due valori inserire la media

-----SEZIONE E: domande sulla pipa-----

**41. HA MAI FUMATO LA PIPA?**

SI, attualmente in modo regolare

NO, MAI andare alla sezione F

OCCASIONALMENTE, meno di un fornello al dì

SI, SOLO IN PASSATO, andare alla sezione F

DATI INSUFFICIENTI, andare alla sezione F

**42. QUANTI GRAMMI DI TABACCO FUMA A SETTIMANA?**

un pacchetto pieghevole contiene 50 gr di tabacco

----- SEZIONE F: fumo passivo-----

Questa sezione va compilata solo per coloro che attualmente non fumano o fumano occasionalmente

**43. PER QUANTE ORE IN MEDIA OGNI GIORNO E' ESPOSTO AL FUMO ALTRUI IN MANIERA RAVVICINATA?** |\_|\_| ore di esposizione al fumo passivo

9 dati insufficienti

**44. Se ore fumo passivo >0, SI TRATTA PREVALENTEMENTE DI:**

1 = SIGARETTE CONFEZIONATE O FATTE A MANO

2 = SIGARETTE ELETTRONICHE

3 = DISPOSITIVO RISCALDA TABACCO

4 = SIGARI O SIGARETTI

5 = PIPA

### **CONSUMO DI ALCOL**

**45. a BEVE VINO ATTUALMENTE?**

(000) NO |\_|

(020) SOLO 1 O 2 BICCHIERI AL GIORNO |\_|

(050) CIRCA ½ LITRO AL GIORNO |\_|

(100) CIRCA 1 LITRO |\_|

(150) CIRCA 1 LITRO E MEZZO |\_|

(200) CIRCA 2 LITRI |\_|

(250) CIRCA 2 LITRI E MEZZO |\_|

(300) CIRCA 3 LITRI |\_|

b Oltre i 3 litri (specificare).....

**46. QUANTI APERITIVI E/O SUPERALCOLICI BEVE IN MEDIA AL GIORNO?**

(00) NON NE BEVE |\_|

(03) 1 O 3 LA SETTIMANA |\_|

(07) DA 3 A 5 LA SETTIMANA |\_|

(11) DA 6 A 7 LA SETTIMANA |\_|

(24) DA 1 A 3 AL GIORNO |\_|

(48) PIÙ DI 3 AL GIORNO |\_|

**47. QUANTA BIRRA BEVE IN MEDIA AL GIORNO?**

(00) NON NE BEVE |\_|

(15) CIRCA ½ LITRO |\_|

(30) CIRCA 1 LITRO |\_|

(60) PIÙ DI 1 LITRO |\_|

**48. QUANTI CAFFE' O CAPPUCINI PRENDE IN MEDIA AL GIORNO?** |\_|\_|

## **CONSUMO DI INTEGRATORI**

**56.** ASSUME REGOLARMENTE UN INTEGRATORE?

ES: VITAMINE E MINERALI, PROBIOTICI (ES. FERMENTI LATTICI E ENTERORGERMINA) E PREBIOTICI (ES. INULINA), SOSTANZE E PREPARATI VEGETALI O ANIMALI (OMEGA-3, -6, 9, ACIDO IALURONICO, POLIFENOLI E FLAVONOIDI, FITOSTEROLI ES. DANACOL, FITOSTATINE ES. RISO ROSSO FERMENTATO, CAFFEINA, FIBRE)

SI

NO andare alla sessione successiva

NON SO/NON RICORDO andare alla sessione successiva

**57.** QUANTI TIPI DI INTEGRATORI ASSUME? |\_|\_|

**58 a.** INTEGRATORE 1 SPECIFICARE .....

a.1 IN MODO CONTINUO O A CICLI?

CONTINUO |\_|

A CICLI |\_|

a.2 SE A CICLI, CON QUALE FREQUENZA ANNUA?

UNA VOLTA |\_|

DUE VOLTE |\_|

PIÙ DI DUE VOLTE |\_|

**58 b.** INTEGRATORE 2 SPECIFICARE .....

b.1 IN MODO CONTINUO O A CICLI?

CONTINUO |\_|

A CICLI |\_|

b.2 SE A CICLI, CON QUALE FREQUENZA ANNUA?

UNA VOLTA |\_|

DUE VOLTE |\_|

PIÙ DI DUE VOLTE |\_|

Previsto un massimo di 10 integratori

## **COLESTEROLEMIA E IPERCOLESTEROLEMIA**

**64.** LE E' MAI STATO DETTO DA UN MEDICO O DA UN ALTRO OPERATORE SANITARIO CHE HA IL COLESTEROLO ALTO?

SI

NO andare sezione H

**65.** NELLE ULTIME DUE SETTIMANE HA PRESO FARMACI, PRESCRITTI DA UN MEDICO, PER ABBASSARE IL COLESTEROLO?

SI

NO, andare sezione H

INCERTO, andare sezione H

**66.** QUANTI TIPI DI FARMACI HA ASSUNTO?

**66. a** FARMACO 1 |\_\_|

Nome del farmaco .....

a1. Il dosaggio è giornaliero? SI NO

a2. Numero di compresse al dì |\_\_| / a3 Numero di compresse a settimana |\_\_|

**66. b** FARMACO 2

Nome del farmaco .....

b1. Il dosaggio è giornaliero? SI NO

b2. Numero di compresse al dì |\_\_| / b3 Numero di compresse a settimana |\_\_|

Previsto un massimo di 13 farmaci

----- SEZIONE H -----

**67.** QUANDO E' STATA L'ULTIMA VOLTA CHE HA MISURATO LA COLESTEROLEMIA?  
ENTRO GLI ULTIMI 12 MESI

DA 1 A 5 ANNI FA

NON NEGLI ULTIMI 5 ANNI

**68.** NELL'ULTIMO ANNO IL SUO MEDICO LE HA SUGGERITO DI MODIFICARE IL SUO STILE DI VITA PER ABBASSARE IL COLESTEROLO?

SI

NO

INCERTO

**69a** SE SI, I SUGGERIMENTI ERANO INERENTI: (risposta multipla)

CONSUMO DI SALE |\_\_|

ATTIVITA' FISCA|\_\_|

ALIMENTAZIONE |\_\_|

ABITUDINE AL FUMO |\_\_|

CONSUMO DI ALCOL |\_\_|

### **DIABETE**

**70.** LE E' MAI STATO DETTO DA UN MEDICO O DA UN ALTRO OPERATORE SANITARIO CHE HA IL DIABETE?

SI

NO, andare sezione L

**71. NELLE ULTIME DUE SETTIMANE HA PRESO FARMACI, COMPRESA L'INSULINA, PER IL CONTROLLO DEL DIABETE?**

SI

NO, andare sezione L

INCERTO, andare sezione L

**72. QUANTI TIPI DI FARMACI HA ASSUNTO?**

**72. a FARMACO 1** |\_|

Nome del farmaco .....

a1. Il dosaggio è giornaliero? SI NO

a2. Numero di compresse al dì |\_| / Numero di compresse a settimana |\_|\_|

**72. b FARMACO 2**

Nome del farmaco .....

b1. Il dosaggio è giornaliero? SI NO

b2. Numero di compresse al dì |\_| / Numero di compresse a settimana |\_|\_|

Previsto un massimo di 13 farmaci

----- SEZIONE L -----

**73. QUANDO E' STATA L'ULTIMA VOLTA CHE HA MISURATO LA GLICEMIA?**

1 – ENTRO GLI ULTIMI 12 MESI

2 – DA 1 A 5 ANNI FA

3 – NON NEGLI ULTIMI 5 ANNI

**74. NELL'ULTIMO ANNO IL SUO MEDICO LE HA SUGGERITO DI MODIFICARE IL SUO STILE DI VITA PER ABBASSARE LA GLICEMIA?**

SI

NO

INCERTO

**74a. SE SI, I SUGGERIMENTI ERANO INERENTI: (risposta multipla)**

CONSUMO DI SALE |\_|

ATTIVITA' FISCA |\_|

ALIMENTAZIONE |\_|

ABITUDINE AL FUMO |\_|

CONSUMO DI ALCOOL |\_|

**ALTRI FARMACI**

**75. LEI ASSUME ALTRI FARMACI IN MANIERA REGOLARE?**

SI

NO, andare alla sezione successiva

**76. QUANTI TIPI DI FARMACI HA ASSUNTO?**

Introdurre il numero dei farmaci assunti

**76. a FARMACO 1** |\_|\_|

Nome del farmaco .....

a1. Il dosaggio è giornaliero? SI NO

a2. Numero di compresse al dì |\_|\_| / Numero di compresse a settimana |\_|\_|\_|

**76. b FARMACO 2**

Nome del farmaco .....

b1. Il dosaggio è giornaliero? SI NO

b2. Numero di compresse al dì |\_|\_| / Numero di compresse a settimana |\_|\_|\_|

Previsto un massimo di 13 farmaci

**77. FA' FREQUENTEMENTE USO DI DISINFETTANTI O COLLUTORI CONTENENTI IODIO?  
(TINTURA DI IODIO, ALCOOL IODATO, BETADINE, CITROSIL IODATO, IODOSAN)**

SI |\_|\_|

NO |\_|\_|

NON SO |\_|\_|

SE SI, SPECIFICARE .....

**ANGINA PECTORIS**

Passare alla domanda 85 se la risposta cade in un campo contrassegnato con un asterisco (\*) e passare alla sezione sull'infarto del miocardio

**78. HA MAI PROVATO DOLORE, FASTIDIO, OPPRESSIONE O PESANTEZZA AL TORACE?** SI NO \* passare alla domanda 85

**79. QUESTO DISTURBO SI MANIFESTA SE CAMMINA A PASSO SVELTO O IN SALITA?** SI NO \* passare alla domanda 85

**80. QUESTO DISTURBO SI MANIFESTA SE CAMMINA A PASSO ABITUALE IN PIANURA?** SI NO

**81. COSA FA QUANDO QUESTO DISTURBO SI MANIFESTA MENTRE CAMMINA?**  
Indicare la prima risposta se continua a camminare dopo aver preso una compressa di trinitrina  
SI FERMA O RALLENTA

CONTINUA A CAMMINARE ALLA STESSA ANDATURA \* passare alla domanda 85

**82. COSA SUCCEDA SE LEI SI FERMA?**

IL DOLORE SCOMPARE

IL DOLORE NON SCOMPARE \* passare alla domanda 85

**83. DOPO QUANTO TEMPO SCOMPARE IL DOLORE SE LEI SI FERMA O RALLENTA?**  
10 MINUTI O MENO

PIU' DI 10 MINUTI \* passare alla domanda 85

**84. DOVE COMPARE IL DOLORE?**



**85. E' STATO OPERATO DI BY-PASS ALLE CORONARIE? SI NO**

**86. E' STATO OPERATO DI ANGIOPLASTICA? SI NO**

### **INFARTO DEL MIOCARDIO**

**87. HA MAI AVVERTITO UN DOLORE MOLTO FORTE NELLA PARTE ANTERIORE DEL TORACE (PETTO) CHE SIA DURATO ALMENO MEZZ'ORA?**

SI

NO passare alla sezione successiva (accidenti cerebrovascolari)

**88. SUCCESSIVAMENTE A QUESTO DOLORE, LE E' STATA FATTA DIAGNOSI DI INFARTO MIOCARDICO ACUTO, ATTACCO CARDIACO, ATTACCO CORONARICO, ISCHEMIA MIOCARDICA ? SI NO**

**89. IN CHE MODO LE E' STATA FATTA TALE DIAGNOSI?**

nel corso di un ricovero in ospedale o in clinica

con un ECG eseguito a casa o in clinica

senza esecuzione di ECG

**90. QUANTI ATTACCHI DI QUESTO GENERE HA AVUTO?**

1° ATTACCO **90 a** mese |\_|\_| | **90 b** anno |\_|\_|

**90 c** durata del dolore ore |\_|\_|

ULTIMO ATTACCO **90 d** mese |\_|\_| | **90 e** anno |\_|\_|

**90 f** durata del dolore ore |\_|\_|

se la risposta alla domanda 81 è SI indicare il nome del medico curante (90g) con il suo indirizzo, l'ospedale o la clinica del ricovero (90h).

### **ACCIDENTI CEREBROVASCOLARI**

**91. HA MAI AVUTO EPISODI CARATTERIZZATI DA PERDITA PIU' O MENO IMPROVVISA DELL'USO DELLA FORZA MUSCOLARE DI UNA GAMBA E/O DI UN BRACCIO E/O DI META' DELLA FACCIA?**

SI

NO passare alla sezione successiva (attacco ischemico transitorio)

**92. SE HA AVUTO EPISODI DI QUESTO TIPO PIU' DI UNA VOLTA, PRECISARE QUANTO TEMPO FA CIO' E' AVVENUTO:**

1. Meno di due settimane fa

2. Meno di un mese fa

3. Meno di tre mesi fa **92 a** prima volta |\_\_|

4. Meno di sei mesi fa

5. Più di sei mesi fa

6. Non ricorda quanto tempo fa **92 b** ultima volta |\_\_|

**93. IN TALE OCCASIONE HA PERSO CONOSCENZA? SI NO**

**94. SEMPRE IN TALE OCCASIONE HA PERSO L'USO DELLA PAROLA? SI NO**

**95. PER QUANTO TEMPO E' RIMASTO IMPEDITO?**

Meno di 24 ore

Da 1 a 7 giorni

Da 8 a 28 giorni

Più di 28 giorni

**96. IN TALE OCCASIONE LE E' STATA FATTA DIAGNOSI DI EMORRAGIA CEREBRALE, TROMBOSI CEREBRALE, ISCHEMIA CEREBRALE, PARALISI? SI NO**

**97. IN CHE MODO LE E' STATA FATTA TALE DIAGNOSI?**

1. nel corso di un ricovero in ospedale o in clinica

2. a casa

3. senza l'ausilio di esami particolari

**97a.** anno prima diagnosi -----

**97b.** medico diagnosi \_\_\_\_\_

**97c.** ospedale diagnosi \_\_\_\_\_

### **ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO (TIA)**

**98. HA MAI PERSO TRANSITORIAMENTE L'USO DELLA PAROLA? SI NO**

**99. HA MAI NOTATO UNA IMPROVVISA DIMINUZIONE DELLA FORZA MUSCOLARE DI UN BRACCIO O DI UNA GAMBA, CHE REGREDIVA RAPIDAMENTE? SI NO**

**100. HA MAI AVUTO VERTIGINI ACCOMPAGNATE DA DIFFICOLTA' DELLA PAROLA OPPURE DA SENSO DI CONFUSIONE MENTALE? SI NO**

**101. HA MAI NOTATO UN EPISODIO IMPROVVISO DI BREVE DURATA, CARATTERIZZATO DA DIMINUZIONE DELLA VISTA? SI NO**

**102. DESCRIVERE ALTRI EVENTUALI DISTURBI NEUROLOGICI**

.....

Se si ad una domanda 98, 99, 100, 101, 102

**103.** IN QUESTA OCCASIONE LE E' STATA FATTA DIAGNOSI DI ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO (TIA)? NO SI, nel corso di un ricovero in ospedale o in clinica  
SI, a casa  
SI, senza l'ausilio di esami particolari

**CLAUDICATIO INTERMITTENS**

Passare alla domanda 113 se la risposta cade in un campo contrassegnato con un asterisco (\*)

**104.** AVVERTE DOLORE ALLE GAMBE QUANDO CAMMINA?

SI NO \* passare alla domanda 113

**105.** LE VIENE MAI QUESTO DOLORE QUANDO STA FERMO IN PIEDI O STA SEDUTO?

SI \* passare alla domanda 106 NO

**106.** IN QUALE ZONA DELLE GAMBE AVVERTE QUESTO DOLORE?

Il dolore comprende i polpacci o uno solo

Il dolore non comprende i polpacci \* passare alla domanda 113

**107.** AVVERTE DOLORE QUANDO CAMMINA A PASSO SVELTO O IN SALITA?

SI NO\* passare alla domanda 113

**108.** AVVERTE QUESTO DOLORE MENTRE CAMMINA A PASSO ABITUALE IN PIANURA? SI NO

**109.** LE CAPITA CHE IL DOLORE PASSI MENTRE STA ANCORA CAMMINANDO ALLA STESSA ANDATURA?

SI\* passare alla domanda 113

NO

**110.** COSA FA LEI QUANDO QUESTO DISTURBO SI MANIFESTA MENTRE CAMMINA?

SI FERMA O RALLENTA

CONTINUA A CAMMINARE ALLA STESSA ANDATURA \* passare alla domanda 113

**111.** COSA SUCCEDA SE LEI SI FERMA?

IL DOLORE SCOMPARE

IL DOLORE NON SCOMPARE \* passare alla domanda 113

**112.** DOPO QUANTO TEMPO SCOMPARE IL DOLORE SE LEI SI FERMA O RALLENTA?

10 MINUTI O MENO

PIU' DI 10 MINUTI \* passare alla domanda 113

**113.** HA SUBITO INTERVENTI CHIRURGICI PER MIGLIORARE LA CIRCOLAZIONE AGLI ARTI INFERIORI (ESCLUSI GLI INTERVENTI SULLE VENE)? SI NO

## MALATTIE

114. SA DI SOFFRIRE O DI AVER SOFFERTO DI UNA DELLE SEGUENTI MALATTIE?

	NO	SI, DOCUMENTATO	SI, NON DOCUMENTATO	NON SO
114 a1. INFARTO DEL MIOCARDIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
114 a2. SCOMPENSO CARDIACO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
114 a3. ANGINA PECTORIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
114 a4. FIBRILLAZIONE ATRIALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
114 a5. MALATTIE CEREBROVASCOLARI/ICTUS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
114 a6. ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
114 a7. CLAUDICATIO INTERMITTENS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
114.a8 ASMA BRONCHIALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
114.b BRONCOPNEUMOPATIA CRONICO OSTRUTTIVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
114.c CIRROSI EPATICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
114.d MALATTIA RENALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
114.e INSUFFIC. RENALE CRONICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
114.f CALCOLOSI URINARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
114.g GLOMERULONEFRITE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
114.h NEFROPATIA INTERSTIZIALE/PIELONEFRITE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
114.i RENE POLICISTICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
114.l MALATTIE ENDOCRINE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
114.m MALASSORBIMENTO (celiachia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
114.n MALATTIE AUTOIMMUNI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
114.o FRATTURE PREGRESSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
114.p DEPRESSIONE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
114.q EPATITE CRONICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
114.r EPATITE B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
114.s EPATITE C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
114.t SIEROPOSITIVO PER HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
114.u TUMORE (MALIGNO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se TUMORE MALIGNO, SPECIFICARE:

**114.u1**

SEDE.....

**114.u2**

DESCRIZIONE ANATOMO PATOLOGICA.....

**115.**ALTRE MALATTIE, SPECIFICARE.....

**116.** HA CONTRATTO L'INFEZIONE DA SARS-COV-2?

SI

NO  passare alla domanda 113

NON SO, NON RICORDO, PREFERISCO NON RISPONDERE  passare alla domanda 119

**117. IN TALE OCCASIONE E' STATO RICOVERATO IN OSPEDALE?**

SI

NO

NON SO, NON RICORDO, PREFERISCO NON RISPONDERE

**118. TRASCORSE 4 SETTIMANE DAL CONTAGIO, HA ACCUSATO I SEGUENTI SINTOMI?**

(risposta multipla)

FEBBRE  ASTENIA  TOSSE  DISPNEA  CEFALEA

DISTURBI DEL SONNO

CONFUSIONE MENTALE, DIFFICOLTÀ DI CONCENTRAZIONE, BRAIN FOG

ANORESSIA  ANOSMIA  AGEUSIA-DISGEUSIA  MIALGIE, PALPITAZIONI

DOLORI ARTICOLARI  ANSIA  SINTOMI DEPRESSIVI  DOLORE TORACICO

FARINGODINIA  RASH CUTANEO  SINTOMI GASTROINTESTINALI

NON SO, NON RICORDO, PREFERISCO NON RISPONDERE

**119. HA EFFETTUATO ALMENO UNA VACCINAZIONE ANTI SARSCoV-2/COVID-19?**

SI

NO

NON SO, NON RICORDO, PREFERISCO NON RISPONDERE

**120. COME GIUDICA IL SUO STATO DI SALUTE ATTUALE?**

PER AIUTARLA AD ESPRIMERE IL SUO STATO DI SALUTE ATTUALE, ABBIAMO DISEGNATO UNA SCALA SULLA QUALE IL MIGLIORE STATO DI SALUTE IMMAGINABILE E' CONTRASSEGNA TO DAL NUMERO 10 ED IL PEGGIORE DAL NUMERO 1.

PESSIMA										OTTIMA	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

### **ANAMNESI FAMILIARE**

**121. SUO PADRE, I SUOI FRATELLI, I SUOI FIGLI MASCHI HANNO SOFFERTO DI MALATTIA CORONARICA, CIOE' DI ANGINA DI PETTO O INFARTO DEL MIOCARDIO, INTERVENTO DI BY-PASS AORTO-CORONARICO O DI ANGIOPLASTICA? (SE SI, INDICARE IL NUMERO COMPLESSIVO E IN CHE FASCIA DI ETA')**

<55aa 55-64aa 65-74aa > 75aa

SI, QUANTI

NO

**122.** SUO PADRE, I SUOI FRATELLI, I SUOI FIGLI MASCHI HANNO SOFFERTO DI MALATTIA CEREBROVASCOLARE O ICTUS? (SE SI, INDICARE IL NUMERO COMPLESSIVO E IN CHE FASCIA DI ETA')

<55aa 55-64aa 65-74aa > 75aa

SI, QUANTI

NO

**123.** SUO PADRE, I SUOI FRATELLI, I SUOI FIGLI MASCHI HANNO SOFFERTO DI TUMORE MALIGNO? (SE SI, INDICARE IL NUMERO COMPLESSIVO E IN CHE FASCIA DI ETA')

<55aa 55-64aa 65-74aa > 75aa

SI, QUANTI

NO

**124.** SUA MADRE, LE SUE SORELLE, O LE SUE FIGLIE HANNO SOFFERTO DI MALATTIA CORONARICA, CIOE' DI ANGINA DI PETTO O INFARTO DEL MIOCARDIO, INTERVENTO DI BY-PASS AORTO-CORONARICO O DI ANGIOPLASTICA? (SE SI, INDICARE IL NUMERO COMPLESSIVO E IN CHE FASCIA DI ETA')

<55aa 55-64aa 65-74aa > 75aa

SI, QUANTI

NO

**125.** SUA MADRE, LE SUE SORELLE, O LE SUE FIGLIE HANNO SOFFERTO DI MALATTIA CEREBROVASCOLARE O ICTUS? (SE SI, INDICARE IL NUMERO COMPLESSIVO E IN CHE FASCIA DI ETA')

<55aa 55-64aa 65-74aa > 75aa

SI, QUANTI

NO

**126.** SUA MADRE, LE SUE SORELLE, O LE SUE FIGLIE HANNO SOFFERTO DI TUMORE MALIGNO? (SE SI, INDICARE IL NUMERO COMPLESSIVO E IN CHE FASCIA DI ETA')

<55aa 55-64aa 65-74aa > 75aa

SI, QUANTI

NO

**127.** I SUOI GENITORI, I SUOI FRATELLI E SORELLE, I SUOI FIGLI HANNO O AVEVANO IL COLESTEROLO O I TRIGLICERIDI NEL SANGUE ELEVATI? SI NO

**128.** I SUOI GENITORI, I SUOI FRATELLI O SORELLE, I SUOI FIGLI HANNO O AVEVANO LA PRESSIONE ELEVATA? SI NO

**129.** I SUOI GENITORI, I SUOI FRATELLI O SORELLE, I SUOI FIGLI HANNO O AVEVANO IL DIABETE? SI NO

130. QUANTI SONO I SUOI FRATELLI  131. E SORELLE

132. QUANTI SONO I SUOI FIGLI  133. E FIGLIE

### **QUALITA' DEL SONNO**

134. QUANTO SEI SODDISFATTO O INSODDISFATTO DEL TUO REGIME DI SONNO ATTUALE?

MOLTO INSODDISFATTO

INSODDISFATTO

NEUTRO

SODDISFATTO

MOLTO SODDISFATTO

135. NELL'ULTIMA SETTIMANA QUANTE ORE HA DORMITO MEDIAMENTE DURANTE LA NOTTE? Numero di ore

### **SEZIONE RISERVATA ALLE DONNE**

136. HA ANCORA LE MESTRUAZIONI?

SI, regolarmente

SI, ma irregolarmente o con cicli fermi da meno di 6 mesi

NO

GRAVIDANZA

*SE NO,*

137. A CHE ETA' E' ENTRATA COMPLETAMENTE IN MENOPAUSA?

Inserire l'età in anni dopo 6 mesi senza cicli

*SE IN GRAVIDANZA,*

138. ULTIMA MESTRUAZIONE \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

139. SETTIMANA GESTAZIONALE  1

140. GRAVIDANZA GEMELLARE? SI  NO

141. NELL'ULTIMO MESE HA ASSUNTO ORMONI PER LA MENOPAUSA?

SI, sotto forma di pillole, iniezioni o cerotti

NO

DATI INSUFFICIENTI

142. a FARMACO 1 Nome del farmaco .....

a1. Il dosaggio è giornaliero? SI NO

a2. Numero di compresse al dì  / a3 Numero di compresse a settimana

**142. b FARMACO 2**

Nome del farmaco .....

b1. Il dosaggio è giornaliero? SI NO

b2. Numero di compresse al dì |\_| / b3 Numero di compresse a settimana |\_|\_|

**142. c FARMACO 3**

Nome del farmaco .....

c1. Il dosaggio è giornaliero? SI NO

c2. Numero di compresse al dì |\_| / c3 Numero di compresse a settimana |\_|\_|

**143 NEGLI ULTIMI DUE MESI HA ASSUNTO PILLOLE, INIEZIONI O CEROTTI ANTICONCEZIONALI? SI NO DATI INSUFFICIENTI**

Se si,

**144 NOME DEL FARMACO .....**

**ALFABETIZZAZIONE SANITARIA**

Intervistatore: non è sempre facile ottenere informazioni comprensibili, affidabili e utili su argomenti relativi alla salute. Con le seguenti domande vorremmo scoprire quali attività legate alla gestione delle informazioni sulla salute siano più o meno facili o difficili.

***Su una scala da molto facile a molto difficile, quanto ritiene sia facile:***

	Molto facile	Facile	Difficile	Molto difficile
... trovare informazioni sul trattamento per le malattie che la preoccupano?				
... capire dove trovare l'aiuto di un professionista quando lei sta male? <i>(Istruzioni: per esempio un medico, un infermiere, un farmacista, uno psicologo)</i>				
... capire ciò che il medico le dice?				
... comprendere le istruzioni del medico o del farmacista su come assumere un farmaco che le è stato prescritto?				
... capire se potrebbe essere necessario avere un secondo parere da un altro medico?				
... usare le informazioni del medico per prendere delle decisioni che riguardano una sua malattia?				
... seguire i consigli del medico o del farmacista?				
... trovare informazioni su come gestire problemi di salute mentale? <i>(Istruzioni: stress, depressione o ansia)</i>				
... comprendere le informazioni riguardanti abitudini non salutari quali fumare, fare scarsa attività fisica o bere troppi alcolici?				
... comprendere le informazioni sugli esami o i controlli medici raccomandati? <i>(Istruzioni: per es., screening del cancro del colon-retto, glicemia)</i>				
... capire se le informazioni fornite dai media sui rischi per la salute siano affidabili? <i>(Istruzioni: per es., giornali, TV o internet)</i>				
... decidere come proteggersi dalle malattie seguendo le informazioni fornite dai media? <i>(Istruzioni: per es., giornali, TV o internet)</i>				
... trovare informazioni su attività che siano utili al suo benessere mentale? <i>(Istruzioni: e.g., rilassarsi, esercizio fisico, yoga)</i>				
... comprendere i consigli di familiari o amici riguardanti la sua salute?				
... comprendere le informazioni fornite dai mezzi di comunicazione di massa su come migliorare la propria salute? <i>(Istruzioni: per es., giornali, TV o internet)</i>				
... valutare quali abitudini quotidiane influenzano la sua salute? <i>(Istruzioni: Abitudini nel bere e mangiare, esercizio fisico, ecc.)</i>				

## ADL-IADL

1- Come va in generale la sua salute?

Molto bene.....1

Bene .....2

Né bene, né male.....3

Male.....4

Molto male.....5

2- E' affetto da malattie croniche o problemi di salute di lunga durata? (Il termine 'lunga durata si riferisce a malattie o problemi di salute che durano da almeno 6 mesi o si prevede che durino per almeno 6 mesi)

Si.....1

No.....2

3- A causa dei suoi problemi di salute, in che misura lei pensa di avere delle limitazioni nelle sue attività abituali che durano da almeno sei mesi?

Limitazioni gravi.....1

Limitazioni non gravi.....2

Nessuna limitazione.....3

Lei è in grado di:	Si, senza difficoltà	Con qualche difficoltà	Con molta difficoltà	Non è in grado
Vedere un testo stampato su un giornale <i>(tenga conto del suo abituale utilizzo di occhiali o lenti a contatto)</i>				
Distinguere il volto di una persona a 4 metri di distanza (per esempio, dall'altra parte della strada)? <i>(tenga conto del suo abituale utilizzo di occhiali o lenti a contatto)</i>				
Sentire quanto viene detto in una conversazione con più persone? <i>(tenga conto del suo abituale utilizzo di apparecchi acustici)</i>				
Camminare per 500 metri su un terreno pianeggiante senza l'aiuto di un bastone, o di altri ausili per camminare o senza alcuna assistenza?				
Salire e scendere un piano di scale senza l'aiuto di un bastone o di altri ausili per camminare, senza utilizzare il corrimano o senza alcuna assistenza?				
Piegarsi e inginocchiarsi senza alcun aiuto o senza assistenza ?				
Sollevare e portare una borsa della spesa di 5 chili per almeno 10 metri senza alcun aiuto o senza assistenza?				
Afferrare con le dita o maneggiare un piccolo oggetto, come una penna senza alcun aiuto?				
Mordere e masticare alimenti duri, ad esempio una mela dura (senza considerare l'uso della dentiera)?				

<b>Abitualmente ha difficoltà a svolgere le seguenti attività?</b>	<b>Nessuna difficoltà</b>	<b>Si, qualche difficoltà</b>	<b>Si, molta difficoltà</b>	<b>Non riesco a farle da solo</b>
Mangiare da solo				
Alzarsi e mettersi a letto oppure sedersi e alzarsi da una sedia da solo				
Vestirsi e spogliarsi da solo				
Andare al bagno da solo				
Fare il bagno o la doccia da solo				
Preparare i pasti da solo				
Usare il telefono da solo				
Fare la spesa da solo				
Prendere le sue medicine da solo				
Fare lavori di casa leggeri da solo				
Fare occasionalmente lavori di casa pesanti da solo				
Gestire le sue risorse economiche e il suo denaro da solo				