

800 1222·2022
ANNI



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CARDIO – TORACO –
VASCOLARI E SANITA' PUBBLICA**

CORSO DI LAUREA IN ASSISTENZA SANITARIA

TESI DI LAUREA

**L'ENGAGEMENT INDIVIDUALE PER LA
PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE PER LA DONNA
E VALUTAZIONE DELL'APPLICABILITÀ IN DIVERSI
SETTING DI OFFERTA**

**RELATORE: PROF. FRANCESCO MARINI
CORRELATORE: DR.SSA TIZIANA MENEGON**

LAUREANDA: ALESSIA BERGAMIN

ANNO ACCADEMICO 2021 – 2022

1222·2022
800
ANNI



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CARDIO – TORACO –
VASCOLARI E SANITA' PUBBLICA**

CORSO DI LAUREA IN ASSISTENZA SANITARIA

TESI DI LAUREA

**L'ENGAGEMENT INDIVIDUALE PER LA
PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE PER LA DONNA
E VALUTAZIONE DELL'APPLICABILITÀ IN DIVERSI
SETTING DI OFFERTA**

**RELATORE: PROF. FRANCESCO MARINI
CORRELATORE: DR.SSA TIZIANA MENEGON**

LAUREANDA: ALESSIA BERGAMIN

ANNO ACCADEMICO 2021 - 2022

INDICE

ABSTRACT	
PREMESSA	1
CAPITOLO 1 – INTRODUZIONE	3
1.1 Le malattie croniche	3
1.2 Le malattie cardiovascolari	4
1.3 Il rischio cardiovascolare nelle donne	4
1.4 Epidemiologia	5
1.4.1 Mortalità	5
1.4.2 Incidenza	6
1.4.3 Prevalenza	6
1.5 I fattori di rischio: modificabili e non modificabili	7
1.6 Le linee guida per la prevenzione cardiovascolare	11
1.7 L’engagement e Health literacy	12
1.8 Il modello ecologico e l’approccio salutogenico	16
1.9 Il self-care	18
1.10 Approcci preventivi in Italia	20
1.10.1 La carta del rischio cardiovascolare	20
1.10.2 La percezione del rischio	23
1.10.3 Piano della Prevenzione 2020-2025	23
CAPITOLO 2 – PRESENTAZIONE DEL PROGETTO	25
2.1 Descrizione del problema	25
2.2 Scopo dello studio	26
2.3 Revisione della letteratura	27
CAPITOLO 3 – MATERIALI E METODI	29
3.1 Questionario	29
3.2 Il focus group	32
3.3 Limite dello studio	33
CAPITOLO 4- RISULTATI	35
4.1 Risultati questionario	37
4.1.1 Sezione 1 – Socio-Demografica	37
4.1.2 Sezione 2 – Salute e attività svolta	39

4.1.3 Sezione 3 – Consapevolezza sul rischio cardiovascolare.....	44
4.1.4 Sezione 4 – L’utilizzo dei social	46
4.1.5 Sezione 5 – Salute e Internet.....	49
CAPITOLO 5 – CONCLUSIONI	55
5.1 Discussione	56
5.2 Progetto applicativo.....	58
5.2.1 I social media come strumento di engagement	58
5.2.2. Counselling.....	59
5.2.3 La sala d’attesa come setting di comunicazione	59
ALLEGATI	61
BIBLIOGRAFIA	71
SITOGRAFIA	73
ELENCO GRAFICI	75
ELENCO TABELLE.....	76
ELENCO FIGURE.....	76
RINGRAZIAMENTI	77

ABSTRACT

INTRODUZIONE

Le malattie cardiovascolari rappresentano un problema sociale non indifferente per la collettività attuale. Esse rappresentano la causa principale di morte in tutti i paesi del mondo occidentale, inclusa l'Italia, e sono la causa più frequente di disabilità. Sempre maggiori evidenze scientifiche indicano come queste patologie siano legate fra loro da fattori di rischio riconducibili a stili di vita scorretti. Negli ultimi anni la ricerca scientifica ha compiuto notevoli progressi nel trattamento di queste patologie, ma il numero di persone che si ammalano e ne soffrono è ancora alto. La prevenzione primaria, quindi, è molto importante per contrastare le malattie cardiovascolari. A tal proposito manca la sperimentazione dell'applicabilità di strumenti di *engagement* individuale per la prevenzione cardiovascolare in diversi *setting* di offerta.

MATERIALI E METODI

Lo scopo dello studio è sperimentare l'applicabilità di strumenti di *engagement* per la prevenzione cardiovascolare in diversi *setting* d'offerta, attraverso la somministrazione di un questionario ad un campione opportunistico. Al fine di raggiungere l'obiettivo generale di tesi è stato auto-redatto, pretestato e infine somministrato un questionario ad un campione opportunistico, rivolto alle donne in fascia di screening mammografico e screening cervicale.

RISULTATI

I questionari raccolti in totale sono 227. Il campione era solamente femminile di età compresa fra i 25 e i 70 anni e più. L'età che principalmente rappresentata dal campione è la fascia d'età 50-54 anni. L'indagine iniziale ha messo in evidenza, oltre alla fascia d'età, che più della metà delle donne rispondenti vive con il marito (60%). Lo studio si è poi concentrato sulla conoscenza del rischio cardiovascolare e sull'utilizzo dei social o di Internet per cercare informazioni riguardanti il tema della salute. Considerando il tema proposto è emerso che ben il 29% delle donne non è sicura di avere stili di vita a rischio cardiovascolare. Si è evidenziato che i 3 fattori di rischio cardiovascolari maggiormente indicati, in ordine sono: obesità, fumo e ipertensione. Per quanto riguarda l'utilizzo di Internet e dei social dai risultati dei questionari emerge che più del 92% utilizza internet quasi tutti i giorni. Il social più utilizzato dalle rispondenti del questionario è WhatsApp (85%) e al secondo posto Facebook (37%).

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Nel complesso, i dati raccolti dal campione hanno fatto emergere un persistente utilizzo di Internet e dei social per cercare informazioni riguardanti la salute, con successiva poi consultazione con il Medico di Medicina Generale o con il Farmacista, in quanto, le persone non si sentono del tutto sicure ad utilizzare le informazioni che trovano in Internet per prendere decisioni riguardanti la loro salute. Una scarsa conoscenza riguardante il tema delle malattie cardiovascolari e della sua prevenzione. Oltre a questo, emergono come strumenti utili di *engagement*: i social (principalmente WhatsApp), i messaggi diretti e i video.

PREMESSA

Con l'auspicio che la prevenzione delle malattie cardiovascolari diventi in tutte le persone più attiva ed efficace e nelle Istituzioni si riconosca l'importanza di tale. In questa tesi si vuole raccogliere informazioni utili a migliorare il coinvolgimento nella prevenzione cardiovascolare scoprendo l'applicabilità di strumenti di *engagement* in diversi *setting* di offerta.

Il lavoro di ricerca risulta così strutturato:

- Nel primo capitolo, Introduzione, vi è una panoramica generale sul tema affrontato, sui documenti e sui vari approcci;
- Nel secondo capitolo, Presentazione del Progetto, sono state specificate le problematiche ed è evidenziato lo scopo dello studio;
- Nel terzo capitolo, Materiali e Metodi, viene illustrato lo strumento di ricerca utilizzati, le modalità di analisi e di elaborazione dei dati;
- Nel quarto capitolo, Risultati, sono presentati ed analizzati i dati raccolti dallo strumento di ricerca;
- Nel quinto capitolo, Conclusioni, sono discussi i risultati più rilevanti concludendo con una proposta di intervento.

CAPITOLO 1 – INTRODUZIONE

1.1 Le malattie croniche

Le malattie croniche costituiscono la principale causa di morte nel mondo industrializzato e in via di sviluppo, l'Organizzazione della Sanità le definisce come un'"epidemia invisibile". Sono dei processi morbosi che presentano sintomi che non si risolvono nel tempo né generalmente giungono a miglioramento con i farmaci né tantomeno con intervento medico. Sono croniche tutte quelle patologie caratterizzate da un lento e progressivo declino delle normali funzioni fisiologiche. Esse comprendono le malattie cardiovascolari, le malattie metaboliche, le malattie genetiche, i tumori, le malattie dell'apparato muscolo scheletrico, le malattie respiratorie croniche, le malattie neurologiche.

Sono malattie che trovano le loro origini in età giovanile, impiegando però qualche tempo, anche decenni, prima di dare un vero e proprio disturbo alla persona colpita e quindi poter essere diagnosticate.

Alla base delle principali malattie croniche vi sono dei fattori di rischio distinguibili in modificabili e in non modificabili. Questo genere di malattie, oltre che avere un grosso riscontro nell'ambito della mortalità, lo sono anche nel senso di invalidità tanto che è stata introdotta un'unità di misura calcolante gli anni di vita persi a causa della disabilità data dalla malattia; questa unità di misura si chiama DALY (*Disability Adjusted Life Year*).¹ La maggior parte delle malattie, sebbene sia curabile dal punto di vista medico, non è ancora guaribile. Queste malattie rappresentano per coloro che ne sono affetti, l'ingresso in una condizione cronica, caratterizzata dalla lunga durata e da eventuali aggravamenti. Tutti i pazienti affetti da una malattia cronica soffrono di una perdita del sentimento di integrità, senza contare la minaccia di uno scempenso o di un deterioramento del loro stato.

¹ Lacroix, A., Assal, J.-P., & Ciaccio, S. (2013). *Educazione terapeutica dei pazienti: nuovi approcci alla malattia cronica* (2a ed.). Torino: Minerva medica. Consultato il 30 agosto

1.2 Le malattie cardiovascolari

Le malattie cardiovascolari sono delle condizioni di sofferenza di cui fanno parte le malattie ischemiche del cuore e le malattie cerebrovascolari, esse si dividono in due macroaree: congenite, cioè presenti dalla nascita, o acquisite, insorgono successivamente durante l'arco di vita.

Negli ultimi anni la ricerca scientifica ha compiuto notevoli progressi nel trattamento di queste patologie, il miglioramento terapeutico medico e chirurgico delle cardiopatie congenite ha permesso la sopravvivenza di numerosi bambini, mentre nel campo delle cardiopatie acquisite, vi sono stati grandi progressi della cardiologia, che hanno permesso di migliorare significativamente gli esiti e le conseguenze dell'infarto del miocardio, dello scompenso cardiaco, delle aritmie e dell'ipertensione arteriosa.

Ad oggi, esse rappresentano in Italia uno dei più importanti problemi di salute sociale: sono tra le principali cause di morbosità, invalidità e mortalità.

Secondo i dati Istat, nel nostro paese, esse sono responsabili del 34.8% di tutti i decessi (31.7% nei maschi e 37% nelle femmine). In particolare, la cardiopatia ischemica è responsabile del 9.9% di tutte le morti (10.8% nei maschi e 9% nelle femmine), mentre le malattie cerebrovascolari dell'8.8% (7.3% nei maschi e 10.1% nelle femmine).

1.3 Il rischio cardiovascolare nelle donne

Negli anni Cinquanta quando sono iniziati gli studi epidemiologici sulle malattie cardiovascolari si pensava che queste malattie riguardassero solo il genere maschile, per questa ragione gli studi sulle donne sono iniziati molto più tardi. Si è scoperto che le donne iniziano a presentare malattie cardiovascolari con un ritardo di dieci anni rispetto agli uomini. Il quadro della malattia non è così evidente, spesso è assente il dolore o è localizzato in un'altra sede.

Fino all'arrivo della menopausa le donne sono avvantaggiate dalla protezione ormonale, dopo passata una finestra temporale che si aggira intorno ai dieci o quindici anni, le donne sono colpite più spesso degli uomini da eventi cardiovascolari.

È importante quindi tenere stili di vita sani, attraverso una sana alimentazione, una regolare attività fisica ed eliminando l'abitudine al fumo.

1.4 Epidemiologia

1.4.1 Mortalità

Secondo i dati Istat nel “2018 in Italia sono stati rilevati complessivamente 220.456 decessi per malattie del sistema circolatorio (96.017 maschi e 124.439 femmine), di questi decessi 62.434 sono stati attribuiti a malattie ischemiche del cuore, comprendenti 20.739 infarto del miocardio, 55.434 attribuiti alle malattie cerebrovascolari e 53.901 sono stati classificati come “Altre malattie del cuore”.²

Le malattie sistemiche del cuore rappresentano quindi le prime cause di morte in Italia, 27.1% (anno 2018) di tutti i decessi, si è evidenziato però un notevole abbassamento del tasso di mortalità, si è passati per le malattie del sistema circolatorio da 46.87 a 28.08 per 10.000 abitanti.

² P. Bellisario, D. Galeone, M. Gulizia, G. Laurendi, 2021 (sitografia: Documento Alleanza Cardio-Cerebrovascolare (salute.gov.it) visitato il 01 agosto

1.4.2 Incidenza

L'incidenza è il numero di nuovi casi di malattia in una popolazione in un determinato periodo di tempo.

In Italia i disturbi dell'apparato cardiocircolatorio sono la maggior causa di ricovero; durante il corso dell'anno 2019 si sono registrate 863.505 dimissioni per problematiche cardiovascolari. L'insufficienza cardiaca è la seconda causa specifica di ricovero ospedaliero, dopo l'insufficienza respiratoria. Questi dati negli ultimi anni sono risultati nettamente in diminuzione.

1.4.3 Prevalenza

È la frequenza di una malattia o di una condizione a rischio in una popolazione. L'Istituto Superiore di Sanità (ISS), in collaborazione con l'Associazione Italiana Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO), ha condotto due indagini a distanza di 10 anni (1998-2002 e 2008-2012) (Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/*Health Examination Survey*, OEC) su campioni casuali di popolazione generale arruolata nelle 20 Regioni.³

In particolare, attraverso procedure e metodologie standardizzate, ha valutato la prevalenza delle principali malattie cardiovascolari e delle condizioni a rischio più frequenti: malattie cardiache, malattie cerebrovascolari (accidenti cerebrovascolari o attacco ischemico transitorio) e interventi di bypass aortocoronarico o angioplastica. Per tutte e tre i gruppi considerati è evidente un aumento della prevalenza con l'avanzare dell'età, specialmente nelle fasce di età più anziane (55-64 e 65-74 anni). Negli uomini si registra una piccola diminuzione della prevalenza per le malattie coronariche e una diminuzione rilevante per le malattie cerebrovascolari. Nelle donne la prevalenza delle malattie coronariche è aumentata leggermente, mentre è diminuita quella delle malattie cerebrovascolari.

³ P. Bellisario, D. Galeone, M. Gulizia, G. Laurendi, 2021 (sitografia: Documento Alleanza Cardio-Cerebrovascolare (salute.gov.it) visitato il 01 agosto.

1.5 I fattori di rischio: modificabili e non modificabili

Sono noti diversi fattori di rischio che aumentano nella persona il rischio di sviluppare malattia e predispongono l'organismo ad ammalarsi. I fattori di rischio cardiovascolari sono il punto di partenza per la valutazione del rischio per i singoli individui. Essi si dividono in modificabili e non modificabili. I primi intervengono nelle diverse età della vita in rapporto alle abitudini alimentari, all'attività fisica, a fattori favorenti esterni e sono considerati modificabili con interventi comportamentali precoci e con terapie mirate. I secondi, invece, rientrano nella valutazione del rischio complessivo.

“Nel quadriennio 2017-2020, PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) ha rilevato che su 100 intervistati 20 riferiscono una diagnosi di ipertensione, 22 di ipercolesterolemia, 37 sono sedentari, 25 fumatori, 42 risultano in eccesso ponderale ($IMC \geq 25$) e meno di 10 persone consumano 5 porzioni di frutta e verdura al giorno ⁴(*five a day*: si tratta di mangiare una varietà di frutta e di verdura, sia congelati, freschi, o essiccati, 5 volte al giorno. Questo può aiutare a ridurre il rischio di malattie cardiovascolari e ictus), come raccomandato. Inoltre, quasi il 5% degli intervistati riferisce una diagnosi di diabete. Complessivamente il 40% degli intervistati presenta almeno 3 dei fattori di rischio cardiovascolare menzionati sopra e solo una piccolissima quota (meno del 3%) risulta del tutto libera dall'esposizione al rischio cardiovascolare noto.”⁵

Secondo gli indicatori raccolti da Passi, i dati per la regione Veneto riguardo la diffusione dei fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione adulta di 18-69 anni sono i seguenti:⁶

⁴ Eat More (fruit & veg), rev proof2 130808 (www.just.nhs.uk), visitato il 03 ottobre.

⁵ Rischio cardiovascolare dati sorveglianza Passi (iss.it), visitato il 08 agosto.

⁶ Rischio cardiovascolare dati sorveglianza Passi (iss.it). Visitato 8 agosto.

Figura 1. Andamento malattie cardiovascolari.

	Misurato pressione arteriosa negli ultimi 2 anni	Iperensione riferita	Misurato colesterolemia almeno una volta nella vita	Ipercolesterolemia riferita	Calcolo rischio cardiovascolare	Almeno un fattore di rischio cardiovascolare
Veneto	83.6	19.8	78.4	25.5		96.3
Italia	81.4	19.9	79.4	21.7		97.5

■ peggiore del valore nazionale
 ■ simile al valore nazionale
 ■ migliore del valore nazionale

Fonte 1. Rischio cardiovascolare dati sorveglianza Passi, anno 2017-2020 (iss.it).

I fattori di rischio modificabili troviamo:

- Tabagismo
- Scorretta alimentazione
- Sovrappeso/ obesità
- Diabete mellito
- Iperensione arteriosa
- Fibrillazione atriale
- Cardiopatie
- Dislipidemie

Tabagismo

Colui che fuma anche solo una sigaretta al giorno, a settimana o al mese viene considerato fumatore; mentre non fumatori ed ex fumatori sono coloro che hanno smesso di fumare da almeno un anno. Secondo i dati ISTAT dell'anno 2020-2021 "In Italia, la maggioranza degli adulti 18-69enni non fuma (59%) o ha smesso di fumare (17%), ma 1 italiano su 4 fuma (25%). Il consumo medio giornaliero è di circa 12 sigarette, tuttavia 1 fumatore su 5 ne consuma più di un pacchetto."

Il fumo rappresenta un importante fattore di rischio cardiovascolare. Il fumo riduce la quantità di ossigeno che arriva al cuore, aumenta la pressione sanguigna e il battito cardiaco, favorisce la vasodilatazione e lo spasmo.

Inoltre, anche il fumo passivo aumenta il rischio di patologie cardiovascolari per chi è esposto a casa o nell'ambiente di lavoro, in relazione al grado di contatto e alla durata dell'esposizione.

Sovrappeso/ obesità

L'aumento di peso a lungo tempo aumenta il rischio di patologie cardiache anche perché è spesso associato a colesterolo alto, ipertensione e diabete. I chili di troppo fanno lavorare eccessivamente il cuore anche per svolgere funzioni basilari. Il rischio cardiovascolare aumenta quindi al crescere dell'indice di massa corporea (IMC o body mass index, BMI, si ottiene dividendo il peso, espresso in chilogrammi, per il quadrato dell'altezza, espressa in metri).

Secondo i dati ISTAT del 2021 la popolazione di 18 anni e più in eccesso di peso è pari al 46,2 %.

Diabete mellito

Il diabete è una malattia cronica caratterizzata dalla presenza elevata di glucosio nel sangue (iperglicemia) e dovuta a un'alterata quantità o funzione dell'insulina. Il valore medio della glicemia a digiuno nella popolazione adulta è di 92 mg/dl per gli uomini e 86 mg/dl per le donne. I soggetti affetti da diabete mellito hanno un aumentato rischio di malattie cardiovascolari, in quanto l'iperglicemia danneggia i vasi vascolari. Secondo l'ISTAT "In Italia, il diabete interessa una percentuale di popolazione minore (il 5,6% nella rilevazione ISTAT e il 4,7% nei dati della sorveglianza di popolazione 18-69 anni intervistata da PASSI). Entrambi i sistemi di indagine rilevano prevalenze più alte tra le regioni del Sud rispetto a quelle del Centro e del Nord Italia."

Dislipidemie

Elevati valori di colesterolo totale (> di 200 mg/dL) e di colesterolo LDL, bassi valori di colesterolo HDL ed elevati trigliceridi (> di 150 mg/dL) aumentano notevolmente il rischio cardiovascolare.

Iperensione arteriosa

La pressione arteriosa è la forza esercitata dal sangue contro la parete delle arterie, quando i valori pressori di sistolica e/o di diastolica superano i 140 (per la massima) e/o i 90 (per la minima), si parla di ipertensione arteriosa. L'elevata pressione del sangue nelle arterie è un importante fattore di rischio cardiovascolare ed è molto diffuso nella popolazione. Secondo i dati ISTAT relativi all'anno 2019, in Italia "il 17,9% della popolazione totale (17,3% maschi e 18,5% femmine) è affetta da ipertensione arteriosa, la prevalenza aumenta con l'età fino a superare il 50% oltre i 74 anni e nella popolazione di età superiore ai 60 anni è tendenzialmente maggiore nelle donne rispetto agli uomini.

I fattori di rischio non modificabili:

- Età
- Familiarità/ fattori genetici
- Genere
- Etnia

Età

Il rischio aumenta progressivamente con l'età: L'infarto del miocardio è più frequente nei soggetti tra i 50 e i 60 anni.

Familiarità/ fattori genetici

Una storia di malattie cardiovascolari a carico dei familiari di primo grado (genitori, fratelli, sorelle, figli) in età precoce, ovvero prima dei 55 anni negli uomini e prima dei 65 anni nelle donne, rappresenta un indicatore del rischio di sviluppare un evento cardiovascolare.

Genere

La maggior aspettativa di vita delle donne è accompagnata fino alla menopausa da un minor rischio cardiovascolare rispetto agli uomini, con una protezione ormonale naturale estro-progestinica tipica dell'età fertile. Con l'arrivo della menopausa il rischio cardiovascolare tra maschi e femmine si equipara.

Etnia

L'etnia comporta fattori genetici e ambientali che condizionano una diversa suscettibilità ai fattori di rischio cardiovascolare.

1.6 Le linee guida per la prevenzione cardiovascolare

Le linee guida hanno l'obiettivo di riassumere e valutare le prove disponibili, assistendo gli operatori sanitari proponendogli la miglior strategia di gestione per ogni singolo paziente con una determinata condizione. Le linee guida dovrebbero facilitare quindi il processo decisionale degli operatori sanitari durante la pratica quotidiana.

Negli ultimi anni sono state emanate un gran numero di linee guida dall'*European Society of Cardiology (ESC)*. Le attuali linee guida sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari nella pratica clinica si concentrano principalmente sui fattori di rischio, classificazione del rischio e prevenzione cardiovascolare.

L'ESC ha proposto un nuovo approccio pubblicando nell'agosto 2021 le nuove linee guida sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari nella pratica clinica.⁷

Le attuali linee guida sono divise in sezioni. La prima parte fornisce raccomandazioni sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari per supportare il processo decisionale condiviso dal paziente e dal suo operatore sanitario in base alle caratteristiche individuali del paziente. Sono state prestate particolare attenzione alle differenze di età, sesso, aspettativa di vita, profili dei fattori di rischio, differenze etniche e geografiche. La stima del rischio di malattie cardiovascolari non solo in soggetti apparentemente sani, ma anche in persone anziane e in pazienti con malattia cardiovascolare accertata o diabete mellito (DM), fornisce informazioni per un intervento su misura a livello individuale. Le decisioni di trattamento personalizzate che utilizzano stime del rischio di malattie cardiovascolari e un approccio graduale al trattamento sono più complesse di una strategia di prevenzione più generale valida per tutti, ma riflettono la diversità nei pazienti e nelle caratteristiche dei pazienti nella pratica clinica. Nella seconda parte, invece, viene affrontata la prevenzione rivolta alla comunità.

1.7 L'engagement e Health literacy

Patient engagement

Patient engagement tradotto letteralmente vuol dire coinvolgimento del paziente, e inserito in un contesto sanitario sta ad indicare il coinvolgimento attivo del paziente in tutto il suo percorso di cura.

L'obiettivo del *patient engagement* è di favorire più ampia autonomia della persona nella gestione del proprio stile di vita, della sua salute e cura in relazione con il sistema sanitario.

⁷ *European Heart Journal*, Volume 42, Numero 34, 7 settembre 2021, Pagine 3227–3337, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab484> visitato il 05 settembre.

Promuovere l'*engagement* della persona è un processo complesso, che implica l'attivazione di un sistema multi-componenziale. Per questo motivo la ricerca sull'*engagement* del cittadino in ambito di salute si sta ampliando e arricchendo sempre di più. Questo sia in termini di innovazione tecnologica sia sul piano delle politiche sanitarie, che sempre hanno bisogno di ricevere input da parte dei pazienti. Pensando anche alla cura delle malattie croniche e di conseguenza al coinvolgimento del paziente come attore primario nella gestione della sua salute.

Per questo motivo nel 2014, centro di ricerca *Enga-geMinds HUB* dell'Università Cattolica, ha creato il "*Patient Health Engagement Model*, un modello psicologico di *engagement* validato e pubblicato su un ente specifico di portata internazionale, che permette di diagnosticare e studiare l'esperienza di coinvolgimento attivo dei pazienti nel suo percorso di prevenzione e cura". Tutt'oggi sono ancora attivi studi sul *patient engagement* in ambito della psicologia, della sociologia, delle scienze politiche, dell'economia sanitaria e della medicina, portando alla convivenza di metodologie scientifiche diverse.⁸

La sezione che spesso entra nel dibattito scientifico sul *patient engagement* è che ci si limita ad osservare, misurare e studiare ciò che è osservabile. Mentre, un campo di ricerca molto importante è il perché certi comportamenti di *engagement* del paziente non vengono adottati, o vengono adottati con delle limitazioni. Si tratta di piccole sfumature che se analizzate possono aiutare a capire meglio come promuovere o migliorare il coinvolgimento dei pazienti. Oltre a questo, bisogna considerare che i pazienti possano essere più o meno disponibili a essere coinvolti nella loro cura. Questo, è un elemento da considerare per gli aspetti metodologici ma è soprattutto un elemento chiave di ordine etico, in quanto dovrebbe rimanere un diritto della persona, che si trovano in condizioni cliniche e psicologiche particolare, dare il consenso oppure il dissenso.

Il modello *Patient Health Engagement* è stato appunto costruito da un approccio qualitativo - narrativo, raccogliendo diverse storie di pazienti in diverse aree.

⁸ EngageMindsHUB – Consumer, Food & Health Engagement Research Center, Università Cattolica, Milano-Cremona. Visitato il 05 settembre.

Health literacy

Health literacy, “comprende le abilità cognitive e sociali che determinano la motivazione e la capacità degli individui di accedere alle informazioni, di comprenderle e utilizzarle in modo da promuovere e mantenere una buona salute.”⁹

Tradotto *Health literacy* significa “alfabetizzazione alla salute”, essa implica il raggiungimento di un livello di conoscenze, abilità personali e fiducia in sé stessi tale da poter agire nel miglioramento della salute individuale e della comunità, attraverso la modifica degli stili di vita individuali e delle condizioni di vita. Pertanto, il significato di alfabetizzazione alla salute va molto al di là della semplice capacità di leggere opuscoli e richiedere informazioni e consigli. L’alfabetizzazione alla salute è un aspetto fondamentale per l’*empowerment*, poiché migliora l’accesso degli individui alle informazioni sulla salute e la loro capacità di utilizzarle in modo efficace.

Nel 1970 fu divulgato il termine *Health Literacy*, tuttora ad oggi di rilevanza molto importante nella sanità pubblica e nell’assistenza sanitaria. Si tratta della capacità dei soggetti di riuscire a soddisfare.¹⁰ Le esigenze della salute in una società. *Health literacy* significa, quindi, collocare la salute propria e della propria famiglia e comunità, ma soprattutto sapere quali fattori la possono influenzare. Se un soggetto ha un buon grado di alfabetizzazione sanitaria, avrà le capacità di assumersi la responsabilità della propria salute e di tutte le persone a lui vicine.

Negli ultimi anni *Health literacy* ha ricevuto una notevole attenzione da parte di tutto il mondo. La ricerca e la conoscenza stanno sempre di più comprendendo che rafforzando gli interessi si possono ottenere benefici in termini di migliore salute e benessere e di riduzione delle disuguaglianze di salute. Anche se, questa ricerca è ancora basata su piccoli frammenti di popolazione, ma soprattutto sulla funzionalità dei pazienti.

La limitazione dell’*Health literacy* su una parte della popolazione fa sì che vi sia una minor adesione e partecipazione alle attività di prevenzione e promozione della salute. Le persone con un *Health literacy* limitata spesso presentano livelli bassi di istruzione, sono

⁹ E. Barbera, C. Tortone, Glossario O.M.S. della Promozione della Salute (sitografia: https://www.dors.it/documentazione/testo/201303/OMS_Glossario%201998_Italiano.pdf) visitato il 06 settembre.

¹⁰ Alfabetizzazione sanitaria (who.int), visitato il 06 settembre.

anziani o immigrati. Questo dibattito è ancora in corso, in quanto si sta dimostrando che l'*Health literacy* è molto più elevata tra le persone che un'istruzione più elevata. Per tanto avendo alti livelli di *Health literacy* permette alle persone di sviluppare le competenze e la fiducia per riuscire a prendere decisioni sulla loro salute e sulla salute della loro famiglia e comunità.

Nella dichiarazione di Shanghai del 2016 si è riconosciuta l'alfabetizzazione sanitaria come uno dei pilastri fondamentali nella promozione della salute per il raggiungimento degli obiettivi di sviluppo sostenibile. Per poter raggiungere questi obiettivi devono lavorare insieme attori a livello politico, comunitario, organizzativo per integrare l'alfabetizzazione sanitaria all'interno delle strutture sanitarie.

Nella società, i livelli di alfabetizzazione sanitaria variano. Uno stato di salute più povero, meno autogestione, costi elevati, servizi sanitari, è stato associato a un basso livello di alfabetizzazione sanitaria. Aumentando l'altra precisazione sanitaria, si dà più potere ai cittadini attraverso lo sviluppo di conoscenze e competenze personali.

Nei risultati sanitari l'alfabetizzazione sanitaria influisce in diversi modi:

- Persone con alti livelli di alfabetizzazione sanitaria partecipano più attivamente alla prosperità economica, hanno tassi di occupazione più elevati, sono più istruiti e informati.
- Persone con limitata alfabetizzazione sanitaria hanno minor interesse a partecipare alle attività di promozione alla salute, questo comporta che facciano scelte di salute più rischiose, più incidenti sul lavoro, scarsa adesione ai farmaci comportando un aumento dei ricoveri ospedalieri, della morbilità e morte.
- Chiare competenze e abilità di *Health literacy* personale è un percorso che dura tutta la vita, tutte le persone ad un certo punto della loro vita necessitano di aiuto per capire o operare su alcune informazioni sulla loro salute.
- Fattori individuali e sociali relativi all'alfabetizzazione sanitaria, come ad esempio capacità di comunicare, determinate conoscenze, cultura e caratteristiche specifiche sulla salute, variano in base al contesto culturale e all'ambiente sociale in cui una persona è inserita.

- Una maggiore reattività del sistema sanitario mette a disposizione delle persone una maggiore facilità nel raggiungere risultati positivi per la salute.¹¹

1.8 Il modello ecologico e l'approccio salutogenico

Il modello ecologico

Lo sviluppo umano ha luogo tramite un processo di interazione reciproca, via via più complesso.

Il Modello Ecologico di Bronfenbrenner essenzialmente spiega le capacità umane e la loro progressiva evoluzione dipendono in maniera significativa dal più ampio contesto sociale ed istituzionale in cui si svolge l'attività individuale e pertanto non siano riconducibili a singoli elementi secondo un rapporto di causa ed effetto. Il sistema ecologico da lui ideato “[...] è concepito come un insieme di strutture incluse l’una nell’altra, simili ad una serie di bambole russe”.¹²

Al centro di questo complesso di elementi ha sede il microsistema, che è l'insieme dei diversi contesti ambientali che coinvolgono direttamente il singolo in via di sviluppo e di cui questi ha una relazione diretta (la casa, la famiglia, la scuola, etc.)

Il livello successivo, il mesosistema (che si trova al di sopra del microsistema), si sposta dai singoli contesti per prendere in esame le loro relazioni. Si costituisce quindi di legami tra i diversi ambienti di vita nei quali fa parte la persona in via di sviluppo.

Il terzo livello ecologico è l'esosistema, costituito da ambienti e situazioni estranee alla persona in via di sviluppo, ma che arrivano a condizionare, attraverso gli eventi che in esse si verificano, quello che accade nel microsistema e nel mesosistema. Ad esempio, si pensi ad un bambino inserito in una classe, l'esosistema è rappresentato dagli insegnanti, dalle famiglie dei compagni, etc.

¹¹ Alfabetizzazione sanitaria (who.int) visitato il 06 settembre.

¹² Bronfenbrenner U., Ecologia dello sviluppo umano, Bologna, Il Mulino, 1986. Consultato il 01 settembre.

L'ultimo dei livelli delineati da Bronfenbrenner è il macrosistema, rappresenta il modello di gerarchia superiore del sistema ecologico. Esso corrisponde, ad esempio, alle leggi, ai sistemi politici, di valore, sociale ed etici che regolano una certa società.

L'approccio salutogenico

L'approccio salutogenico è stato coniato da Aaron Antonovsky, il quale si distanzia dall'approccio patogenico, centrato sulle cause ed evoluzione delle malattie. Questo approccio pone l'attenzione sui fattori e i processi di generazione della salute. Per promuovere la salute è necessario comprendere le condizioni e i meccanismi che favoriscono i miglioramenti dello stato di salute, indipendentemente dalla condizione di salute o malattia della persona.¹³

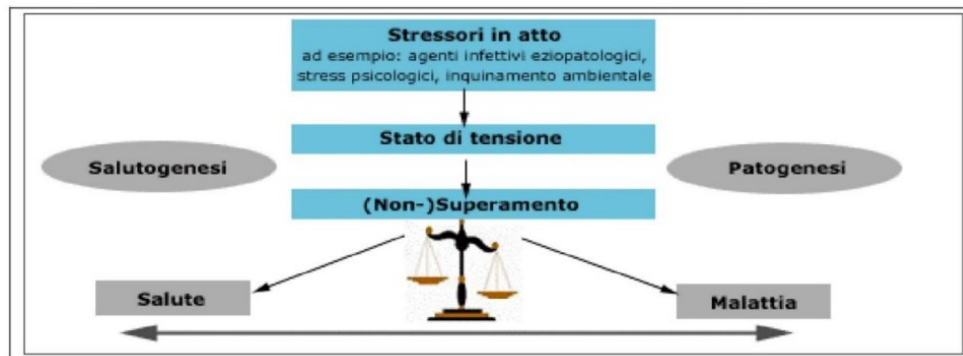
Il pensiero salutogenico ha come presupposto quello di definire che tutte le persone siano più o meno sane, e contemporaneamente più o meno malate; da qui si tratta di sapere in che modo un individuo può diventare più sano o meno malato. Antonovsky interpreta la salute secondo un modello di "continuum fra salute e malattia" che posiziona ogni persona in un determinato punto di questa linea in un preciso momento.¹⁴ Ciò significa che in qualsiasi punto una persona si trovi sulla linea di continuum, essa potrà disporre sempre di risorse e opportunità per favorire lo spostamento della condizione personale verso il polo della salute. Approccio che si pone la domanda del perché le persone rimangono sane, Antonovsky risponde così: "Le persone rimangono sane perché sviluppano un *Sense of Coherence*, caratterizzato da un "pervasivo e duraturo senso di

¹³ Eriksson, M. (2017). The Sense of Coherence in the Salutogenic Model of Health. In M. B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G. F. Bauer, J. M. Pelikan, B. Lindström, & G. A. Espnes (A c. Di), *The Handbook of Salutogenesis*. Cham (CH) (Sitografia: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK435812/>). Visitato il 02 settembre.

¹⁴ Simonelli, I., & Simonelli, F. (2016). *Atlante concettuale della salutogenesi. Modelli e teorie di riferimento per generare salute (educare alla salute)*. Franco Angeli. Consultato il 02 settembre.

fiducia nel fatto che il mondo è prevedibile e che c'è un'alta probabilità che le cose riusciranno nel modo che ci si può ragionevolmente attendere”

Figura 2. Continuum fra salute e malattia.



Fonte 2: https://www.dors.it/alleg/0202/Salutogenesi_2008_Eriksson_Lindstrom.pdf, visitato il 21 ottobre.

La prevedibilità, l'ottimismo e la fiducia in sé stessi sono gli elementi centrali di questo stile di pensiero. Il sociologo creò la metafora del fiume (la salute nel fiume della vita), utilizzandola come similitudine dello sviluppo della salute. Secondo cui per promuovere la salute non è sufficiente cercare di evitare lo stress o di costruire ponti per evitare che le persone cadono nel fiume, ma le persone devono imparare a nuotarvici.¹⁵

1.9 Il self-care

La cura di sé (*self-care*) è un processo decisionale naturalistico. Esso affronta sia la prevenzione sia la gestione delle malattie croniche, con elementi fondamentali di manutenzione di autocura, il monitoraggio di autocura e la gestione di autocura. Inoltre, è fondamentale per il mantenimento della salute, la prevenzione e la gestione delle

¹⁵ Eriksson, M., & Lindström, B. (2008). A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter (Sitografia: Un'interpretazione salutogenica della Carta di Ottawa - PubMed (nih.gov). Visitato il 02 settembre.

malattie croniche. Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità la cura di sé, si concentra principalmente sulle persone sane.¹⁶

È un processo attraverso il quale gli individui, le loro famiglie mantengono la salute attraverso pratiche di promozione della salute e gestione delle malattie. Le persone che si impegnano nel mantenimento della cura di sé aderiscono ai comportamenti necessari per mantenere la stabilità fisica ed emotiva, il monitoraggio dell'auto-cura implica le fasi di osservazione di sé stessi per i cambiamenti nei segni e sintomi dell'ascolto del proprio corpo.

Le attività di cura sono importanti sia che ci si concentri sulla prevenzione sia nella gestione delle malattie. Secondo le linee guida basate sull'evidenza e revisioni complementari, mantenimento, monitoraggio e gestione delle malattie cardiovascolari, comuni di ipertensione, insufficienza cardiaca o ictus, i pazienti trascorrono solo circa 10 ore lo 0,001% del loro tempo con gli operatori sanitari. Questo sta ad indicare che tutte le attività di monitoraggio e gestione della salute sono svolte quindi individualmente o dei pazienti o dalle loro famiglie come attività di autocura al di fuori del contesto sanitario.

La cura di sé avviene sia a livello individuale sia a livello familiare.

I comportamenti di autocura a livello individuale si basano sul nostro sistema sanitario, ovvero sulla convinzione che le persone in cerca di assistenza rispettino le raccomandazioni degli operatori sanitari. In tal merito, la responsabilità è promossa nel contesto del mantenimento degli appuntamenti dell'assunzione dei farmaci prescritti.

L'Accademia nazionale di medicina ha scritto un articolo "*Vital Directions for Health and Health Care*," affronta i principali problemi del sistema sanitario odierno e analizza i possibili cambiamenti. Uno degli obiettivi è quello di sviluppare un sistema sanitario dove i pazienti e le loro famiglie siano informati e coinvolti nella propria assistenza sanitaria; inoltre, la finalità è quella di coinvolgerli nel prendere decisioni sanitarie e nel garantire che esse siano coerenti con gli obiettivi di salute.

Conoscere il proprio stato di salute e la consapevolezza del rischio rappresentano il primo passo dell'auto cura. Infatti, gli individui hanno bisogno di comprendere il loro stato di

¹⁶B.Riegel, D.K. Moser, H. Buck, V. Dickson, S. Dunbar, C.S. Lee, T.A. Lennie, J. Lindenfeld, J.E. Mitchell, D.J. Treat-Jacobson, D.E. Webber (sitografia ahajournals.org) visitato il 05 settembre.

salute e il loro rischio per le condizioni future al fine di impegnarsi in una adeguata cura di sé. Tale conoscenza richiede il supporto e la collaborazione di tutte le figure sanitarie, che sono disposte a promuovere l'autocura. La promozione avviene tenendo i pazienti formati sul loro stato di salute, spiegando i fattori di rischio e fornendo loro l'accesso a fonti appropriate di ulteriori informazioni (ad esempio, fonti web, libri).

Oltre alla cura di sé individuale, vi è anche la cura di sé a livello familiare in quanto i membri della famiglia spesso esercitano un'influenza significativa sulla cura di sé. In aggiunta, una mancanza di supporto viene evidenziata come un'importante barriera alla cura di sé. In tal senso, i membri della famiglia contribuiscono ed influenzano le risposte positive nella cura di sé, facilitando l'aderenza ai farmaci e alla dieta. I fattori che influenzano il *self care* a livello familiare includono qualità della vita, tipo e qualità delle relazioni, supporto sociale, fattori correlati all'invecchiamento o alla progressione di una malattia.

1.10 Approcci preventivi in Italia

1.10.1 La carta del rischio cardiovascolare

La carta del rischio cardiovascolare viene utilizzata per stimare la probabilità che si verifichi un evento cardiovascolare maggiore nei 10 anni successivi. Per riuscire a fare questa stima occorre conoscere i sei fattori di rischio: genere, diabete, abitudini al fumo, età, pressione arteriosa e colesterolo.¹⁷

La carta del rischio deve essere usata dal medico ed è valida se i fattori di rischio vengono misurati seguendo la metodologia standardizzata. Essa è utilizzabile su donne e uomini di età compresa fra 40 e 69 anni che non hanno avuto precedenti eventi cardiovascolari; non è utilizzabile nelle donne in gravidanza e non può essere applicata per valori estremi dei fattori di rischio come pressione arteriosa sistolica superiore a 200 mmHg o inferiore a 90 mmHg e colesterolemia totale superiore a 320 mg/dl o inferiore a 130 mg/dl.

¹⁷ Carta del rischio cardiovascolare (iss.it) visitato il 02 settembre.

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

Viene consigliato di eseguire la valutazione del rischio cardiovascolare attraverso la carta 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 5% e inferiore al 20%)
- ogni 5 anni per persone a basso rischio cardiovascolare (rischio inferiore al 5%).

Le modalità di utilizzo della carta del rischio cardiovascolare

Il rischio cardiovascolare è espresso in sei categorie di rischio MCV (da I a VI): la categoria di rischio MCV indica quante persone su 100 con quelle stesse caratteristiche sono attese ammalarsi nei 10 anni successivi.

I fattori di rischio presi in considerazione sono:

- Genere espresso in due categorie: uomini e donne;
- Diabete espresso in due categorie: diabetico e non diabetico. In particolare, viene definita diabetica la persona che presenta, in almeno 2 misurazioni successive nell'arco di una settimana, la glicemia a digiuno uguale o superiore a 126 mg/dl oppure è sottoposta a trattamento con ipoglicemizzanti orali o insulina oppure presenta storia clinica personale di diabete;
- Età espressa in anni e considerata in decenni: 40-49, 50-59, 60-69;
- Abitudine al fumo di sigaretta espressa in due categorie: fumatori e non fumatori. Si definisce fumatore chi fuma regolarmente ogni giorno (anche una sola sigaretta) oppure ha smesso da meno di 12 mesi. Si considera non fumatore chi non ha mai fumato o ha smesso da più di 12 mesi;

- Pressione arteriosa espressa in mmHg: rappresenta la pressione sistolica come media di due misurazioni consecutive eseguite secondo la metodologia standardizzata. È suddivisa in quattro categorie:
 - uguale o superiore a 90 mmHg e inferiore a 130 mmHg
 - uguale o superiore a 130 mmHg e inferiore a 150 mmHg
 - uguale o superiore a 150 mmHg e inferiore a 170 mmHg
 - uguale o superiore a 170 mmHg e inferiore o uguale a 200 mmHg

Per persone che hanno il valore della pressione arteriosa sistolica superiore a 200 mmHg o inferiore a 90 mmHg non è possibile utilizzare la carta per la valutazione del rischio.

- Colesterolemia espressa in mg/dl; è suddivisa in cinque intervalli:
 - uguale o superiore a 130 mg/dl e inferiore a 174 mg/dl
 - uguale o superiore a 174 mg/dl e inferiore a 213 mg/dl
 - uguale o superiore a 213 mg/dl e inferiore a 252 mg/dl
 - uguale o superiore a 252 mg/dl e inferiore a 291 mg/dl
 - uguale o superiore a 291 mg/dl e inferiore o uguale a 320 mg/dl

Per persone che hanno il valore della colesterolemia totale superiore a 320 mg/dl o inferiore a 130 mg/dl non è possibile utilizzare la carta per la valutazione del rischio.

Per utilizzare la carta il medico deve identificare il genere tra i seguenti: donna diabetica, donna non diabetica, uomo diabetico, uomo non diabetico. Successivamente deve posizionarsi nella zona fumatore / non fumatore, identificare il decennio di età del paziente, collocarsi sul livello corrispondente a pressione arteriosa sistolica e colesterolemia. Infine, identificato il colore, leggere nella legenda il livello di rischio.

1.10.2 La percezione del rischio

La percezione del rischio è un processo cognitivo coinvolto in diverse attività quotidiane e che orienta i comportamenti delle persone di fronte a decisioni che coinvolgono dei rischi potenziali.

La percezione del rischio coinvolge diverse dimensioni come le conseguenze sia immediate sia future e le loro implicazioni, sia su un piano razionale ed oggettivo sia su un piano emozionale e soggettivo.

La ricerca sulla percezione del rischio ha individuato una differenza tra la percezione soggettiva del rischio e la valutazione oggettiva, per questo motivo, può capitare che le persone, alcune volte, possano temere delle attività che non sono in realtà pericolose e non temano delle attività che potrebbero avere conseguenze molto drammatiche. Esistono diverse ragioni che inducono le persone a percepire alcune attività rischiose ed altre meno, ed esistono dei meccanismi generali con cui le persone elaborano, in modo diverso da individuo a individuo, le informazioni provenienti dall'ambiente e quelle in memoria. In realtà sono delle strategie di pensiero che agiscono generalmente a livello inconsapevole, per questo molto spesso può capitare che le persone tendano a sovrastimare o sottostimare il rischio a seconda di come percepiscano un'attività, se più o meno pericolosa.

Nella popolazione il rischio cardiovascolare non è considerato molto pericoloso, o meglio sono i fattori di rischio correlati a queste che non vengono considerati molto pericolosi. Infatti, la maggior parte della popolazione continua a fumare anche sapendo che il fumo crea diverse problematiche, oppure molte persone fanno un uso molto elevato di sale quando il quantitativo giornaliero richiesto dal nostro organismo è molto basso.

1.10.3 Piano della Prevenzione 2020-2025

All'interno del Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, vi sono indicati 6 Macro Obiettivi, uno di essi riguarda le malattie croniche non trasmissibili. Nel Piano vengono individuate delle strategie d'approccio per contrastare le malattie croniche. Una di queste è la multidisciplinarietà, con l'obiettivo di creare interventi in diversi livelli, così da garantire una presa in carico dei soggetti a rischio o all'esordio di queste malattie.

Viene affidato al Dipartimento di Prevenzione il compito di “programmare, validare e attuare interventi finalizzati all’individuazione di condizioni di rischio per le malattie croniche non trasmissibili e all’indirizzo verso un’adeguata presa in carico”.

Questo Macro Obiettivo viene ripreso anche dal Piano della Prevenzione del Veneto, il quale ha riservato una parte alla Prevenzione Cardiovascolare. Per questo motivo, nel programmare il PL11 viene inserito come obiettivo la presenza di ambulatori dedicati allo screening cardiovascolare in tutti i distretti delle Ulss entro il 2025, seguendo il modello già esistente del progetto “Cardio 50”.

A seguito di vari studi condotti prima dalla Regione Veneto nel 2007 e successivamente dal CCM Nazionale con il progetto ¹⁸“Attivazione di un programma di prevenzione cardiovascolare primaria sul modello dei programmi di screening oncologico” nel 2009. Nasce il progetto “Cardio 50” nel 2013, rivolto alla popolazione cinquantenne di entrambi i sessi, residente in Veneto prevede la chiamata attiva, con interventi di counseling e l’offerta di programmi specifici a soggetti a rischio di sviluppare una malattia cronica. Questi progetti si sono dimostrati molto efficaci e poco dispendiosi sia secondo l’aspetto economico sia delle risorse umane, in quanto viene individuata come figura l’Assistente Sanitario. Nel suo programma formativo prevede infatti, le competenze necessarie per la gestione di un programma di screening.

I risultati hanno confermato l’utilità di un programma con chiamata attiva di prevenzione cardiovascolare, gestito da risorse già presenti nel Dipartimento di Prevenzione, come strumento per individuare soggetti che possano rientrare nel programma.

¹⁸ Microsoft Word - All. 2 PNP 2020-2025 word rev. 30 luglio (salute.gov.it), visitato il 28 ottobre

CAPITOLO 2 – PRESENTAZIONE DEL PROGETTO

2.1 Descrizione del problema

Le malattie cardiovascolari rappresentano un problema sociale non indifferente per la collettività attuale. Sempre maggiori evidenze scientifiche indicano come queste patologie siano legate fra loro da fattori di rischio riconducibili a stili di vita scorretti come fumo, abuso di alcol, sedentarietà, diete scorrette e ipercaloriche.

Le malattie cardiovascolari sono la causa principale di morte in tutti i paesi del mondo occidentale, inclusa l'Italia, e sono la causa più frequente di disabilità. Negli ultimi anni la ricerca scientifica ha compiuto notevoli progressi nel trattamento di queste patologie, ma il numero di persone che si ammalano e ne soffrono è ancora alto.

Le malattie cardiovascolari più frequenti sono la cardiopatia ischemica, soprattutto l'infarto del miocardio, lo scompenso cardiaco e l'ipertensione arteriosa con le sue conseguenze.

La prevenzione primaria, quindi, è molto importante per contrastare le malattie cardiovascolari, poiché mira a impedire l'insorgenza. La prevenzione primaria delle malattie cardiovascolari si basa principalmente, sull'adozione e sul mantenimento di stili di vita salutari, sull'identificazione precoce e sull'adeguata gestione delle eventuali condizioni cliniche che aumentano il rischio di malattie cardiovascolari come ad esempio, diabete mellito, dislipidemie, ipertensione arteriosa.

La patologia più diffusa nel Veneto è l'ipertensione arteriosa che colpisce 752.321 soggetti ed è equamente distribuita per sesso. Il 40% dei soggetti affetti da ipertensione arteriosa presenta 3 o più patologie concomitanti e nella maggior parte dei casi si tratta di patologie cardiovascolari.

A tal proposito manca la sperimentazione dell'applicabilità di strumenti di *engagement* individuale per la prevenzione cardiovascolare in diversi *setting* di offerta.

2.2 Scopo dello studio

Lo scopo dello studio è sperimentare l'applicabilità di strumenti di *engagement* per la prevenzione cardiovascolare in diversi *setting* d'offerta, attraverso la somministrazione di un questionario ad un campione opportunistico.

Gli obiettivi specifici dell'indagine sono:

- Mappare quali possono essere gli strumenti utili per la prevenzione cardiovascolare.
- Valutare l'efficacia degli strumenti in uso alla luce delle raccomandazioni e *best practice*.
- Rilevare la percezione di efficacia degli strumenti ad oggi utilizzati dai professionisti coinvolti
- Evidenziare il bisogno di salute espresso dagli utenti a rischio/campione selezionato
- Proporre spunti di miglioramento inerente all'attuale processo di marketing sociale.
- Proporre un P-PDTA che valorizzi i nodi diversi della rete per la presa in carico dell'utente
- Individuare gli ambiti di azione dell'Assistente Sanitario nella promozione e prevenzione della salute cardiovascolare.

I quesiti di ricerca sono:

- Quali sono le evidenze di letteratura e *best practice* a supporto dell'*engagement* individuale per la prevenzione cardiovascolare?
- Quali sono i possibili *setting* di offerta di strumenti di *engagement* per la prevenzione cardiovascolare?
- Gli strumenti informativi già utilizzati per il marketing sociale ai fini dell'adesione, sono efficaci?

- Qual è la percezione di efficacia per i professionisti coinvolti, degli strumenti ad oggi utilizzati?
- Qual è il bisogno di salute espresso dagli utenti a rischio/campione selezionato?
- Quali sono le possibili attività in carico all'Assistente Sanitario in tali *setting* e nei programmi di screening cardiovascolare?

2.3 Revisione della letteratura

La revisione bibliografica è stata condotta inizialmente attraverso il motore di ricerca Google, utilizzando parole chiave, come ad esempio:

- Prevenzione Cardiovascolare
- Malattie cardiovascolari
- *Engagement*
- *Health Literacy*
- *Self-care*
- *Marketing* sociale
- Carta del rischio cardiovascolare

Utilizzando queste parole libere attraverso Google, hanno condotto a diversi siti internazionali e italiani per lo più scientifici o istituzionali riconosciuti dalle seguenti Associazioni, Enti e Istituzioni quali:

- Istituto Superiore di Sanità
- Regione Veneto
- Passi
- EPALE
- Dors

Una seconda indagine si è poi seguita attraverso il motore di ricerca *Google Scholar* e *PubMed* utilizzando le parole libere già utilizzate in precedenza, hanno fornito diversi risultati con articoli e PDF più o meno recenti.

I testi maggiormente consultati sono stati principalmente due:

- *Self-Care for the Prevention and Management of Cardiovascular Disease and Stroke* - B. Riegel, D.K. Moser, H. Buck, V. Dickson, S. Dunbar, C.S. Lee, T.A. Lennie, J. Lindenfeld, J.E. Mitchell, D.J. Treat-Jacobson, D.E. Webber (sitografia ahajournals.org). Pubblicato il 31 agosto 2017
- P. Bellisario, D. Galeone, M. Gulizia, G. Laurendi, 2021 (sitografia: Documento Alleanza Cardio-Cerebrovascolare (salute.gov.it)). Ultimo aggiornamento maggio 2021

La disponibilità della letteratura era ampia ed è stata esposta nell'introduzione.

CAPITOLO 3 – MATERIALI E METODI

In questo capitolo verrà descritto lo strumento utilizzato, quale il questionario, indicando le modalità di autorizzazione, di rispetto della privacy, di raccolta e analisi dei dati.

3.1 Questionario

Al fine di raggiungere l'obiettivo generale di tesi è stato auto-redatto, precedentemente testato e infine somministrato un questionario ad un campione opportunistico, rivolto alle donne in fascia di screening mammografico e screening cervicale. I *setting* di offerta per la somministrazione del questionario erano differenti attraverso il web o in tre sedi differenti dell'ULSS 2 Marca Trevigiana in cui venivano eseguiti lo screening mammografico e lo screening cervicale, presso il Dipartimento di Prevenzione "La Madonnina" di Treviso, presso l'ospedale di Castelfranco Veneto e presso l'ospedale di Conegliano.

Il questionario è stato elaborato con Modulo Google e Word nei mesi di luglio e agosto, con il supporto del Relatore e della Correlatrice. Sono stati resi pubblici nel mese di settembre.

I dati raccolti sono stati trattati in forma anonima e aggregata, secondo il D.lgs. 30 giugno 2003, n.196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e con le modifiche seguenti. L'informativa sulla privacy e sul trattamento dei dati è stata inserita nella sezione introduttiva del questionario con la presentazione della laureanda e dell'obiettivo di ricerca.

Lo scopo della ricerca è raccogliere informazioni utili a migliorare il coinvolgimento delle donne nella prevenzione cardiovascolare e in alcuni percorsi di salute promossi dall'azienda sanitaria.

Di seguito sono riportate la struttura del questionario (a) e il metodo applicato (b).

a. Questionario per raccogliere informazioni utili a migliorare il coinvolgimento delle donne nella prevenzione cardiovascolare e in alcuni percorsi di salute prossimi dell'azienda sanitaria ULSS 2.

Il campione del questionario era composto da diverse donne in fascia d'età dello screening mammografico e dello screening cervicale, comprendente donne da 25 anni fino a 70 anni e da 70 in su.

Il campione è stato raggiunto attraverso l'invito alla compilazione del questionario tramite un QR-code, ma soprattutto attraverso la somministrazione cartacea del questionario presso le sedi di screening.

Il questionario è composto da 29 domande divise in 5 sezioni.

- Sezione A – Profilo Socio-Demografico

Composta da 5 domande, quattro strutturate e una a risposta libera, con lo scopo di determinare le caratteristiche della rispondente, quali l'età, il titolo di studio, la professione, il nucleo familiare e la sede di somministrazione del questionario (A01 – A05).

- Sezione B – Stato di salute e attività lavorativa

Questa sezione è composta da 7 domande strutturate, che indagano la salute in generale, l'attività lavorativa e la frequenza con cui si svolge l'attività fisica (B01-B07).

- Sezione C – Rischio cardiovascolare

In questa sezione si cercano informazioni sui fattori di rischio cardiovascolare. Al suo interno si trovano 4 domande strutturate (C01-C04).

- Sezione D – Utilizzo dei social.

Tale sezione è composta da 6 domande, l'obiettivo di questa sezione è scoprire per quanto tempo si utilizzano i social e quali sono i social maggiormente utilizzati (D01-D05b).

- Sezione E – Temi di salute

Quest'ultima sezione, composta da 7 domande, intende indagare il metodo con cui le persone cercano di risolvere i problemi di salute. Si riferisce al luogo e alla modalità con le quali trovano le informazioni. Le soluzioni proposte sono le

seguenti: contattare persone di fiducia, contattare il medico, consultare gruppi WhatsApp e Internet (E01-E07).

Per la redazione delle domande sono state utilizzate scale nominali, dicotomiche, in cui le possibili risposte possono essere solo due “Sì o No”, ovviamente l’una esclude l’altra, e scale ordinali a scelta multipla.

b. Metodo statistico generale e tipo di analisi: l’elaborazione dei dati ha preso avvio con la costruzione della matrice composta dai dati del questionario somministrato online tramite Google Drive e dai dati del questionario cartaceo, inseriti in Excel Office 365. Successivamente è stata svolta la codifica delle risposte e l’analisi dei dati. Sono stati assegnati dei codici numerici ad ogni tipologia di risposta, come ad esempio:

- Molto male = 1
- Male = 2
- Né bene né male = 3
- Bene = 2
- Molto bene = 3

Oppure

- No = 1
- Non sono sicura = 2
- Sì = 3

Si è pensato di individuare, all’interno delle domande a risposta multipla con la possibilità di selezionare più voci, le risposte che si ripetevano più frequentemente sul totale dei questionari raccolti.

La prima parte di analisi è stata svolta associando ad ogni domanda a risposta singola un grafico ad una variabile semplice, così da poter avere un quadro generale sul tipo di risposte ottenute. Mentre per le domande a risposta multipla si è pensato di creare dei grafici multivariati inserendo anche l’indice di confidenza, così da poter verificare in quale percentuale di casi la nostra stima è corretta.

Successivamente i dati con i relativi grafici sono stati discussi con il Relatore e la Correlatrice al fine di identificare i risultati sui quali poter focalizzare il progetto di ricerca.

Per l'impostazione dei grafici è stata utilizzata la tabella Pivot, la quale ha permesso di creare tabelle riassuntive, riorganizzando i dati raccolti nella matrice dati, tramite una scelta opportuna dei campi e degli elementi compositivi.

3.2 Il focus group

Al fine di approfondire le risposte ricevute all'interno del questionario, era stata inserita una sezione libera dove chi interessato poteva lasciare il proprio nome e il numero di telefono per poter partecipare ad incontri a gruppi. Successivamente per motivi di privacy e di anonimato del questionario è stata modificata tale sezione con l'inserimento della seguente frase "Se è disponibile a partecipare a incontri di approfondimento che verranno proposti nel mese di ottobre 2022, può inviare le sue informazioni di contatto a: alessia.bergamin.4@studenti.unipd.it". In tal modo le donne interessate potevano inviare una e-mail per poter partecipare ad incontri di approfondimento.

Alla fine della raccolta dei questionari l'adesione al focus group è stata molto bassa, in quanto non sono arrivate e-mail sufficienti per dare il via a questa iniziativa.

Il focus group si sarebbe strutturato attraverso degli incontri con l'utilizzo della piattaforma Google Meet, così da permettere a tutte di collegarsi facilmente, con delle domande strutturate poste alle donne, lasciandole la massima libertà di espressione.

La mancata realizzazione di questo focus group è stata dovuta dal fatto che le donne dovevano loro attivarsi per potervi partecipare e questo ha fatto sì che l'adesione a questa iniziativa è stata veramente bassa.

3.3 Limite dello studio

L'assenza di questionari auto validati già disponibili da utilizzare come punti di partenza e di riferimento ha determinato la necessità di ricorrere all'auto-relazione del questionario, con l'aiuto del Relatore e della Correlatrice.

Oltre a questo, è stata riscontrata un'altra difficoltà inerente al campione. Infatti, trattandosi di un campione opportunistico non è stato possibile definirne in anticipo la sua adesione ma soprattutto garantire la realizzazione del focus group.

CAPITOLO 4- RISULTATI

Con lo scopo di raccogliere informazioni utili ad incrementare il coinvolgimento delle donne e sperimentare l'applicabilità di strumenti di engagement nella prevenzione delle malattie cardiovascolari in diversi setting di offerta è stato somministrato un questionario, alle donne in fascia d'età per lo screening mammografico e per lo screening cervicale, coprendo quindi una fascia d'età che andava dai venticinque anni fino ad arrivare ai settant'anni e più.

I questionari online sono stati pubblicati nella seconda settimana di settembre e mantenuti in rete per 2 settimane, in cui sono stati raccolti 35 questionari.

I questionari cartacei sono stati distribuiti e raccolti in 4 giornate differenti nella terza settimana di settembre, tre giornate a Treviso presso il Dipartimento di Prevenzione "La Madonnina" e una giornata presso l'Ospedale di Castelfranco Veneto nel reparto di Radiologia dove vengono eseguite le mammografie.

Tabella 1. Raccolta questionari cartacei.

Questionari Cartacei	Sede	Screening Mammografico	Screening della Cervice Uterina	Questionari raccolti
1° giornata	Treviso presso il Dipartimento di Prevenzione “La Madonnina”	Invitate: 105 Presentate: 69	Invitate: 120 Presentate: 60	Tot: 53
2° giornata	Treviso presso il Dipartimento di Prevenzione “La Madonnina”	Invitate: 104 Presentate: 67	Invitate: 120 Presentate: 60	Tot: 47
3° giornata	Ospedale di Castelfranco Veneto nel reparto di Radiologia	Invitate: 92 Presentate: 75		Tot: 48
4° giornata	Treviso presso il Dipartimento di Prevenzione “La Madonnina”	Invitate: 97 Presentate: 66	Invitate: 110 Presentate: 55	Tot: 44

Fonte 3. Illustrazione personale.

Dal momento della pubblicazione dei questionari online e dalla raccolta cartacea dei questionari, sono stati raccolti in totale 227 questionari.

Di seguito verranno evidenziati i risultati dei questionari somministrati con una prima visione dei dati in generale. Successivamente segue un’analisi più accurata dei dati più rilevanti.

4.1 Risultati questionario

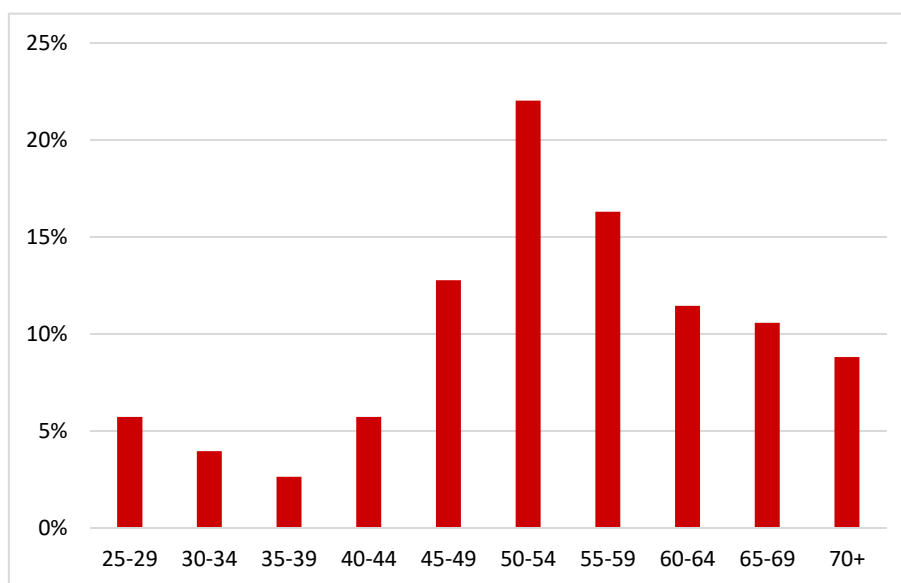
I questionari raccolti in totale sono 227. Il campione era solamente femminile di età compresa fra i 25 e i 70 anni e più. L'età principalmente rappresentata dal campione è la fascia d'età 50-54 anni (22%), poi a seguire la fascia 55-59 anni (16%) e la fascia 45-49 anni (13%). Il campione è solo femminile e comprende la fascia d'età dai 25 anni ai 70 anni e più.

4.1.1 Sezione 1 – Socio-Demografica

Nella sezione 1, i risultati sono i seguenti:

Le donne in età più giovane dai 25 ai 39 anni rappresentano le percentuali minori del grafico.

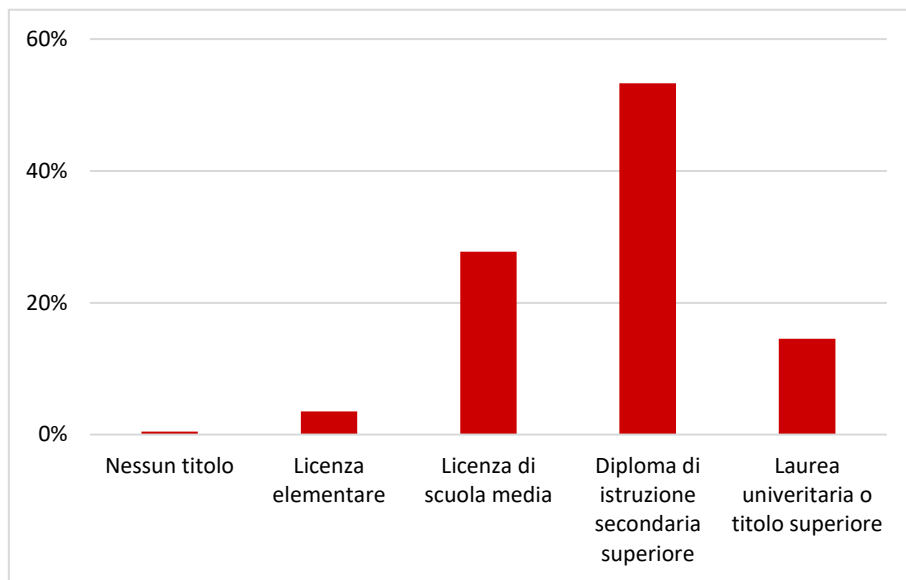
Grafico 1. Distribuzione percentuale per età.



Fonte 4. Illustrazione personale

Oltre all'età nella prima sezione, sociodemografica, si è analizzato il titolo di studio conseguito. Dai dati è emerso che il 53% delle rispondenti ha dichiarato di essere in possesso di diploma di istruzione secondaria superiore, il 28% di avere la licenza di scuola media e il 15% di possedere la laurea universitaria o titolo superiore.

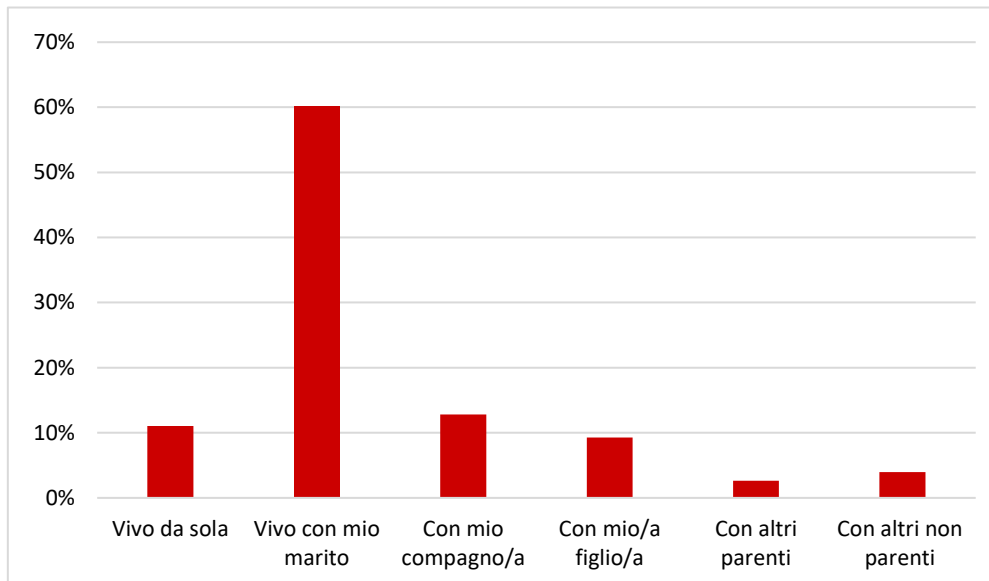
Grafico 2. Distribuzione in percentuale sul titolo di studio.



Fonte 5. Illustrazione personale.

La distribuzione della popolazione intervistata in termini di convivenza è la seguente: il 60% vive “con il marito”, il 13% “con il compagno/a” e soltanto l’11% ha risposto “vivo da sola”.

Grafico 3. Distribuzione in percentuale sulla convivenza.



Fonte 6. Illustrazione personale.

Nell'ultima domanda della prima sezione si è indagato in quale sede sono stati compilati i questionari, il 65% dei questionari sono stati compilati a Treviso presso il Dipartimento di Prevenzione "La Madonnina", il 22% a Castelfranco presso l'Ospedale nel reparto di radiologia e il 13% attraverso il web o in un'altra struttura sanitaria.

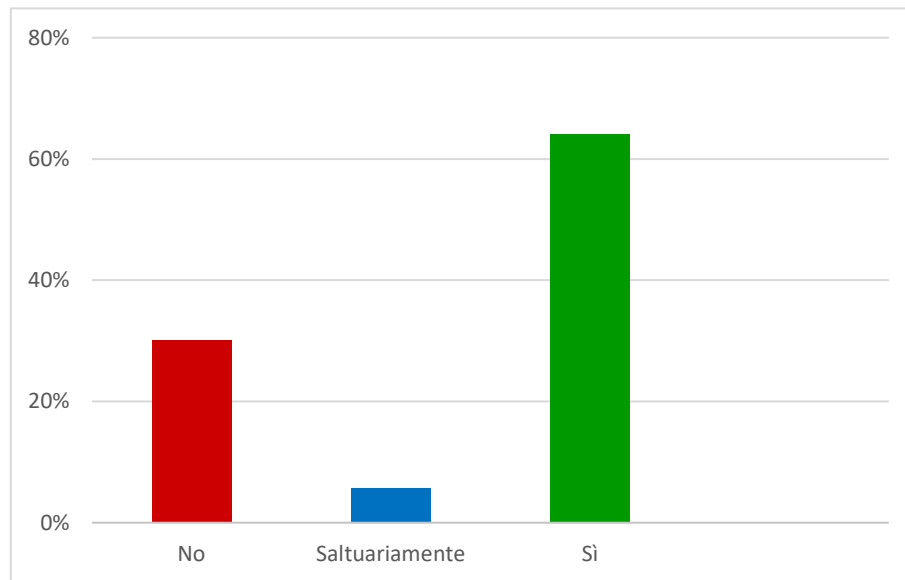
Riassumendo la prima sezione si può notare che la fascia d'età maggiormente rappresentata è quella dai 50 ai 60 anni, mentre le giovani donne (25 ai 40 anni) vengono rappresentate solo da un 6% sul totale. Questo dà viene confermato dal fatto che più della metà (73%) delle donne che hanno risposto al questionario affermano di vivere con il marito o con compagno/compagna.

4.1.2 Sezione 2 – Salute e attività svolta

Nella seconda sezione si sono raccolte informazioni generali riguardanti la salute e l'attività fisica svolta, la prima domanda indagava lo stato di salute. In generale, il 63% ha risposto "bene". In aggiunta, si è chiesto se svolgessero un'attività lavorativa; di questi, il 64% ha risposto sì, il 30% ha risposto no e il 6% ha risposto saltuariamente.

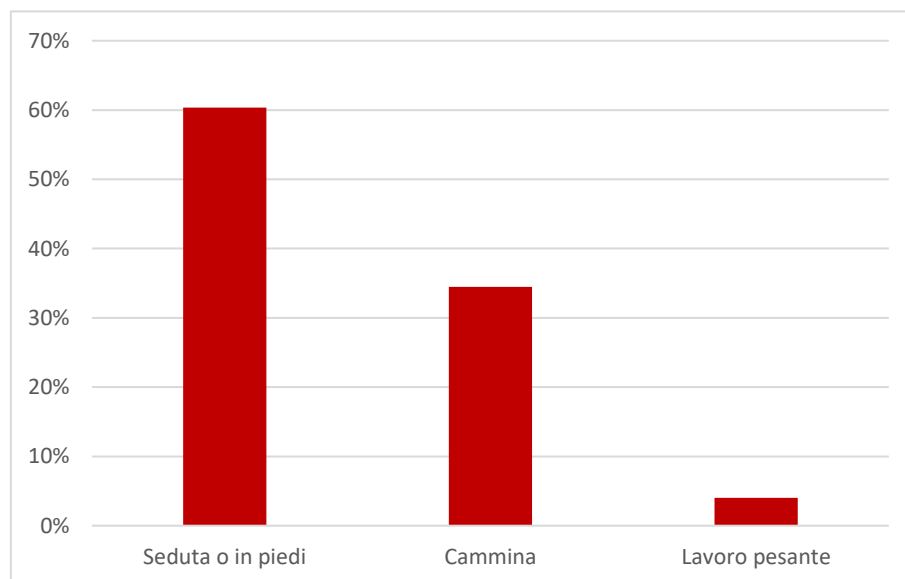
Tra le persone che hanno risposto sì e saltuariamente, il 60% durante il lavoro sta prevalentemente seduta o in piedi, il 34% cammina o fa lavori che richiedono uno sforzo fisico e il 4% svolge un lavoro pesante dal punto di vista fisico

Grafico 4. Distribuzione in percentuale sull'attività lavorativa.



Fonte 7. Illustrazione personale.

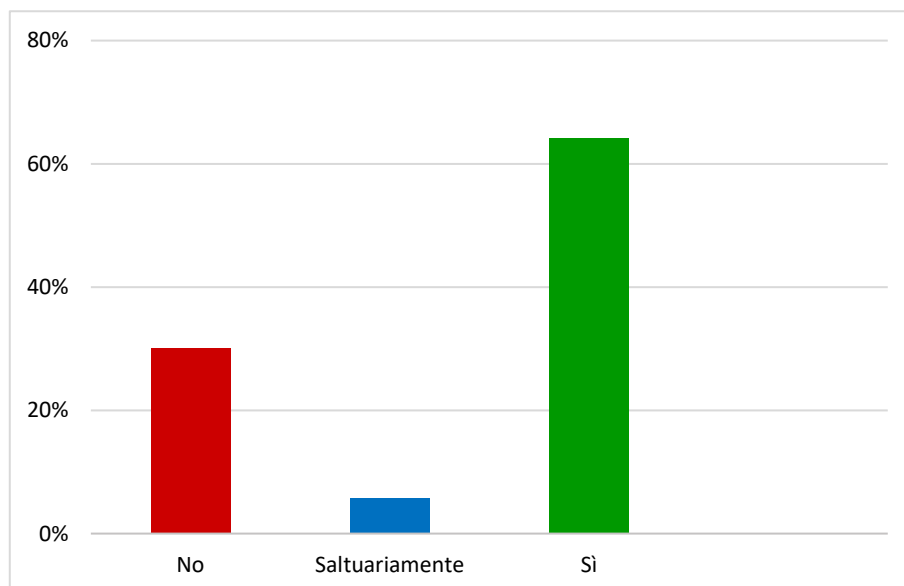
Grafico 5. Distribuzione in percentuale sull'attività lavorativa.



Fonte 8. Illustrazione personale.

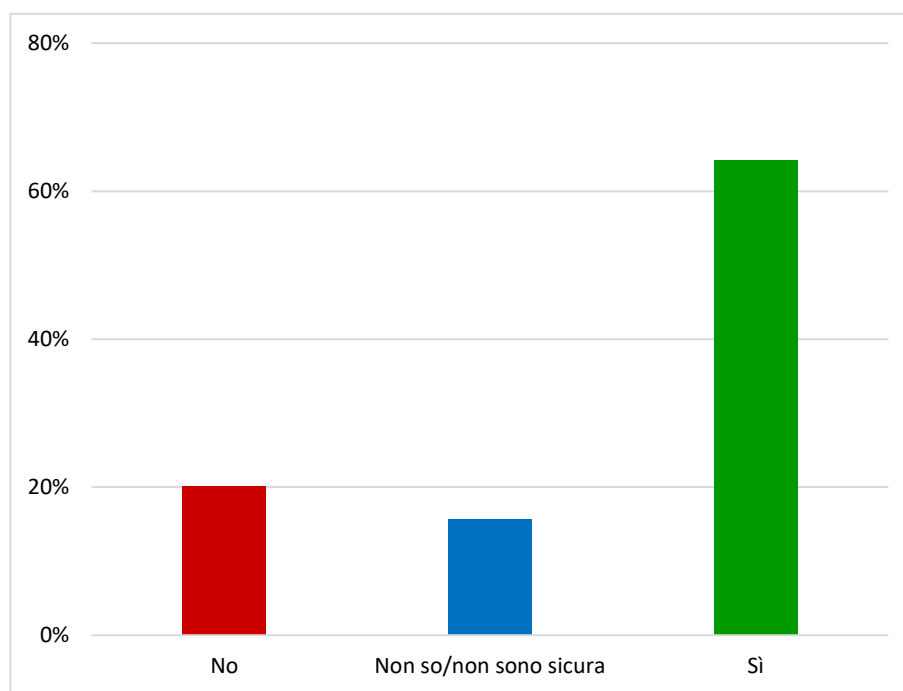
Per quanto riguarda l'attività fisica si è indagato se le donne svolgessero principalmente attività fisica moderata, cioè che comporti un leggero aumento della respirazione e del battito cardiaco o un po' di sudorazione o attività fisica intensa, cioè che provoca grande aumento della respirazione e del battito cardiaco o della sudorazione. I dati rilevano che il 64% svolge un'attività fisica moderata, mentre il restante (34%) si dedica all'attività fisica intensa.

Grafico 6. Distribuzione in percentuale sull'attività fisica moderata.



Fonte 9. Illustrazione personale.

Grafico 7. Distribuzione in percentuale sull'attività fisica intensa.



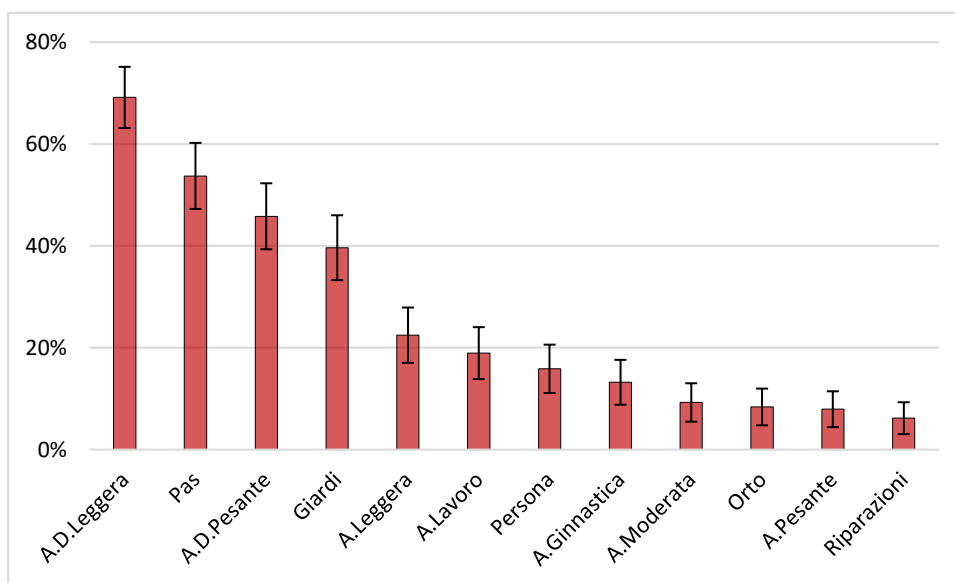
Fonte 10. Illustrazione personale.

Per indagare sulla tipologia di attività che svolgono principalmente si è chiesto di indicare tra le varie opzioni quali attività svolgessero. Nello specifico, 157 donne (69%) hanno risposto attività domestiche leggere, 122 donne (54%) hanno dichiarato passeggiare, portare il cane a spasso, andare in bici e 104 donne (46%) hanno risposto attività domestica pesante. l'attività domestica leggere è significativamente più frequente di tutte

le altre, al secondo posto vi è il gruppo di 3 attività, passeggiare, portare il cane a spasso, andare in bici, attività domestica pesante e fare giardinaggio, curare i fiori.

Le attività meno svolte sono state eseguire riparazioni (6%), praticare attività fisica pesante (8%) ed eseguire lavori nell'orto come zappare o vangare(8%).

Grafico 8. Ordinamento per importanza sulle attività svolte più frequentemente.



Fonte 11. Illustrazione personale.

Nel grafico in ordine, dall'attività più praticata a quella meno praticata abbiamo:

- attività domestiche leggere come spolverare, lavare i piatti
- passeggiare, portare il cane a spasso, andare in bicicletta
- attività domestiche pesanti come lavare pavimenti, spostare mobili
- fare giardinaggio, curare i fiori
- attività leggera come ginnastica dolce
- attività lavorativa pagata o di volontariato non sedentaria
- prendersi cura di una persona
- praticare ginnastica con attrezzi, flessioni
- attività fisica moderata come ballo
- eseguire lavori nell'orto come zappare o vangare
- attività fisica pesante come nuoto, corsa, ciclismo
- eseguire piccole riparazioni

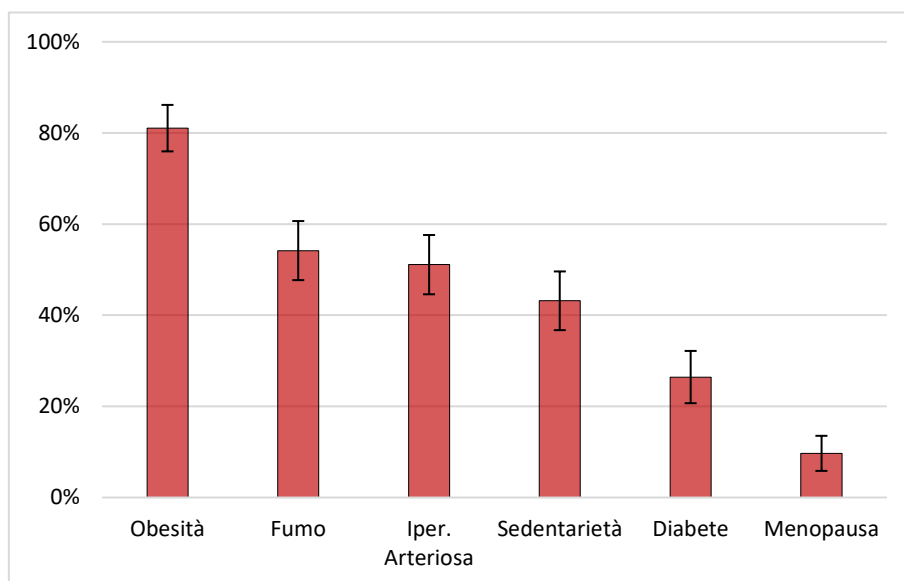
Riassumendo la seconda sezione i dati che maggiormente spiccano sono che il 64% svolge attività fisica moderata per più di 1 ora alla settimana. Però il 52% non pratica attività fisica intensa.

Le attività che maggiormente sono praticate restano comunque le attività domestiche leggere come spolverare o lavare i piatti, sia attività domestiche pesanti come lavare i pavimenti o spostare i mobili e fare passeggiate, portare a spasso il cane e andare in bicicletta.

4.1.3 Sezione 3 – Consapevolezza sul rischio cardiovascolare

Nella terza sezione si sono raccolte alcune informazioni sul rischio cardiovascolare, chiedendo quali fossero i principali 3 fattori di rischio cardiovascolare e l'81% ha risposto "obesità", il 54% il "fumo" e il 51% "ipertensione".

Grafico 9. Ordinamento per importanza sui fattori di rischio cardiovascolare.

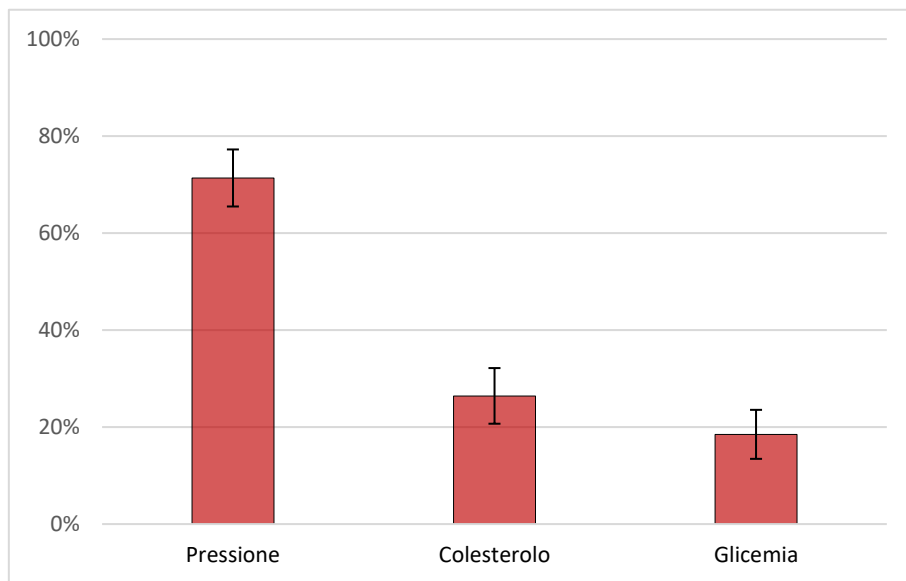


Fonte 12. Illustrazione personale.

Il 58% del campione ha dichiarato di non avere stili di vita a rischio cardiovascolare, il 29% non era sicuro e il 13% ha dichiarato di avere stili di vita a rischio cardiovascolare.

Tra i e parametri che hanno misurato più frequentemente negli ultimi 6 mesi è emerso che il 71% ha misurato più frequentemente la pressione, a seguire con 26% il colesterolo ed infine la glicemia con il 19%.

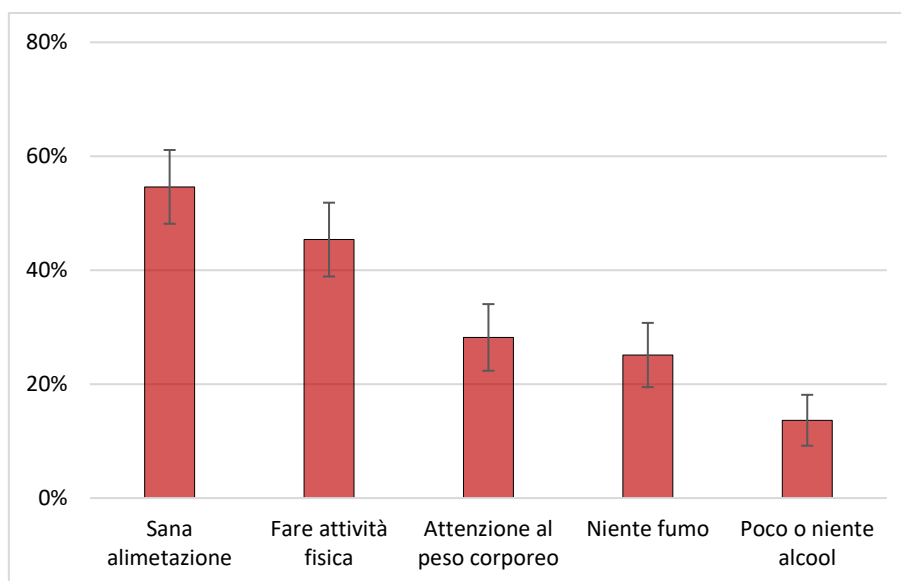
Grafico 10. Ordinamento per importanza sui parametri.



Fonte 13. Illustrazione personale.

Tra le indicazioni suggerite da un medico troviamo il 55% seguire una sana alimentazione, il 45% fare attività fisica, il 28% attenzione al peso corporeo, il 25% niente fumo e il 14% poco o niente alcool.

Grafico 11. Ordinamento per importanza su stili di vita corretti.



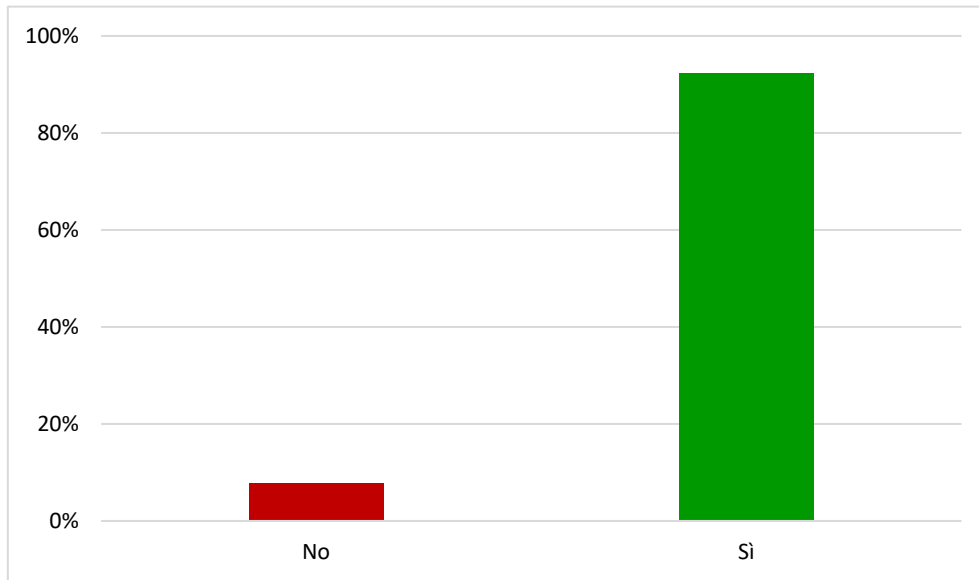
Fonte 14. Illustrazione personale.

Riassumendo la terza sezione si evidenzia la poca coerenza tra i e principali fattori di rischio. In quanto al primo posto abbiamo l'obesità ma la sedentarietà non rientra tra i primi 3 fattori. Oltre a questo, rimane alto il dato di donne che non sanno se hanno stili di vita a rischio cardiovascolare (30%).

4.1.4 Sezione 4 – L'utilizzo dei social

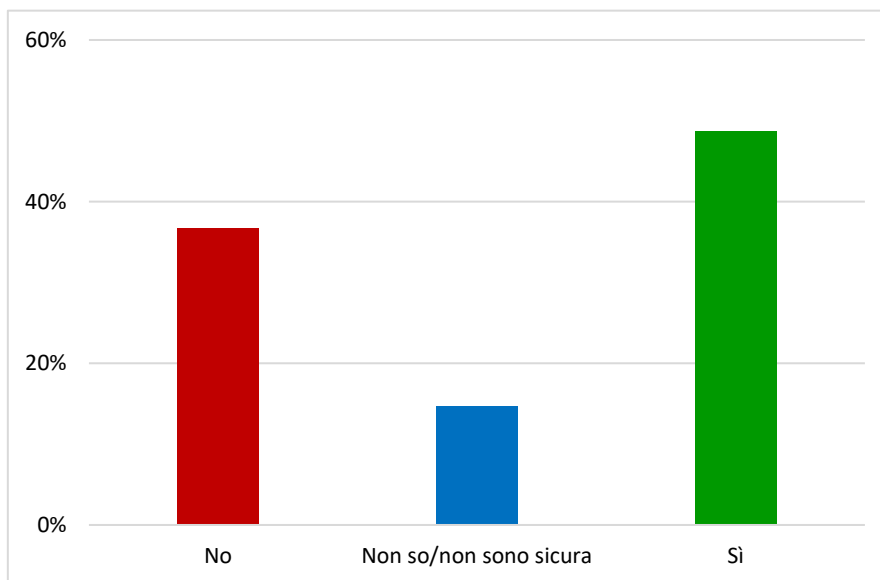
Nella quarta sezione è emerso che il 92% utilizza Internet e l'8% non utilizza Internet. La frequenza con cui utilizzano Internet l'85% tutti i giorni e il 12% qualche volta alla settimana.

Grafico 12. Distribuzione in percentuale sull'utilizzo di Internet.



Fonte 15. Illustrazione personale.

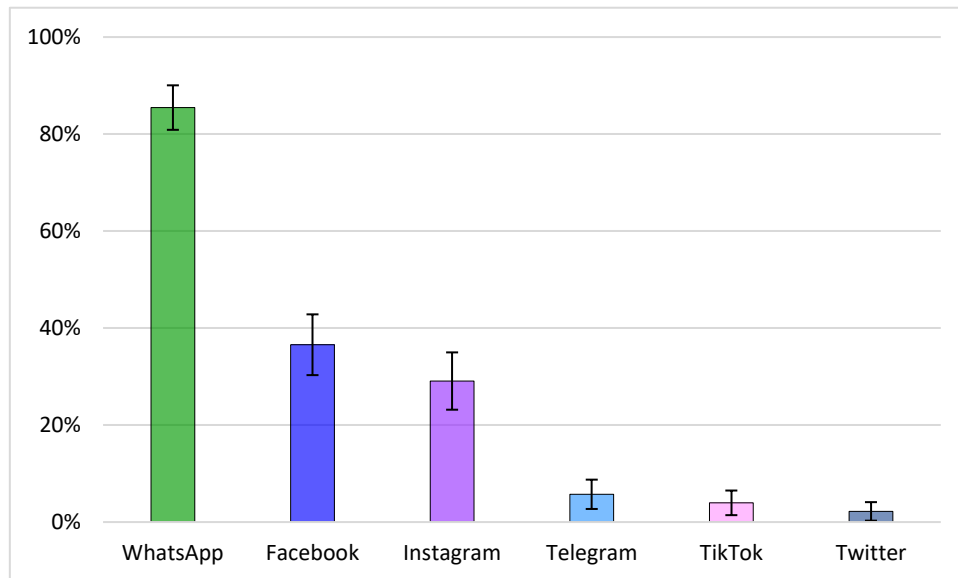
Grafico 13. Distribuzione in percentuale sulla frequenza di utilizzo di Internet.



Fonte 16. Illustrazione personale.

Il social più utilizzato è WhatsApp con l'85%, poi Facebook con il 37% e Instagram con il 29%.

Grafico 14. Ordinamento per importanza sui social più utilizzati.



Fonte 17. Illustrazione personale.

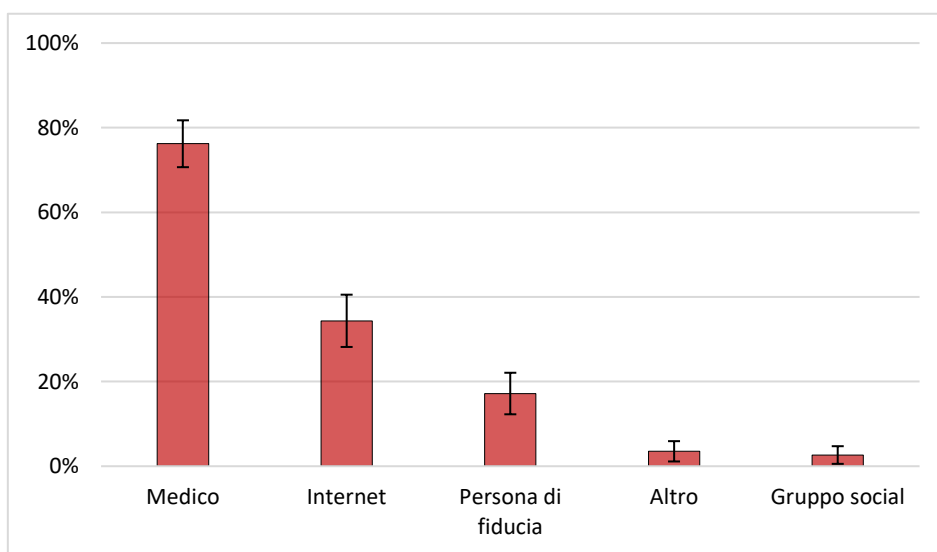
Riassumendo la quarta sezione si evidenzia che quasi il totale delle donne utilizza Internet. Il social più utilizzato è WhatsApp seguito poi da Facebook, questi dati vengono confermati dalla fascia d'età che maggiormente ha risposto al questionario. Inoltre, un dato importante si evidenzia nella conferma alla domanda "Sarebbe disposta a ricevere informazioni riguardanti la salute su WhatsApp", la metà ha risposto di "Sì". Con questo dato si potrebbe pensare di utilizzare questo Social come strumento di *engagement* per la salute.

4.1.5 Sezione 5 – Salute e Internet

Per concludere, nell'ultima sezione si sono approfonditi i metodi con cui le persone cercano di risolvere i loro dubbi o curiosità riguardanti la salute.

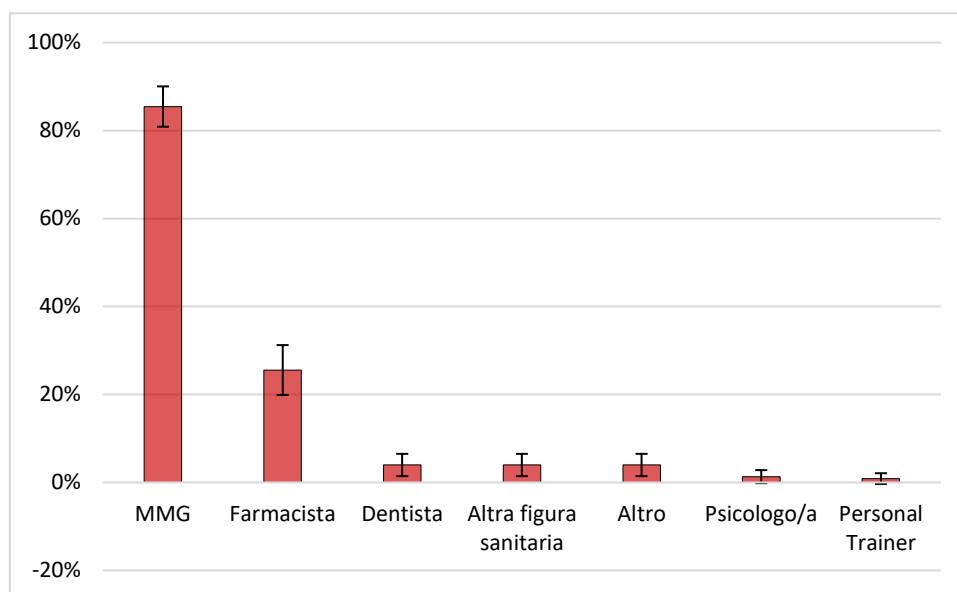
Alla prima domanda “Quando ha un dubbio o una curiosità di salute in generale?”, le risposte sono state: il 76% ha risposto “Contatto il mio medico” e il 34% ha risposto “Consulto Internet”. Infatti, questa domanda poi è stata confermata anche dalla domanda successiva, in cui tra le persone di fiducia troviamo al primo posto con l'85% il Medico di Medicina Generale e al secondo posto con il 26% il farmacista.

Grafico 15. Ordinamento per importanza su dubbi o curiosità di salute.



Fonte 18. Illustrazione personale.

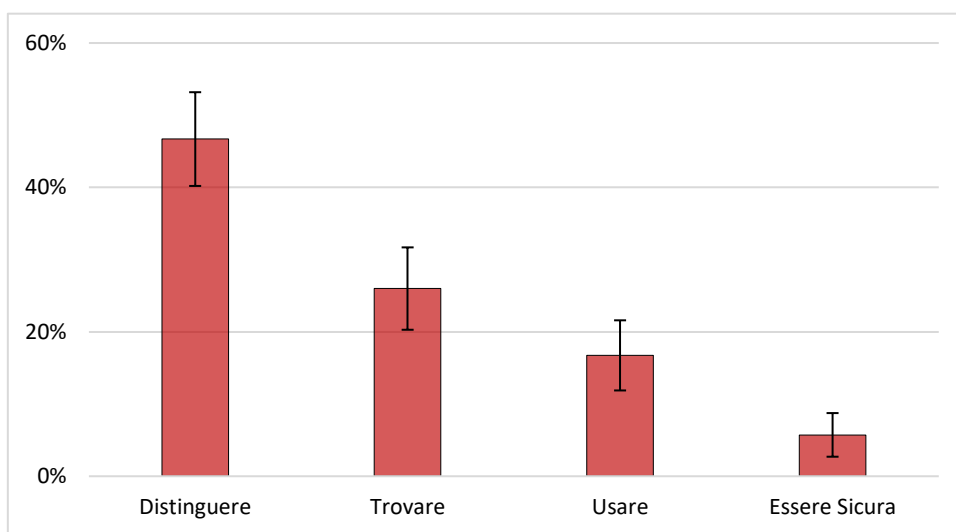
Grafico 16. Ordinamento per importanza su persone di fiducia.



Fonte 19. Illustrazione personale.

In merito a Internet per cercare informazioni rispetto a temi di salute il 47% ha risposto che sanno distinguere la bassa e alta qualità delle informazioni sulla salute che trova in Internet, però il 6% ritiene di non sentirsi sicuro nell'usare informazioni che trova in Internet per prendere decisioni riguardanti la salute.

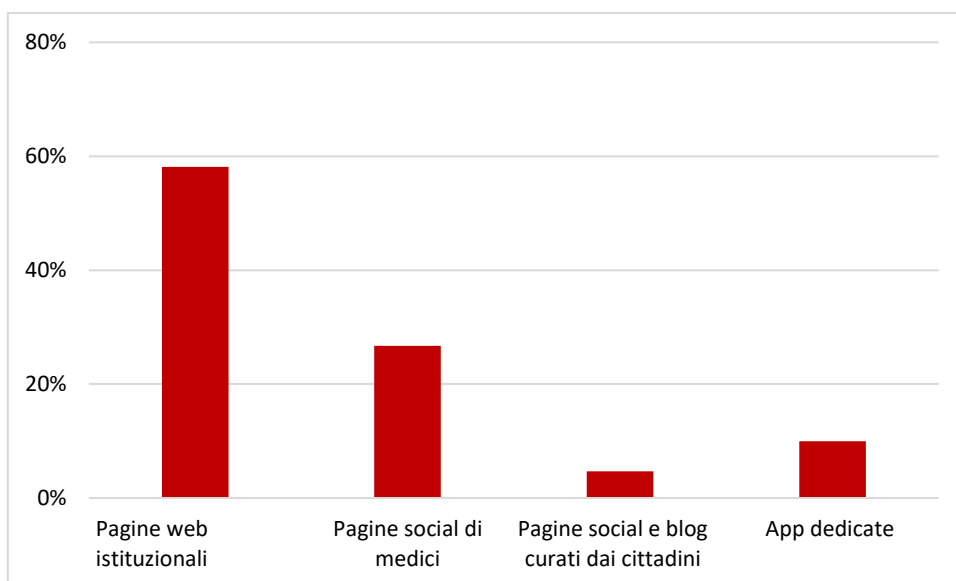
Grafico 17. Ordinamento per importanza riguardante Internet e la salute.



Fonte 20. Illustrazione personale.

Per cercare informazioni in Internet il 58% delle donne ha risposto che consulta pagine web istituzionali e il 27% consulta pagine social dei medici.

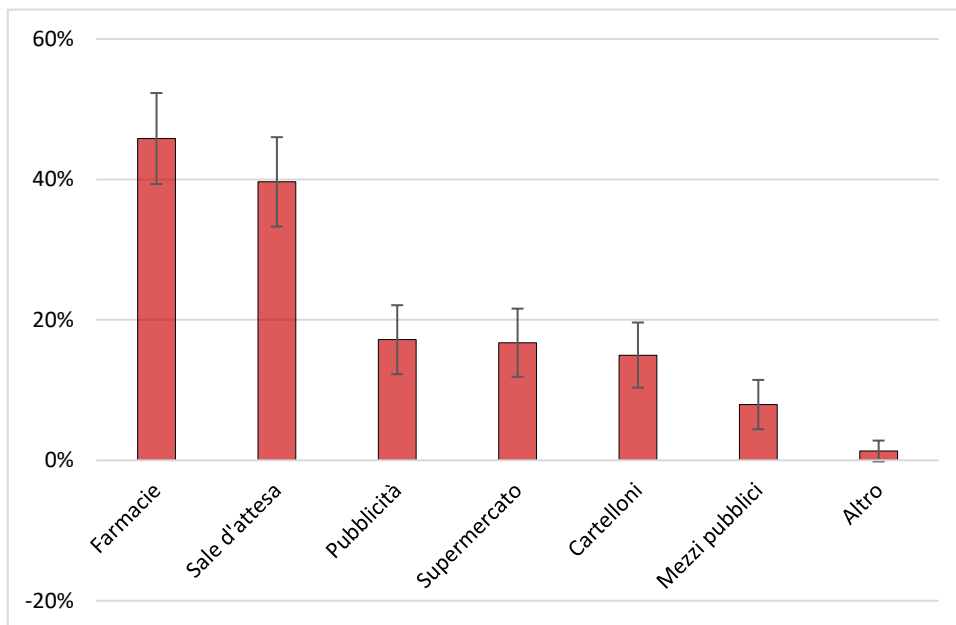
Grafico 18. Distribuzione in percentuale sulle pagine consultate per avere consigli riguardanti temi della salute.



Fonte 21. Illustrazione personale.

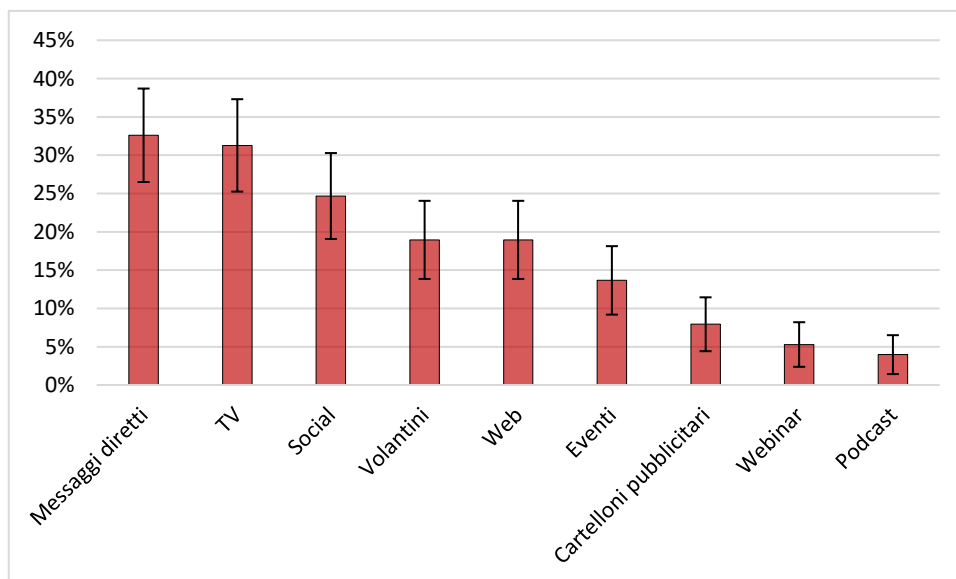
Infine, sono stati analizzati i luoghi e gli strumenti che si ritengono più utili per ricevere informazioni riguardanti temi di salute. È emerso che tra i luoghi più utili ci sono le farmacie (46%), le sale d'attesa (40%), pubblicità sui social e supermercati (17%). Mentre, tra gli strumenti ci sono i messaggi diretti (33%), la TV (31%) e i social (25%).

Grafico 19. Ordinamento per importanza sui luoghi in cui trovare messaggi motivazionali.



Fonte 22. Illustrazione personale.

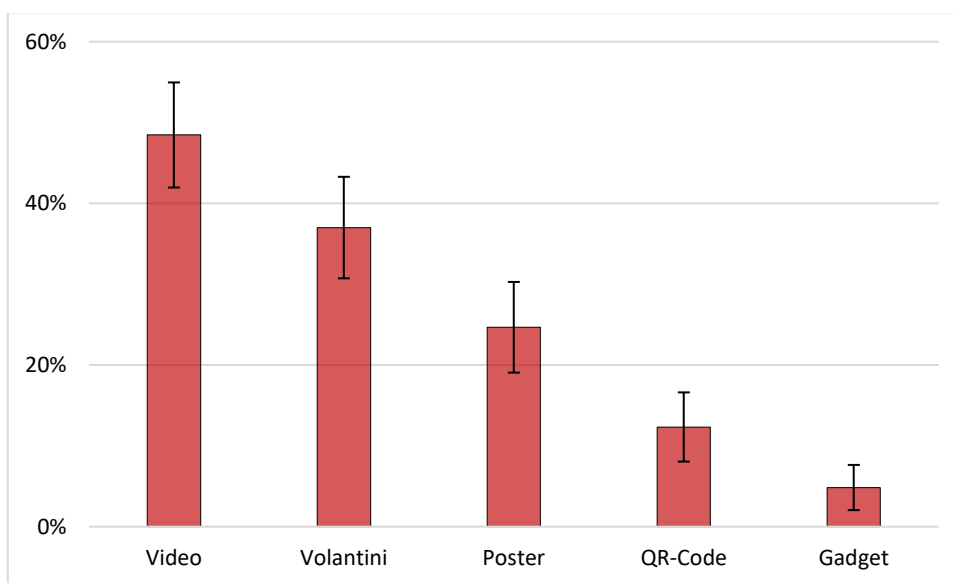
Grafico 20. Ordinamento per importanza sugli strumenti.



Fonte 23. Illustrazione personale.

Per comprendere come poter migliorare le sale d'attesa è stato chiesto alle donne cosa attira maggiormente la loro attenzione quando stanno aspettando per fare una visita. La maggior parte di loro ha risposto con il 48% video in tv a circuito chiuso e con il 37% volantini informativi. Rimangono basse le proposte di QR-Code informativi e gadget.

Grafico 21. Ordinamento per importanza sulle sale d'attesa.



Fonte 24. Illustrazione personale.

Riassumendo l'ultima sezione emerge la figura del Medico di Medicina Generale e quel del Farmacista spicchino quando si tratta di salute. Mentre per quanto riguarda il fattore Internet i dati sottolineano che rimane alta la percentuale di donne che consultano Internet per cercare informazioni di salute, ma che non si sentono sicure nell'usare le informazioni che trovano.

Oltre a questo, gli strumenti che si affermano più utili per ricevere informazioni riguardanti la salute sono: i messaggi diretti, la TV e i social.

CAPITOLO 5 – CONCLUSIONI

La generale mancanza di conoscenze e lo scarso livello di coinvolgimento nella prevenzione cardiovascolare in alcuni percorsi promossi dall'azienda Ulss 2, ha stimolato la necessità di intraprendere questo studio.

Per comprendere il possibile miglioramento e potenziamento delle conoscenze e del coinvolgimento dei soggetti in età per lo screening cardiovascolare sono state esplorate attraverso un questionario oltre alle caratteristiche sociodemografiche, le caratteristiche di salute anche la conoscenza sul rischio cardiovascolare e l'attività con cui utilizzano internet e come viene attirata la loro attenzione.

La consapevolezza iniziale del campione opportunistico ha evidenziato un notevole picco nella fascia dai 45 ai 60 anni rispetto alla fascia più giovane (117 su 227 rispondenti totali).

L'indagine iniziale ha messo in evidenza, oltre alla fascia d'età in cui le donne in fascia d'età più giovane erano solo il 6%. Anche che più della metà delle donne rispondenti vive con il marito (60%) o con il compagno (13%), mentre, solo una piccola percentuale (11%) vive da sola.

Il questionario è stato somministrato in 3 sedi differenti con: Treviso il 65%, Castelfranco il 22% e web o altra struttura sanitaria con il 13%. Inizialmente, le strutture dovevano essere 4 in totale. Nella quarta sede, ovvero quella Conegliano non è stato possibile somministrare il questionario a causa dell'impossibilità dei professionisti sanitari.

Nell'evidenziare il campione si è deciso di focalizzare l'analisi sulle donne in fascia d'età per lo screening mammografico e per lo screening cervicale. In quanto, sono donne già aderenti allo screening e frequentano già le sedi dove vengono eseguite le visite per i vari screening.

5.1 Discussione

Nonostante il possibile momento di preoccupazione dovuto all'attesa di sottoporsi allo screening, il campione si è sottoposto con disponibilità e ha saputo rispondere positivamente alle domande del questionario. Con lo scopo di permettere allo studio una comprensione per migliorare il coinvolgimento delle donne nella prevenzione delle malattie cardiovascolari e al campione un momento di arricchimento del proprio bagaglio culturale. L'indagine si è concentrata sulla conoscenza del rischio cardiovascolare e sull'utilizzo dei social o di Internet per cercare informazioni riguardanti il tema della salute. Considerando il tema proposto è emerso che ben il 29% delle donne non è sicura di avere stili di vita a rischio cardiovascolare. Questo dato evidenzia quanto i temi sulla prevenzione cardiovascolare siano poco conosciuti e diffusi tra la popolazione. Inoltre, si è evidenziato che i 3 fattori di rischio cardiovascolari maggiormente indicati, in ordine sono: obesità (81%), fumo (54%) e ipertensione (51%). Queste percentuali fanno molto riflettere in quanto il fattore della sedentarietà viene considerato meno rispetto all'obesità. I due dati dovrebbero essere rappresentati con la stessa percentuale in quanto dovrebbero essere concomitanti. La sedentarietà associata ad una scorretta alimentazione aumenta il rischio di sovrappeso. Di conseguenza, l'aumento di peso aumenta il rischio di malattie cardiovascolari. Il rischio cardiovascolare aumenta al crescere dell'indice di massa corporea e della circonferenza addominale.¹⁹

Il secondo fattore di rischio più riscontrato dai risultati del questionario è il fumo (54%). Il fumo è tra i fattori di rischio più nocivi per la salute, non fumare ed evitare il consumo di qualsiasi prodotto del tabacco e nicotina, quindi anche l'esposizione al fumo passivo. Le evidenze scientifiche hanno dimostrato che il ricorso a un sostegno professionale può aumentare la probabilità di smettere di fumare. Le strategie più efficaci, secondo le linee guida, sono: consiglio o suggerimento del medico, counseling individuale, terapie di gruppo o terapie farmacologiche.

Secondo più della metà del campione oltre ad avere una sana alimentazione è anche opportuno fare attività fisica. Come spiegano le raccomandazioni secondo le linee guida per la prevenzione delle malattie cardiovascolari è importante adottare e mantenere stili

¹⁹ Documento Alleanza Cardio-Cerebrovascolare (salute.gov.it), visitato il 15 settembre.

di vita salutari, durante tutto il corso della vita. Praticare regolarmente un'attività fisica adeguata permette di ridurre il verificarsi di eventi cardiovascolari, vengono raccomandati almeno 30 minuti di attività fisica moderata (camminata, corsa, bicicletta, nuoto) per 5-6 volte alla settimana. Seguire una corretta alimentazione, varia ed equilibrata, garantendo un apporto calorico alimentare adeguato al fabbisogno energetico. Prediligere il consumo di frutta e verdura, cereali, pesce, acidi grassi insaturi. Tutti questi alimenti contribuiscono alla riduzione del peso corporeo, della colesterolemia e della glicemia. Infatti, questi ultimi due parametri, all'interno di una domanda del questionario, non sono stati molto considerati dal campione come parametri fondamentali da misurare (colesterolo 26% e glicemia 19%), rispetto alla pressione (71%).

Per quanto riguarda l'utilizzo di Internet e dei social dai risultati dei questionari emerge che più del 92% utilizza internet quasi tutti i giorni. Il social più utilizzato dalle rispondenti del questionario è WhatsApp (85%) e al secondo posto Facebook (37%), questi dati rappresentano infatti la fascia d'età che maggiormente ha compilato il questionario, dai 45 ai 60 anni.

Questi dati rendono ancora più evidente quanto il mondo dei social ma soprattutto del web influenzi la vita delle persone per cercare informazioni o solamente per togliersi dei dubbi o confermare delle loro curiosità. A discapito di questi dati però si evidenzia che soltanto il 6% di tutte le rispondenti si ritiene sicura nell'usare le informazioni che trova in Internet per prendere decisioni riguardanti la salute.

Sul tema della salute si evidenzia che il 76% delle donne ritiene opportuno affidarsi al Medico di Medicina Generale quando ha dubbi o curiosità sulla salute, però il 34% riferisce di consultare Internet prima di avvalersi del Medico. Oltre a queste due figure emerge anche la figura del Farmacista (26%), anche esso ricopre il ruolo fondamentale quando si tratta di salute.

Tra i luoghi in cui le donne vorrebbero trovare messaggi motivazionali sulla salute emerge nuovamente al primo posto la farmacia (46%), andando così a confermare il dato precedente.

Come strumenti utili per ricevere questi messaggi motivazionali sulla salute abbiamo: messaggi diretti (33%), social (25%), video (48%) e volantini (37%). Rimangono molto bassi i dati riguardanti cartelloni pubblicitari, webinar e QR-code. Questo evidenzia come

sia importante riuscire ad attirare l'attenzione delle persone utilizzando poco tempo e con l'utilizzo di immagini o video.

La figura dell'Assistente Sanitario nell'ambito di promozione e prevenzione della salute cardiovascolare, svolge un ruolo fondamentale in questo campo. L'attività dell'Assistente Sanitario è rivolta alla persona, alla famiglia e alla collettività; individua i bisogni di salute e le priorità di intervento preventivo, educativo e di recupero. Esso interviene in tutte quelle situazioni che richiedono una vigilanza costante dello stato di salute e la definizione di programmi di prevenzione e di educazione alla salute mirati, capillari e continui.

5.2 Progetto applicativo

Il cuore dello studio è stata l'individuazione degli strumenti di *engagement* sulla prevenzione, con l'obiettivo di individuare le conoscenze sulla prevenzione e scoprire quali strumenti potessero essere utili per migliorare il coinvolgimento delle donne nella prevenzione delle malattie cardiovascolari.

La maggioranza delle donne si è raggruppata in una linea comune rappresentata da internet, dai social e dai video. Questo deduce che per migliorare il coinvolgimento della popolazione nella prevenzione è opportuno mirare prevalentemente sui social dell'Azienda, già in uso, come Facebook, Instagram, la pagina web dell'Azienda Ulss2. Cercando di utilizzare questi canali attraverso video, spot o messaggi diretti, così da attirare maggiormente l'attenzione di chi sta visitando queste pagine.

5.2.1 I social media come strumento di engagement

Per quanto riguarda i social, secondo i dati del questionario emerge che l'85% delle rispondenti ritiene di utilizzare maggiormente WhatsApp. Questo social non è attualmente in uso dall'Azienda Ulss 2, ma potrebbe essere un facilitatore per far arrivare messaggi riguardanti il tema della salute ai cittadini.

Si potrebbe pensare di creare dei gruppi chiusi all'interno di WhatsApp, in base alle esigenze delle persone o guardando gli aspetti che maggiormente interessano alle persone. Farle entrare nel gruppo che maggiormente preferiscono così da poter ricevere le informazioni che maggiormente necessitano il più velocemente possibile.

5.2.2. Counselling

Oltre a questo, la figura dell'Assistente Sanitario, che secondo il profilo professionale lo identifica come operatore sanitario specializzato nella prevenzione, promozione e educazione per la salute. Potrebbe essere il promotore per far sì che vi sia aumento nel coinvolgimento nella prevenzione in generale e nello specifico in quella cardiovascolare. Attraverso percorsi di counseling individuale, corsi di promozione alla salute o proprio attraverso la promozione e la prevenzione delle malattie cardiovascolari con lo screening.

I percorsi di counseling potrebbero avvenire attraverso le piattaforme social dell'Azienda, così da facilitarne l'adesione e l'accesso. Si potrebbe iniziare così ad avviare un primo passo nella creazione di gruppi.

La necessità di rilevare le percezioni delle conoscenze sulle malattie cardiovascolari e gli strumenti di engagement per esse, è stata generata dal fatto che le malattie cardiovascolari rappresentano un problema sociale non indifferente per la collettività attuale. Sempre maggiori evidenze scientifiche indicano come queste patologie siano legate fra loro da fattori di rischio riconducibili a stili di vita scorretti come fumo, abuso di alcol, sedentarietà, diete scorrette e ipercaloriche. Le malattie cardiovascolari sono la causa principale di morte in tutti i paesi del mondo occidentale, inclusa l'Italia, e sono la causa più frequente di disabilità.

5.2.3 La sala d'attesa come setting di comunicazione

La prevenzione primaria è molto importante per contrastare le malattie cardiovascolari, poiché mira a impedire l'insorgenza. Un passo fondamentale è far acquisire, a livello individuale, la capacità di operare scelte e di agire per migliorare la propria salute in modo consapevole (*empowerment*) e che la persona affetta da malattia cardiovascolare sia coinvolta in tutto il percorso di cura, in modo da favorire una maggiore autonomia nella

gestione della propria salute (*patient engagement*).²⁰ Per incrementarla ci sarebbe la possibilità di creare dei messaggi semplici e veloci da inserire nelle varie sale d'attesa, sia all'interno del Dipartimento di Prevenzione sia nelle sale d'attesa dei Medici di Medicina Generale o addirittura all'interno delle farmacie dei vari paesi.

Nel complesso, l'autovalutazione del campione ha fatto emergere un persistente utilizzo di Internet e dei social per cercare informazioni riguardanti la salute, con successiva poi consultazione con il Medico di Medicina Generale, in quanto, le persone non si sentono del tutto sicure ad utilizzare le informazioni che trovano in Internet per prendere decisioni riguardanti la loro salute. Una scarsa conoscenza riguardante il tema delle malattie cardiovascolari e della sua prevenzione.

Il campione ha permesso di avere una prima fotografia della situazione, dando la possibilità di intraprendere campagne di sensibilizzazione.

Concludendo quindi, per i temi appena discussi, si propone l'estensione dello studio a livello dell'intera popolazione appratente all'Ulss 2 Marca Trevigiana. Seguendo poi con la creazione di poster o semplici frasi da inserire nelle sale d'attesa con annessi dei volantini esplicativi, incrementare le visite ai vari profili aziendali con nuovi post o piccoli video. Ed infine, in base all'adesione iniziare ad utilizzare WhatsApp come social aziendale. Così da arrivare più velocemente ai cittadini e riuscire a colmare i loro dubbi o le loro curiosità in merito alla salute. L'utilizzo dei social potrebbe assai incrementare l'adesione ai diversi Screening già presenti nell'Ulss 2 e inoltre, potrebbe far riprendere l'adesione allo Screening Cardiovascolare. I social ormai sono il mezzo più utilizzato dalle persone per scovare informazioni di qualsiasi genere, questo sarebbe un ottimo mezzo per utilizzarli a migliorare la salute rivolta alla comunità.

²⁰ Documento Alleanza Cardio-Cerebrovascolare (salute.gov.it), vistato il 15 settembre.

ALLEGATI

Allegato 1: Sinossi



CORSO DI LAUREA IN ASSISTENZA SANITARIA
POLO DIDATTICO DI CONEGLIANO



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA**

SINOSI PROGETTO DI TESI CON RICHIESTA RACCOLTA DATI – STUDENTE: ALESSIA BERGAMIN MATRICOLA: 1231396

ARGOMENTO DI TESI	Strumenti di <i>engagement</i> individuale per la prevenzione cardiovascolare primaria e secondaria nelle donne e valutazione della loro applicabilità in diversi <i>setting</i> di offerta - Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana	
TIPOLOGIA DI TESI	Teorico-Pratica	
FRAMEWORK E PROBLEMA	<p>Le malattie cardiovascolari rappresentano un problema sociale non indifferente per la collettività attuale. Sempre maggiori evidenze scientifiche indicano come queste patologie siano legate fra loro da fattori di rischio riconducibili a stili di vita scorretti come fumo, abuso di alcol, sedentarietà, diete scorrette e ipercaloriche.</p> <p>Le malattie cardiovascolari sono la causa principale di morte in tutti i paesi del mondo occidentale, inclusa l'Italia, e sono la causa più frequente di disabilità. Negli ultimi anni la ricerca scientifica ha compiuto notevoli progressi nel trattamento di queste patologie, ma il numero di persone che si ammalano e ne soffrono è ancora alto.</p> <p>Le malattie cardiovascolari più frequenti sono la cardiopatia ischemica, soprattutto l'infarto del miocardio, lo scompenso cardiaco e l'ipertensione arteriosa con le sue conseguenze.</p> <p>La prevenzione primaria, quindi, è molto importante per contrastare le malattie cardiovascolari, poiché mira a impedire l'insorgenza. La prevenzione primaria delle malattie cardiovascolari si basa principalmente, sull'adozione e sul mantenimento di stili di vita salutari, sull'identificazione precoce e sull'adeguata gestione delle eventuali condizioni cliniche che aumentano il rischio di malattie cardiovascolari come ad esempio, diabete mellito, dislipidemie, ipertensione arteriosa.</p> <p>La patologia più diffusa nel Veneto è l'ipertensione arteriosa che colpisce 752.321 soggetti ed è equamente distribuita per sesso. Il 40% dei soggetti affetti da ipertensione arteriosa presenta 3 o più patologie concomitanti e nella maggior parte dei casi si tratta di patologie cardiovascolari.</p> <p>A tal proposito manca la sperimentazione dell'applicabilità di strumenti di <i>engagement</i> individuale per la prevenzione cardiovascolare in diversi <i>setting</i> di offerta.</p>	
QUESITI DI TESI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quali sono le evidenze di letteratura e <i>best practice</i> a supporto dell'<i>engagement</i> individuale per la prevenzione cardiovascolare? 2. Quali sono i possibili <i>setting</i> di offerta di strumenti di <i>engagement</i> per la prevenzione cardiovascolare? 3. Gli strumenti informativi utilizzati per il marketing sociale ai fini dell'adesione, sono efficaci? 4. Qual è la percezione di efficacia per i professionisti coinvolti, degli strumenti ad oggi utilizzati? 5. Qual è il bisogno di salute espresso dagli utenti a rischio/campione selezionato? 6. Quali sono le possibili attività in carico all'Assistente Sanitario in tali <i>setting</i> e nei programmi di screening cardiovascolare? 	
OBIETTIVI DI TESI	<p>OBIETTIVO GENERALE: Sperimentare l'applicabilità di strumenti di <i>engagement</i> individuale per la prevenzione cardiovascolare in diversi <i>setting</i> di offerta.</p> <p>OBIETTIVI SPECIFICI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mappare quali possono essere gli strumenti utili per la prevenzione cardiovascolare. • Valutare l'efficacia degli strumenti in uso alla luce delle raccomandazioni e <i>best practice</i>. • Rilevare la percezione di efficacia degli strumenti ad oggi utilizzati dai professionisti coinvolti • Evidenziare il bisogno di salute espresso dagli utenti a rischio/campione selezionato • Proporre spunti di miglioramento inerente all'attuale processo di marketing sociale. • Proporre un P-PDTA che valorizzi i nodi diversi della rete per la presa in carico dell'utente? • Individuare gli ambiti di azione dell'Assistente Sanitario nella promozione e prevenzione della salute cardiovascolare. 	
MATERIALI E METODI	CARATTERISTICHE DELLA POPOLAZIONE IN STUDIO	<ul style="list-style-type: none"> • Soggetti a rischio di sviluppare malattie cardiovascolari o soggetti in <i>setting</i> opportunistici. • Professionisti coinvolti o direttamente impegnati in percorsi di prevenzione cardiovascolari, diretta o altri <i>stakeholder</i> che offrono strumenti di prevenzione che incidono sulla riduzione del rischio cardiovascolare.

	STRUMENTI	Strumenti a supporto della valutazione degli strumenti di engagement e dei setting: <ul style="list-style-type: none"> • Questionario auto redatto su supervisione dei docenti/relatore/operators • Eventuale Focus group a campione selezionato successivamente ai dati del questionario
	DURATA	Da Marzo a Ottobre 2022
METODI STATISTICI GENERALI E TIPO DI ANALISI	I dati verranno raccolti in formato Excel: saranno elaborate frequenze, misure di tendenza centrale (media, mediana, moda, deviazione standard, e range), proporzioni e correlazioni. Applicazione di metodi di analisi qualitativa ove applicabile.	
UU.OO. COINVOLTE	Dipartimento di Prevenzione – UOC servizio prevenzione e controllo malattie croniche – Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana	

Allegato 2: Questionario



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

Buongiorno Signora,

Sono Bergamin Alessia, studentessa del Corso di Laurea di Assistenza Sanitaria dell'Università di Padova. La mia formazione riguarda soprattutto l'ambito della prevenzione, promozione ed educazione alla salute e sto elaborando una tesi per la quale chiedo la Sua collaborazione.

Lo scopo della ricerca è raccogliere informazioni utili a migliorare il coinvolgimento delle donne nella prevenzione cardiovascolare e in alcuni percorsi di salute promossi dall'azienda sanitaria.

Le chiedo gentilmente di rispondere al seguente questionario.

Il questionario è anonimo e garantisce il rispetto della privacy e la riservatezza delle informazioni raccolte. I dati verranno raccolti ed elaborati in forma aggregata, pertanto non sarà possibile risalire alle singole persone che hanno fornito una determinata risposta.

Se desidera avere maggiori informazioni potete contattarmi tramite e-mail al seguente indirizzo: alessia.bergamin.4@studenti.unipd.it

Se è disponibile a partecipare a incontri di approfondimento che verranno proposti nel mese di ottobre 2022, può inviare le sue informazioni di contatto a: alessia.bergamin.4@studenti.unipd.it

La ringrazio fin d'ora per la collaborazione.

A00 Le chiediamo gentilmente di iniziare il questionario con qualche informazione su di lei e sulla sua famiglia:

A01. Indichi la sua fascia d'età:

- 25-29 30-34 35-39 40-44 45-49
 50-54 55-59 60-64 65-69 70+

A02. Quale titolo di studio ha conseguito?

- Nessun titolo
 Licenza elementare
 Licenza di scuola media
 Diploma di istruzione secondaria superiore
 Laurea universitaria o titolo superiore

A03. La sua attuale professione: _____

A04. Attualmente chi vive con Lei?

- | | | |
|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| - Vivo da sola | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| - Vivo con mio marito | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| - Con mio compagno/ compagna | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| - Con mio/a Figlio/a | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| - Con altri parenti | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| - Con altri non parenti | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |

A05. In quale sede ha compilato il questionario cartaceo o web?

- Treviso (presso la Madonnina)
 Castelfranco Veneto (presso l'Ospedale)
 Conegliano (presso l'Ospedale)
 Altro (Attraverso il web o presso una struttura non sanitaria)

B00. Come primo argomento vorremmo chiederle alcune informazioni generali sulla sua salute e sull'attività fisica che svolge sia durante sia fuori dall'orario di lavoro.

B01. Come va in generale la sua salute?

- Molto bene Bene Né bene né male Male

Molto male

B02. Lei lavora?

- Sì No Saltuariamente

B03. Durante il suo lavoro prevalentemente?

- Sta seduto o in piedi
 Cammina o fa lavori che richiedono uno sforzo fisico
 Svolge un lavoro pesante dal punto di vista fisico

B04. In una settimana tipo della sua vita svolge, qualche attività moderata cioè che comporti un leggero aumento della respirazione e del battito cardiaco o un po' di sudorazione?

- Sì No Non so/non sono sicura

B05. In una settimana tipo quanto tempo della sua vita dedica all'attività fisica moderata?
attività fisica

- Mezz'ora 1 ora Più di 1 ora Non pratico

B06. In una settimana tipo della sua vita, svolge qualche attività intensa cioè che provoca grande aumento della respirazione e del battito cardiaco o della sudorazione?

- Sì No Non so/non sono sicura

B07. Sempre pensando alla sua settimana tipo, quali di queste attività pratica? Scelga una o più opzioni:

- passeggiare, portare il cane a spasso, andare in bicicletta
- attività leggera come ginnastica dolce, ecc.
- attività fisica moderata come ballo, ecc.
- attività fisica pesante come nuoto, corsa, ciclismo, ecc.
- praticare ginnastica con attrezzi, flessioni
- attività domestiche leggere come spolverare, lavare i piatti
- attività domestiche pesanti come lavare pavimenti, spostare mobili
- eseguire piccole riparazioni
- eseguire lavori nell'orto come zappare o vangare
- fare giardinaggio, curare i fiori
- prendersi cura di una persona
- attività lavorativa pagata o di volontariato non sedentaria

C00 Le chiediamo ora alcune informazioni sul rischio cardiovascolare. Le malattie cardiovascolari sono la causa principale di morte in tutti i paesi del mondo occidentale, inclusa l'Italia. Esse sono delle condizioni di sofferenza a carico del cuore e dei vasi sanguigni:

C01. Quale pensa siano i primi 3 fattori di rischio cardiovascolare per una donna?

- Sedentarietà Obesità Diabete
 Ipertensione Arteriosa Fumo Menopausa

C02. Lei pensa di avere stili di vita a rischio cardiovascolare?

- Sì No Non so/non sono sicura

C03. Quale di questi parametri ha misurato più frequentemente negli ultimi 6 mesi:

- Pressione Colesterolo Glicemia

C04. Le è mai stato suggerito da un medico di tenere sotto controllo il livello di pressione o di colesterolo o di Glicemia, attraverso le seguenti indicazioni:

Fare attività fisica. Praticare regolarmente un'attività fisica adeguata (almeno 30 minuti per 5

7 volte alla settimana)

Sana alimentazione. Segue una corretta alimentazione, varia ed equilibrata, ricordando, in

particolare di: prediligere il consumo di frutta e verdura (5 porzioni al giorno), cereali, pesce

(2-4 volte la settimana), poco olio, limitare il consumo di sale, carne rossa, grassi di origine

animale e zuccheri

Attenzione al peso corporeo. Mantiene o persegue un peso corporeo ottimale, assumendo una

quantità di calorie adeguata al suo fabbisogno energetico

Poco o niente alcool. Limita a piccole quantità o evita il consumo di bevande alcoliche

ricordando che in gravidanza e allattamento non deve assolutamente assumerle

Niente fumo. Non fumare ed evitare il consumo di qualsiasi prodotto di tabacco e nicotina

nonché l'esposizione al fumo passivo

D00. Le chiediamo ora di pensare a una settimana tipo e di indicare se dedica del tempo alle seguenti attività:

D01. Per quante ore guarda la TV durante il giorno? _____ ore

D02. Utilizza Internet e i suoi strumenti (Facebook, WhatsApp, Google, E-mail, Instagram...)?

Sì No

D03. Se sì, con che frequenza utilizza Internet?

Tutti i giorni

Qualche volta alla settimana

Una volta alla settimana

Qualche volta al mese (meno di 4 volte)

Meno di una volta al mese

D04. Quale social utilizza principalmente? Scelga una o più opzioni:

Instagram Facebook Twitter Tiktok Telegram

WhatsApp

D05a. Sarebbe disposta a ricevere informazioni riguardanti la salute su WhatsApp?

Sì No Non so/non sono sicura

D05Bb. Se sì, quante informazioni sarebbe disposta a ricevere settimanalmente?

Una più di 2 più di 5

E00. Le chiediamo come si informa su temi riguardanti la salute:

E01. Quando ha un dubbio o una curiosità di salute in generale? Scelga una o più opzioni:

- Chiedo a persone di fiducia
- Contatto il mio medico
- Giro il quesito su un gruppo social (WhatsApp, Facebook)
- Consulto Internet
- Altro _____ (Specificare _____)

E02. Tra le persone di fiducia a chi si rivolge quando ha una curiosità o un problema di salute personale e specifico?

- Medico di Medicina Generale
- Farmacista
- Psicologo/a
- Dentista
- Personal Trainer/ Allenatore
- Altre _____ figure sanitarie
- (Specificare _____)
- Altro _____ (Specificare _____)

E03. Qual è la sua esperienza con Internet rispetto ai temi di salute? Scelga una o più opzioni:

- So come trovare su Internet informazioni utili sulla salute
- So come usare le informazioni sulla salute che trovo su Internet in modo che mi possano essere d'aiuto
- Posso distinguere la bassa o alta qualità delle informazioni sulla salute che trovo su Internet
- Mi sento sicura nell'usare informazioni che trovo su Internet per prendere decisioni riguardo la mia salute

E04. Quali pagine consulta per avere informazioni riguardanti i temi della salute? Scelga una o più opzioni

- Pagine web istituzionali
- Pagine social di medici
- Pagine social e blog curati dai cittadini
- App dedicate

E05. Ci sono dei luoghi dove vorrebbe trovare dei messaggi motivazionali sulla prevenzione cardiovascolare?

- Supermercato
- Farmacie
- Sale d'attesa
- Mezzi pubblici
- Cartelloni pubblicitari nel territorio
- Pubblicità sui social networks
- Altro (Specificare _____)

E06. Quale strumento ritiene più utile per ricevere informazioni riguardanti consigli di salute?

- Volantino Social Messaggi diretti Cartellone pubblicitario
 Web TV Eventi Webinar Podcast

E07. Come ultima domanda Le vorrei chiedere, in questo specifico ambiente d'attesa cosa attirerebbe maggiormente la sua attenzione sul tema di prevenzione cardiovascolare?

- Video in tv a circuito chiuso Volantini informativi
 Poster informativi Gadget Materiale con QR-code per approfondimento

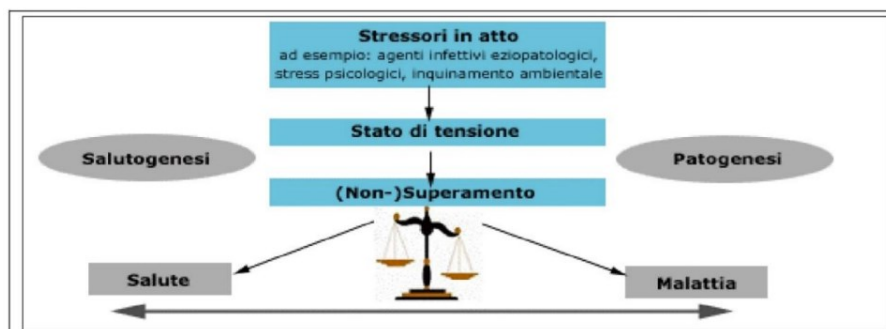
GRAZIE PER LA COLLABORAZIONE.

Allegato 3: Andamento malattie cardiovascolari

	Misurato pressione arteriosa negli ultimi 2 anni	Ipertensione riferita	Misurato colesterolemia almeno una volta nella vita	Ipercolesterolemia riferita	Calcolo rischio cardiovascolare	Almeno un fattore di rischio cardiovascolare
Veneto	83.6	19.8	78.4	25.5		96.3
Italia	81.4	19.9	79.4	21.7		97.5

■ peggiore del valore nazionale
 ■ simile al valore nazionale
 ■ migliore del valore nazionale

Allegato 4: Continuum fra salute e malattia



BIBLIOGRAFIA

- Auxilia F, M Pontiello (a cura di), Igiene e Sanità Pubblica. Educazione sanitaria, strategie educative e preventive per il paziente e la comunità, Piccin, 2012. 29/08/2022
- Bandura A, Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change, *Psychological Review*, 1977, 84, pp.191-215. 02/09/2022
- Beltrami P, Le competenze metodologiche a supporto della pianificazione efficace in promozione della salute, in *Il Pianeta inesplorato – Esperienze di coinvolgimento attivo dei giovani nella promozione della salute*, Edizioni Giunti, 2011, pp. 90-93. 22/09/2022
- Beltrami P, La programmazione partecipata in promozione della salute, in *I Paesaggi della Prevenzione*, Edizioni Giunti, 2012, pp. 78-80. 10/09/2022
- Beltrami P, Progettazione partecipata e buone pratiche per la promozione dell'attività motoria in contesti di comunità in *Il guadagno di salute attraverso la promozione dell'attività fisica. Evidenze scientifiche e attività di campo*, Società editrice Universo, 2014-10-15; 15/09/2022
- Boileau A.M, Ricerca valutativa in De Marchi F, Ellena A, Cattarinussi B (a cura di), *Dizionario di sociologia*, Edizioni Paoline, 1987; 12/09/2022
- Bronfenbrenner U., *Ecologia dello sviluppo umano*, Bologna, Il Mulino, 1986. 01/09/2022
- Butterfoss FD, Francisco VT, Evaluating community partnerships and coalitions with practitioners in mind, in *Journal of Health Promotion Practice*, 2004. 03/10/2022
- Dettoni L, Penasso M, Suglia A (a cura di), *Una comunità in movimento. Repertorio di strumenti per analisi e interventi sul territorio*, Dors Regione Piemonte, 2009, in <http://www.dors.it>; 01/08/2022
- Eriksson, M. (2017). The Sense of Coherence in the Salutogenic Model of Health. In M. B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G. F. Bauer, J. M. Pelikan, B. Lindström, & G. A. Espnes (A c. Di), *The Handbook of Salutogenesis*. Cham (CH): Springer. Recuperato da <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK435812/>

- Eriksson, M., & Lindström, B. (2008). A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promotion International*, 23(2), 190–199. <https://doi.org/10.1093/heapro/dan014>; 03/08/2022
- Regazzoni P, Tortone C, Coffano E (a cura di), Buone pratiche cercasi - La griglia di valutazione Dors per individuare le buone pratiche in prevenzione e promozione della salute, Dors Regione Piemonte, 2011; 10/08/2022

SITOGRAFIA

- Istituto Superiore di Sanità
Abitudine al fumo dati sorveglianza Passi (iss.it) ; 05/09/2022
- Istituto Superiore di Sanità
Relazione al parlamento 2022 (iss.it); 09/09/2022
- Ministero della Salute
Ipertensione arteriosa (salute.gov.it); 09/09/2022
- Istituto Superiore di Sanità
Carta del rischio cardiovascolare (iss.it); 14/09/2022
- Ministero della Salute
Documento Alleanza Cardio-Cerebrovascolare (salute.gov.it); 12/09/2022
- PubMed
Coinvolgimento dei pazienti - PubMed (nih.gov); 14/09/2022
- PubMed
Assistenza centrata sul paziente: un percorso verso migliori risultati sanitari attraverso l'impegno e l'attivazione - PubMed (nih.gov); 14/09/2022
- Promozione della Salute in Lombardia
Promozione del patient engagement in ambito clinico-assistenziale per le malattie croniche: raccomandazioni dalla prima conferenza di consenso italiana | *Recenti Progressi in Medicina*; 15/09/2022
- Oxford University
Coinvolgimento del paziente in ambito ospedaliero: una revisione sistematica | *Giornale dell'American Medical Informatics Association* | *Accademico di Oxford* (oup.com); 15/09/2022
- Commissione Europea
L'engagement del paziente nella Sanità Italiana | *EPALE* (europa.eu) ; 01/09/2022
- PubMed
Screening cardiovascolare - PubMed (nih.gov); 07/09/2022

- Agenzia del Farmaco
http://www.ministerosalute.it/i.PDF (agenziafarmaco.gov.it); 13/09/2022
- Istituto Superiore di Sanità
Progetto Cuore (iss.it); 19/09/2022
- Oxford University
Prevenire le malattie cardiovascolari attraverso un modello di screening oncologico: l'esperienza di Regione Veneto, Italia | Giornale europeo di salute pubblica | Accademico di Oxford (oup.com); 02/09/2022
- Dors
Microsoft Word - GlossarioOMS1998_def.doc (dors.it); 07/09/2022
- World Health Organization
Alfabetizzazione sanitaria e salute pubblica: una revisione sistematica e l'integrazione di definizioni e modelli - PMC (nih.gov); 08/09/2022
- Istituto Superiore di Sanità
Alfabetizzazione sanitaria (who.int); 08/09/2022
- Pub-Med
Un'interpretazione salutogenica della Carta di Ottawa - PubMed (nih.gov); 12/08/2022
- Eat More (fruit & veg),rev proof2 130808 (wwJust w.nhs.uk), 03/10/2022
- Dors
Salutogenesi_2008_Eriksson_Lindstrom (dors.it); 21/10/2022
- Regione Veneto
Piano Regionale Prevenzione - Regione del Veneto
- Ministero della Salute
Microsoft Word - All. 2 PNP 2020-2025 word rev 30 luglio (salute.gov.it); 28/10/2022

ELENCO GRAFICI

- Grafico 1. Distribuzione percentuale per età..... 37
- Grafico 2. Distribuzione in percentuale sul titolo di studio..... 38
- Grafico 3. Distribuzione in percentuale sulla convivenza..... 39
- Grafico 4. Distribuzione in percentuale sull'attività lavorativa..... 40
- Grafico 5. Distribuzione in percentuale sull'attività lavorativa..... 40
- Grafico 6. Distribuzione in percentuale sull'attività fisica moderata..... 41
- Grafico 7. Distribuzione in percentuale sull'attività fisica intensa..... 42
- Grafico 8. Ordinamento per importanza sulle attività svolte più frequentemente..... 43
- Grafico 9. Ordinamento per importanza sui fattori di rischio cardiovascolare. . 44
- Grafico 10. Ordinamento per importanza sui parametri..... 45
- Grafico 11. Ordinamento per importanza su stili di vita corretti..... 46
- Grafico 12. Distribuzione in percentuale sull'utilizzo di Internet..... 47
- Grafico 13. Distribuzione in percentuale sulla frequenza di utilizzo di Internet.47
- Grafico 14. Ordinamento per importanza sui social più utilizzati..... 48
- Grafico 15. Ordinamento per importanza su dubbi o curiosità di salute..... 49
- Grafico 16. Ordinamento per importanza su persone di fiducia..... 50
- Grafico 17. Ordinamento per importanza riguardante Internet e la salute..... 51
- Grafico 18. Distribuzione in percentuale sulle pagine consultate per avere consigli riguardanti temi della salute..... 51
- Grafico 19. Ordinamento per importanza sui luoghi in cui trovare messaggi motivazionali..... 52
- Grafico 20. Ordinamento per importanza sugli strumenti..... 52
- Grafico 21. Ordinamento per importanza sulle sale d'attesa..... 53

ELENCO TABELLE

- Tabella 1. Raccolta questionari cartacei..... 36

ELENCO FIGURE

- Figura 1. Andamento malattie cardiovascolari..... 8
- Figura 2. Continuum fra salute e malattia. 18

RINGRAZIAMENTI

A conclusione di questo elaborato, vorrei dedicare qualche riga a tutti coloro che mi sono stati vicini in questo percorso di crescita personale e professionale.

Ringrazio il mio relatore, il Prof. Marini, per avermi guidato e supportato nella fase più importante del mio percorso accademico, è stato un ottimo Relatore.

Un sentito grazie alla Dottoressa Menegon, correlatrice di tesi, per il supporto e per le dritte indispensabili.

Grazie alla Dott.ssa Russo, alla Dott.ssa Nascimben e al restante corpo docenti per avermi accompagnato in questo mio percorso di studi.

Ai miei genitori che hanno creduto in me sempre. A voi che mi avete insegnato ad affrontare ogni imprevisto della vita senza mai arrendermi. Mamma a te devo il *GRAZIE* più grande, mi hai insegnato ad essere forte, mi sei sempre stata vicina in ogni situazione. Grazie per aver sempre creduto in me e per essere stata la mia spalla.

Vi voglio bene.

A mia sorella Anna, anche se non siamo l'esempio perfetto di amore fraterno, sappi che sono felice di poter avere una sorella come te e sono molto orgogliosa di tutte le tue decisioni prese. Anche se non te lo dico mai *ti voglio bene*.

Al mio grande Amore Michele, grazie per essermi sempre stato vicino durante tutto questo pesante periodo, grazie per avermi supportato e sopportato. Grazie per farmi tornare sempre il sorriso. Grazie per avermi fatto scoprire il bello dell'amore e dell'essere amata. Grazie per essere la magnifica persona che è al mio fianco, il mio fidanzato ma anche il mio migliore amico. Sei il mio posto sicuro dove potermi rifugiare. E come sempre "Tutto l'amore che ho, *ti amo*".

Ringrazio i miei compagni di università, Francesca, Davide, Laura e Giorgia. Abbiamo passato molto tempo insieme nella cupa Conegliano per completare questo percorso e insieme siamo giunti alla fine.

Infine, un grazie speciale a tutti i miei più cari amici e amiche, che ho incontrato lungo tutto il tragitto della mia vita, a chi è rimasto e chi se n'è andato, inconsapevolmente mi avete aiutato tanto tanto tanto.