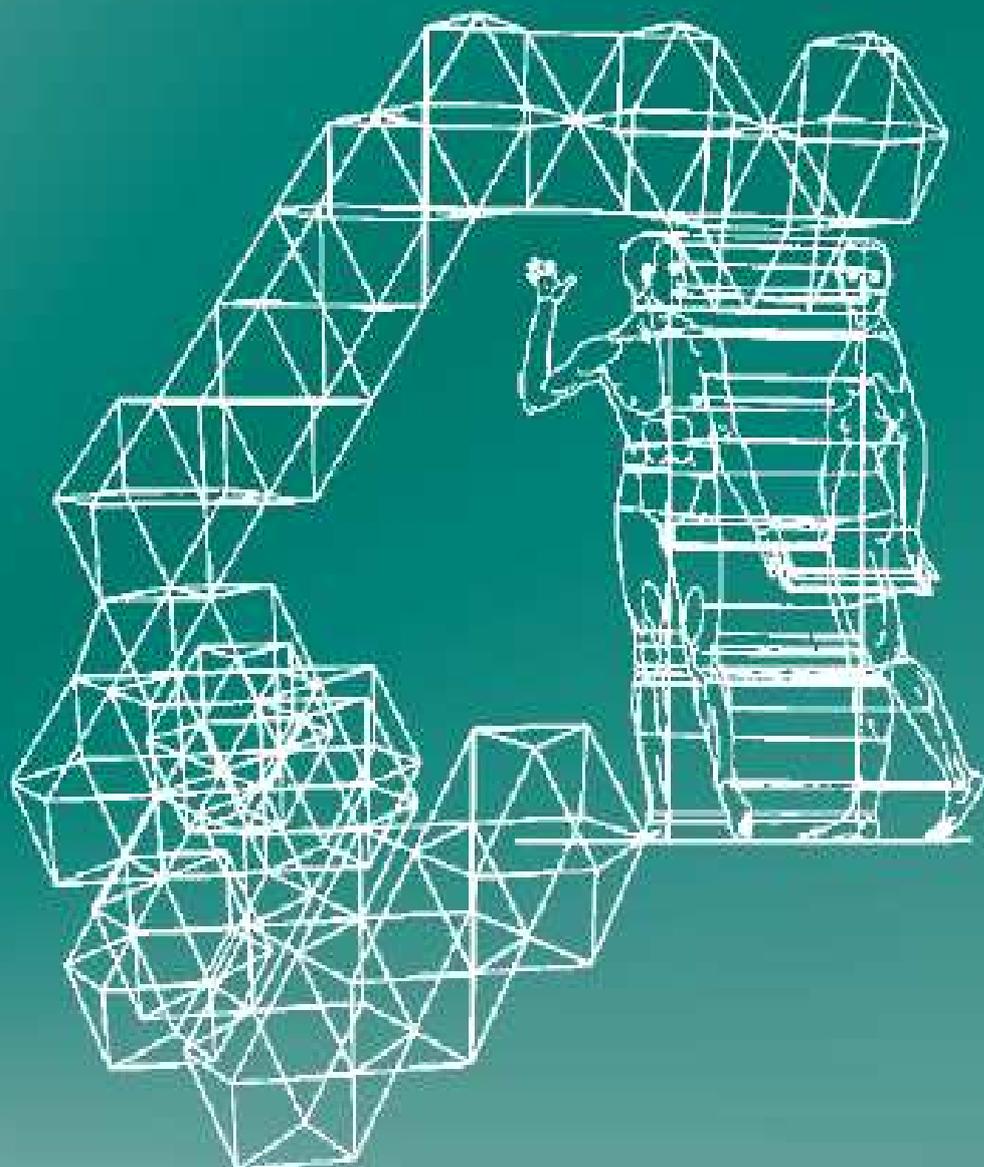


**SALUTE**  
**ulss 18**



**RELAZIONE SOCIO - SANITARIA**  
**dell'Azienda ULSS 18 di Rovigo**

---

**2009**

*Il volume è stato redatto da:*

REGIONE VENETO  
AZIENDA ULSS 18  
**ROVIGO**

*Dr.ssa Patrizia Casale  
S.O.S. Osservatorio  
Epidemiologico  
e di Epidemiologia Valutativa*

*Dr.ssa Monica Venturini  
S.O.S. Programmazione  
Socio-Sanitaria*



*Con la collaborazione del Dipartimento di Medicina  
Ambientale e Sanità Pubblica, sede di Igiene dell'Università  
di Padova*

*Prof. Vincenzo Baldo*

## **Presentazione**

*Questo documento è un estratto della settima edizione della Relazione socio-sanitaria dell'Azienda ULSS 18, appuntamento ormai consolidato con la comunità locale e con tutti i professionisti della salute che operano nel nostro territorio.*

*In questo particolare momento storico risulta sempre più indispensabile legare il concetto di "salvaguardia del bene salute" a quello di "ottimizzazione delle risorse disponibili".*

*Descrivere la salute di una comunità è un problema molto complesso. La salute è un qualcosa che non si vede e che può essere definita e osservata in modo diverso dai soggetti in base alle differenti culture, valori, età, stato di salute, "punti di vista"...*

*Molte persone credono che la loro salute dipenda solo dalla disponibilità ed efficacia dei Servizi Sanitari e che la tutela della salute debba essere delegata ai medici e agli amministratori sanitari. I dati epidemiologici esposti in questa relazione, invece, mostrano che i bisogni di salute ed i fattori causali, o determinanti di salute, possono avere un notevole potenziale impatto sulla salute della comunità. Di questi solo una minima parte è sotto il controllo del Servizio Sanitario, mentre i principali determinanti della salute sono di natura sociale, ambientale ed economica.*

*Ma non sono solo le politiche di salute a impattare sulla comunità: bisogna anche considerare l'individuo come artefice del proprio benessere e del proprio stato di salute. In questa dialettica di confronto tra responsabilità personali e collettive, e quindi politiche in senso lato, acquista significato un nuovo approccio alla tutela della salute che vede coinvolti tutti i settori della società civile, in particolare la Scuola, e non solo i servizi sanitari locali (Ospedale, Distretto e Servizi di Prevenzione). E' proprio in questo contesto che si inseriscono le azioni di promozione della salute e di corretti stili di vita che tanta parte hanno nel prevenire condizioni di cronicità e di invalidità (fumo, corretta alimentazione, controllo del peso, adeguata attività fisica ...).*

*La Scuola diventa, quindi, in questo ambito uno dei più rilevanti partner, oltre la famiglia, nel complesso processo della promozione della salute, infatti è nei bambini e negli adolescenti di oggi che si strutturano le individualità e si stigmatizzano comportamenti, abitudini e stili di vita degli adulti del domani.*

*In questa prospettiva di "scuole che promuovono la salute", i percorsi principali della collaborazione scuola-sanità restano quelle dell'integrazione e dello scambio informativo e produttivo, nel rispetto delle reciproche competenze, istituendo rapporti di collaborazione senz'altro impegnativi e costosi per entrambe le parti, in termini di tempo, energie e investimenti, ma che indubbiamente porteranno a risultati positivi in termini di salute per i cittadini futuri.*

*Questo volume vuole dare un piccolo, ma ambizioso, contributo in questa direzione, partendo dall'analisi dei dati epidemiologici del nostro territorio, dare rilievo ai bisogni e ai determinanti di salute e avviare un processo di verifica non solo dell'impatto dei servizi sanitari e socio-sanitari sulla salute dei cittadini e della comunità ma anche del ruolo della società civile nel promuovere la salute ed il benessere.*

**Adriano Marcolongo**  
**Direttore Generale**

## **CAPITOLO 1**

### **DEMOGRAFIA E STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE**

**1.1 territorio e popolazione**

**1.2 patologie cronico-degenerative**

**1.3 mortalità**

**1.4 mortalità evitabile**

## 1.1 Territorio e popolazione

Le fonti dei dati riportati sono: ISTAT, Ufficio Statistico della Provincia di Rovigo, SOS Controllo di Gestione dell'Azienda ULSS 18; i grafici e le tabelle sono stati elaborati dalla SOS Osservatorio Epidemiologico e di Epidemiologia Valutativa dell'Azienda ULSS 18.

L'Azienda ULSS 18 di Rovigo si estende su un territorio di circa 998 Km<sup>2</sup> che occupa oltre la metà della Provincia di Rovigo, più un comune (Boara Pisani) della provincia di Padova.

Al 31/12/2009 il territorio dell'Azienda ULSS 18 ha un bacino d'utenza di 175.129 residenti (sia di cittadinanza italiana che stranieri), comprende 41 Comuni ed è ripartito funzionalmente in due distretti (**Tabella 1**):

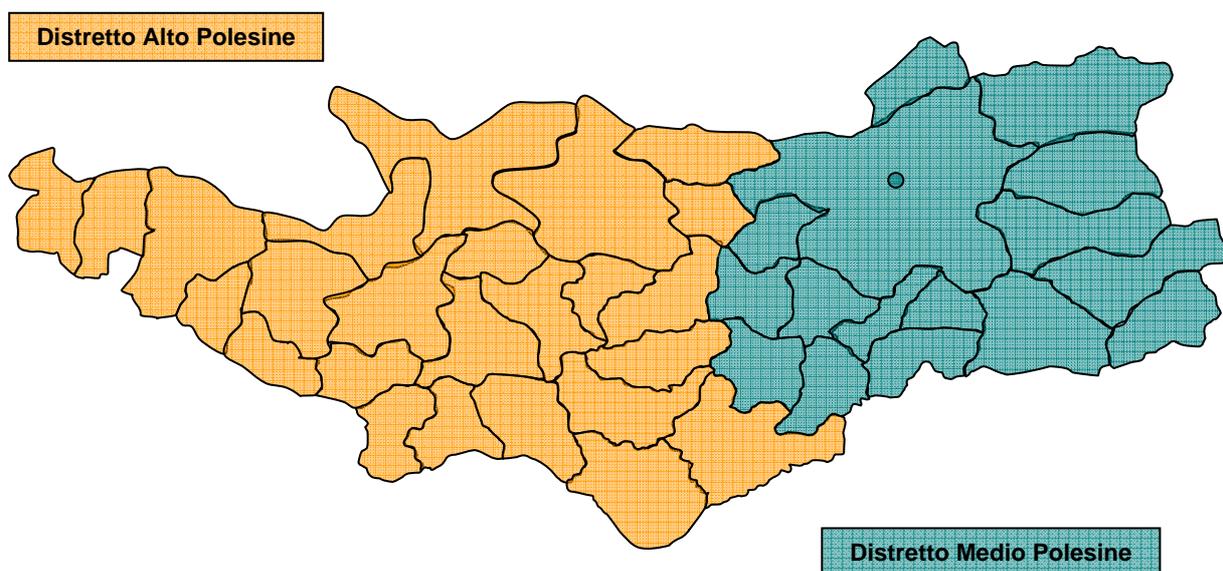
- il **Distretto Alto Polesine** costituito da 25 Comuni con una popolazione di 85.209 abitanti.
- il **Distretto Medio Polesine**, costituito da 16 Comuni con una popolazione di 89.920 abitanti.

Nella **Tabella 2** viene riportata la popolazione straniera residente, suddivisa per classi di età quinquennale.

I Comuni di Rovigo, Lendinara, Occhiobello e Badia Polesine sono i centri con il maggior numero di abitanti superiore a 10.000, rispettivamente 52.118, 12.247, 11.403 e 10.896, cui seguono gli altri comuni con popolazione che varia da 5.259 a meno di 1.000 abitanti (Calto 834 e Canda 938).

La densità abitativa dell'ULSS 18 è di circa 175 abitanti per Km<sup>2</sup>, risultando superiore alla densità abitativa della Provincia (138 ab/km<sup>2</sup>) ma molto inferiore a quella rilevata per la Regione Veneto (266 ab/km<sup>2</sup>).

L'età media della popolazione è di 42,5 anni, 43,4 per gli uomini e 46,9 per le donne.



**Tabella 1 – Popolazione residente nell’Azienda ULSS 18 – Anno 2009**

	<b>Maschi</b>	<b>Femmine</b>	<b>Totale</b>
Villanova Marchesana	530	556	<b>1.086</b>
Guarda Veneta	585	625	<b>1.210</b>
Villamarzana	617	637	<b>1.254</b>
Bosaro	701	746	<b>1.447</b>
Frassinelle Polesine	762	766	<b>1.528</b>
Gavello	831	840	<b>1.671</b>
Pontecchio Polesine	991	981	<b>1.972</b>
Crespino	973	1.070	<b>2.043</b>
Boara Pisani	1.314	1.325	<b>2.639</b>
Costa di Rovigo	1.323	1.432	<b>2.755</b>
Arquà Pol.	1.414	1.483	<b>2.897</b>
Ceregnano	1.850	1.964	<b>3.814</b>
S.Martino di Venezze	1.985	2.059	<b>4.044</b>
Polesella	2.077	2.106	<b>4.183</b>
Villadose	2.587	2.672	<b>5.259</b>
Rovigo	24.810	27.308	<b>52.118</b>
<b>Medio Polesine</b>	<b>43.350</b>	<b>46.570</b>	<b>89.920</b>
Calto	403	431	<b>834</b>
Canda	464	474	<b>938</b>
Gaiba	540	587	<b>1.127</b>
San Bellino	601	607	<b>1.208</b>
Salara	581	638	<b>1.219</b>
Pincara	636	635	<b>1.271</b>
Bagnolo di Po	709	707	<b>1.416</b>
Castelguglielmo	874	853	<b>1.727</b>
Ceneselli	945	963	<b>1.908</b>
Melara	922	995	<b>1.917</b>
Villanova del Ghebbo	1.089	1.090	<b>2.179</b>
Giacciano con Baruchella	1.089	1.147	<b>2.236</b>
Bergantino	1.260	1.357	<b>2.617</b>
Ficarolo	1.302	1.339	<b>2.641</b>
Fratta Polesine	1.266	1.506	<b>2.772</b>
Canaro	1.389	1.514	<b>2.903</b>
Trecenta	1.459	1.559	<b>3.018</b>
Castelnovo Bariano	1.472	1.549	<b>3.021</b>
Stienta	1.618	1.704	<b>3.322</b>
Lusia	1.769	1.829	<b>3.598</b>
Fiesso Umbertiano	2.140	2.234	<b>4.374</b>
Castelmassa	2.102	2.315	<b>4.417</b>
Badia Polesine	5.307	5.589	<b>10.896</b>
Occhiobello	5.610	5.793	<b>11.403</b>
Lendinara	5.874	6.373	<b>12.247</b>
<b>Alto Polesine</b>	<b>41.421</b>	<b>43.788</b>	<b>85.209</b>
<b>Azienda ULSS 18</b>	<b>84.771</b>	<b>90.358</b>	<b>175.129</b>

**Tabella 2 – Popolazione straniera residente per Distretto e Azienda ULSS 18  
Anno 2009**

Classi d'età	Distretto Alto Polesine			Distretto Medio Polesine			Azienda ULSS 18		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T
<b>0--4</b>	336	333	669	423	426	849	<b>759</b>	<b>759</b>	<b>1.518</b>
<b>5--9</b>	221	198	419	249	275	524	<b>470</b>	<b>473</b>	<b>943</b>
<b>10-14</b>	193	163	356	201	193	394	<b>394</b>	<b>356</b>	<b>750</b>
<b>15-19</b>	199	162	361	217	204	421	<b>416</b>	<b>366</b>	<b>782</b>
<b>20-24</b>	240	293	533	292	345	637	<b>532</b>	<b>638</b>	<b>1.170</b>
<b>25-29</b>	310	450	760	411	493	904	<b>721</b>	<b>943</b>	<b>1.664</b>
<b>30-34</b>	409	478	887	522	513	1.035	<b>931</b>	<b>991</b>	<b>1.922</b>
<b>35-39</b>	403	416	819	466	425	891	<b>869</b>	<b>841</b>	<b>1.710</b>
<b>40-44</b>	331	315	646	369	287	656	<b>700</b>	<b>602</b>	<b>1.302</b>
<b>45-49</b>	197	241	438	245	216	461	<b>442</b>	<b>457</b>	<b>899</b>
<b>50-54</b>	141	189	330	142	172	314	<b>283</b>	<b>361</b>	<b>644</b>
<b>55-59</b>	52	142	194	72	129	201	<b>124</b>	<b>271</b>	<b>395</b>
<b>60-64</b>	29	65	94	42	54	96	<b>71</b>	<b>119</b>	<b>190</b>
<b>65-69</b>	16	34	50	22	45	67	<b>38</b>	<b>79</b>	<b>117</b>
<b>70-74</b>	12	19	31	24	13	37	<b>36</b>	<b>32</b>	<b>68</b>
<b>75-79</b>	6	14	20	10	17	27	<b>16</b>	<b>31</b>	<b>47</b>
<b>80-84</b>	2	5	7	5	7	12	<b>7</b>	<b>12</b>	<b>19</b>
<b>85-89</b>	2	5	7	1	3	4	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>11</b>
<b>90 e +</b>	0	0	0	0	1	1	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>Totale</b>	<b>3.099</b>	<b>3.522</b>	<b>6.621</b>	<b>3.713</b>	<b>3.818</b>	<b>7.531</b>	<b>6.812</b>	<b>7.340</b>	<b>14.152</b>

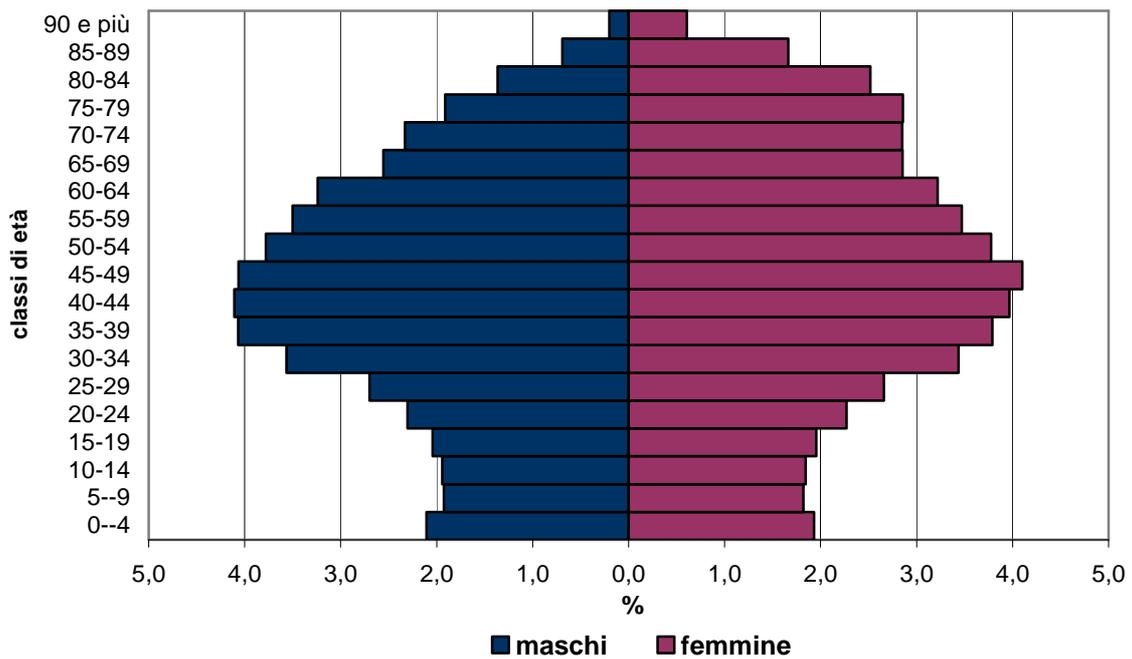
Lo strumento più immediato per evidenziare le caratteristiche legate al sesso e all'età di una popolazione è la *piramide delle età*, rappresentazione grafica costruita attraverso istogrammi in cui i rettangoli, a pari età e per ciascun sesso separatamente, vengono contrapposti ponendo l'età sull'asse delle ordinate e, in corrispondenza di ciascuna età, sull'asse delle ascisse il totale degli individui (in termini assoluti o relativi).

Il nome di "piramide" deriva dalla forma che esso assume con una popolazione molto numerosa nelle classi di età più giovani. La situazione di ristagno o di declino demografico, che si osserva attualmente nei Paesi economicamente sviluppati compresa l'Italia, fanno assumere al descrittore una forma a "fuso".

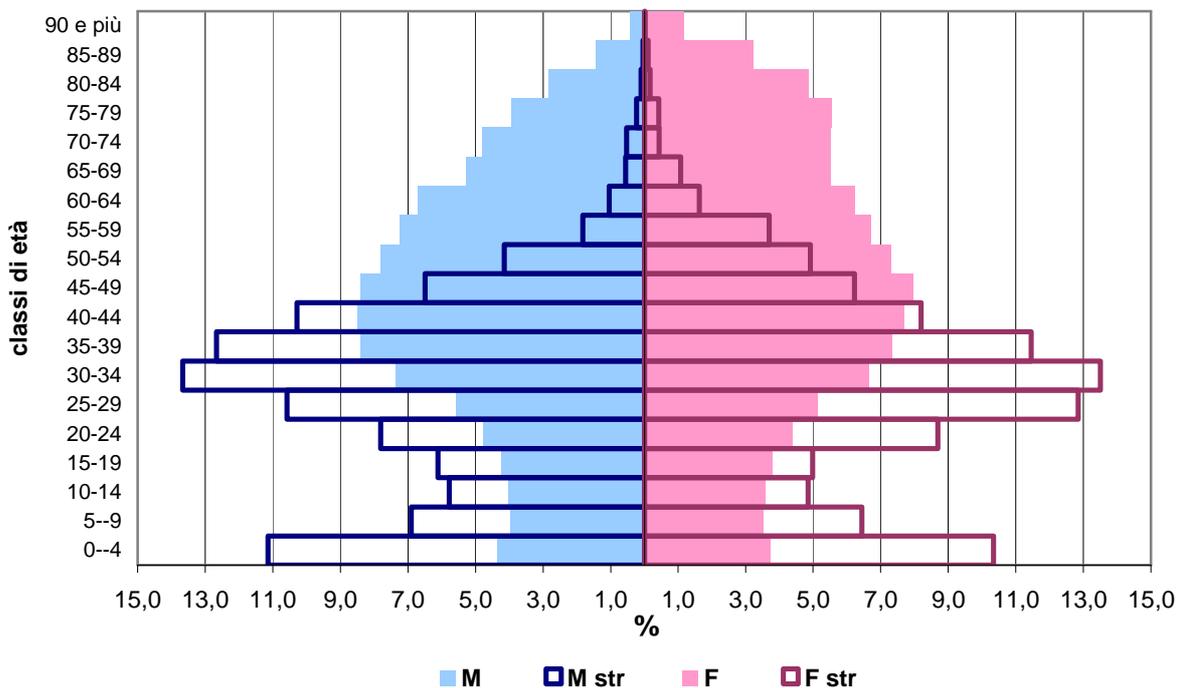
La **Figura 1** riproduce la piramide delle età per classi quinquennali della popolazione dell'Azienda ULSS 18 relativa all'anno 2008, evidenziando la già descritta forma a "fuso" dell'istogramma.

Nella **Figura 2** sono rappresentate le piramidi di età della popolazione residente italiana e straniera: si può notare la differenza dovuta alla maggior rappresentanza nella popolazione immigrata delle classi di età più attive da un punto di vista lavorativo e nelle classi di età più giovani per il crearsi di nuove famiglie.

**Figura 1 - Piramide delle età della popolazione Azienda ULSS 18  
% sul totale della popolazione - Anno 2009**



**Figura 2 - Piramide delle età della popolazione italiana e straniera,  
in % sul totale delle rispettive popolazioni - Anno 2009**



### Dinamiche demografiche

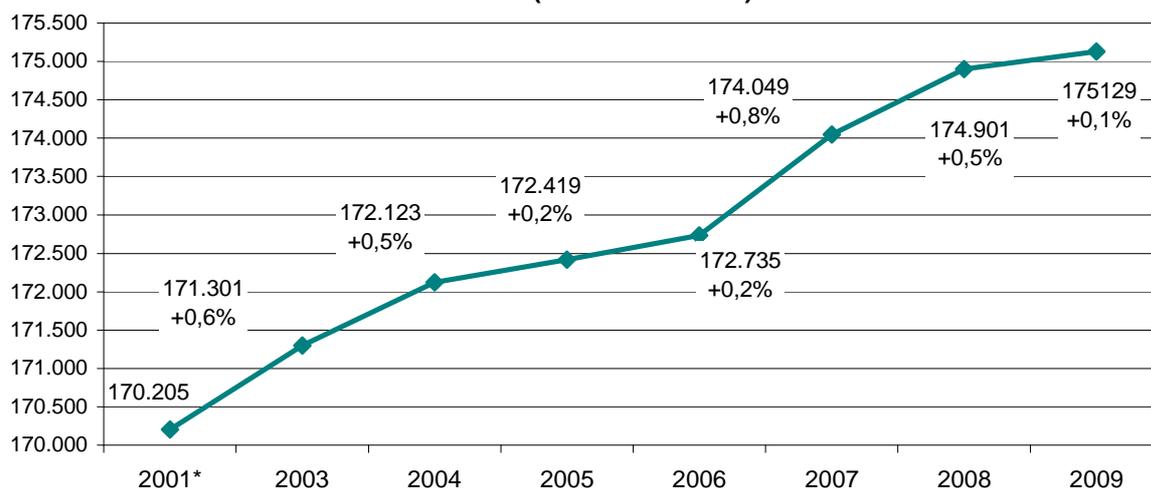
La demografia studia i fenomeni "quantitativi" relativi alle popolazioni dal punto di vista della struttura e dell'evoluzione nel tempo; le trasformazioni nel tempo sono dovute sia a componenti naturali (natalità, fertilità, mortalità, ...) che a componenti sociali legate alle migrazioni. Le dinamiche che determinano le variazioni quali e quantitative di una popolazione sono processi che non subiscono rapide inversioni di tendenza essendo connessi a una serie di fattori quali i miglioramenti della ricerca

medica e scientifica e i mutamenti dei comportamenti sociali, fenomeni che richiedono lunghi periodi di tempo per poterne manifestare gli esiti.

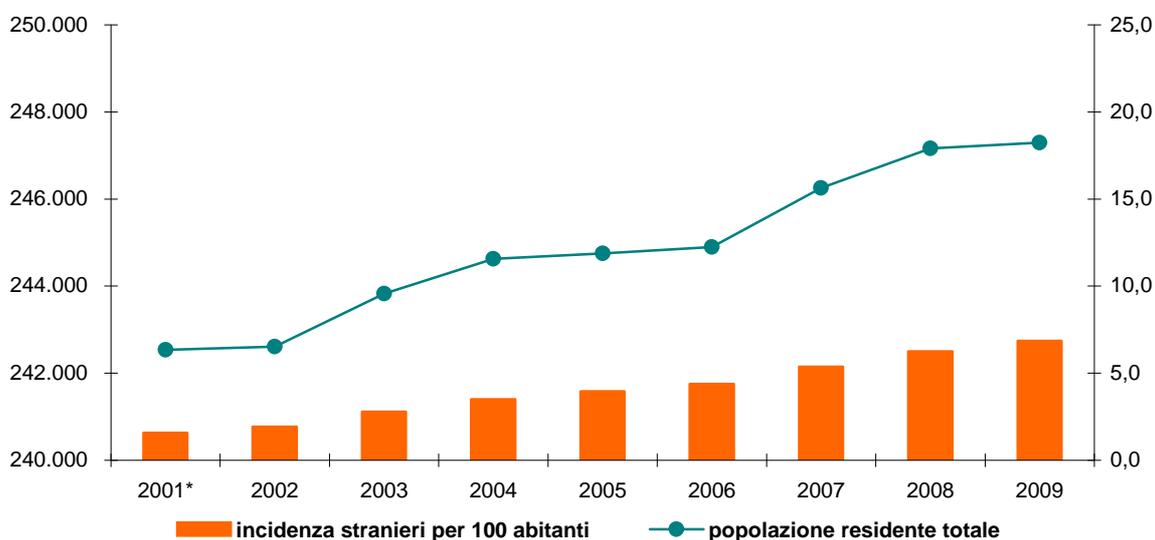
Nel **Grafico 1** viene riportata la crescita della popolazione residente nel territorio dell'Azienda ULSS 18, rilevata nel censimento 2001 e nel periodo 2003-2009, sulla base dei dati acquisiti dagli Uffici Anagrafe dei Comuni e l'Ufficio Statistica della Provincia di Rovigo.

Nel **Grafico 2** si evidenzia l'aumento della popolazione straniera nella Provincia di Rovigo con l'incidenza sulla popolazione residente dal 2001 al 2009.

**Grafico 1 - Popolazione residente nell'Azienda ULSS 18  
Anni 2001\* (dati censimento)-2009**



**Grafico 2 - Popolazione residente e incidenza stranieri nella Provincia di  
Rovigo - Anni 2001\* (dati censimento)-2009**



L'analisi integrata degli **indicatori demografici** (rapporti tra dimensioni di popolazione) con altre informazioni di carattere sociale, economico, ambientale, ecc. permettono di valutare in modo complessivo i fenomeni legati allo sviluppo demografico di una popolazione o alla sua situazione di dipendenza per arrivare a pianificare ed organizzare i più opportuni interventi in sanità pubblica.

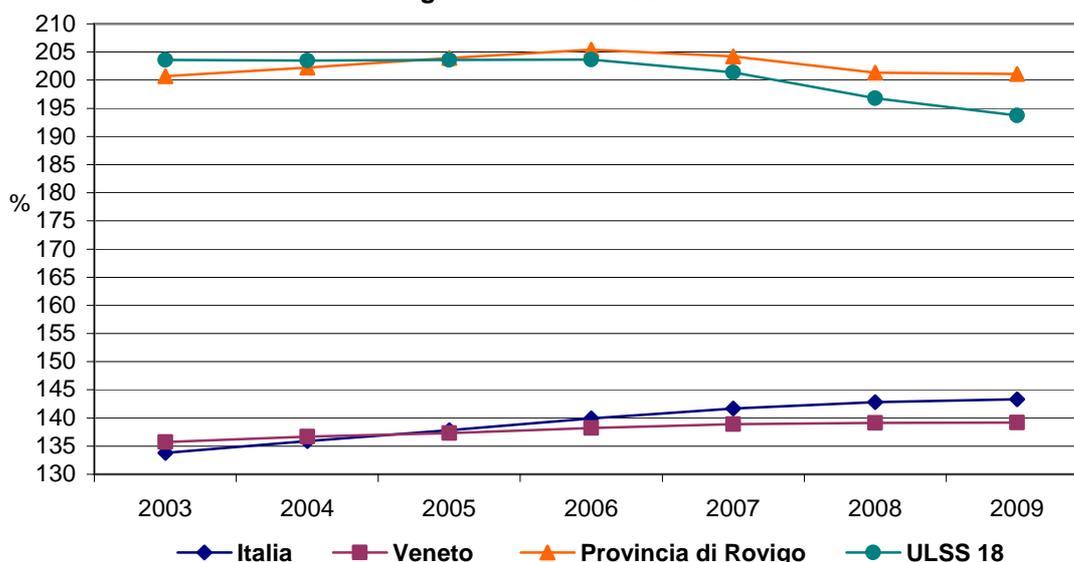
Uno dei più rilevanti indicatori demografici è **l'indice di vecchiaia** utilizzato per valutare il livello di invecchiamento di una popolazione ( $N^{\circ} \geq 65 \text{ aa} / N^{\circ} 0-14 \text{ aa}$ ) ed indica il numero di anziani ultra65enni ogni 100 giovani tra 0 e 14 anni: tanto maggiore è il valore, tanto più vecchia è la popolazione considerata. Si tratta comunque di un indicatore abbastanza grezzo in quanto l'invecchiamento di una popolazione è dovuta all'aumento del numero di anziani contemporaneamente alla diminuzione del numero dei soggetti più giovani, variando numeratore e denominatore in senso opposto viene amplificato l'effetto "invecchiamento" della popolazione.

L'indice di vecchiaia nell'Azienda ULSS 18 nel 1999 era pari al 194,2%, negli anni successivi si è avuto un trend in aumento fino ad arrivare nel 2003 ad un valore di 203,6%; tale valore si è stabilizzato fino al 2006, e a questa è seguita una tendenza in decrescita fino ad arrivare ad un valore di 193,7 nel 2009. L'indice di vecchiaia è in decremento per l'incremento maggiore della popolazione infantile rispetto agli anziani.

Si segnala anche una rilevante differenza tra l'indice di vecchiaia maschile che risulta essere pari a 151,6% e femminile, pari a 238,5%.

In Italia è in corso già da molti anni un processo di invecchiamento demografico, come risulta ben evidente nel **Grafico 3** che riporta il confronto tra gli indici di vecchiaia della popolazione di Italia, Veneto, Provincia di Rovigo e Azienda ULSS 18. Il trend nell'Azienda ULSS 18 e nella Provincia di Rovigo si presenta in controtendenza rispetto all'andamento a livello nazionale e regionale, seppur con valori molto più elevati.

**Grafico 3 - Indice di vecchiaia: confronto Italia, Veneto, Provincia di Rovigo e Azienda ULSS 18 - Anni 2003-2009**



Altri indicatori di struttura collegati sono **l'indice di dipendenza strutturale** (o di dipendenza o carico sociale) e **l'indice di dipendenza anziani**.

**L'indice di dipendenza strutturale** è dato dal rapporto della somma dei soggetti di età  $\leq 14$  e  $\geq 65$  anni, soggetti in età non lavorativa e di conseguenza economicamente non produttiva, e il numero di soggetti tra i 15 e i 64 anni, potenzialmente in attività e

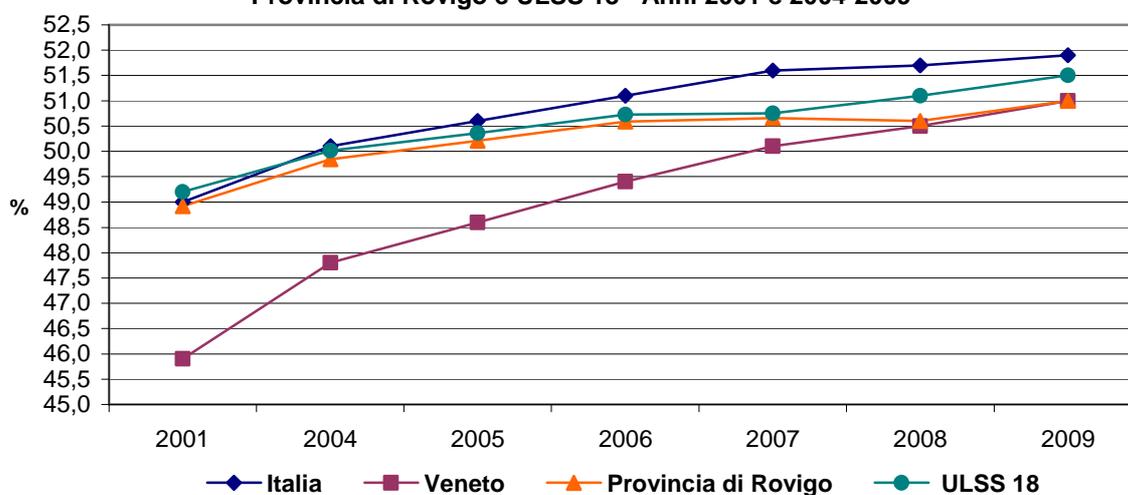
corrisponde alla somma degli indici di dipendenza giovanile e senile; è un indicatore che risente della struttura economica e sociale.

Il rapporto esprime il carico sociale ed economico teorico della popolazione in età attiva: valori superiori al 50% indicano una situazione di squilibrio generazionale e sta ad indicare che 100 persone in età attiva, oltre a mantenere se stesse, ne "mantengono" altre 50 o più, che risultano quindi dipendenti.

Un altro aspetto rilevante dell'indicatore è la composizione della popolazione dipendente: a parità di ammontare di questa possiamo avere un maggior peso della componente giovanile o della componente senile.

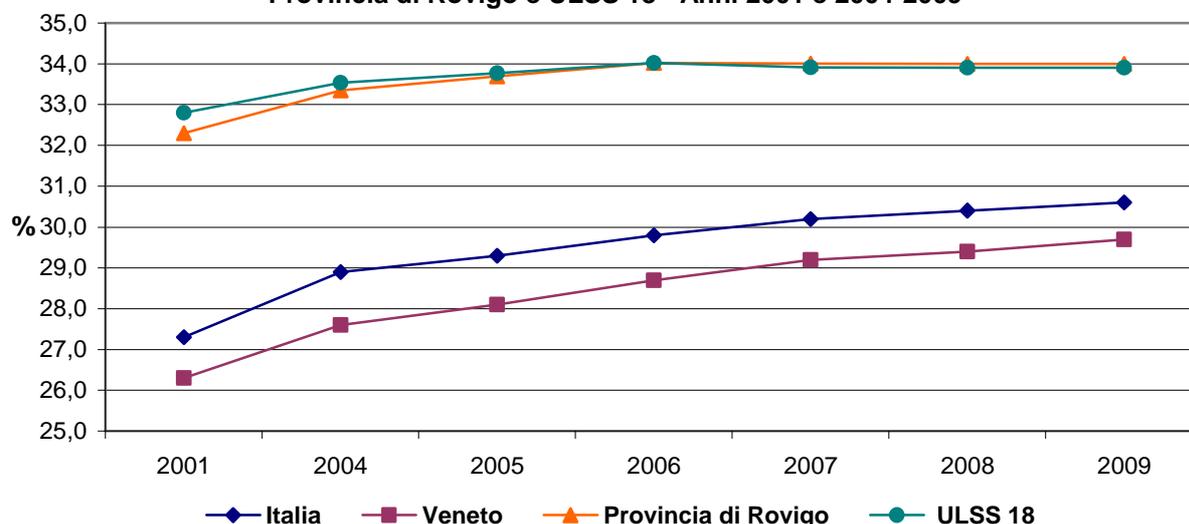
L'andamento rilevato nella popolazione dell'Azienda ULSS 18 evidenzia livelli di dipendenza abbastanza stabili anche se con un modesto ma costante incremento dal 1999 (49,7%) al 2009 (51,5%) (**Grafico 4**).

**Grafico 4 - Indice di dipendenza strutturale: confronto Italia, Veneto, Provincia di Rovigo e ULSS 18 - Anni 2001 e 2004-2009**



**L'indice di dipendenza anziani** è dato dal rapporto tra i soggetti di età  $\geq 65$  anni ed i soggetti potenzialmente produttivi (15-64 anni), stimando quindi il carico unitario di anziani che grava sulla popolazione produttiva. Questo indice appare per l'Azienda ULSS 18 con una modesta tendenza in crescita nel periodo 1999-2002 e praticamente stabile nel periodo 2006-2009 (**Grafico 5**), diversamente dai dati rilevati in Veneto e Italia.

**Grafico 5 - Indice di dipendenza anziani: confronto Italia, Veneto, Provincia di Rovigo e ULSS 18 - Anni 2001 e 2004-2009**

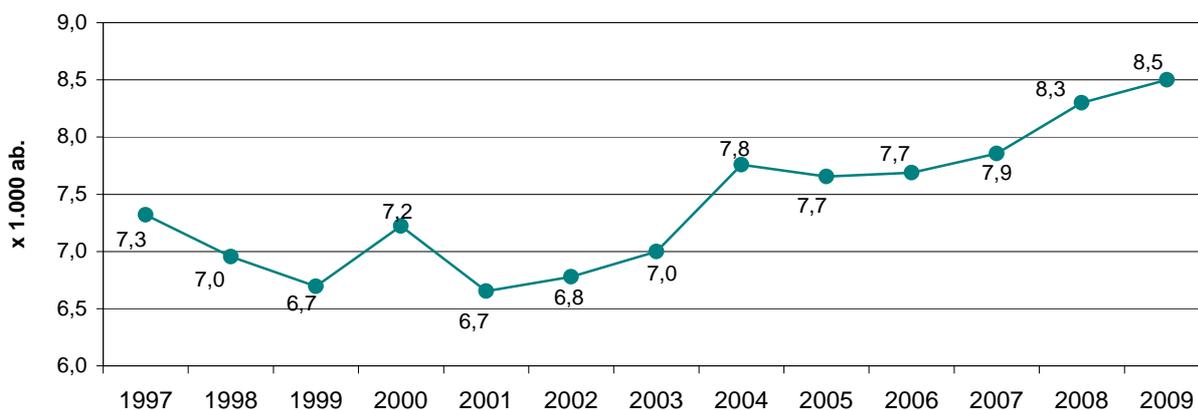


**Altri indicatori demografici** per la descrizione di una popolazione significativi, oltre che da un punto di vista demografico anche socio-economico, sono ***l'indice di natalità e l'indice di fecondità***.

**L'indice di natalità**, rapporto tra il numero di nati vivi e la popolazione totale, rappresentando quanti sono i nati vivi ogni 1.000 abitanti valuta la "forza riproduttiva" di una popolazione.

Come si può notare dal **Grafico 6** nell'Azienda ULSS 18 tale indice, dopo varie oscillazioni dal 1997 al 2004, dal 2005 appare in progressivo aumento.

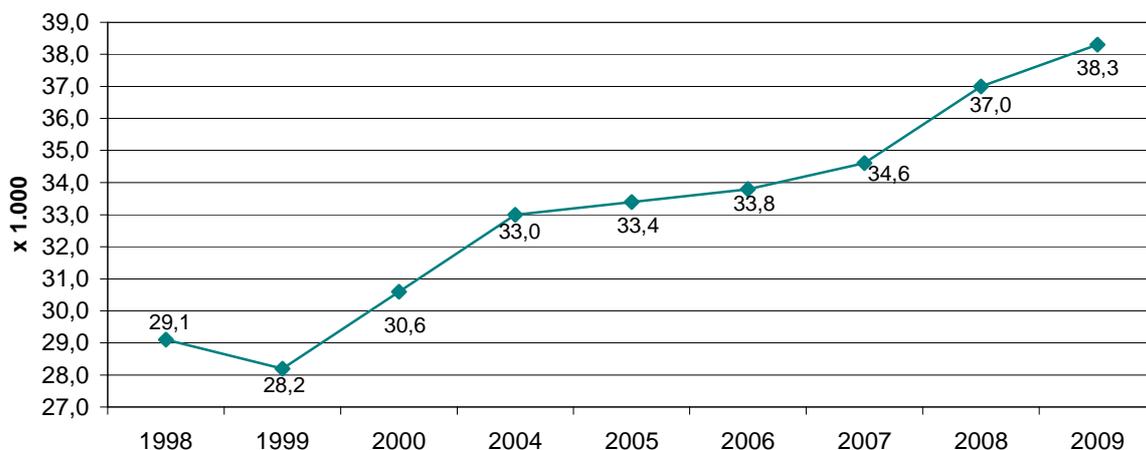
**Grafico 6 - Indice di natalità (x 1.000 abitanti)  
Azienda ULSS 18 - Anni 1997-2009**



L'indice di fecondità si calcola rapportando il numero di nati vivi con il numero di donne in età feconda, convenzionalmente compresa tra 15 e 49 anni, ed assume valori elevati nelle popolazioni ad alta capacità riproduttiva. E' un indicatore più raffinato del tasso di natalità in quanto è il rapporto tra nati vivi e popolazione femminile in età fertile.

Nel **Grafico 7** si nota, così come per l'indice di natalità, il progressivo incremento di tale indicatore.

**Grafico 7 - Indice di fecondità (x 1.000 donne 15-49 aa)  
Azienda ULSS 18 - Anni 1998-2009**



Nella **Tabella 3** vengono riportati alcuni indicatori relativi alla popolazione dell'Azienda ULSS 18 con il confronto con Italia, Regione Veneto e Provincia di Rovigo.

**Tabella 3 – Indicatori: confronto Italia, Veneto, Provincia di Rovigo e Azienda ULSS 18  
Anno 2009**

	Italia			Veneto			Provincia di Rovigo			Azienda ULSS 18		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
% ≥65 aa	17,4	22,7	20,1	16,6	22,6	19,7	19,0	25,9	22,6	18,7	25,9	22,4
% ≥75 aa	7,5	11,9	9,8	6,8	11,9	9,4	8,5	14,5	11,6	8,6	14,8	11,8
% ≥85 aa	1,5	3,5	2,5	1,4	3,6	2,5	1,7	4,1	3,0	1,8	4,4	3,2
% ≥90 aa	0,4	1,1	0,7	0,3	1,1	0,7	0,4	1,2	0,8	0,4	1,2	0,8
% ≥100 aa	0,01	0,04	0,02	0,01	0,03	0,02	0,01	0,03	0,02	0,1	0,3	0,2
<b>Indicatori</b>												
<b>vecchiaia</b>	117,0	171,3	143,4	111,9	168,1	139,2	159,8	244,9	201,1	151,6	238,5	193,7
<b>invecchiamento</b>	17,4	22,7	20,1	16,6	22,6	19,7	19,0	25,9	22,6	18,7	25,9	22,4
<b>dipendenza anziani</b>	25,7	35,4	30,6	24,2	35,3	29,7	27,5	40,8	34,0	27,1	40,9	33,9
<b>dipendenza giovanile</b>	21,9	20,7	21,3	21,7	21,0	21,3	17,2	16,7	16,9	17,9	17,1	17,5
<b>dipendenza (strutturale)</b>	47,6	56,1	51,9	45,9	56,3	51,0	44,6	57,5	51,0	45,0	58,0	51,5
<b>ricambio popolaz. attiva</b>	112,5	127,5	119,8	123,5	137,4	130,2	146,8	154,8	150,7	158,6	164,6	161,6
<b>struttura popolaz. attiva</b>	106,8	112,9	109,8	112,0	116,4	114,1	123,4	127,5	125,4	127,4	131,3	129,3
<b>rapporto di genere</b>			94,4			96,0			94,3			93,8
<b>carico di figli per donna feconda</b>			20,2			21,1			17,1			18,2

### **Livello di istruzione**

Il sistema educativo provinciale nel suo complesso presenta un'offerta articolata, con una adeguata dotazione quantitativa di servizi.

Dal Censimento del 2001, emergeva che in Provincia di Rovigo 13 persone su mille (popolazione con più di 6 anni) risultavano analfabete, tasso molto superiore al regionale, pari al 5 per mille, e leggermente inferiore al dato nazionale, 15 per mille. La differenza percentuale tra maschi e femmine analfabeti (30,3% vs 69,7%) nella Provincia di Rovigo sottolineava la penalizzazione del genere femminile nel campo dell'istruzione.

Il mancato conseguimento del diploma della scuola dell'obbligo è un importante indicatore del livello di istruzione della popolazione. Il dato medio provinciale di 10,7% era superiore alla media regionale, 8,2%, e italiana, 9,7%.

Le persone in possesso di laurea erano 75 su mille, ma in questo caso erano in prevalenza le donne laureate (52,1%).

Relativamente all'anno scolastico 2008-2009 si riportano alcuni dati inerenti la scolarità in Medio e Alto Polesine (escluso il comune di Boara Polesine) e nella Provincia di Rovigo (fonte: Ufficio Statistica della Provincia di Rovigo - per i dati di Veneto e Italia fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero dell'Istruzione a.s. 2007-2008).

Il sistema scolastico provinciale dalla scuola dell'infanzia alla scuola secondaria di secondo grado coinvolge oltre 30.000 mila studenti, di cui circa 5.300 nelle scuole

d'infanzia (56% nelle scuole private), oltre 9.000 nelle primarie, circa 6.000 nelle secondarie di primo grado e oltre 9.700 nelle secondarie di secondo grado.

Il peso degli iscritti stranieri risulta crescente negli anni, pari al 7,4% in provincia: rappresentano il 5% nelle scuole dell'infanzia, circa il 10% nella scuola primaria, il 9% nella secondaria di primo grado ed oltre il 5% nella secondaria di secondo grado. Tra le scuole secondarie di secondo grado prevalgono gli iscritti ai licei e agli istituti tecnici ma gli stranieri frequentano soprattutto gli istituti professionali (26% italiani vs 40% stranieri).

Nell'anno scolastico 2008-2009 la percentuale di studenti che si ritira dalle scuole e dai centri di formazione professionale varia dall'1% dell'istituto magistrale-artistico al 43% delle scuole di formazione professionale, mentre in media la percentuale di ritiro sugli iscritti ad inizio anno è stata pari circa all'1%.

Per **Tasso di scolarità** si intende il rapporto tra gli iscritti ad istituti di istruzione *in e fuori* Provincia residenti in Polesine ed i residenti, per zona di residenza.

Nella **Tabella 4** si riportano i tassi di scolarità relativi all'istruzione di secondo grado (depurato della componente pendolarismo).

**Tabella 4 - Tasso di scolarità istruzione secondaria di secondo grado  
Anno scolastico 2008-2009**

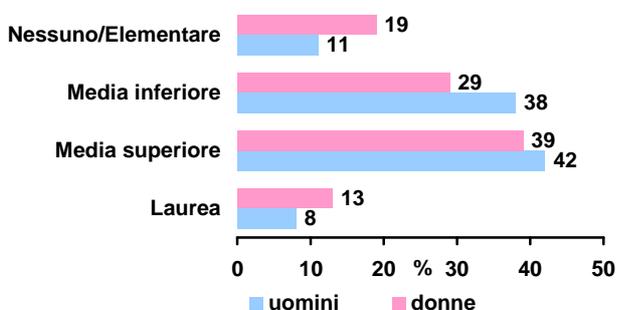
Zona di residenza	1° anno	quinquennio
Alto Polesine	106,7%	87,2%
Medio Polesine	105,2%	91,3%
Provincia di Rovigo	105,8%	87,8%
Veneto a.s. 2007-08		89,55
Italia a.s. 2007-08		93,2%

Dal **Sistema di Sorveglianza PASSI** (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) si riportano i dati stimati relativi al livello di istruzione della popolazione residente nell'Azienda ULSS 18 di età compresa tra i 18 e i 69 anni, elaborati analizzando le interviste rilasciate nel biennio 2008-2009.

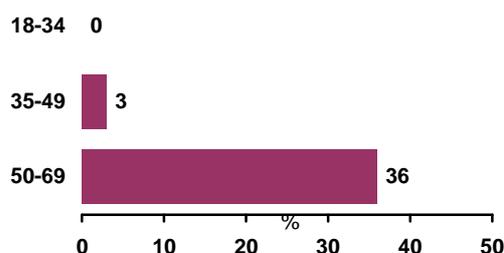
Nell'Azienda ULSS 18 risulta che il 15,3% del campione non ha alcun titolo di studio o è in possesso della licenza elementare, il 33,2% della licenza media inferiore, il 40,8% della licenza media superiore ed il 10,7% è laureato.

L'istruzione è fortemente età-dipendente: gli anziani mostrano livelli d'istruzione significativamente più bassi rispetto ai più giovani.

**Campione per titolo di studio**  
AULS 18 - PASSI 2008-09



**Prevalenza di scolarità bassa (nessuna/licenza elementare) per classi di età**  
AULSS 18 - PASSI 2008-09



## Forze lavoro e livello di occupazione

Tratto dal "Rapporto Statistico 2010" pubblicato dall'Ufficio Statistica della CCIAA (Camera di Commercio Industria Artigianato e Agricoltura di Rovigo) con dati relativi alla Provincia di Rovigo

### Profilo socio-economico

Nel 2009 la forza lavoro nella Provincia di Rovigo era pari in totale a oltre 106.800 persone, di cui occupati circa 103.400 e circa 3.400 in cerca di occupazione. Gli occupati per settore erano 9.600 in Agricoltura, 25.200 nell'Industria in senso stretto, circa 10.000 nelle Costruzioni e 58.700 nei Servizi.

Il **tasso di occupazione** (15-64 anni) nella Provincia di Rovigo è pari al 62,9% nel 2009, inferiore alla media regionale (64,6%) ma superiore al dato nazionale (57,6%).

Il **tasso di disoccupazione**, calcolato come rapporto tra le persone in cerca di occupazione e le forze lavoro, indica invece un valore piuttosto limitato, pari al 3,2% rispetto al 4,8% regionale e al 7,8% italiano.

Il numero di occupati desunti dall'indagine sulle forze lavoro classificati per cittadinanza (media dei primi tre trimestri del 2009) risultavano in totale pari a circa 104.000 di cui il 94,5% di nazionalità italiana e il 5,5% stranieri, contro un 89,4% e 10,6% in Veneto e un 91,9% e 8,1% in Italia.

Nel 2009 sul territorio provinciale risultano essere attive circa 26.500 imprese di cui il 31% appartenente all'attività economica (classificazione ATECO 2007) "Agricoltura, Silvicoltura e Pesca", il 20% al "Commercio all'ingrosso e al dettaglio; riparazione di auto, ...", il 14% al settore "Costruzioni", l'11% alle "Attività manifatturiere", seguono le altre attività con percentuali inferiori.

Da una elaborazione dell'Istituto Guglielmo Tagliacarne si riportano i dati relativi al Prodotto Interno Lordo pro-capite (a prezzi correnti) che per la Provincia di Rovigo pari a € 27.312 (41° posto in graduatoria, più 6 posti rispetto al 1995) contro una media regionale di 28.784 e italiana di 25.263.

Dal **Sistema di Sorveglianza PASSI** si riportano i dati stimati relativi al livello di occupazione della popolazione residente nell'Azienda ULSS 18 di età compresa tra i 18 e i 69 anni, elaborati analizzando le interviste rilasciate nel biennio 2008-2009.

Dall'indagine risulta che il 65,3% degli intervistati nella fascia d'età 18-65 anni lavora regolarmente.

Le donne sono risultate complessivamente meno "occupate" rispetto agli uomini (55,3% contro 76,0%).

Gli intervistati di 35-49 anni hanno riferito in maggior percentuale (82,9%) di lavorare con regolarità, soprattutto gli uomini.

Si riscontrano differenze di occupazione statisticamente significative per classi di età in entrambi i sessi, confermate anche nel pool delle ASL partecipanti a livello nazionale.

## 1.2 Patologie cronico-degenerative

### Stime di prevalenza per alcune patologie basate su archivi sanitari elettronici

L'aumento dei bisogni della popolazione e della domanda induce i sistemi sanitari ad affrontare nuove problematiche sanitarie tenendo in considerazione vari aspetti correlati all'invecchiamento della popolazione, alla gestione della polipatologia e dei pazienti fragili, all'emergere di nuove malattie ed infine all'introduzione delle nuove tecnologie. Pertanto dal punto di vista sanitario è fondamentale disporre di uno strumento che sia in grado di rispondere tempestivamente a quesiti di natura epidemiologica, al fine di pianificare l'erogazione dei servizi e renderli rispondenti ai reali bisogni della popolazione. A questo scopo nell'Azienda ULSS 18 è stato realizzato il Sistema Epidemiologico Integrato (SEI) che attraverso il linkage degli archivi disponibili e l'utilizzo dei dati correnti in essi contenuti permette di stimare la morbosità di varie patologie. I limiti del SEI è dato dalla finalità di tipo amministrativo degli archivi utilizzati; essi infatti rappresentano uno strumento di monitoraggio dei servizi erogati e della spesa sanitaria sostenuta. I dati contenuti in ogni archivio consentono l'identificazione univoca dell'assistito e le rispettive prestazioni effettuate nell'ambito sanitario, queste ultime a loro volta codificate secondo le rispettive classificazioni internazionali.

Gli archivi utilizzati dal SEI sono i seguenti:

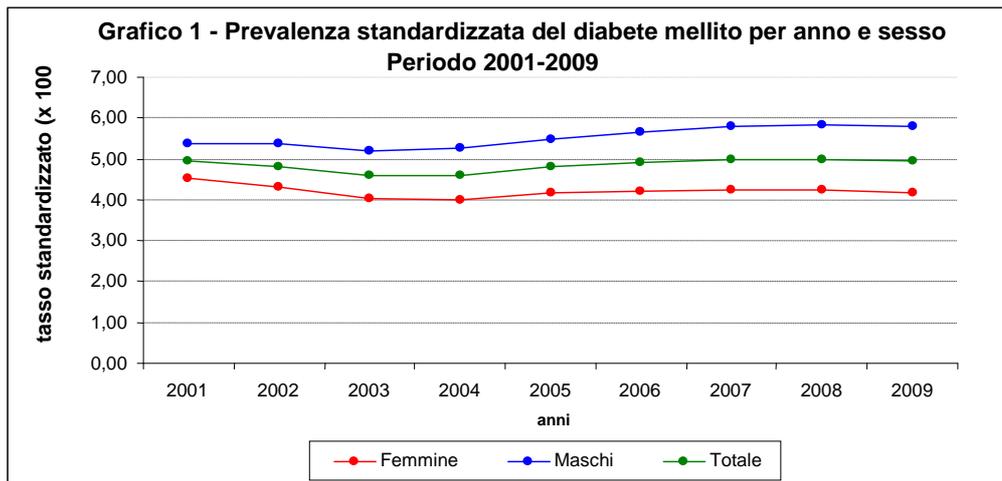
- Anagrafe sanitaria 1996-2009;
- Mortalità 1996-2009 (i dati del 2009 sono parziali al 30/06/2009);
- Schede di dimissione ospedaliera 1995-2009;
- Mobilità passiva (intra-regione ed extra-regione) 2000-2009;
- Farmaceutica 1997-2009;
- Anatomia patologica 1995-2009;
- Esenzioni Ticket 1991-2009.

### Diabete Mellito

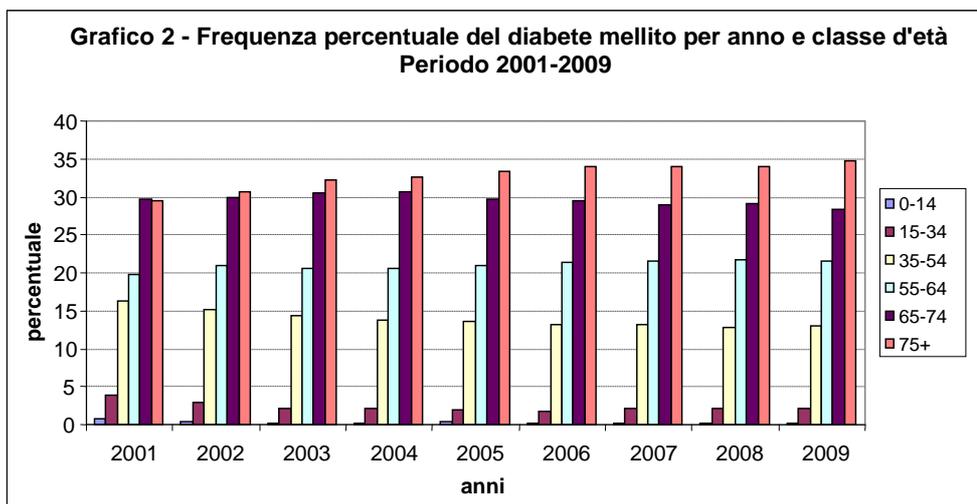
Il diabete mellito è una malattia cronica in progressivo aumento a livello internazionale. L'organizzazione mondiale della sanità stima infatti che i casi di morte attribuibili a tale patologia raddoppieranno dal 2005 al 2030. Tra le cause principali di questo incremento si riconoscono l'allungamento della vita e le modificate abitudini di vita. La patologia diabetica rappresenta una patologia cronica con un elevato impatto sia sulla qualità e durata della vita dei soggetti affetti sia sulle risorse sanitarie necessarie per il trattamento. Il monitoraggio della malattia e degli indicatori di qualità della cura riveste pertanto un grande interesse sia da parte dei clinici che degli amministratori della sanità.

I casi sono stati identificati utilizzando gli archivi dei ricoveri ospedalieri, delle prescrizioni farmaceutiche e delle esenzioni ticket.

La prevalenza del diabete mellito nell'Azienda ULSS 18 dal 2001 al 2009 è rappresentata nel **Grafico 1**. L'andamento temporale rimane sostanzialmente costante nel tempo. Il tasso di prevalenza grezzo varia da 5,2 a 5,8 soggetti per 100 abitanti. Il tasso di prevalenza standardizzato ha un range tra 4,6 a 5 per 100 abitanti. La malattia colpisce soprattutto la popolazione maschile, la prevalenza è infatti mediamente 1,3 volte maggiore in tale categoria rispetto a quella femminile.



Il **Grafico 2** illustra la distribuzione percentuale della malattia disaggregata per anno e classe d'età: il numero di soggetti cresce con il crescere dell'età con modalità sostanzialmente omogenee in tutti gli anni di osservazione.



## Patologie dell'apparato cardiocircolatorio

Le malattie dell'apparato circolatorio costituiscono un rilevante problema di sanità pubblica in quanto sono un'importante causa di mortalità e morbidità nella popolazione, determinando frequenti ospedalizzazioni e la necessità di controlli periodici nonché di terapie farmacologiche che si protraggono per tutta la vita.

L'organizzazione mondiale della sanità (OMS) afferma che tale gruppo di malattie rappresenta la prima causa di morte nel mondo, infatti il 29% delle morti può essere ad esso attribuito, anche in Italia del resto le patologie cardiovascolari detengono il primato della mortalità.

Tra le patologie cardiovascolari sono state analizzate le cardiopatie ischemiche e l'infarto miocardico acuto.

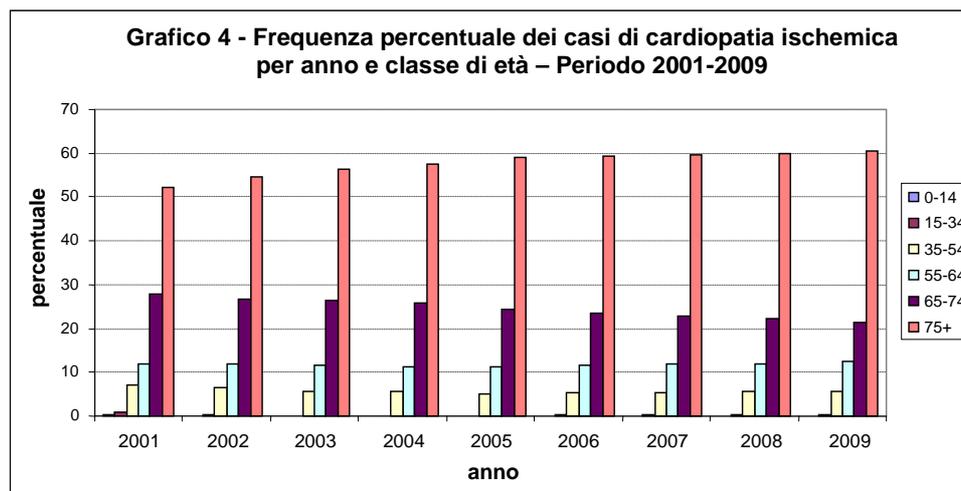
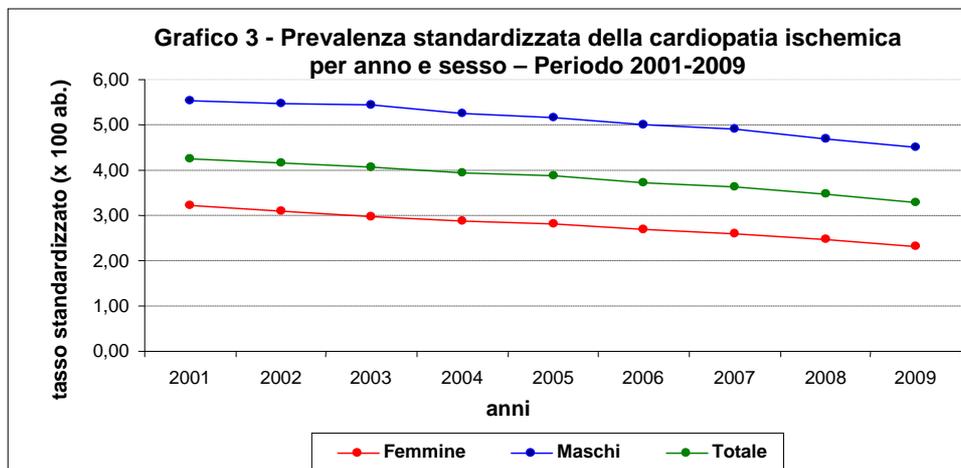
### • Cardiopatie ischemiche

Tra tutte le malattie del sistema circolatorio, le cardiopatie ischemiche mostrano un'elevata prevalenza nella popolazione anche per il fatto che la mortalità è in costante diminuzione a partire dalla seconda metà degli anni settanta.

La prevalenza presenta un andamento in diminuzione nel tempo in entrambi i sessi; complessivamente il tasso grezzo è sceso dal 2001 al 2009 da 4,9 a 4,1 casi per 100

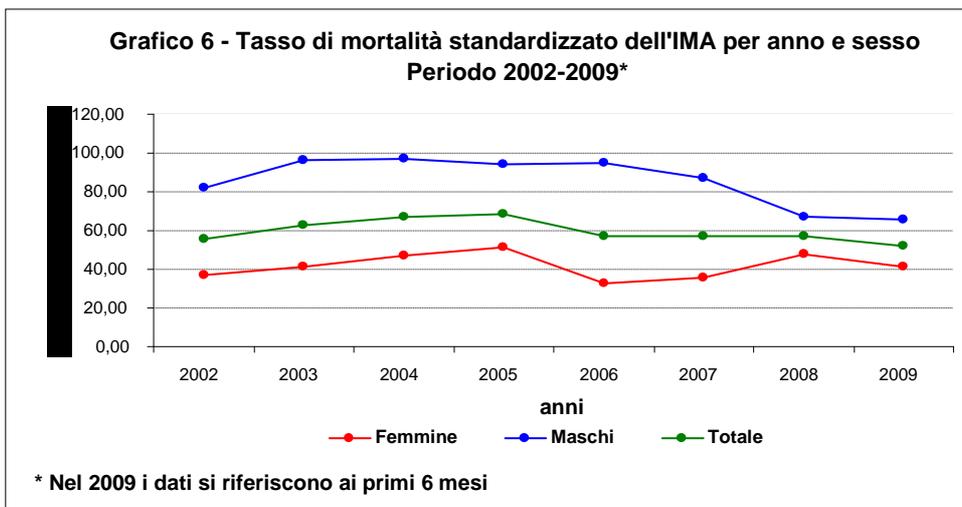
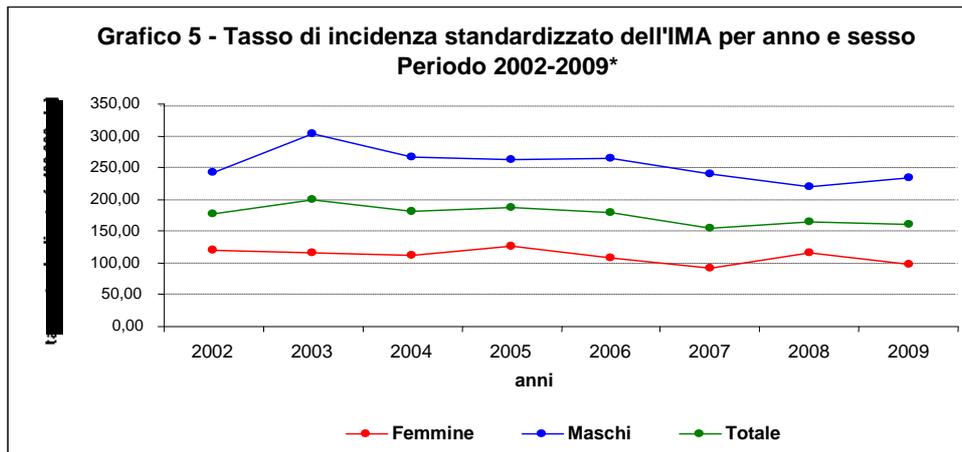
abitanti. L'aggiustamento per età conferma tale tendenza passando da un valore pari a 4,3 per 100 abitanti nel 2001 a 3,3 per 100 abitanti nel 2009 (**Grafico 3**). La prevalenza è più alta negli uomini che nelle donne: il rapporto fra i due sessi varia fra 1,7 e 1,9 con un trend in lieve aumento.

La patologia interessa principalmente i soggetti maggiori di 75 anni; più della metà dei casi infatti può essere attribuita a questo gruppo d'età (**Grafico 4**).

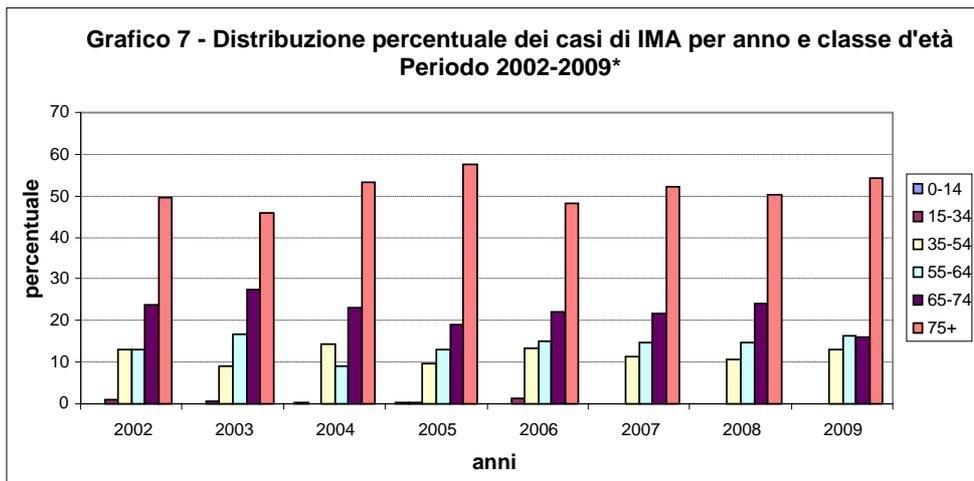


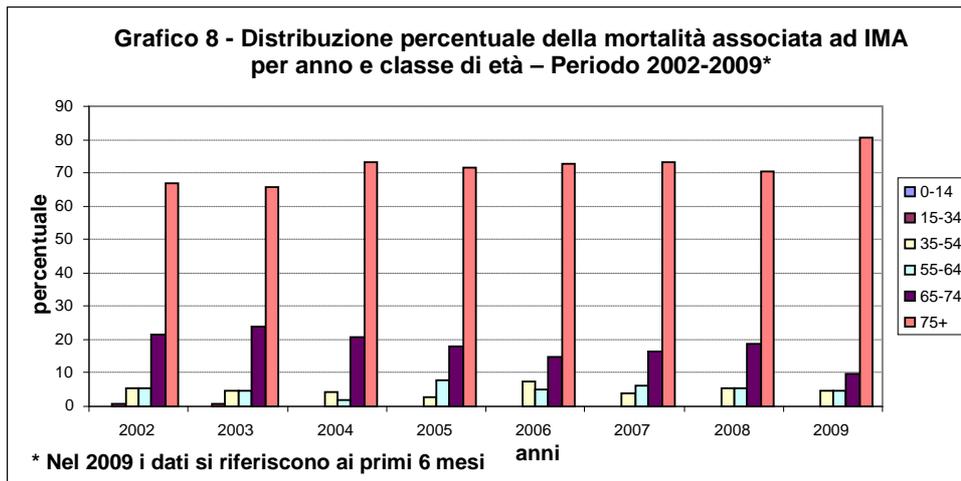
- **Infarto acuto del miocardio (IMA)**

Nei paesi industrializzati l'IMA è una delle cause più frequenti di ricovero ospedaliero. La mortalità per infarto miocardico acuto è dell'ordine del 30%; poco più della metà delle morti avviene prima che l'individuo possa raggiungere l'ospedale. La patologia rappresenta quindi un evento estremamente drammatico nonché una sfida per i professionisti sanitari. Complessivamente l'IMA presenta un'incidenza e una mortalità costanti nel tempo (**Grafico 5 e 6**); disaggregando il dato per sesso si osserva come i maschi siano maggiormente colpiti dalla malattia (l'incidenza è infatti mediamente 2 volte maggiore in tale categoria rispetto a quella femminile) e come presentino un trend temporale di riduzione della mortalità ad essa associata. Il tasso di incidenza standardizzato presenta un range variabile da 155,1 a 199,1 per 100.000 abitanti, nel 2007 e 2003 rispettivamente.



La frequenza della malattia aumenta con l'aumentare dell'età (**Grafico 7**). Il **Grafico 8** presenta la distribuzione percentuale delle morti associate ad IMA, disaggregata per classe d'età e si osserva che circa il 70% dei soggetti ha un'età  $\geq 75$  anni.





## Malattie respiratorie croniche

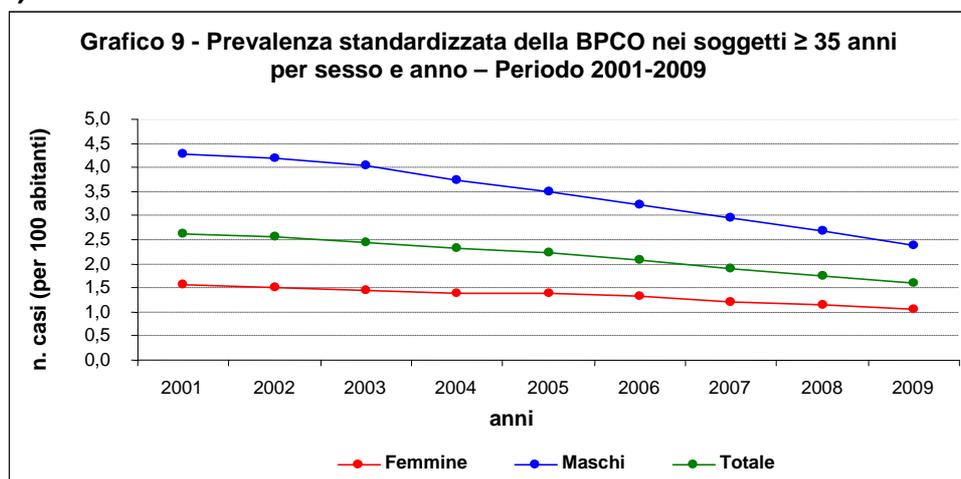
### • Bronco pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)

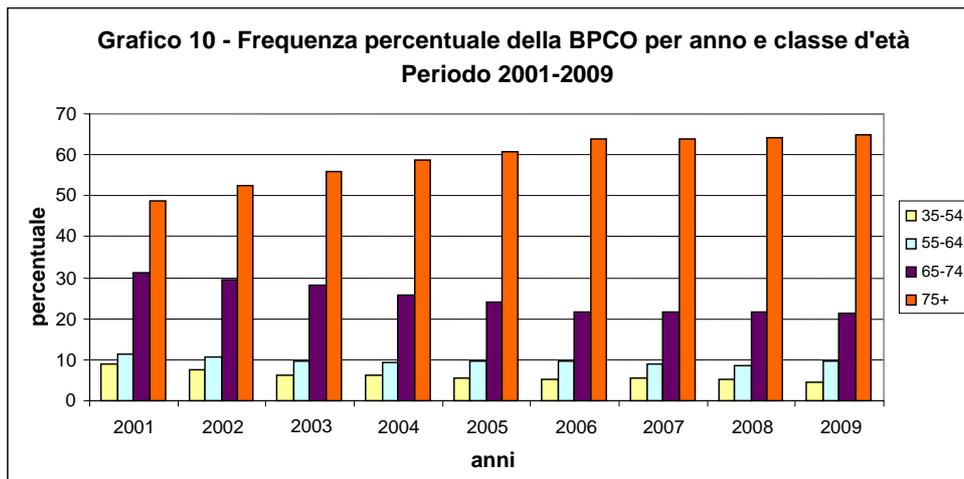
Con l'acronimo BPCO si intende un gruppo di disturbi respiratori cronici e lentamente progressivi caratterizzati dalla riduzione del flusso massimo respiratorio. La BPCO include la bronchite cronica e l'enfisema, due patologie distinte ma presenti nella maggior parte dei casi in associazione. Colpisce milioni di persone; nel mondo si stima che la prevalenza della malattia sia pari a 10,1%.

Tale prevalenza aumenta con l'età ed è stata dimostrata l'associazione della malattia con il fumo. Fattori di rischio sono altresì l'inquinamento ambientale e l'esposizione professionale a sostanze chimiche. La malattia è stata definita dall'OMS come un problema di sanità pubblica pertanto, sia a livello internazionale che locale, sono stati avviati una serie di progetti di prevenzione. La prevalenza della malattia è dunque un indicatore importante dello stato di salute della popolazione.

Dal 2001 al 2009, il tasso di prevalenza standardizzato della BPCO nei soggetti  $\geq 35$  anni è diminuito da 2,6 a 1,6 casi per 100 abitanti (**Grafico 9**). La prevalenza è più elevata nella popolazione maschile con un rapporto tra tassi sempre maggiore di 2 per tutti gli anni di osservazione.

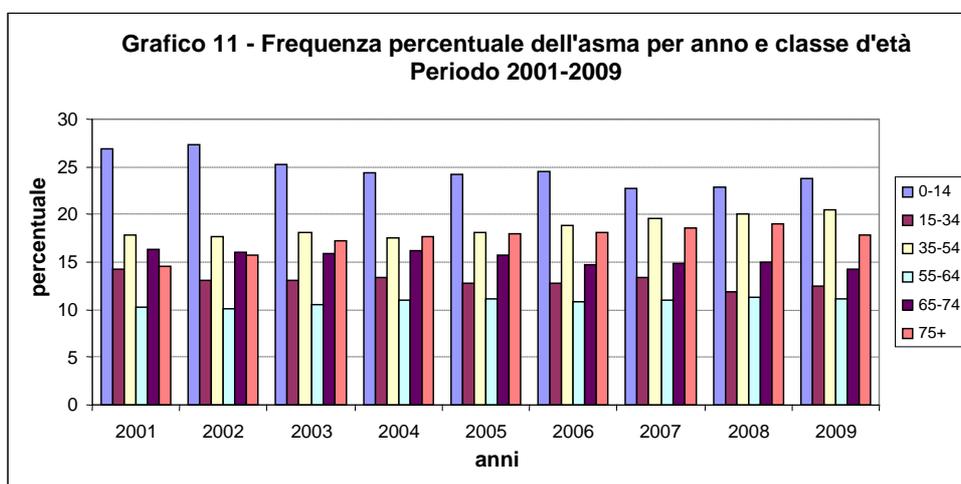
L'andamento della malattia è marcatamente decrescente nel tempo e la distribuzione della malattia aumenta con l'aumentare dell'età; inoltre i soggetti oltre 75 anni mostrano un trend in crescita mentre le rimanenti classi d'età presentano un trend in diminuzione (**Grafico 10**).





L'asma è una malattia cronica delle vie aeree caratterizzata da un'aumentata reattività dell'albero tracheobronchiale a stimoli di vario genere e presenta un andamento episodico, le cui fasi acute si alternano a periodi sintomatologicamente silenti. L'OMS stima che attualmente vi siano circa 300 milioni di persone malate nel mondo. Negli ultimi 20 anni la sua prevalenza ha mostrato un costante aumento in molti paesi industrializzati specialmente nei bambini, adolescenti e giovani adulti.

Nei soggetti < 35 anni l'andamento della malattia è costante nel tempo; il tasso di prevalenza standardizzato varia da 6,9 a 7,8 soggetti per 100 abitanti. La prevalenza è più elevata nella popolazione maschile e risulta mediamente 1,2 volte maggiore in tale categoria rispetto a quella femminile. La malattia presenta una maggiore frequenza nei bambini tra 0 e 14 anni (**Grafico 11**).



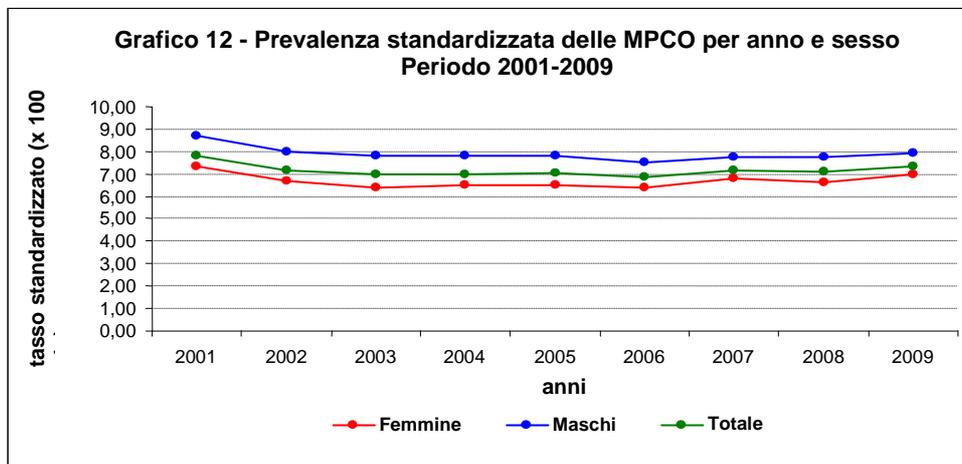
- **Malattie polmonari cronico ostruttive (MPCO)**

La BPCO e l'asma sono patologie respiratorie croniche largamente rappresentate nella popolazione. Benché siano considerate entità distinte, sussistono alcuni dubbi diagnostici e di classificazione.

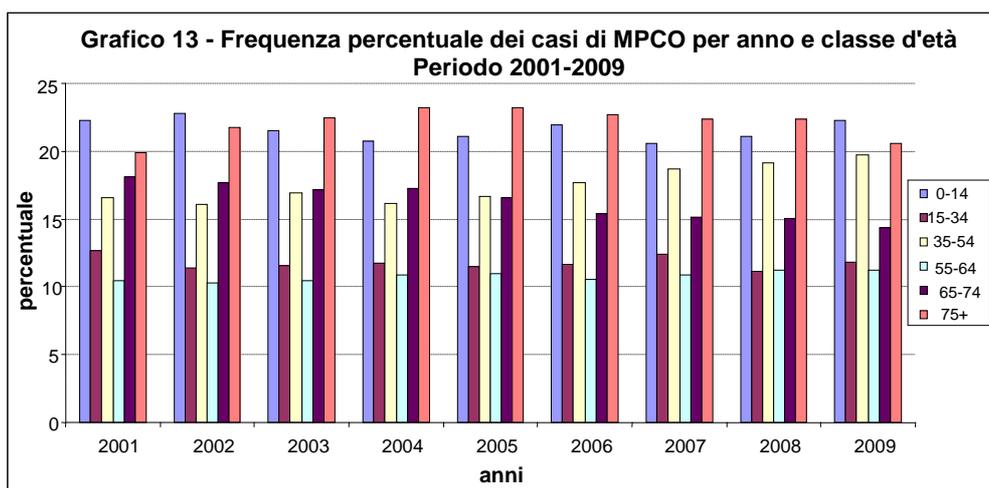
Nonostante le classificazioni proposte dalle linee guida è spesso arduo distinguere tra le forme gravi di BPCO e di asma, anche a causa della loro possibile coesistenza nello stesso individuo. Entrambe le malattie sono caratterizzate dall'infiammazione delle vie aeree e i trattamenti farmacologici sono spesso sovrapponibili. Di fatto, molti dei dati

disponibili sulla mortalità e morbilità di queste patologie, sono basati sulla combinazione delle due entità.

La prevalenza standardizzata complessiva varia da 6,9 a 7,8 soggetti per 100 abitanti. La malattia presenta un andamento costante nel tempo con una prevalenza maggiore negli uomini che risulta mediamente 1,1 volte maggiore rispetto alle donne (**Grafico 12**).



La distribuzione percentuale dei soggetti malati disaggregata per età è illustrata nel **Grafico 13**. L'andamento evidenzia una maggiore frequenza nelle classi d'età  $\leq 14$  anni e  $\geq 75$  anni. E' doveroso sottolineare che è possibile ricondurre a forme di asma croniche i casi rintracciati nelle categorie più giovani, in particolare con età  $< 35$  anni; le stime ottenute in queste fasce di età sono sostanzialmente sovrapponibili a quelle presentate per l'asma. Il totale dei casi stimato per MPCO è pari a 24.111 soggetti da 0-14 anni e 13.156 da 15-34 anni; i valori per l'asma sono pari a 23.976 e 12.665 rispettivamente. Nelle fasce d'età superiori invece la distinzione è più complessa in quanto la tipologia del farmaco prescritto contribuisce scarsamente a discriminare tra le due patologie.



### 1.3 Mortalità

I dati di mortalità rappresentano una fonte informativa importante in epidemiologia e sanità pubblica in quanto consentono, mediante la loro elaborazione, di effettuare confronti spazio-temporali per causa di morte al fine di descrivere indirettamente l'andamento dello stato di salute di una popolazione. L'elaborazione a livello dell'Azienda ULSS permette di definire la presenza di eventuali sottogruppi a rischio al fine di valutare sia le scelte sanitarie sia gli interventi preventivi.

Il regolamento di Polizia Mortuaria stabilisce che la denuncia della causa di morte deve essere fatta entro 24 ore dall'accertamento del decesso su apposita scheda di morte seguendo l'iter stabilito dalla normativa.

Le cause di morte vengono definite sulla base della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD), i cui periodici aggiornamenti possono comportare diversità di attribuzione ai vari gruppi di patologie. La recente introduzione della Decima Revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD10), adottata dall'ISTAT nel 2003 e dalla Regione Veneto nel 2007, determina la necessità di interpretare gli andamenti temporali con maggiore prudenza.

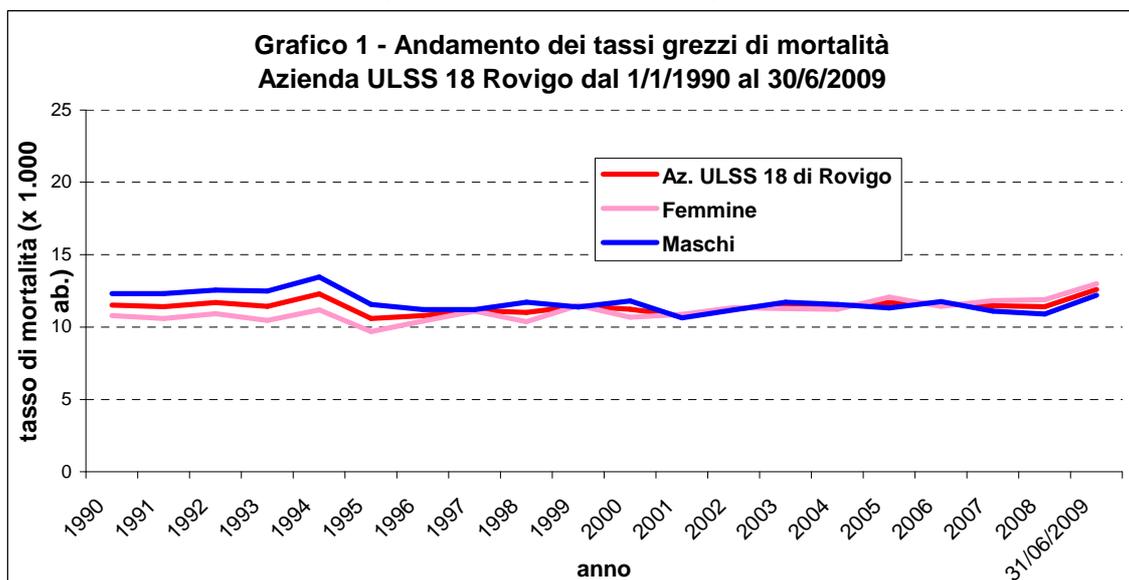
#### Frequenze e tassi di mortalità, per sesso e patologia

Il calcolo delle frequenze e dei tassi di mortalità è stato effettuato per i soggetti residenti, in relazione a quanto indicato nella certificazione di morte, nell'Azienda ULSS 18 per il periodo dal 01/01/1990 al 30/06/2009.

Le schede di morte vengono inviate da tutte le Aziende ULSS del Veneto al Servizio Epidemiologico Regionale (SER) che codifica le cause di morte, alimenta il data-warehouse regionale e trasmette i dati alle Aziende ULSS, oltre a produrre analisi di ULSS e regionali.

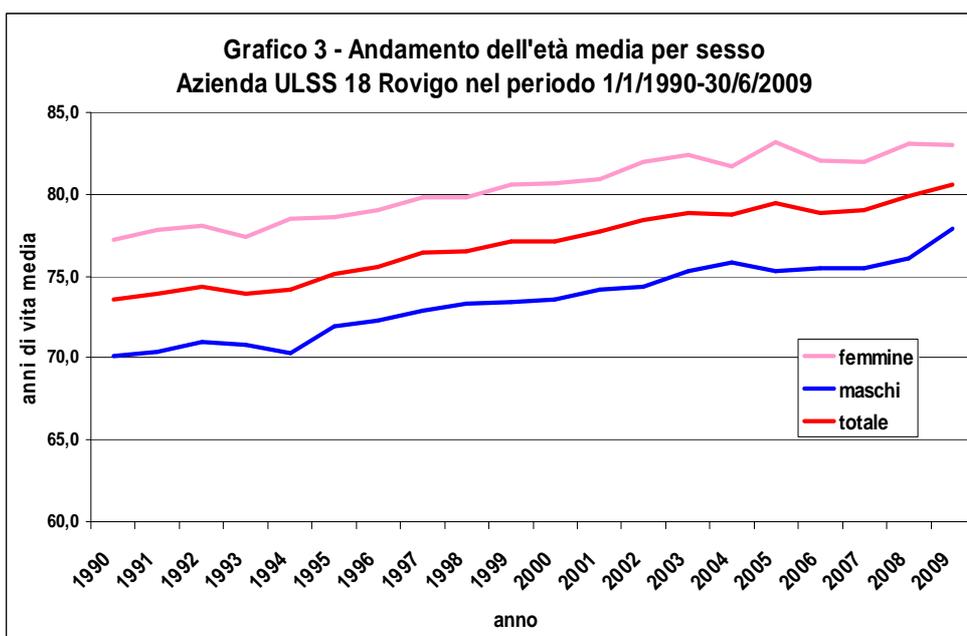
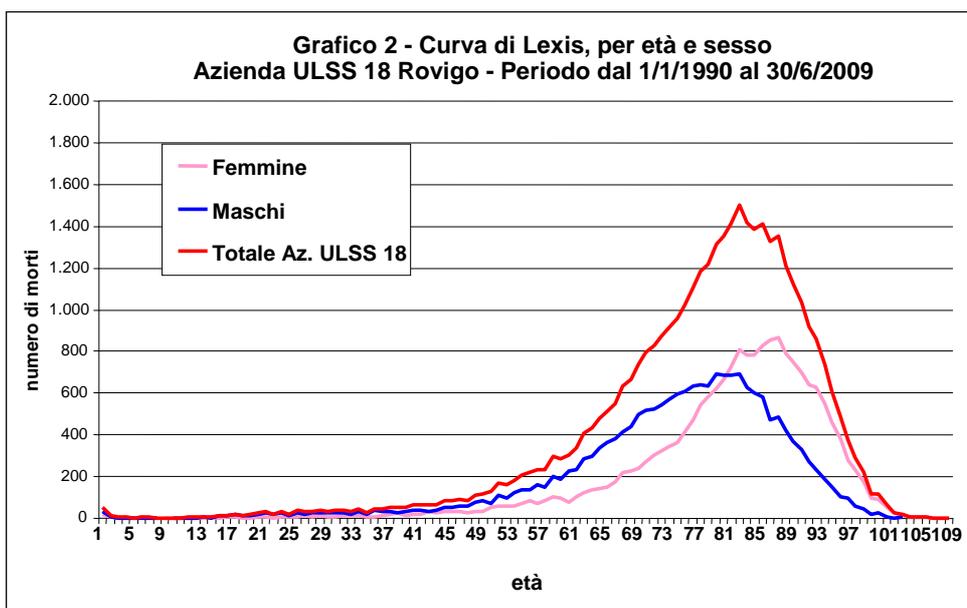
Nel presente rapporto, per il calcolo dei tassi grezzi sono state utilizzate le popolazioni dell'Azienda Sanitaria censita dall'ISTAT nel 1991 (periodo 1990-1999) e nel 2001 (periodo 2000-2009). La standardizzazione diretta è stata effettuata utilizzando come riferimento la popolazione residente nella Regione Veneto nel 2008.

Complessivamente, i tassi grezzi di mortalità nell'Azienda ULSS 18 presentano un andamento costante nel periodo considerato. Il tasso di mortalità è maggiore nel sesso maschile, anche se nel corso dell'ultimo periodo di osservazione si è verificata un'inversione nel rapporto tra i due sessi (**Grafico 1**); il modesto aumento nel corso del 2009 dovrà essere verificato in quanto il dato è ancora parziale.



Il numero assoluto dei decessi per età e sesso è illustrato nel **Grafico 2** (curva di Lexis). Le due curve evidenziano un bassissimo numero di decessi nel primo anno di vita e una mortalità più precoce del sesso maschile, infatti, l'età della morte risulta complessivamente più elevata nel sesso femminile rispetto al sesso maschile. Nel periodo considerato risulta essere di 80,4 anni nelle femmine e di 73,3 nei maschi.

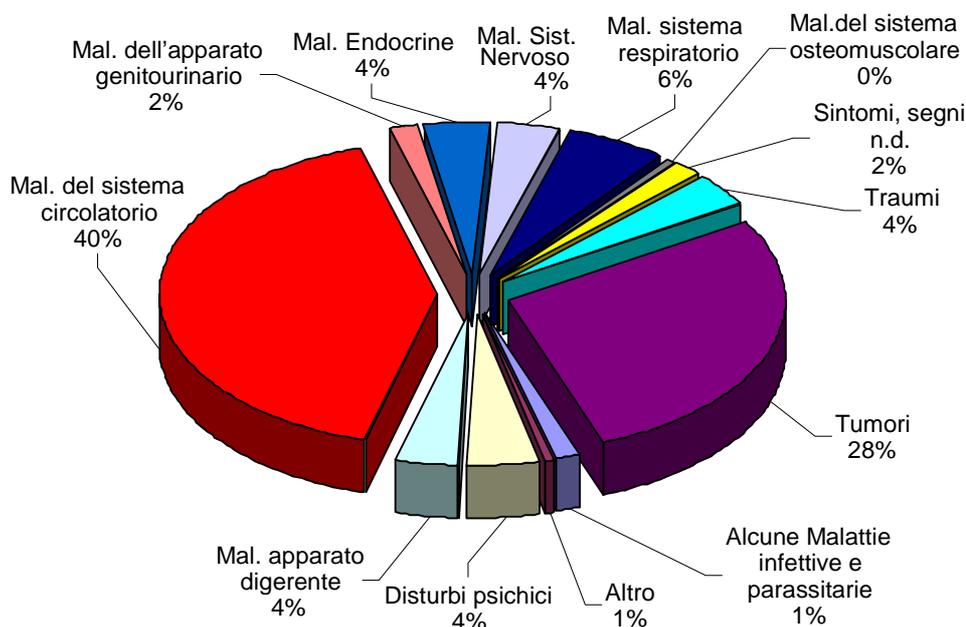
L'andamento, illustrato in **Grafico 3**, evidenzia un incremento dell'età media di vita complessiva di 7,1 anni, passando rispettivamente da 73,6 anni a 80,6 nel 1990 e nel 2008. Anche la differenza tra i sessi si è progressivamente ridotta risultando pari a 7,1 anni nel 1990 e a 5,1 nel 2009.



L'analisi delle cause di morte per grandi gruppi è stata condotta mediante l'analisi dell'ultimo triennio al fine di valutare esclusivamente i decessi codificati con il sistema ICD 10.

Nell'Azienda ULSS 18 di Rovigo, la prima causa di morte nell'ultimo periodo è rappresentata dalle malattie del sistema circolatorio che provocano il 40% dei decessi. I tumori rappresentano la seconda causa di morte, responsabili del 28% dei decessi. La terza causa di morte è rappresentata dalle malattie del sistema respiratorio (6%) (**Grafico 4**).

**Grafico 4 - Frequenze percentuali di mortalità per i principali grandi gruppi di patologia - Azienda ULSS 18 - Periodo 2007-2009**

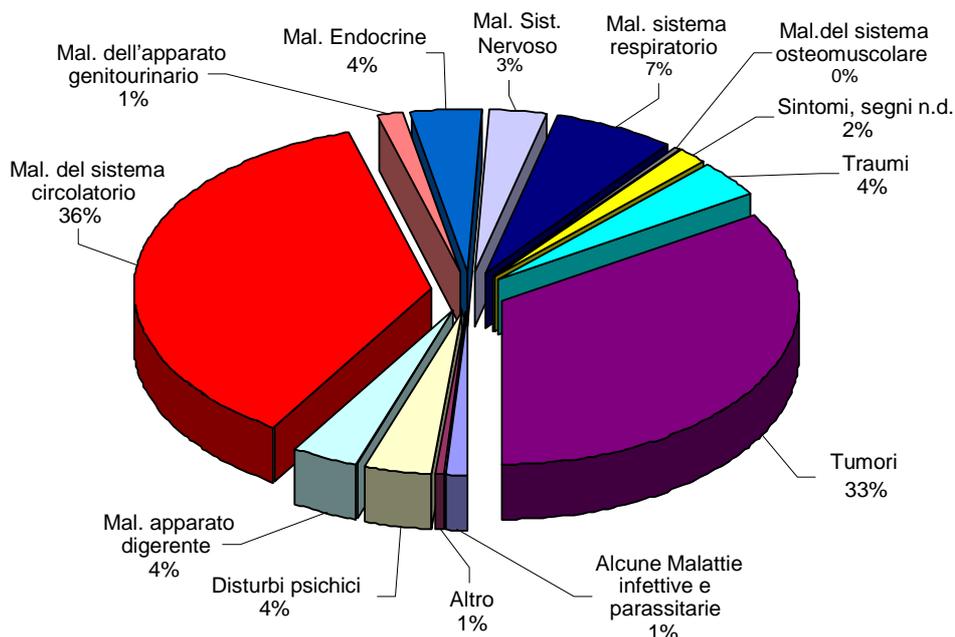


Il **Grafico 5** riporta le frequenze medie di mortalità per gruppo di patologie ICD 10 relative al **sexso maschile** nel periodo 2007-2009.

Nel territorio dell'Azienda ULSS 18 si rileva che nel sesso maschile la prima causa di morte è costituita dalle malattie del sistema circolatorio, che contribuiscono per circa il 36% al totale delle morti; in questo gruppo le patologie maggiormente rappresentate sono le cardiopatie ischemiche.

I tumori maligni rappresentano la seconda causa di morte determinando il 33% del totale dei decessi e la terza causa di morte è rappresentata dalle malattie croniche dell'apparato respiratorio (7%) e dalle morti accidentali (4%).

**Grafico 5 - Frequenze percentuali di mortalità per i principali grandi gruppi di patologia, nel sesso MASCHILE  
Azienda ULSS 18 - Periodo 2007-2009**

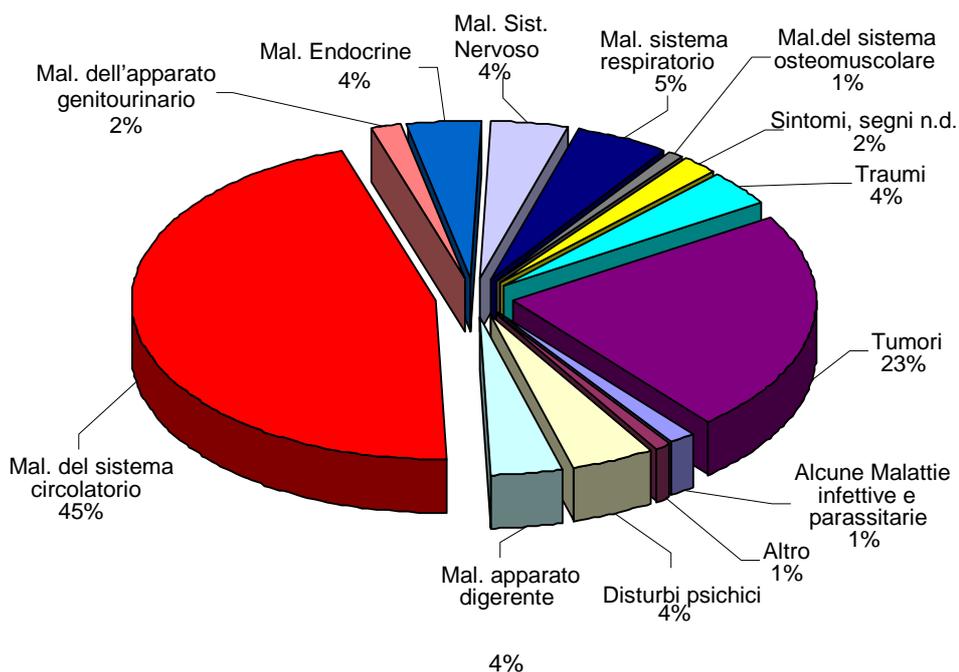


Nel **Grafico 6** sono riportate le frequenze medie di mortalità per gruppo di patologie ICD 10 relative al sesso femminile nel periodo 2007-2008.

Nel territorio dell'Azienda ULSS 18 si rileva che nel sesso femminile la prima causa di morte è costituita dalle malattie del sistema circolatorio, che contribuiscono per circa il 45% al totale dei decessi; in questo gruppo le patologie maggiormente rappresentate sono le cardiopatie ischemiche.

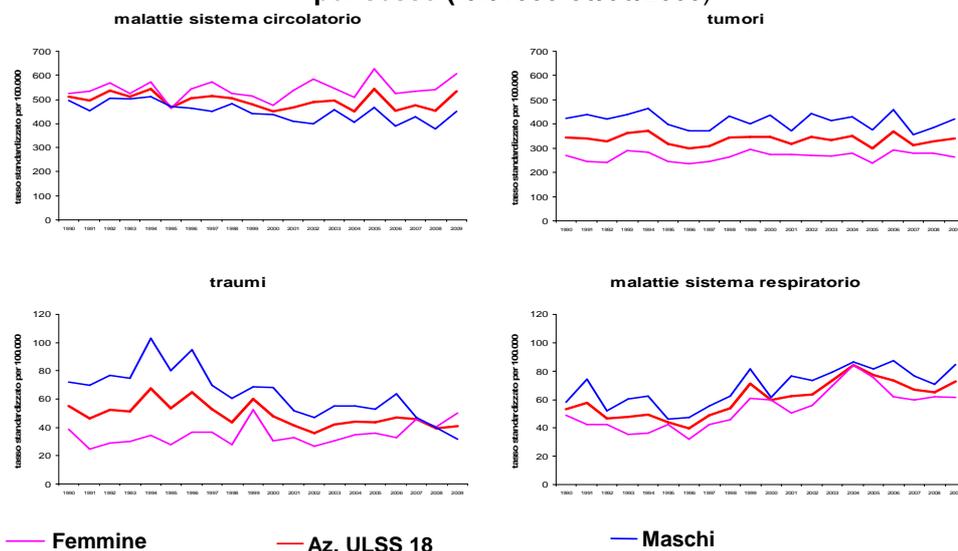
I tumori maligni rappresentano la seconda causa di morte determinando il 23% del totale dei decessi e la terza causa di morte è rappresentata dalle malattie croniche dell'apparato respiratorio (5%) e dai disturbi psichici (4%).

**Grafico 6 – Frequenze percentuali di mortalità per i principali grandi gruppi di patologia, nel sesso FEMMINILE  
Azienda ULSS 18 – Periodo 2007-2009**



Il **Grafico 7** illustra i tassi specifici di mortalità standardizzata per le principali cause di morte totali, nel sesso maschile e in quello femminile nel territorio dell'Azienda ULSS 18 di Rovigo, per anno.

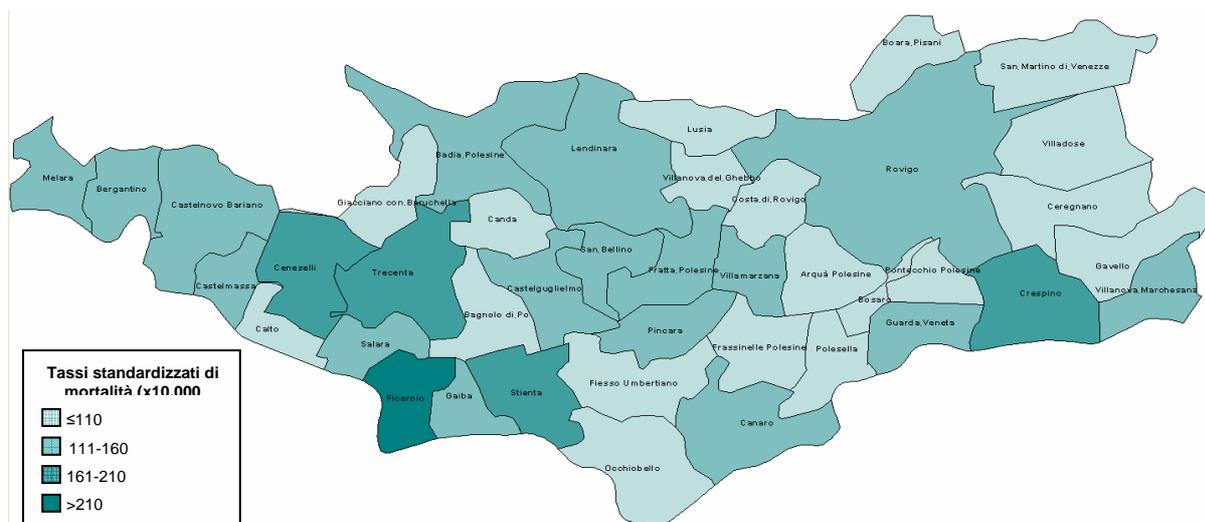
**Grafico 7 – Andamento dei tassi specifici di mortalità per i principali grandi gruppi di patologia nel territorio dell'ULSS 18, per sesso (1/1/1990-30/06/2009)**



Le **Figure 1-8** illustrano la distribuzione dei tassi standardizzati di mortalità dal 1/1/2007 al 30/6/2009 per tutte le cause e per sesso (**Figure 1-3**), per gruppi di patologie (**Figure 4-8**).

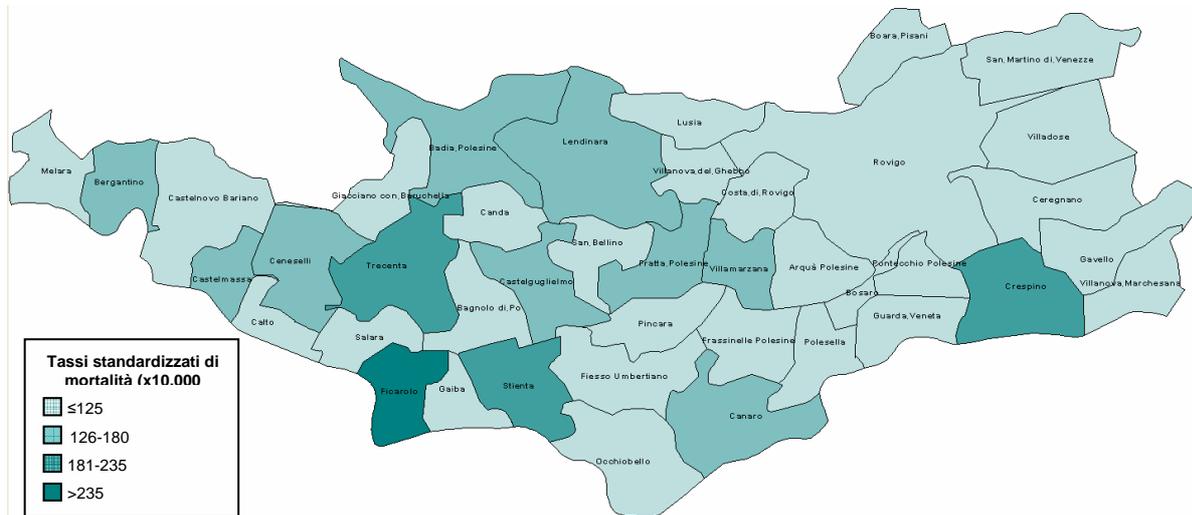
La standardizzazione è stata effettuata con metodo diretto utilizzando come popolazione di riferimento la popolazione dell'Azienda ULSS dell'ultimo censimento.

**Figura 1 – Tassi di mortalità standardizzati\* per Comune Azienda ULSS 18 - Periodo 2007-2009**



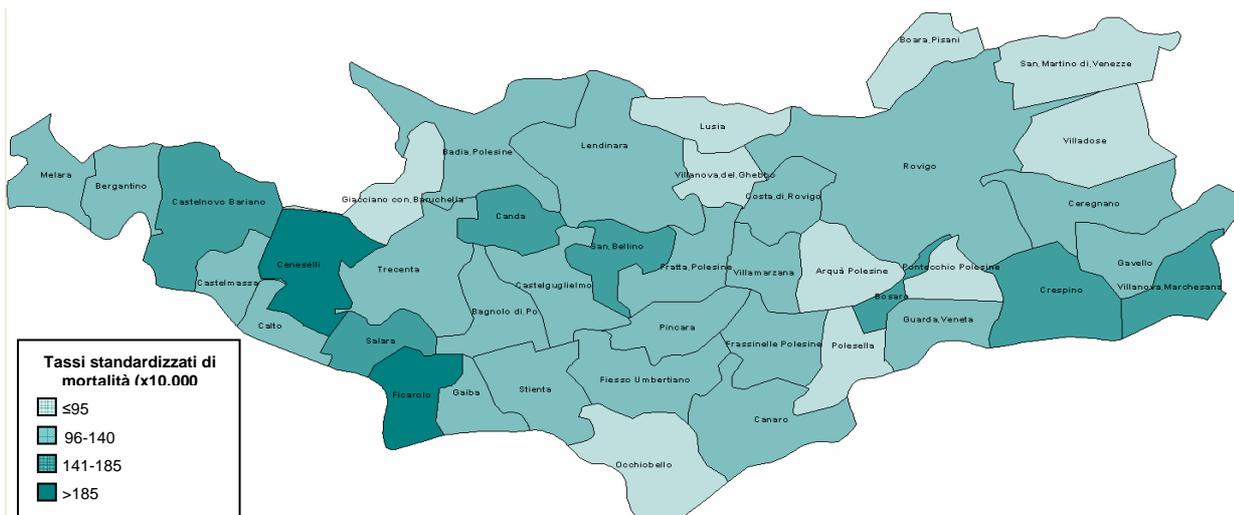
\*standardizzazione con popolazione Azienda ULSS 18

**Figura 2 – Tassi di mortalità standardizzati\*  
per Comune, nel sesso MASCHILE  
Azienda ULSS 18 - Periodo 2007-2009**



\*standardizzazione con popolazione Azienda ULSS 18

**Figura 3 – Tassi di mortalità standardizzati\*  
per Comune, nel sesso FEMMINILE  
Azienda ULSS 18 - Periodo 2007-2009**



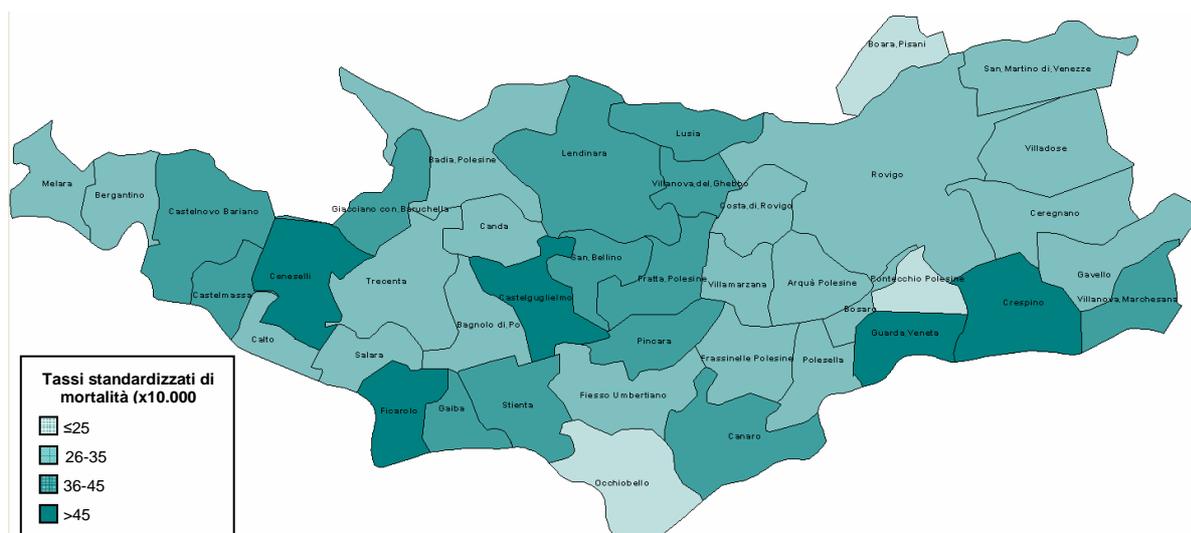
\*standardizzazione con popolazione Azienda ULSS 18

**Figura 4 – Tassi di mortalità standardizzati\*  
per Comune e patologie CARDIOVASCOLARI  
Azienda ULSS 18 - Periodo 2007-2009**



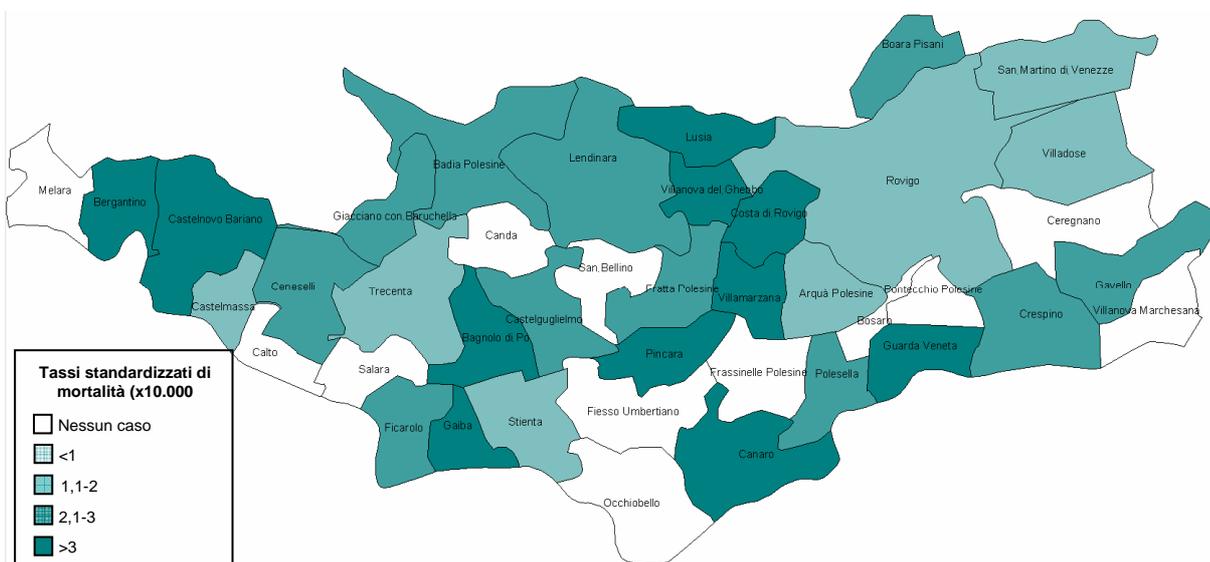
\*standardizzazione con popolazione Azienda ULSS 18

**Figura 5 – Tassi di mortalità standardizzati\*  
per Comune e patologie NEOPLASTICHE  
Azienda ULSS 18 - Periodo 2007-2009**



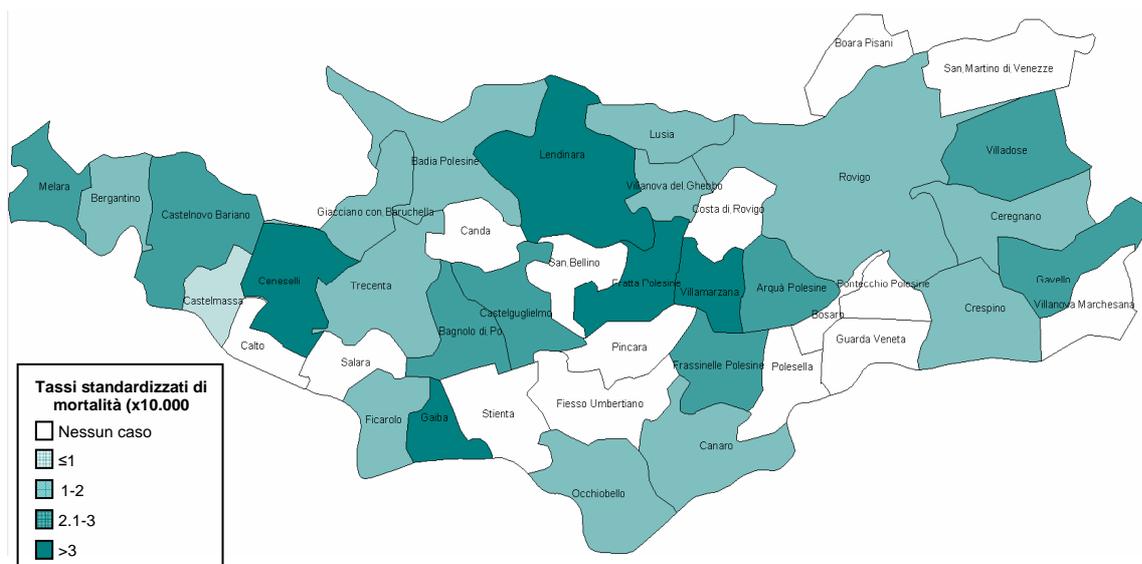
\*standardizzazione con popolazione Azienda ULSS 18

**Figura 6 – Tassi di mortalità standardizzati\*  
per Comune e patologie NEOPLASTICHE POLMONARI  
Azienda ULSS 18 - Periodo 2007-2009**



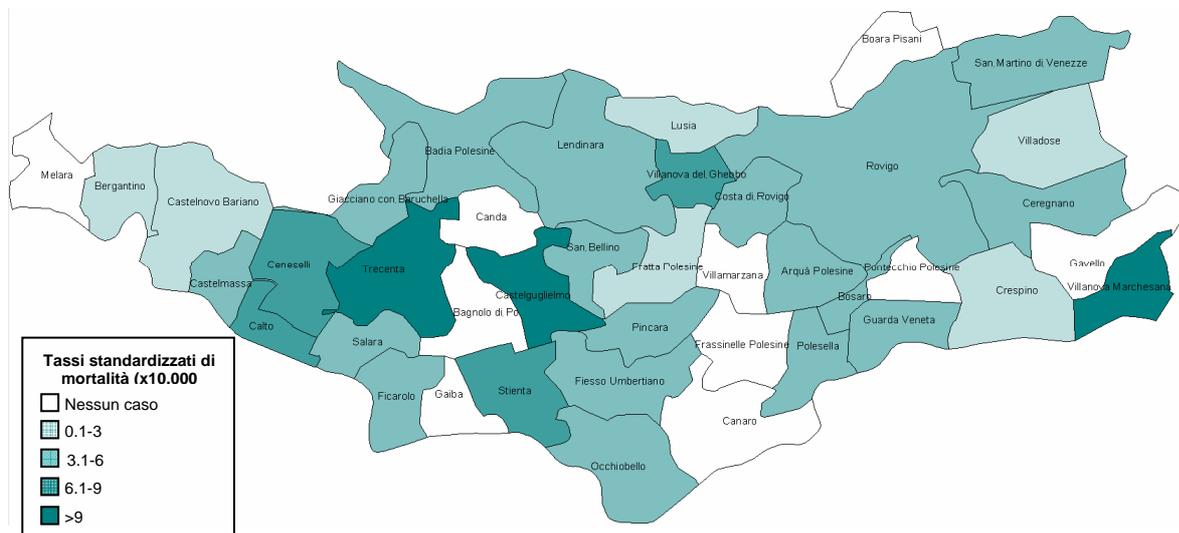
\*standardizzazione con popolazione Azienda ULSS 18

**Figura 7 – Tassi di mortalità standardizzati\*  
per Comune e patologie NEOPLASTICHE DEL COLON-RETTO  
Azienda ULSS 18 - Periodo 2007-2009**



\*standardizzazione con popolazione Azienda ULSS 18

**Figura 8 – Tassi di mortalità standardizzati\*  
per Comune e patologie NEOPLASTICHE DELLA MAMMELLA  
Azienda ULSS 18 - Periodo 2007-2009**



\*standardizzazione con popolazione Azienda ULSS 18

## 1.4 Mortalità evitabile

In questa sezione viene analizzata la mortalità evitabile per stimare il numero di *Anni di Vita Persi* (AVP), che potrebbero essere risparmiati attraverso l'implementazione e l'accettazione dei possibili interventi preventivi, di diagnosi precoce e di miglioramento dell'assistenza e della cura. La mortalità evitabile rappresenta uno degli indicatori che può essere utilizzato nella valutazione dell'efficacia pratica dei sistemi sanitari in quanto in sua assenza la mortalità sarebbe determinata esclusivamente da fattori sociali, ambientali e genetici. I servizi sanitari intervengono al fine di modificare i determinanti negativi per la salute per ridurre l'azione e conseguentemente gli effetti. Essa si basa sull'ipotesi che gli interventi sanitari abbiano la possibilità di evitare, quando applicati e in determinate fasce di età, gli eventi nella popolazione.

Bisogna porre attenzione alla lettura dei dati per due ragioni, la scelta delle cause di morte considerate evitabili all'interno dei vari settori di intervento e le problematiche correlate alla bassa numerosità degli eventi, essendo tale analisi condotta a livello di un'area territoriale delimitata e inducendo un'elevata variabilità delle osservazioni.

Per "**Prevenzione**" si intende l'insieme di interventi che sono effettuati per il controllo dei fattori di rischio rappresentando il maggiore impegno delle strategie di sanità pubblica, ma anche quello più complesso in quanto intende agire su abitudini, stili di vita e comportamenti individuali con l'attuazione di meccanismi di controllo dei determinanti. Le cause incluse nel secondo gruppo "**Diagnosi e trattamento precoce**" sono quelle per cui c'è evidenza scientifica di efficacia di riduzione di mortalità attraverso programmi di screening, infine nel terzo gruppo "**Assistenza sanitaria**" appartengono patologie per cui il miglioramento delle prestazioni sanitarie è di tipo terapeutico.

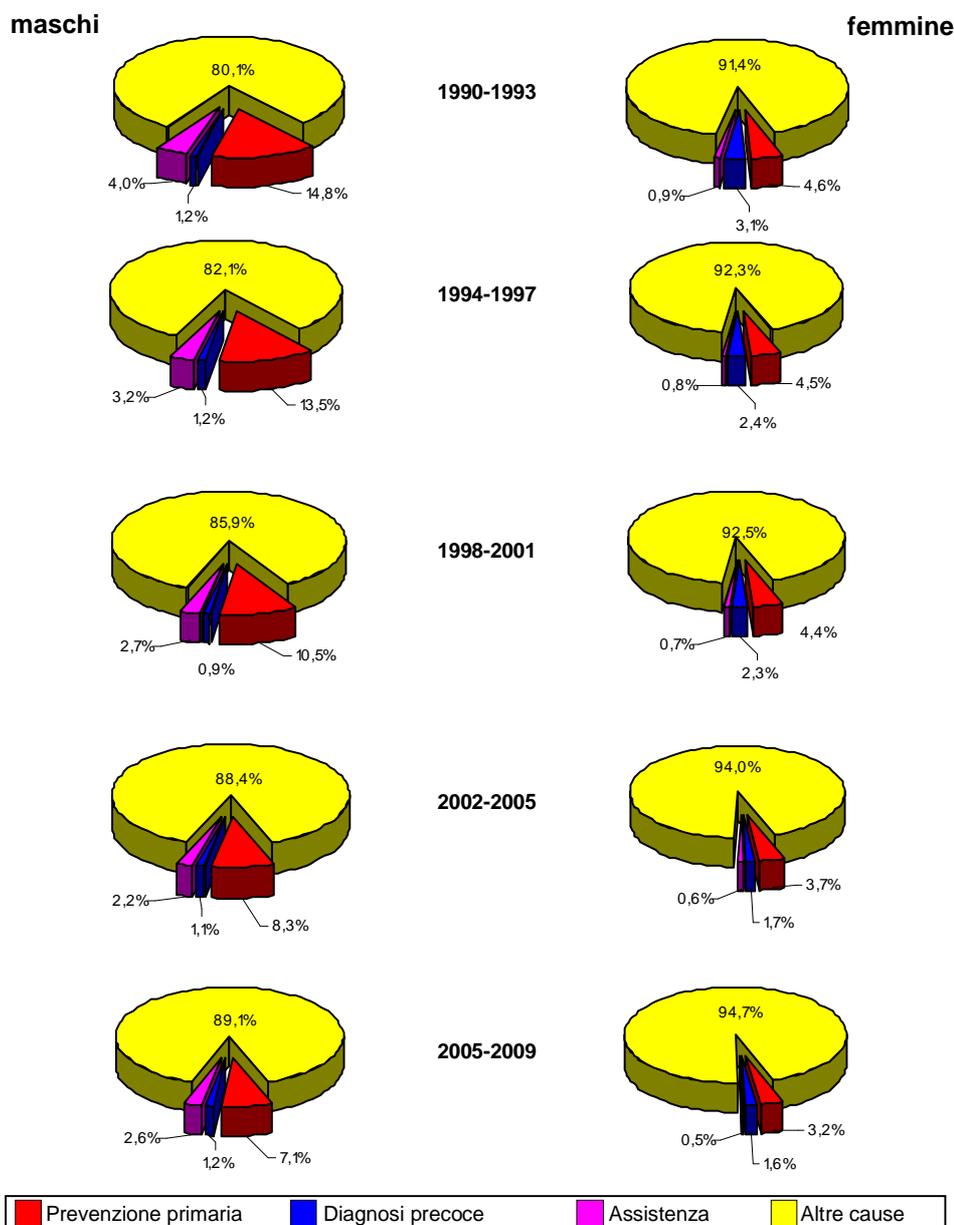
È stato calcolato il numero complessivo degli *eventi potenzialmente evitabili* nella popolazione assistita dall'Azienda ULSS di Rovigo e i relativi anni di vita persi. Questi ultimi sono stati definiti come la sommatoria delle differenze tra l'età media di morte della popolazione nello stesso periodo e l'età reale alla morte di ciascun individuo. È stata inoltre calcolata la percentuale di tali morti sulle morti complessive per periodo. Si è deciso di iniziare l'indagine a partire dal 1990 suddividendo il periodo in trienni.

Per quanto riguarda le "cause traumatiche" la mancanza della "causa violenta" è stata sostituita dalla causa principale di morte e questo sicuramente comporta una distorsione del risultato. Il denominatore per il calcolo dei tassi è la popolazione censita nel 1991 e nel 2001.

Complessivamente nel periodo analizzato si sono verificate 4.237 morti per cause evitabili (2.883 nel sesso maschile e 1.354 in quello femminile). Si segnala un andamento in riduzione della frequenza degli eventi e della sommatoria degli anni di vita persa nei vari periodi in studio (**Figura 1**).

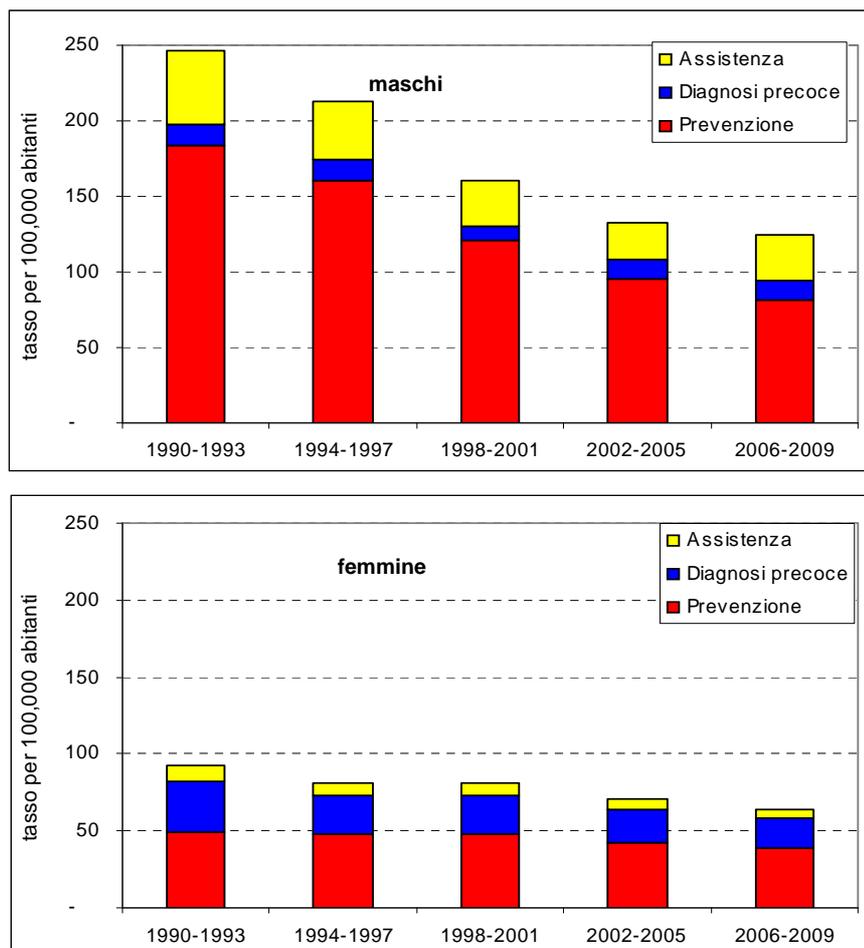
La mortalità evitabile rappresenta, pertanto, il 12,5% del totale (15,1% nel sesso maschile e 7,0% nel sesso femminile). L'analisi nei trienni è evidenziata nella **Figura 1**, si nota una costante riduzione della percentuale delle morti evitabili rispetto al totale delle morti nel tempo in entrambi i sessi.

**Figura 1 – Distribuzione percentuale della mortalità evitabile rispetto alla mortalità generale, per sesso e per periodo**



Nel sesso maschile, le condizioni appartenenti al gruppo di cause di morte evitabili attraverso la “Prevenzione” rappresentano quelle percentualmente più rappresentate. Al secondo posto per frequenza si collocano le cause del gruppo “Assistenza Sanitaria”, seguite da quelle evitabili attraverso la “Diagnosi e Trattamento Precoce”. Nel sesso femminile si conferma il gruppo della “Prevenzione” al primo posto, seguito al secondo posto dalle cause di morte del gruppo “Diagnosi Precoce”, mentre quelle evitabili mediante un’adeguata “Assistenza sanitaria” e attraverso le misure di igiene sono le meno frequenti.

**Grafico 1 – Tassi di mortalità evitabile, per tipo, periodo e sesso**



\*Tassi su popolazione censita Azienda

La differenza tra i due sessi può essere verosimilmente spiegata con il fatto che il secondo gruppo di cause comprende le neoplasie del sesso femminile (carcinoma della mammella e il carcinoma uterino) che, pur avendo una riduzione nel tempo in termini di numerosità, presentano un ruolo rilevante nelle cause di mortalità evitabile. In entrambi i sessi, la riduzione maggiore di morti evitabili si è avuta nell'ambito delle cause incluse nel primo gruppo della classificazione.

Il **Grafico 1** mostra l'andamento dei tassi standardizzati di mortalità evitabile, riferito a 100.000 residenti, per sesso. Il tasso standardizzato di mortalità evitabile per cause appartenenti al primo gruppo evidenzia in entrambi i sessi una costante riduzione, facendo presupporre un sostanziale miglioramento dell'assistenza sanitaria in senso lato con una efficacia degli interventi di prevenzione attuati.

Tale andamento è meno evidente per le cause del gruppo "Assistenza sanitaria e diagnosi precoce". È da segnalare, però, che dal 2007 vi è stato il cambiamento del sistema di classificazione della mortalità con l'introduzione dell'ICD10 che potrebbe avere consentito una migliore classificazione dei casi di questi due gruppi.

Per quanto attiene al dato relativo al numero assoluto di anni di vita potenziali persi totali (AVP), si evidenzia che complessivamente questi ammontano a 95.068 anni, 73.571 nel sesso maschile e 21.497 in quello femminile.

Dal confronto tra i due sessi, emerge che gli AVP sono oltre il triplo nei maschi rispetto alle femmine, con una differente distribuzione nei tre gruppi di cause di mortalità evitabile. Nella **Figura 2** è rappresentata la composizione percentuale degli AVP per gruppi di cause prevenibili per periodo di osservazione e sesso.

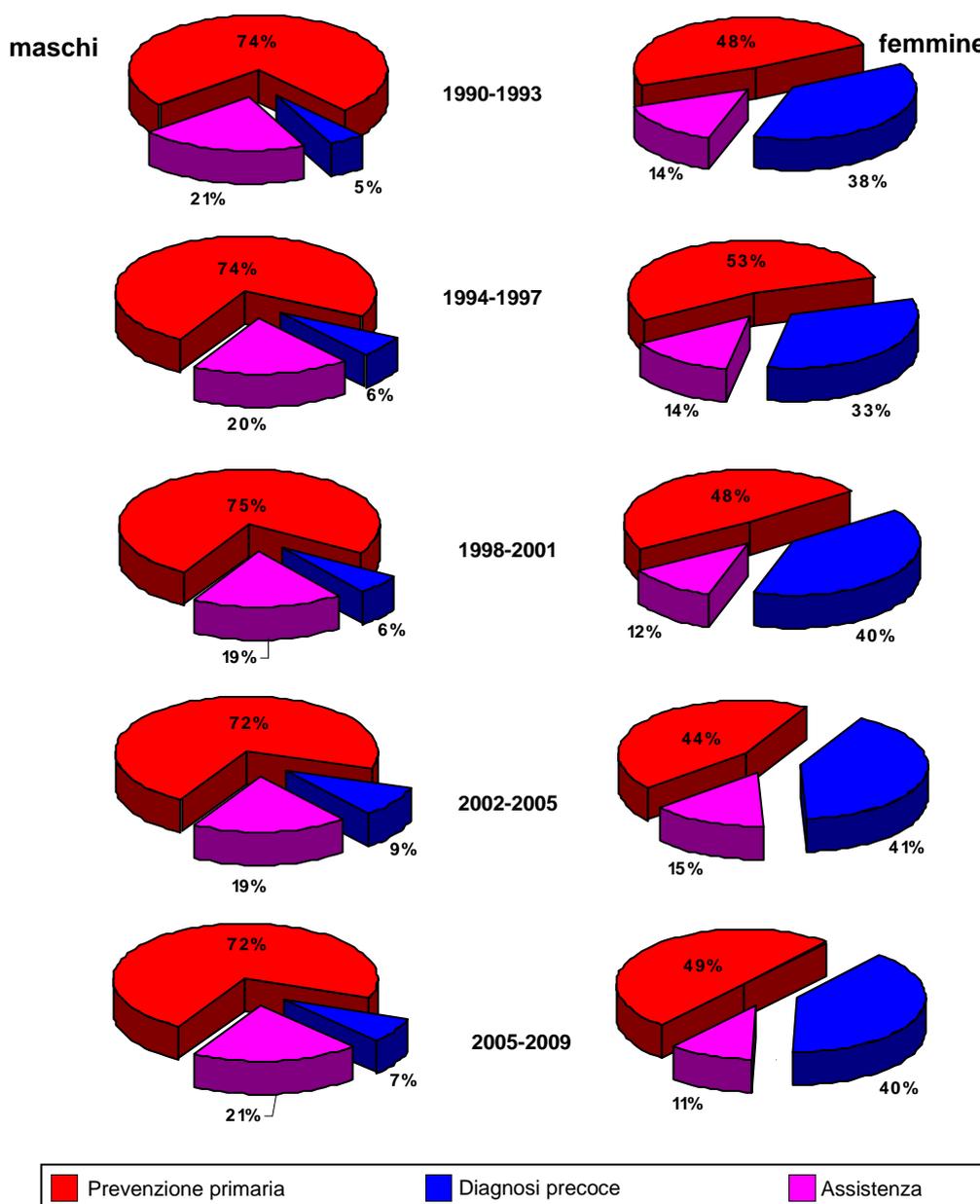
Si registra una maggior frequenza di anni di vita potenziali persi per il primo gruppo di cause, seguito dal gruppo “Assistenza Sanitaria e Igiene”, mentre i decessi per cause appartenenti al secondo gruppo sono responsabili del minor numero di anni di vita potenziali persi.

I tassi standardizzati di AVP (per 100.000) evidenziano una riduzione costante per le cause di morte evitabile del gruppo della “Prevenzione” e, analogamente a quanto riscontrato per i tassi di mortalità standardizzati, il contributo maggiore è attribuibile a cause del primo gruppo, seguite da quelle appartenenti al secondo gruppo, mentre il minor numero di anni di vita potenziali persi è legato a cause appartenenti al terzo gruppo della classificazione (**Grafico 2**).

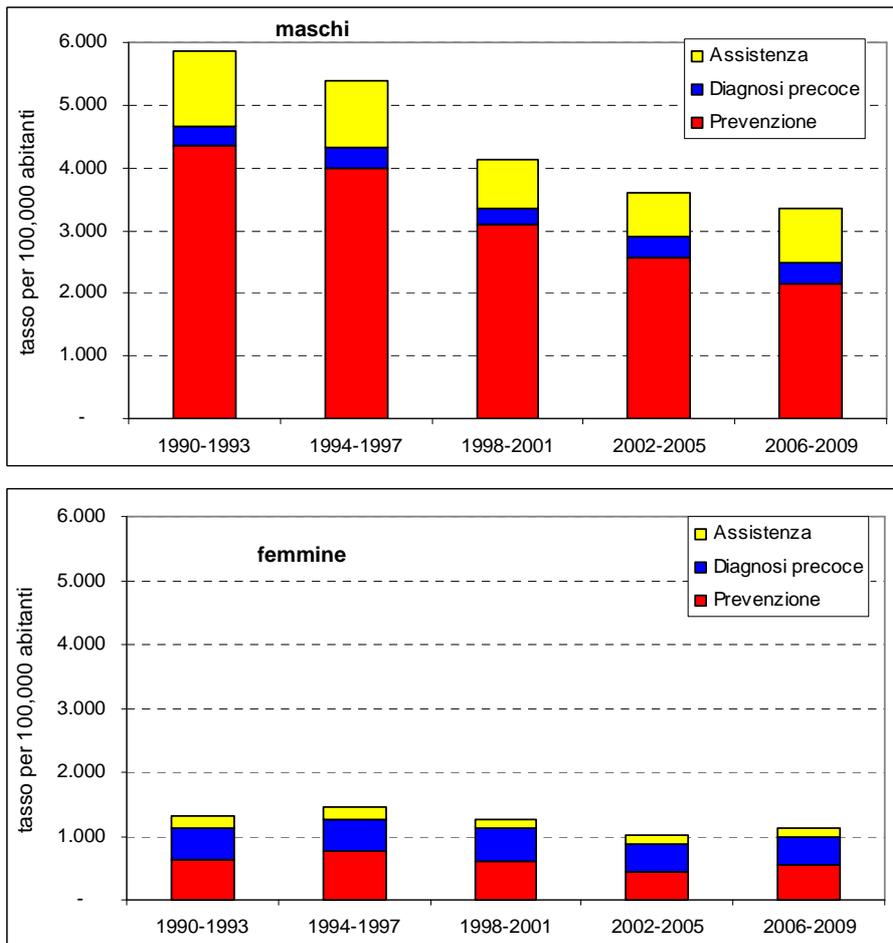
Nel sesso maschile si può osservare una diminuzione costante per il gruppo “Prevenzione primaria” di cause evitabili, ma non per il gruppo “Diagnosi precoce e assistenza”.

Per il sesso femminile si osserva una riduzione per il gruppo “Prevenzione primaria e assistenza” nel corso del periodo, mentre il gruppo “Diagnosi precoce” ha un andamento relativamente costante.

**Figura 2 – Distribuzione percentuale degli anni di vita persi, per periodo e sesso**



**Grafico 2 – Tassi di anni di vita persi per 100.000 abitanti, per periodo e sesso**



## **Capitolo 2**

### **SISTEMI DI SORVEGLIANZA E PROMOZIONE DELLA SALUTE**

#### **2.1 sorveglianza sugli stili di vita della popolazione**

#### **2.2 azioni di promozione della salute**

## 2.1 Sorveglianza sugli stili di vita della popolazione

### Il Sistema di Sorveglianza PASSI

L'evidenza applicata alla prevenzione. Potrebbe essere questo il motto della sorveglianza PASSI (**P**rogressi delle **A**ziende **S**anitarie per la **S**alute in **I**talia) ideato dal Centro per il Controllo e la prevenzione delle Malattie (CCM)/Ministero della Salute e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità e, nella Regione Veneto, dalla Direzione Regionale Prevenzione. Iniziato in via sperimentale nel 2005, dal 2007 hanno aderito progressivamente tutte le Regioni/Province Autonome, con l'obiettivo di effettuare un monitoraggio a 360 gradi sullo stato di salute della popolazione adulta (18-69 anni), attraverso la rilevazione sistematica e continua delle abitudini, degli stili di vita e dello stato di attuazione dei programmi di intervento che si stanno realizzando per modificare i comportamenti a rischio, sia a livello locale che nazionale.

L'Azienda ULSS 18 partecipa al sistema di sorveglianza in modo continuativo dall'ottobre 2008, con un coordinatore aziendale e 4 intervistatori.

PASSI indaga aspetti relativi allo stato di salute (salute percepita, prevalenza di sintomi di depressione e di fattori di rischio cardiovascolari come ipertensione ed ipercolesterolemia), alle abitudini di vita (alcol, fumo, alimentazione, attività fisica), all'offerta ed all'utilizzo di strumenti di prevenzione (screening, vaccinazione contro rosolia e influenza) ed alla sicurezza stradale e domestica.

La raccolta dei dati viene effettuata tramite un questionario telefonico di circa cento domande, sottoposto ad un campione di persone tra i 18 ed i 69 anni, estratto casualmente dalle liste dell'anagrafe sanitaria delle AULSS partecipanti.

Di seguito vengono riportati in sintesi i dati ottenuti dall'analisi delle interviste effettuate nell'Azienda ULSS 18 relative all'anno 2009, confrontati con quelli del Veneto e delle ASL italiane partecipanti.

E' già stato inserito sul sito aziendale il "Rapporto breve" dei risultati dell'anno 2009 e sta per essere pubblicato il "Rapporto Aziendale Anno 2008-2009" completo.



Descrizione del campione	ULSS 18	Veneto	Pool ASL italiane
Numerosità	287	5.399	39.231
Uomini	50,5%	50,2%	49,3%
Donne	49,5%	49,8%	50,7%
Età media	45 anni	45 anni	44 anni
18-34	25,1%	26,0%	28,1%
35-49	34,5%	36,3%	34,7%
50-69	40,4%	37,7%	37,2%
Titolo di studio			
Nessuno/elementare	14,3%	12,4%	11,9%
Media inferiore	33,4%	32,1%	30,4%
Media superiore	41,5%	43,6%	43,9%
Laurea	10,8%	11,9%	13,8%

Livello di istruzione			
Alto <sup>1</sup>	52,3%	55,5%	57,7%
Basso <sup>2</sup>	47,7%	44,5%	42,3%
Stato civile			
Coniugati/conviventi	58,5%	61,5%	60,8%
Celibi/nubili	31,7%	31,2%	31,9%
Vedovi/e	3,8%	2,2%	4,7%
Separati/divorziati	5,9%	5,1%	2,6%
Cittadinanza straniera	2,1%	5,8%	3,1%
Lavoro regolare <sup>3</sup>	64,5%	68,7%	58,4%
Difficoltà economiche			
Nessuna	49,7%	55,7%	13,4%
Qualche	38,8%	36,6%	40,7%
Molte	11,5%	7,7%	45,9%

<sup>1</sup> licenza media superiore o laurea

<sup>2</sup> licenza media inferiore o licenza elementare o nessun titolo

<sup>3</sup> campione di persone di età compresa tra 18 e 65 anni

### Salute percepita

Numerosi studi condotti a partire dagli anni '80 hanno dimostrato che lo stato di salute percepito a livello individuale è in relazione con i tradizionali indicatori oggettivi di salute (mortalità e morbosità) e risulta correlato alla presenza di patologie croniche o ai rispettivi fattori di rischio. La presenza di sintomi di depressione influenza in modo pesante la vita di tutti i giorni: indipendentemente dalla presenza o meno di malattie croniche, la limitazione delle attività quotidiane per più di 2 settimane al mese è molto più frequente tra le persone che lamentano questi sintomi.



### Percezione dello stato di salute

	ULSS 18 (% - IC95%)	Veneto (% - IC95%)	Pool ASL italiane (% - IC95%)
Risponde <i>bene/molto bene</i> alla domanda sul proprio stato di salute	63,8 (57,9-9,31)	68,9 (67,6-70,1)	67,5 (66,9-68,0)
Numero di giorni riferiti <i>in cattiva salute</i> per motivi fisici, psicologici e con limitazioni di attività			
0 giorni	84,6 (79,8-88,6)	84,4 (83,4-85,4)	83,0 (82,5-83,5)
1-13 giorni	12,3 (8,7-12,3)	12,4 (11,4-13,3)	13,7 (13,2-14,1)
14+ giorni	3,2 (1,5-5,9)	3,2 (2,7-3,7)	3,3 (3,1-3,6)



## Sintomi di depressione

	ULSS 18	Veneto	Pool ASL italiane
Sintomi di depressione nelle ultime 2 settimane <sup>1</sup>	7,6 (4,8-11,4)	6,9 (6,2-7,6)	6,8 (6,5-7,1)
Donne	11,8	9,3	9,0
Uomini	3,5	4,5	4,5
18-34 aa	8,5	7,4	5,1
35-49 aa	10,5	6,4	6,5
50-69 aa	4,5	7,0	8,5
Almeno 1 patologia	11,6	11,5	13,4
Ha cercato aiuto da qualcuno <sup>2</sup>	61,9 (34,8-81,9)	55,6 (50,5-60,8)	56,1 (53,9-58,3)
Figure a cui si è ricorso per sintomi di depressione:			
Nessuno	38,1 (18,1-61,6)	44,3 (39,2-49,5)	43,9 (41,7-46,1)
Medico/operatore sanitario	38,1 (18,1-61,6)	29,3 (24,5-34,0)	31,3 (29,0-33,7)
Famiglia/amici	19,0 (5,4-41,9)	21,2 (17,3-25,1)	18,2 (16,1-20,5)
Entrambi	4,8 (0,1-23,8)	5,2 (2,8-7,7)	6,6 (5,4-8,2)

<sup>1</sup>score calcolato sulla base del numero di giorni, nelle ultime 2 settimane, con poco interesse o piacere nel fare le cose o giù di morale, depresso/a o senza speranza

<sup>2</sup> calcolata sulle persone depresse (N.B. la domanda non è stata fatta a tutte le persone che vengono classificate come depresse utilizzando lo score)

### Stili di vita

Uno degli obiettivi della sorveglianza PASSI è quello di monitorare quanto gli interventi preventivi siano in grado di contrastare stili di vita nocivi per la salute che interessano ampie fasce di popolazione. La rilevazione capillare del PASSI, che permette di scendere al dettaglio territoriale dell'azienda sanitaria, offre la possibilità di correlare il risultato di salute o il comportamento conseguente all'intervento che il decisore sanitario ha messo in atto nel proprio territorio.

Il questionario PASSI indaga, tra l'altro, la trasmissione del messaggio alla popolazione da parte del personale sanitario nei diversi ambiti della prevenzione, in particolare relativamente al cambiamento degli stili di vita nelle quattro aree del progetto "Guadagnare salute": attività motoria, fumo, alimentazione e consumo di alcol (DPCM 4 maggio 2007 "Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari" Gazzetta Ufficiale n.117, 22/05/2007).



## Attività fisica

	ULSS 18	Veneto	Pool ASL italiane
<b>Livello di attività fisica</b>			
Attivo <sup>1</sup>	24,1 (19,3-29,5)	29,5 (28,2-30,8)	33,0 (32,4-33,6)
Parzialmente attivo <sup>2</sup>	36,7 (31,1-42,6)	45,0 (43,5-46,4)	36,8 (36,2-37,5)
Sedentario <sup>3</sup>	39,2 (33,5-45,1)	25,5 (24,2-26,8)	30,2 (29,6-30,8)
Riferisce che un medico operatore sanitario:			
<i>ha chiesto</i> al proprio assistito se fa regolare attività fisica <sup>4</sup>	36,3 (29,5-43,5)	36,5 (34,9-38,)	30,7 (30,0-31,4)
<i>ha consigliato</i> al proprio assistito di fare dell'attività fisica <sup>4</sup>	30,6 (24,2-37,6)	33,8 (32,3-35,3)	30,5 (29,8-31,1)
Sedentari che percepiscono sufficiente il proprio livello di attività fisica	18,9	15,8	18,9

<sup>1</sup> lavoro pesante oppure adesione alle linee guida (30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 min per almeno 3 giorni)

<sup>2</sup> non fa lavoro pesante, ma qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati

<sup>3</sup> non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero

<sup>4</sup> escluse le persone che non sono state dal medico negli ultimi 12 mesi



## Abitudine al fumo

	ULSS 18	Veneto	Pool ASL italiane
Fumatori <sup>1</sup>	25,1 (20,2-30,5)	24,9 (23,6-26,1)	28,8 (28,2-29,4)
Uomini	28,3	29,6	33,4
Donne	21,8	20,1	24,3
Ex fumatori <sup>2</sup>	24,0 (19,2-29,4)	22,1 (20,9-23,2)	19,6 (19,1-20,1)
Non fumatori <sup>3</sup>	50,9 (44,9-56,8)	53,1 (51,7-54,5)	51,6 (51,0-52,2)
<b>Fumatori</b>			
18-24 aa	18-34 aa 40,3	33,6	32,3
25-34 aa		31,6	35,1
35-49 aa	25,3	24,6	30,0
50-69 aa	15,5	19,0	23,2
<b>Livello di istruzione</b>			
Nessun titolo/elementare	Bassa 27,0	18,4	23,6
Scuola media inferiore		29,0	34,1
Scuola media superiore	Alta 23,3	26,3	28,8
Laurea		15,4	21,7

Difficoltà economiche			
Molte	Con difficoltà	36,8	37,1
Qualche		26,4	27,4
Nessuna		23,9	21,7
Numero medio di sigarette		10,5	11
Chiesto se fuma <sup>4</sup>			
a tutto il campione		39,4	42,4
ai fumatori		65,5	69,7
Consigliato di smettere di fumare (ai fumatori) <sup>4</sup>		50,9	62,2
		(36,8-64,9)	(59,0-65,3)
Fumatori che hanno tentato di smettere nell'ultimo anno		34,8	45,2
		(23,7-47,2)	(42,3-48,1)
Ex fumatori che hanno smesso da soli		95,7	95,4
		(87,8-99,1)	(94,2-96,6)
Rispetto divieto di fumo al lavoro (su chi lavora in ambienti chiusi):			
sempre o quasi sempre		89,2	92,9
		(83,4-93,4)	(91,9-93,8)
Rispetto divieto di fumo nei luoghi pubblici:			
sempre o quasi sempre		93,4	94,3
		(89,5-96,2)	(93,6-95,0)

<sup>1</sup> più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente fumano tutti i giorni o qualche giorno o hanno smesso da meno di sei mesi

<sup>2</sup> più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente non fumano da almeno 6 mesi

<sup>3</sup> meno di 100 sigarette nella propria vita e attualmente non fumano o non hanno mai fumato

<sup>4</sup> escluse le persone che non sono state dal medico negli ultimi 12 mesi



## Situazione nutrizionale e abitudini alimentari

	ULSS 18	Veneto	Pool ASL italiane
Popolazione in eccesso ponderale			
Soprappeso	35,1	30,0	31,8
	(29,6-40,9)	(28,7-31,3)	(31,2-32,4)
Obeso	11,6	10,2	10,4
	(8,1-15,9)	(9,3-11,0)	(10,0-10,8)
Sovrappeso/obeso	46,7	40,1	42,2
	(40,8-52,6)	(38,8-41,5)	(41,6-42,8)
Consigliato di <i>perdere peso</i> da un medico o operatore sanitario <sup>1</sup>			
Soprappeso	41,8	44,2	45,2
Obeso	73,1	78,8	80,1
Sovrappeso/obeso	49,5	53,4	54,1
	(39,6-59,5)	(51,0-55,9)	(53,6-55,1)
Consigliato di <i>fare attività fisica</i> da un medico o operatore sanitario <sup>1</sup>			
Soprappeso	29,0	40,2	34,7
Obeso	48,0	53,7	48,2
Sovrappeso/obeso	34,0	43,9	38,1
	(24,6-44,5)	(41,4-46,4)	(37,1-39,2)
Almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	13,6	12,6	9,5
	(9,8-18,1)	(11,7-13,6)	(9,1-9,8)

<sup>1</sup> solo tra chi è andato dal medico nell'ultimo anno; non so/non ricordo codificato come no



## Consumo di alcol

	ULSS 18	Veneto	Pool ASL italiane
Bevuto ≥1 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese <sup>1</sup>	58,8 (52,8-64,6)	63,9 (62,6-65,2)	56,7 (56,1-57,3)
Bevitori (prevalentemente) fuori pasto	11,7 (8,2-16,0)	11,5 (10,6-12,3)	7,8 (7,5-8,1)
Bevitori <i>binge</i> <sup>2</sup>	6,3 (3,8-9,8)	7,7 (6,9-8,4)	5,6 (5,3-5,9)
<i>Forti</i> bevitori <sup>3</sup>	11,6 (8,1-15,9)	11,8 (10,9-12,7)	9,3 <sup>4</sup> (8,9-9,6)
Bevitori <i>a rischio</i> <sup>5</sup>	21,6 (16,9-26,8)	23,6 (22,5-24,8)	18,0 <sup>6</sup> (17,5-8,4)
Chiesto dal medico il consumo di alcolici	21,4 (16,0-27,6)	18,3 (17,2-19,5)	14,3 (13,8-14,8)
Consigliato dal medico ai bevitori <i>a rischio</i> di ridurre il consumo	6,5	5,5	6,3 <sup>7</sup>

<sup>1</sup> una unità di bevanda alcolica equivale ad una lattina di birra o ad un bicchiere di vino o ad un bicchierino di liquore

<sup>2</sup> nell'ultimo mese consumo almeno una volta di 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione

<sup>3</sup> più di 2 unità/gg per gli uomini e più di 1/gg per le donne (**nuova definizione INRAN**)

<sup>4</sup> applicando la **vecchia definizione** di forte consumo (uomini: più di 3 unità/gg, donne: più di 2/gg): Pool di ASL italiane 3,0 (2,9-3,2); Veneto 4,0 (3,5-4,5); ULSS 18 3,5 (1,7-6,4)

<sup>5</sup> bevitori fuori pasto o *binge* o *forti* bevitori

<sup>6</sup> applicando la **vecchia definizione** di forte consumo: Pool di ASL italiane 13,6 (13,2-14,0); Veneto 18,5 (17,5-19,5); ULSS 18 17,0 (12,8-21,9)

<sup>7</sup> applicando la **vecchia definizione** di forte consumo: Pool di ASL italiane 6,8; Veneto 6,1; ULSS 18 8,3

### **Fattori di rischio cardiovascolari**

Le malattie cardiovascolari rappresentano nel mondo occidentale la prima causa di morte: in Italia in particolare sono responsabili del 44% di tutti i decessi.

Nel 2008 in Veneto le malattie cardiovascolari hanno rappresentato il 33% delle cause di morte nel sesso maschile ed il 42% in quello femminile, mentre nell'Azienda ULSS 18 il 35% delle cause di morte negli uomini ed il 46% nelle donne (Coordinamento del Sistema Epidemiologico Regionale–SER – Mortalità nella regione Veneto Anno 2008).

I fattori correlati al rischio di malattia cardiovascolare sono numerosi (fumo, diabete, obesità, sedentarietà, valori elevati della colesterolemia, ipertensione arteriosa): la probabilità di sviluppare malattia dipende dalla rilevanza dei singoli fattori di rischio e dalla loro combinazione. Valutare le caratteristiche di diffusione di queste patologie consente di effettuare interventi di sanità pubblica mirati nei confronti di sottogruppi di popolazione specifici maggiormente a rischio.



## Ipertensione arteriosa

	ULSS 18	Veneto	Pool ASL italiane
Misurazione di P.A. negli ultimi 2 anni	85,7 (81,1-89,5)	85,5 (84,5-86,5)	83,0 (82,5-83,5)
Persone che riferiscono di essere ipertese <sup>1</sup>	24,0 (19,0-29,7)	21,3 (20,2-22,4)	20,3 (19,8-20,8)

<sup>1</sup> tra le persone cui è stata misurata la pressione arteriosa



## Colesterolemia

	ULSS 18	Veneto	Pool ASL italiane
Misurazione del colesterolo almeno una volta nella vita	80,8 (75,8-85,2)	78,9 (77,8-80,0)	79,3 (78,8-79,8)
Persone che riferiscono di essere ipercolesterolemiche <sup>1</sup>	21,6 (16,4-27,4)	26,0 (24,6-27,3)	24,1 (23,5-24,7)

<sup>1</sup> tra le persone cui è stata misurata la colesterolemia



## Punteggio di rischio cardiovascolare (≥ 35 anni)

	ULSS 18	Veneto	Pool ASL italiane
Calcolo riferito del punteggio cardiovascolare <sup>1</sup>	8,5 (5,0-13,2)	7,0 (6,1-7,9)	6,8 (6,5-7,2)

<sup>1</sup> su tutte le persone > 34 anni, senza patologie cardiovascolari

## Sicurezza



### Sicurezza stradale

	ULSS 18	Veneto	Pool ASL italiane
Persone che utilizzano i vari dispositivi di sicurezza <sup>1</sup>			
Casco sempre	97,9 (88,9-99,9)	98,0 (97,2-98,9)	94,2 (93,5-94,9)
Cintura anteriore sempre	90,1 (86,1-93,3)	91,4 (90,6-92,2)	82,4 (81,9-82,9)
Cintura posteriore sempre	26,2 (20,6-32,5)	31,7 (30,2-33,2)	18,9 (18,4-19,4)
Guida sotto effetto dell'alcol <sup>2</sup>	8,6 (4,8-14,0)	12,1 (11,0-13,2)	10,5 (10,1-11,1)
Trasportato da un conducente sotto effetto dell'alcol	7,6 (4,7-11,3)	9,2 (8,4-10,0)	7,1 (6,8-7,4)

<sup>1</sup> calcolata su tutta la popolazione, escluso chi non viaggia in moto o automobili

<sup>2</sup> aver guidato entro 1 ora dall'aver bevuto ≥ 2 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese, calcolata sulla popolazione che dichiara di aver bevuto e guidato negli ultimi 30 giorni



## Sicurezza domestica

	ULSS 18	Veneto	Pool ASL italiane
Bassa percezione del rischio di infortunio domestico	95,8 (92,8-97,8)	94,9 (94,3-95,5)	92,6 (92,3-93,0)
Dichiara di aver modificato i comportamenti o adottato misure preventive <sup>1</sup>	18,2 (18,2-81,8)	29,2 (26,3-32,0)	30,8 (29,4-32,2)
Dichiara di aver ricevuto informazioni sulla prevenzione degli infortuni	28,2 (23,1-33,8)	25,7 (24,5-26,9)	24,0 (23,5-24,5)
Fonti di informazione:			
Opuscoli	17,4 (13,2-22,3)	14,1 (13,1-15,1)	11,5 (11,1-11,9)
Mass media	7,3 (4,6-11,0)	11,8 (10,9-12,7)	12,5 (12,1-12,9)
Tecnici	1,4 (0,4-3,5)	2,6 (2,2-3,1)	3,0 (2,7-3,1)
Medico/altro operatore sanitario	3,5 (1,7-6,3)	1,7 (1,4-2,1)	1,8 (1,6-1,9)
Parenti/amici	0,7 (0,1-2,5)	0,5 (0,3-0,7)	0,7 (0,6-0,8)

<sup>1</sup> calcolata solo su coloro che hanno dichiarato di aver ricevuto informazioni

## Interventi di prevenzione



Tra gli interventi di prevenzione organizzati dalle Aziende Sanitarie rivolti a gruppi di popolazione a rischio, il PASSI indaga i programmi di screening oncologici finalizzati a diagnosticare precocemente malattie oncologiche (neoplasie della mammella, dell'utero e del colon-retto) e le attività vaccinali finalizzate a impedire l'insorgenza di malattie infettive (influenza e rosolia).

## Screening oncologici



### Diagnosi precoce delle neoplasie mammella (donne 50-69 anni)

	ULSS 18	Veneto	Pool ASL italiane
Donne che hanno effettuato una mammografia preventiva negli ultimi 2 anni	85,5 (73,3-93,5)	81,5 (78,7-84,2)	68,3 (67,0-69,7)
Donne che hanno aderito allo screening organizzato	61,1 (46,9-74,1)	60,4 (57,0-63,8)	50,0 (48,6-51,4)
Donne che hanno effettuato la mammografia spontaneamente	24,1 (13,5-37,6)	20,6 (17,8-23,5)	17,9 (16,7-19,0)

Donne che hanno ricevuto la lettera dell'ASL	100,0 (100,0-100,0)	82,7 (80,0-85,3)	62,6 (61,5-63,7)
Donne che hanno ricevuto il consiglio dell'operatore sanitario	69,6 (55,9-81,2)	66,6 (63,5-69,7)	63,7 (62,3-65,2)
Donne che hanno visto una campagna informativa	83,9 (71,7-92,4)	70,5 (67,6-73,3)	70,1 (68,8-71,4)
Influenza positiva (molta/abbastanza) di:			
Lettera dell'ASL	68,1	77,3	79,7
Consiglio dell'operatore sanitario	85,7	87,1	87,5
Campagna comunicativa	81,0	78,0	74,8
Donne che hanno effettuato una mammografia preventiva negli ultimi 2 anni in funzione degli interventi di sensibilizzazione (consiglio medico, lettera ASL, campagna comunicativa)			
1 intervento	33,3	74,0	52,6
2 interventi	92,9	80,0	73,6
Tutti e 3 gli interventi	91,4	88,9	83,0



### Diagnosi precoce delle neoplasie collo dell'utero (donne 25-64 anni)

	ULSS 18	Veneto	Pool ASL italiane
Donne che hanno effettuato un Pap test preventivo negli ultimi 3 anni	88,7 (81,4-93,8)	83,5 (81,8-85,2)	72,9 (72,0-73,8)
Donne che hanno aderito allo screening organizzato	53,9 (44,4-63,2)	42,4 (40,2-44,5)	36,0 (35,1-36,9)
Donne che hanno effettuato il Pap test spontaneamente	34,8 (26,1-44,2)	41,0 (38,8-43,1)	36,5 (35,5-37,4)
Donne che hanno ricevuto la lettera dell'ASL	94,6 (88,7-98,0)	73,7 (71,7-75,7)	53,3 (52,5-54,1)
Donne che hanno ricevuto il consiglio dell'operatore sanitario	73,2 (64,0-81,1)	65,8 (63,7-68,0)	61,4 (60,4-62,4)
Donne che hanno visto una campagna informativa	81,3 (72,8-88,0)	64,4 (62,3-66,4)	64,8 (63,8-65,7)
Influenza positiva (molta/abbastanza) di:			
Lettera dell'ASL	63,9	67,0	70,4
Consiglio dell'operatore sanitario	86,8	81,6	83,2
Campagna comunicativa	75,3	72,1	70,1
Donne che hanno effettuato un Pap test preventivo negli ultimi 3 anni in funzione degli interventi di sensibilizzazione (consiglio medico, lettera ASL, campagna			
1 intervento	88,9	78,4	65,8
2 interventi	86,1	87,8	81,1
Tutti e 3 gli interventi	93,9	92,6	87,3



## Diagnosi precoce delle neoplasie colon-retto (50-69 anni)

	ULSS 18	Veneto	Pool ASL italiane
Eseguito un test per la ricerca di sangue occulto nelle feci a scopo preventivo, nei tempi raccomandati (entro 2 anni)	61,4 (51,8-70,4)	42,5 (40,4-44,5)	23,0 (22,3-23,6)
Eseguito una colonscopia a scopo preventivo, nei tempi raccomandati (entro 5 anni)	3,5 (1,9-8,7)	12,4 (10,7-14,0)	9,5 (8,8-10,1)
Ha ricevuto la lettera dell'ASL	80,0 (71,5-86,9)	52,4 (50,6-54,2)	28,7 (28,2-29,3)
Ha ricevuto il consiglio dell'operatore sanitario	35,7 (26,9-45,1)	31,8 (29,7-33,9)	26,3 (25,4-27,3)
Ha visto una campagna informativa	58,3 (48,7-67,4)	51,8 (49,6-54,0)	40,7 (39,7-41,7)
Persone che hanno eseguito test per la ricerca di sangue occulto nelle feci o colonscopia a scopo preventivo nei tempi raccomandati, in funzione degli interventi di sensibilizzazione (consiglio medico, lettera dell'ASL, campagna comunicativa):			
1 intervento	60,0	44,7	32,0
2 interventi	74,5	79,0	68,4
Tutti e 3 gli interventi	78,3	85,9	77,3

## Vaccinazioni



### Vaccinazione antinfluenzale

	ULSS 18	Veneto	Pool ASL italiane
Vaccinati 18-64 anni (campagne 2006-07/2007-08/2008-09)* (campagna 2007-08)	15,4* (9,4-23,2)	13,3 (11,8-14,8)	12,8 (12,2-13,4)
Vaccinati 18-64 anni con almeno 1 patologia	38,5* (13,9-68,4)	25,4 (20,5-30,3)	31,8 (29,6-34,1)



### Vaccinazione antirosolia

	ULSS 18	Veneto	Pool ASL italiane
Donne vaccinate (18-49 anni)	60,5 (49,3-70,8)	60,5 (58,0-63,0)	33,3 (32,3-34,3)
Donne (18-49 anni) suscettibili <sup>1</sup>	34,9 (24,9-45,9)	31,2 (28,8-33,5)	43,1 (42,0-44,2)

<sup>1</sup> donna suscettibile = non è stata vaccinata o non ha mai effettuato/"non so" se effettuato il rubeotest

## 2.3 Azioni di promozione della salute

### Il contributo della SOC Igiene e Sanità Pubblica Dipartimento di Prevenzione

L'attività di Promozione della salute svolta e/o coordinata dalla SOC Igiene e Sanità Pubblica ha riguardato alcuni tra i temi più rilevanti nell'ambito della prevenzione e della promozione della salute, in particolare:

- **il fumo di tabacco**
- **l'attività fisica**
- **la sicurezza in ambito domestico**
- **la promozione della salute nei primi anni di vita**

#### Fumo di tabacco

Come è noto, le strategie riconosciute efficaci dall'Organizzazione Mondiale della sanità per il controllo del fumo di tabacco sono le seguenti:

#### **A. Prevenire l'inizio dell'abitudine al fumo**

#### **B. Aumentare la cessazione**

#### **C. Ridurre l'esposizione al fumo ambientale**

Per ognuno di questi ambiti sono in atto, nel territorio aziendale, specifici progetti, che si connettono e si potenziano a vicenda.

#### **A. Prevenire l'inizio dell'abitudine al fumo**

Ogni anno in Italia circa 85.000 persone muoiono per malattie correlate al fumo di sigaretta, che rappresenta ancora la prima causa unica di malattia e morte prevenibile nel nostro Paese.

Poiché il fumo induce precocemente dipendenza, chi inizia a fumare in età preadolescenziale e adolescenziale ha notevoli probabilità di continuare a fumare per molti decenni e di incorrere in malattie cardiovascolari e neoplastiche con frequenza maggiore rispetto ai coetanei non fumatori.

I dati epidemiologici dimostrano che circa la metà dei fumatori abituali muore per malattie tabacco correlate e la metà di questi perde la vita in età lavorativa.

Gli effetti a breve termine del fumo di sigaretta comprendono riduzione del calibro delle piccole vie aeree, maggior rischio di tosse e infezioni dell'apparato respiratorio, aumento della frequenza cardiaca e diminuzione dell'efficienza nelle attività sportive.

Il tabagismo è un fenomeno complesso che presenta molteplici aspetti di tipo sociale, culturale e psicologico, oltre che medico. Esso, infatti, può essere definito "stile di vita", dipendenza patologica e fattore di rischio per molte malattie.

In Italia i fumatori rappresentano il 22% della popolazione oltre i 15 anni (stima su dati indagine Doxa-Istituto Superiore di Sanità, 2008), più precisamente il 26,4% dei maschi e il 17,8% delle femmine fumano.

L'età di inizio si colloca sotto i 15 anni per il 17,8% dei fumatori.

I fattori che influenzano l'inizio dell'abitudine al fumo sono molteplici; tra questi importanti sono l'esempio degli "adulti significativi" (genitori, insegnanti, educatori...) e la pressione del gruppo dei pari. L'ambiente "scuola", in cui si registra la contemporanea presenza sia di adulti significativi che del gruppo dei pari rappresenta, perciò, un setting privilegiato in cui lavorare per la promozione di stili di vita per la salute.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha più volte ribadito il diritto dei bambini di "crescere liberi dal tabacco", sottolineando come essi debbano essere difesi da ogni

pressione diretta e indiretta a favore dell'uso di tabacco, debbano ottenere tutte le informazioni sulle conseguenze psicologiche e sociali negative a breve e lungo termine del consumo di tabacco, debbano essere sostenuti nello sviluppo delle abilità sociali, come ad esempio la capacità di rifiutare .

In ambito scolastico sono stati proposti percorsi educativi finalizzati a fornire ai ragazzi strumenti utili a compiere scelte di salute.

Le proposte sono specifiche per ogni grado di scuola, dalla scuola dell'Infanzia fino alla scuola secondaria di secondo grado. Le adesioni, nell'anno scolastico 2008/09, sono pervenute soprattutto da Scuole dell'infanzia e da Istituti di istruzione secondaria di primo grado.

### 1. “Alla conquista del pass per la città del sole, una città senza fumo”

Nell'ambito della promozione della salute delle nuove generazioni, le linee guida internazionali e le raccomandazioni del Center for Disease Control and Prevention di Atlanta (USA) indicano di iniziare con l'educazione alla prevenzione del tabagismo dalla Scuola dell'Infanzia e continuare fino alla Scuola Secondaria di II grado, intensificando gli interventi nella Scuola primaria e secondaria di I grado.

L'intervento educativo “Alla conquista del pass per la città del sole, una città senza fumo”, proposto alla Scuola dell'Infanzia, si basa sull'utilizzo di una guida didattica per la realizzazione di un gioco storia, con una scelta metodologica precisa ed adeguata all'età degli alunni dell'ultimo anno della Scuola dell'Infanzia

La proposta coinvolge gli alunni con una strategia attiva e partecipativa; i bambini incontrano due personaggi, “Nicotina “ e “Grazie non fumo” che attraverso momenti di animazione, narrazione e gioco permettono loro di fare un'esperienza significativa.

Il progetto si avvale di materiali didattici ad hoc e prevede anche il coinvolgimento dei genitori.

Nell'anno scolastico 2008/09 è stata effettuata la formazione degli insegnanti delle scuole aderenti al progetto, che poi è stato effettivamente svolto in tre Scuole dell'Infanzia.



### 2. “Smoke free class competition”

Questo Concorso Europeo si rivolge agli Studenti di seconda e terza media e di prima superiore; consiste nell'impegno (suffragato da un contratto personale dell'alunno controfirmato dal genitore e da un contratto di classe), assunto da tutta la classe, di non fumare dal 1 novembre al 30 aprile dell'anno scolastico; una scheda di monitoraggio, firmata dagli studenti rappresentanti di classe e dai docenti referenti, viene inviata entro il giorno 5 di ogni mese al referente locale dell'Azienda ULSS; la classe resta in concorso se tutti mantengono l'astensione dal fumo; in caso contrario

la classe si deve ritirare. Tra le classi rimaste in concorso, vengono estratte le vincitrici a livello europeo, nazionale, regionale e locale.

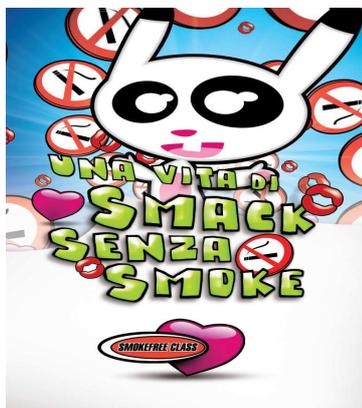
Il progetto, la cui efficacia nel prevenire o rinviare l'inizio dell'abitudine al fumo è documentata in letteratura, utilizza la pressione positiva del gruppo dei pari come elemento chiave di un percorso educativo orientato alla promozione di scelte favorevoli alla salute.

Nell'anno scolastico 2008/09 (slogan: "Una vita di smack senza smoke ") sono stati coinvolti: 9 Istituti di istruzione secondaria di 1° grado, 20 docenti, 22 classi e 429 studenti (**Tabella 1**).

Ogni mese sono giunte le schede di monitoraggio di tutte le classi; al termine dell'anno scolastico ad ogni studente partecipante al progetto è stata consegnata, a cura del personale del SISP, il gadget scelto a livello nazionale per questa edizione del concorso.

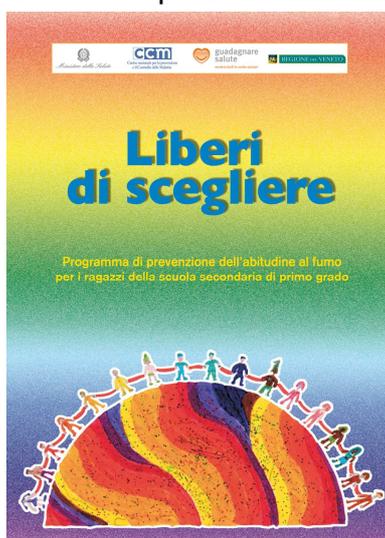
**Tabella 1 – "Smoke Free Class Competition": rilevazione partecipanti  
Anno scolastico 2008/09**

Istituti coinvolti	Classi iscritte	Studenti partecipanti	Studenti maschi	Studenti femmine
9	22	429	235	194



### 3. "Chi non fuma...VINCE!"

Il progetto, nato nell'ambito della rete Ospedali e Servizi Socio-sanitari senza fumo (Health Promoting Hospitals) della Regione Veneto, è dedicato agli studenti degli Istituti di Istruzione Secondaria di 1° grado, invitati ad elaborare un breve spot pubblicitario in DVD, oppure un disegno contro il fumo, nell'ambito di un percorso didattico che si svolge in classe ed utilizza come strumento la guida didattica del CCM (Centro Controllo Malattie) "Liberi di scegliere". E' prevista la possibilità di partecipazione di intere classi, che presentano un unico elaborato quale espressione del lavoro collettivo, e di singoli studenti che concorrono con un prodotto personale. Nell'anno scolastico 2008/09 sono stati presentati 111 lavori, singoli o di classe.



Le classi vincitrici, 2° A della Scuola Media “Bonifacio” e 3° D della Scuola Media “Casalini” di Rovigo, hanno avuto la possibilità di visitare “Luoghi di Prevenzione”, a Reggio Emilia, dove hanno fatto l'interessante esperienza del percorso “Le vie del fumo”, attraverso laboratori multimediali dedicati agli studenti.

Ragazzi delle Scuole Medie “Bonifacio” e “Casalini” in visita a “Luoghi di Prevenzione” Reggio Emilia, il 5 Giugno 2009



Sezione disegni – individuali 1<sup>a</sup> classificati ex aequo:

“Difendi con il cuore la linfa della tua esistenza... non fumarla e sarai vincente!”

Autore: Franchin Daniela

Classe 2° A Scuola Media “Grignano Polesine” Grignano Polesine Istituto Comp. Rovigo 5 - Prof. Rossi Stefano

“Il fumo ti investe evitalo!” Autori: Milan Federico-Caniatti Alex

Classe 2°A Scuola Media “R:Cattaneo” Canaro Istituto Comp. di Occhiobello

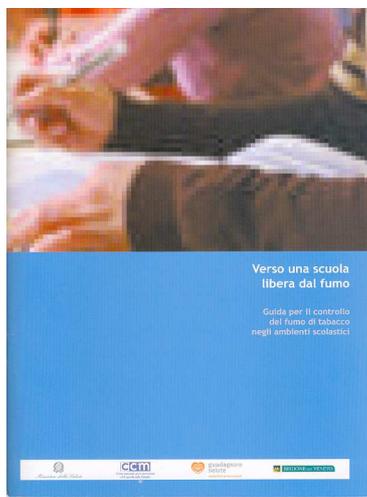
Prof.ssa Brenner Monica – Prof.ssa Donegà Marisa



#### 4. “Verso una scuola libera dal fumo”

Tutti i docenti partecipanti ai progetti di prevenzione del tabagismo a scuola hanno ricevuto la guida “Verso una scuola libera dal fumo”, la cui precedente edizione era già stata inviata a tutti i dirigenti scolastici del territorio. La guida parte dalla considerazione che nella scuola i divieti e la politica repressiva non sono sufficienti. La credibilità dei messaggi che riguardano la salute dipende soprattutto dalla coerenza manifestata da chi li propone e quindi non è possibile accettare che il personale scolastico fumi in pubblico sul posto di lavoro o che venga percepito tale dagli studenti. La guida, che contiene informazioni sugli aspetti sanitari, epidemiologici e normativi e indicazioni su come attuare l'intervento (restrittivo ed educativo) nella scuola, vuole rappresentare uno strumento utile alle scuole per essere in regola con le norme sul divieto sul fumo e per promuovere la cultura della salute.

In prossimità della Giornata Mondiale senza Tabacco, che ricorre il 31 maggio di ogni anno, è stata organizzata la festa di premiazione degli studenti partecipanti ai progetti di prevenzione del fumo a scuola, presso il locale "Le Piramidi" di Boara Pisani, con la collaborazione della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, sezione provinciale di Rovigo e la partecipazione di uno psicologo esperto.



## B. Aumentare la cessazione (aiutare i fumatori attivi a smettere di fumare)

Nell'Azienda ULSS 18 è attivo dal 2006 un Ambulatorio di secondo livello dedicato ai fumatori, situato presso l'ospedale di Rovigo, in cui operano un Medico pneumologo ed una Psicologa del Ser.T..

I dati dell'attività dell'anno 2009 sono riportati nella **Tabella 2**.

Numero fumatori trattati	Maschi	Femmine	Numero di visite effettuate	% fumatori astinenti al termine del trattamento
42	22	20	140	60%

## C. Ridurre l'esposizione al fumo ambientale

Da dati ISTAT risulta che in Italia circa il 48% dei bambini sono potenzialmente esposti al fumo passivo, in quanto hanno almeno uno dei genitori che fuma; risulta, inoltre, particolarmente elevata la percentuale di fumatori tra i ragazzi e le ragazze dai 14 ai 25 anni che hanno la madre fumatrice, rispetto ai coetanei la cui madre non fuma.

Questi dati richiedono un forte impegno per aiutare i genitori fumatori a conoscere i rischi, attuali e futuri, cui espongono i loro figli e per fornire il supporto necessario ad effettuare il non sempre facile cambiamento verso uno stile di vita più sano.

Il progetto "Mamme libere dal fumo" persegue la formazione permanente del personale ostetrico e infermieristico che opera nei reparti di ostetricia e nei consultori familiari per implementare e migliorare il sostegno da offrire alla donna fumatrice per aiutarla a smettere di fumare e a prevenire le ricadute dopo il parto.

La metodologia è quella del counseling breve antitabacco, strumento efficace se utilizzato da personale sanitario formato.

Nel corso del 2009 è iniziato il quarto corso per il personale che si rapporta con donne gravide e/o neogenitori, finalizzato ad aggiornare le conoscenze sul tema e ad affinare le abilità di comunicazione efficace con le persone fumatrici.



### Attività fisica

L'insufficiente attività fisica è correlata con importanti problemi di salute in tutte le età della vita. In particolare nell'infanzia è spesso concausa, insieme ad un'alimentazione scorretta, del sovrappeso e dell'obesità, che complessivamente coinvolgono più di un terzo dei bambini del territorio dell'Azienda ULSS 18 che frequentano le scuole elementari.

In riferimento alla popolazione generale, si ritiene che la mancanza di movimento sia responsabile di oltre il 20% delle malattie cardiovascolari e del 10-20% dei tumori.

Anche la mortalità risulta inversamente correlata con la quantità di Attività Fisica praticata, e il costo che la sedentarietà comporta per i sistemi sanitari è stato stimato dell'ordine del 2,5% della spesa sanitaria nazionale dei paesi occidentali.

Risulta quindi assolutamente indispensabile potenziare la promozione dell'attività fisica nella popolazione, sia attraverso interventi di carattere individuale, che mediante un articolato intervento di comunità che preveda la costruzione di una rete di alleanze anche di tipo politico, tecnico e organizzativo (collaborazione fra operatori sanitari, amministrazioni pubbliche, associazioni di pazienti e di volontariato ecc.).

Le principali azioni svolte nel corso del 2009 sono di seguito brevemente riportate nella **Tabella 3**.

Molte delle attività descritte rientrano nel Progetto integrato per la promozione della salute nella popolazione adulta e anziana del territorio dell'Azienda ULSS 18 Rovigo realizzato in collaborazione con UISP (Unione Italiana Sport per Tutti), con l'Amministrazione Provinciale e con le Amministrazioni Comunali e grazie al sostegno della Fondazione CARIPARO.

**Tabella 3 - Promozione dell'attività fisica  
Anno 2009**

	<b>Tipologia di Attività organizzate</b>	<b>Note</b>
<b>1</b>	<b>Gruppi di cammino per Adulti e Anziani</b>	Attivazione di 9 gruppi, con il coinvolgimento di 7 Comuni del territorio aziendale
<b>2</b>	<b>Gruppi di cammino per pazienti psichiatrici inseriti in Centri di Lavoro Guidato</b>	Coinvolti 2 Comuni e la Cooperativa Sociale Porto Alegre
<b>3</b>	<b>Gruppi di Ginnastica per Anziani</b>	Attivati 36 gruppi, presenti in 20 Comuni, con oltre 400 partecipanti
<b>4</b>	<b>Attività organizzate</b>	I pazienti diabetici vengono inseriti nei gruppi

	<b>per pazienti diabetici</b>	di cammino per adulti e anziani e, in presenza di controindicazioni all'attività di cammino, sono inviati all'attività fisica adattata (AFA) in acqua
<b>5</b>	<b>Attività per pazienti cardiopatici AFA (Attività Fisica Adattata)-Cuore</b>	Previa valutazione specialistica, i pazienti cardiopatici vengono inviati all'Attività Fisica Adattata per cardiopatici (AFA Cuore) oppure ai gruppi di cammino
<b>6</b>	<b>Iniziative di marketing sociale</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. produzione di 2 tipologie di pieghevoli su gruppi di cammino, ginnastica per anziani e attività fisiche adattate, con descrizione delle caratteristiche di ogni attività, le modalità di accesso, le sedi, gli orari, i costi ed il numero telefonico del centro di coordinamento cui far riferimento</li> <li>2. presentazione delle attività alla Conferenza dei Sindaci dell'Ulss 18.</li> <li>3. organizzazione di 3 conferenze stampa e presentazione di vari comunicati alla stampa locale (Il Gazzettino, La Voce di Rovigo, Il Resto del Carlino)</li> <li>4. realizzazione della “festa di primavera” con inaugurazione dell' “anno del movimento” e partecipazione dei bambini del “Piedibus” e degli anziani dei gruppi di cammino e di ginnastica</li> <li>5. produzione e distribuzione di gadget per bambini e adulti</li> <li>6. partecipazione alla Festa Provinciale del Volontariato, con promozione delle attività proposte in un incontro aperto alla popolazione</li> </ol>
<b>7</b>	<b>Formazione</b>	Realizzazione di un corso ECM, in 3 edizioni, per i Medici di Medicina Generale dal titolo “Il progetto integrato per la promozione della salute della popolazione adulta e anziana nel territorio dell'Azienda ULSS 18”
<b>8</b>	<b>“Piedibus”</b>	<p><b>Per incentivare stili di vita attivi e incrementare la mobilità sostenibile si invitano i bambini ad effettuare almeno un tratto di strada a piedi nel percorso verso la scuola.</b></p> <p><b>Il Piedibus è in pratica un “autobus a piedi”: i bambini si ritrovano in un punto definito (capolinea), a circa un chilometro da scuola, e vengono accompagnati da adulti verso la scuola stessa seguendo a piedi un percorso predefinito e raccogliendo altri compagni in attesa presso le “fermate” previste. Gli adulti accompagnatori possono essere volontari, nonni, genitori, insegnanti, educatori.</b></p> <p><b>Il progetto, oltre ad incidere positivamente sulla qualità dell'aria, promuove esperienze di autonomia tra i bambini e i ragazzi; la possibilità di percorrere a piedi il tragitto casa-scuola rinforza l'autostima dei</b></p>

		<p><b>ragazzi, permette occasioni di esplorazione del territorio e rafforza i legami di vicinato e con il territorio (il negoziante amico, i nonni “civici”, il compagno di scuola o il vicino di casa con cui si percorre insieme la strada).</b></p> <p><b>Il progetto è realizzato in stretta collaborazione con l'associazione di promozione sportiva UISP</b></p>
<b>9</b>	<b>Percorsi ciclo-pedonali</b>	<p>Si è concluso il progetto di mappatura dei percorsi ciclo-pedonali, effettuato in collaborazione con l'Amministrazione Provinciale e con tutti i Comuni del territorio, con il supporto dell'Università di Milano. I documenti prodotti sono stati presentati ai Sindaci e ad altri stakeholder in un incontro presso la Provincia di Rovigo.</p>

### **“Mobilità dolce” e mappatura percorsi ciclo-pedonali**

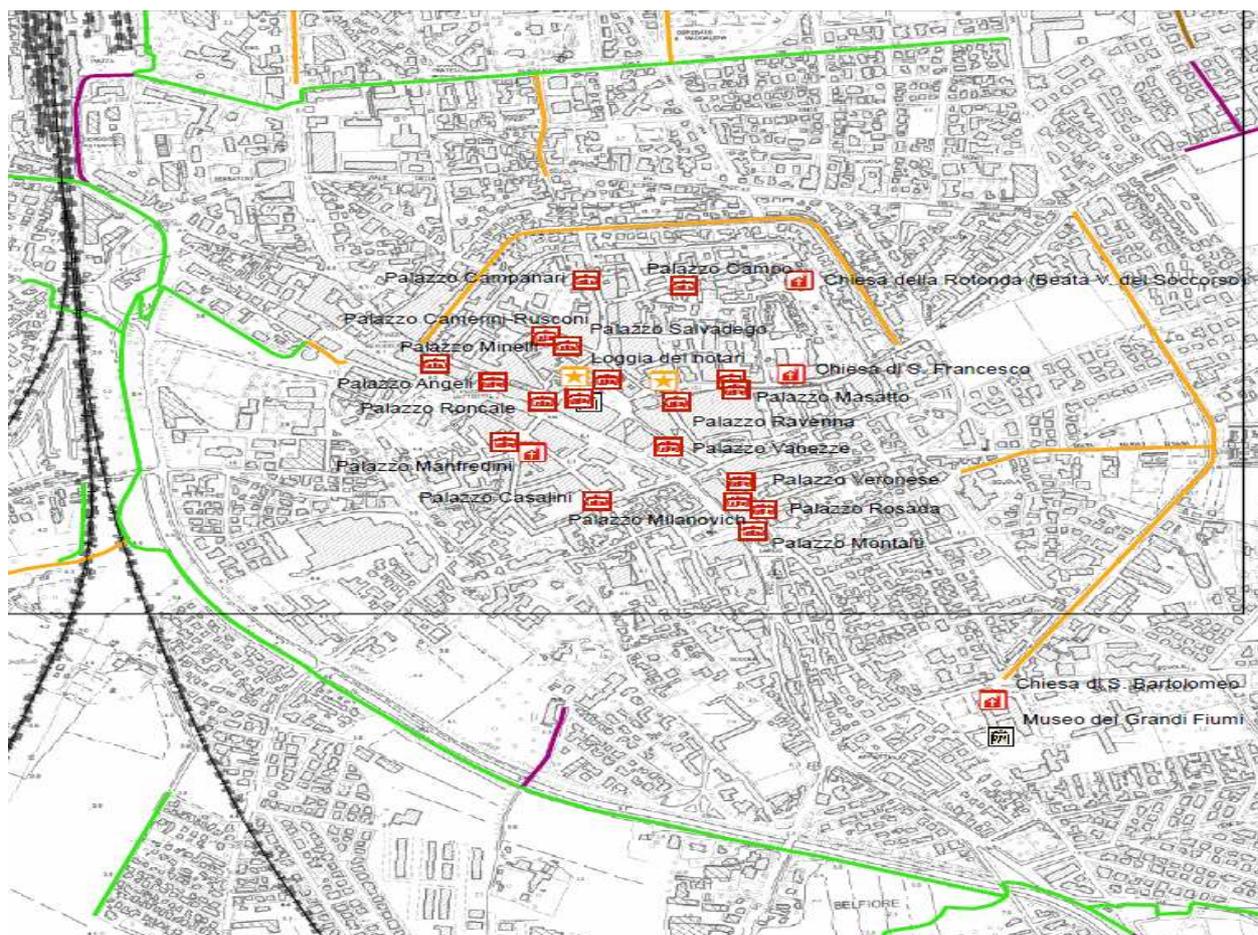
I Servizi Igiene e Sanità Pubblica delle Aziende ULSS 18 di Rovigo e ULSS 19 di Adria hanno avviato un programma di azioni che mira ad incentivare le attività motorie semplici, quali il camminare o l'andare in bicicletta, attività queste che presuppongono la presenza di adeguate e sicure infrastrutture territoriali. La Provincia di Rovigo, tra le azioni programmate nel settore turistico, prevede di realizzare una rete di percorsi ciclo-pedonali per la valorizzazione del territorio, attività che presuppone, in via preliminare, un censimento a livello comunale di tale tipo di percorsi.

Considerato che questa azione di “mappatura” dei percorsi per la “mobilità dolce” era già stata intrapresa dalla Provincia, si è ritenuto opportuno collaborare con la stessa, nell'ambito delle diverse competenze e professionalità, con un protocollo d'intesa, utilizzando il materiale fornito da alcuni Comuni e sviluppando, successivamente, le attività di monitoraggio e censimento al fine di favorire la realizzazione di una rete di percorsi dedicati alla mobilità non motorizzata per incentivare, specificatamente, le attività motorie delle popolazioni.

Inoltre è stata sottoscritta da parte dell'Amministrazione Provinciale un'apposita convenzione con l'Università – Istituto di Ingegneria Agraria per l'elaborazione di uno studio di fattibilità relativo alla creazione di una rete provinciale di percorsi dedicati alla mobilità non motorizzata nella Provincia di Rovigo, in grado di contribuire alla valorizzazione turistica del territorio.

Il progetto si è concluso nel 2009 con la mappatura dei percorsi esistenti transitabili a piedi od in bicicletta, al fine di poter offrire un'utile supporto a chi desiderasse praticare attività fisica. Il materiale prodotto è consistito nella produzione, per ciascun Comune, di cartografie dei percorsi identificati a mobilità dolce.

L'Azienda ULSS 18 ha quindi provveduto a stampare, grazie alla collaborazione del Servizio Tecnico, tutte le mappe ed ha organizzato un incontro con tutti i Comuni nel corso del quale è avvenuta la consegna del materiale prodotto. Nel corso della riunione sono state illustrate le azioni che il Servizio svolge nel campo della promozione dell'attività motoria, le finalità che hanno portato alla mappatura dei percorsi, invitando le Amministrazioni Comunali a dare la massima diffusione al materiale ricevuto.



STUDIO DI FATTIBILITA' PER LA REALIZZAZIONE DI UNA RETE DI PERCORSI DEDICATI ALLA MOBILITÀ NON MOTORIZZATA NELLA PROVINCIA DI ROVIGO

#### Percorsi segnalati dai comuni

- Pista ciclabile o ciclopedonale esistente
- Pista ciclabile o ciclopedonale in progetto/costruzione
- Corsia ciclabile o ciclopedonale esistente
- Corsia ciclabile o ciclopedonale in progetto/costruzione
- Zona pedonale esistente o in progetto/costruzione
- Strada a scarso traffico segnalata dai comuni
- Percorso rurale segnalato dai comuni
- Percorso rurale potenziale (inerbito) segnalato dai comuni
- Fotografia relativa al percorso

#### Aree di sosta e punti di interconnessione

- Aree di sosta
- Parcheggio con oltre 50 posti
- Porto turistico
- Attracco fluviale
- Stazione ferroviaria

#### Luoghi di interesse culturale, storico o naturalistico

- Edificio religioso
- Museo
- Palazzo o villa di interesse storico-culturale
- Edificio rurale tradizionale
- Manufatto idraulico di interesse storico
- Elemento di interesse naturalistico
- Altro luogo di interesse storico-culturale

#### Aree di interesse naturalistico

- Duna o scanno
- Altra area di interesse naturalistico
- Golena
- Valle da pesca
- Confine comunale



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO  
DIPARTIMENTO DI INGEGNERIA AGRARIA



0 50 100 200 300 m

**SANITÀ** Attività in collaborazione con Comuni, medici di base, Uisp e altre associazioni

# Movimento vuol dire benessere

Un progetto dell'Ulss 18 per favorire l'attività fisica della popolazione anziana

ROVIGO - Un progetto per favorire salute e benessere nella popolazione anziana. Movimento fisico a tutela della salute e per prevenire malattie. Il progetto integrato per la promozione della salute nella popolazione adulta e anziana è stato presentato ieri all'Ulss 18 di Rovigo. "Un'iniziativa importante", commenta Adriano Marcolongo, direttore generale dell'Ulss 18, "che focalizza azioni ed attenzioni sulla prevenzione e sull'attività motoria vista come strumento terapeutico di assalto".



Ulss 18 La presentazione del progetto integrato per favorire il movimento negli anziani

■ Marcolongo: "L'attività motoria è anche strumento terapeutico per prevenzione e corretto stile di vita"

Il progetto beneficia del contributo di 200 mila euro della Fondazione Casa di Risparmio di Padova e Rovigo. "Ma", precisa il sottosegretario, "servirà solo per i primi tre anni, poi l'impulso è che possa autnutrirsi".

La sinergia è tra Ulss 18, medici di base, sindacati dei Comuni dell'Ulss 18 e associazioni di volontariato. Tra queste la Uisp. Il progetto integrato, infatti, si rivolge ad anziani e adulti e mira a migliorare la funzionalità e la fisiologia delle persone che partecipano alle diverse tipologie progettuali attraverso fenomeni di adattamento ad un mutato stile di vita. Inoltre affronta le caratteristiche di socializzazione che ogni attività di gruppo

permette di sviluppare. Sono quattro gli strumenti individuati: **Gruppi di cammino**: camminata di sociologia di volontariato. Tra questi la Uisp. Il progetto integrato, infatti, si rivolge ad anziani e adulti e mira a migliorare la funzionalità e la fisiologia delle persone che partecipano alle diverse tipologie progettuali attraverso fenomeni di adattamento ad un mutato stile di vita. Inoltre affronta le caratteristiche di socializzazione che ogni attività di gruppo

permette di sviluppare. Sono quattro gli strumenti individuati: **Gruppi di cammino**: camminata di sociologia di volontariato. Tra questi la Uisp. Il progetto integrato, infatti, si rivolge ad anziani e adulti e mira a migliorare la funzionalità e la fisiologia delle persone che partecipano alle diverse tipologie progettuali attraverso fenomeni di adattamento ad un mutato stile di vita. Inoltre affronta le caratteristiche di socializzazione che ogni attività di gruppo

proprietario del proprio movimento. La ginnastica diventa essenziale. La linea da seguire è quella della "domesticità". I Comuni dovranno mettere a disposizione strutture (palestre) per l'attività fisica più un piccolo contributo. L'attività del cammino è gratuita, le altre richiedono, da parte degli utenti modesti contributi annuali (circa 20 euro). "Noi", precisano Tiziano Quaglio e Massimo Caspareto, presidenti regionale e provinciale della Uisp, "siamo un'associazione di promozione sociale e ci occupiamo anche di problematiche legate all'utilizzo del movimento per migliorare lo stile di vita dell'anziano. In Polesine abbiamo già attivato 28 corsi per anziani".

Non si tratta, quindi, di terapie riabilitative anche se nel caso dell'Ma "sono i medici specialisti che inviano l'anziano ai nostri centri". Francesco Nocer, presidente dell'ordine dei medici aggiunge che "lo stile di vita è importante, cercheremo di organizzare una giornata del cammino". Francesco Molto, direttore di Malattie metaboliche dell'Ulss 18, spiega che "Per chi soffre di problemi di diabete il movimento è importantissimo. Nel no-

stro territorio dal 2003 ad oggi c'è stata una grossa riduzione degli interventi, per questo è importante favorire il movimento delle persone. Soprattutto in acqua dove la fatica è minore e il consumo calorico maggiore". Luisa Rocconi, direttore di Cardiologia dell'Ulss 18 sottolinea che "I cardiopatici saranno seguiti con cura, ma il movimento serve anche a prevenire malattie cardiache". Margherita Catanzo, direttore di Medicina fisica e riabilitazione ribadisce che "Si tratta del primo progetto del genere in Veneto". Fabio Ortolan, vicepresidente della Fondazione Cariparo afferma: "Siamo presenti anche in questo progetto con un finanziamento destinato alle categorie più deboli. È importante che il nostro territorio faccia rete". Molti dei corsi sono già partiti, i gruppi di cammino sono attivati da diversi mesi. Nei prossimi giorni partiranno i gruppi Afa, la ginnastica dolce vede impegnate già circa 350 persone sparse sul territorio. Per chi volesse informazioni è stato attivato un numero telefonico: 0425412631, il lunedì, mercoledì, venerdì, dalle 9 alle 12.

SALUTE  
ulss18

Fondazione  
Casa di Risparmio  
di Padova e Rovigo

Progetto Integrato  
di Promozione della Salute  
nella Popolazione adulta e anziana

SEDI E ORARI ATTIVITÀ  
di

- Gruppi di Cammino
- Ginnastica dolce
- A.F.A. per il mal di schiena
- A.F.A. acqua
- A.F.A. suore

Per informazioni telefona al  
**CENTRO DI COORDINAMENTO  
DEL PROGETTO INTEGRATO**  
Tel. 0425 412631  
LUN-MER-VEN  
Dalle ore 9.00 alle ore 12.00

## Sicurezza domestica

Gli infortuni accidentali sono un problema di sanità pubblica molto rilevante, in quanto rappresentano la prima causa di morte dei bambini e adolescenti e sono fonte di disabilità gravi. La maggior parte degli infortuni è prevedibile ed evitabile. Promuovere la cultura della sicurezza implica sensibilizzare, informare ed educare a riconoscere le situazioni pericolose e adottare comportamenti adeguati per vivere in sicurezza.

Nel corso del 2009 particolare attenzione è stata posta alla promozione della sicurezza domestica nei bambini, attraverso la realizzazione di più percorsi formativi, rivolti sia ai docenti della Scuola, che agli operatori sanitari del Dipartimento Materno Infantile.

### 1. Progetto "Giocasicuro"

Rivolto agli insegnanti della Scuola dell'Infanzia e della Scuola Primaria, il progetto ha l'obiettivo di avviare precocemente un'azione di prevenzione centrata sull'assunzione da parte del bambino di corretti comportamenti personali e sociali alla scoperta dell'ambiente in cui vive.

Nel corso degli incontri informativo/formativi si è proposta agli insegnanti la creazione di un personaggio fantastico simbolico, amico dei bambini, che guidi il percorso formativo degli alunni, suscitando curiosità e facendo emergere quel gusto per il fantastico, così naturale nel bambino, che permetterà agli ambienti abituali di diventare luogo in cui fare esperienze coinvolgenti sia a livello emotivo che cognitivo. Questo personaggio condurrà i bambini alla scoperta di se stessi e di come muoversi sicuri negli ambienti e offrirà occasioni per parlare e approfondire le loro conoscenze, così che la sicurezza non venga vissuta come un elenco di divieti ma come un progressivo sviluppo di azioni positive tese ad aprirsi al mondo.

L'obiettivo generale è mettere in grado il bambino di utilizzare in modo corretto i giochi all'aperto (scivolo, giostre..) ed i giocattoli, sviluppando la capacità di riconoscere le situazioni a rischio.

Il progetto prevede inoltre il coinvolgimento dei genitori, anche tramite la compilazione di un apposito questionario, atto a focalizzare l'attenzione su alcuni aspetti essenziali per la sicurezza dei più piccoli.

Dall'elaborazione dei questionari per i genitori, consegnati in tre delle scuole partecipanti al progetto, emerge che l'interesse è focalizzato soprattutto sulle modalità di prevenzione dell'incidente in ambito domestico; emerge, altresì, che alcuni fattori di rischio sono molto sottovalutati: ciò è causa di comportamenti non sempre adeguati a promuovere la sicurezza dei bambini.

## 2. Progetto “Eclissi totale”

Rivolto ai ragazzi del primo anno della Scuola Secondaria di I° grado, il percorso educativo proposto si ispira al metodo dell' “edutainment” (da education + intertainment), cioè dell' “imparare giocando”, espressione che indica le forme di comunicazione che utilizzano il gioco con uno scopo didattico.

A supporto di questo approccio didattico innovativo viene, dunque, utilizzato un videogioco, *format* appartenente al mondo del divertimento, che ha una forte impronta narrativa: l'utente deve risolvere problemi imprevedibili e situazioni “pericolose” sia per la propria sicurezza che per quella dei membri della sua famiglia (nonna, fratelli/sorelle più piccoli, zii o genitori), della cui “vita” virtuale è direttamente responsabile.

Gli obiettivi formativi sono i seguenti: informare sui pericoli, prevalentemente in ambiente domestico; facilitare la comprensione dei meccanismi causa/effetto; generare consapevolezza nel pensare e nell'agire; sviluppare processi di riflessione sul concetto di sicurezza e favorire la cultura della prevenzione.

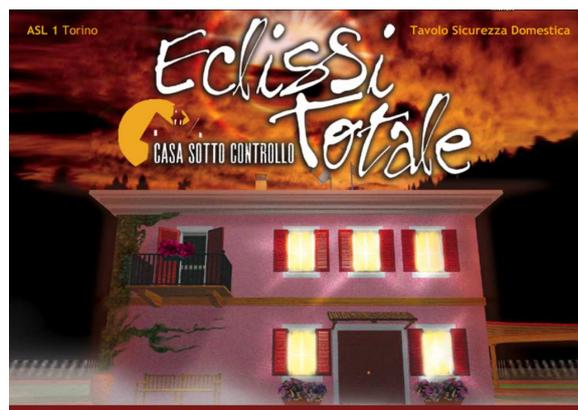
Agli insegnanti partecipanti agli incontri informativo-formativi sono stati consegnati i videogiochi, così che i ragazzi hanno potuto usare lo strumento singolarmente a scuola oppure a casa.

Un questionario in entrata ed uno in uscita hanno permesso di misurare se, e in quale misura, il videogioco aveva aumentato le conoscenze rispetto ai rischi domestici e modificato gli atteggiamenti degli studenti.

Nelle 5 scuole che hanno aderito al progetto i dati risultanti dall'elaborazione dei questionari hanno evidenziato che, complessivamente, i ragazzi erano abbastanza informati sui rischi che si corrono in casa; esistevano, però, alcune aree critiche, rispetto alle quali l'utilizzo del videogioco ha aumentato le conoscenze e modificato gli atteggiamenti.

E' da sottolineare, inoltre, come al termine del percorso il 76% dei ragazzi intervistati ritenga di “sapere qualcosa in più sui comportamenti che servono ad evitare incidenti in casa”.

Infine, l'elevata percentuale di valutazioni positive ricevute nel questionario di gradimento sembra confermare la validità dello strumento “videogioco” su questo specifico target di età.



“GenitoriPiù” è una campagna di comunicazione sociale della Regione Veneto (2006-2007) che nel luglio 2007 si è estesa a livello nazionale per una durata di 24 mesi (accordo Ministero della Salute/Regione Veneto/ULSS 20 Verona cap.4137/2007, con il sostegno dell’UNICEF). Il Veneto rappresenta la regione capofila (nota n°2499/50.03.50 del 04.02.2008) e l’Azienda ULSS 18 di Rovigo condivide gli obiettivi della campagna e vi aderisce, come molte altre Aziende sociosanitarie.

“GenitoriPiù”, infatti, vuole orientare i genitori verso scelte di salute consapevoli e praticabili e sensibilizzare popolazione ed operatori, in integrazione con programmi preventivi già in atto su determinanti di salute ritenuti prioritari in ambito perinatale e infantile:

1. assunzione di acido folico nel periodo periconcezionale
2. astensione dal fumo in gravidanza e nei luoghi frequentati dal bambino
3. allattamento al seno esclusivo nei primi sei mesi di vita
4. posizione supina nel sonno
5. utilizzo di appropriati mezzi di protezione in auto
6. vaccinazioni
7. lettura ad alta voce già dal primo anno di vita.

A ciò si aggiunge la necessità di affrontare un ulteriore determinante di salute, rappresentato dagli incidenti domestici, per la maggior parte prevenibili attraverso interventi atti a rendere la casa a misura di bambino e attraverso comportamenti adeguati.

Gli interventi appaiono centrati sulla promozione simultanea di pratiche, con attesi effetti sinergici e miglior profilo costo/efficacia rispetto a quelli finalizzati su singoli fattori.

La campagna è fortemente votata all’empowerment ed all’attivazione di processi partecipativi, con speciale attenzione al counselling; comprende interventi su Media e Web per tutta la popolazione e la distribuzione di materiale informativo per genitori e operatori.

Si è resa, dunque, necessaria la formazione degli operatori dei percorsi nascita che quotidianamente si rapportano con i genitori di bambini nei primi anni di vita, con l’obiettivo di far acquisire conoscenze aggiornate sulle evidenze scientifiche sui 7 determinanti comportamentali promossi dalla Campagna “GenitoriPiù” e sviluppare competenze di counselling motivazionale per la promozione della salute nei primi anni di vita.

Tale formazione, realizzata con la fattiva collaborazione di specialisti e Pediatri di Libera Scelta referenti per i diversi temi, ha coinvolto 94 operatori socio-sanitari dell’Ulss 18, impegnati quotidianamente sul fronte della promozione della salute dei bimbi nei primi anni di vita.



## Il contributo della SOS Dpt Igiene degli Alimenti e della Nutrizione Dipartimento di Prevenzione

Il crescente aumento dell'obesità, soprattutto infantile, che si registra nel nostro Paese come in tutti gli altri paesi industrializzati, sta provocando un vero e proprio allarme sociale e sanitario. L'obesità infantile rappresenta un grave problema di salute pubblica in quanto oltre ad essere un importante fattore di rischio per l'obesità dell'adulto, rappresenta un fattore di rischio, spesso già in età evolutiva, per lo sviluppo di numerose complicanze quali l'ipertensione arteriosa, le dislipidemie, le malattie respiratorie, il diabete, le alterazioni osteoarticolari, i disordini psicologici: l'obesità infantile ha quindi oltre che di salute, anche sociali ed economiche di grande rilevanza. Secondo i dati dell'OMS, le malattie cronic-degenerative che hanno in comune fattori di rischio modificabili quali appunto sovrappeso e obesità, sono responsabili di ben l'86% dei decessi, del 77% della perdita di anni di vita in buona salute e del 75% delle spese sanitarie in Europa e in Italia.

Secondo i risultati di OKKIO alla Salute del 2008, studio a livello nazionale nato dalla collaborazione tra Scuola e Sanità, in Italia il 12,3 % dei bambini è obeso, il 23,6% è in sovrappeso, con situazioni più gravi al Sud. Tra i bambini del Veneto, complessivamente il 27% presenta un eccesso ponderale che comprende sia sovrappeso (20%) che obesità (7,3%).

Sovrappeso ed obesità sono il risultato di un introito calorico eccessivo. All'alimentazione scorretta e squilibrata si associano quasi sempre alti livelli di sedentarietà e una riduzione dell'attività fisica. Tante sono le abitudini sbagliate che concorrono all'eccesso di peso nel bambino: il rifiuto per la prima colazione, uno scarso consumo di frutta e verdura e l'abuso fuori pasto di merendine, snacks e bevande gassate e dolci fin dai primi anni di vita.

La prevenzione dell'obesità rappresenta pertanto una priorità nei piani di salute pubblica nazionali. Le modalità di approccio più efficaci prevedono interventi di educazione nutrizionale, aventi come obiettivo prioritario l'acquisizione duratura di modificazioni graduali delle abitudini alimentari scorrette da parte dei bambini e delle loro famiglie. La modalità più semplice di intervento per contenere il dilagare del fenomeno è rappresentata dalla prevenzione attuata fin dall'età infantile e in questo tipo di intervento ha un ruolo fondamentale la scuola. La letteratura scientifica raccomanda interventi multi-componenti, da realizzarsi nel contesto scuola, che promuovono non solo la sana alimentazione, ma anche l'attività fisica e la riduzione dei comportamenti sedentari, il coinvolgimento dei genitori e della comunità, l'educazione nutrizionale. L'efficacia di questi interventi è provata nel modificare positivamente, anche nel lungo termine, le scelte alimentari dei più piccoli. La Scuola infatti è il luogo all'interno del quale il bambino trascorre diverse ore della sua giornata, il luogo in cui condivide e apprende insegnamenti non solo didattici ma anche e soprattutto formativi fondamentali per la sua crescita, può pertanto fornire al bambino un'educazione nutrizionale corretta permettendogli di sviluppare un rapporto più responsabile e consapevole con il cibo svolgendo così un ruolo non solo preventivo, ma anche correttivo di abitudini e stili alimentari non adeguati, in quanto è più facile insegnare a un bambino a nutrirsi correttamente piuttosto che modificare abitudini ormai radicate in un adulto.

L'attività di educazione a corretti stili alimentari della SOS Dpt Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, nell'anno scolastico 2008-2009, si è svolta attraverso la realizzazione di progetti rivolti alle scuole, con lo scopo di incentivare a scuola e in famiglia il consumo di frutta e verdura, alimenti spesso dimenticati nei percorsi alimentari quotidiani. La scuola è intesa come target principale delle azioni, ma

anche veicolo di comunicazione verso le famiglie. Nelle iniziative di educazione nutrizionale svolte dal SIAN ha, infatti, avuto un ruolo fondamentale il coinvolgimento dei genitori in quanto i messaggi educativi che il bambino riceve a scuola sono più efficaci se confermati e rinforzati da comportamenti coerenti e adeguati all'interno della famiglia.

Le linee guida della sana alimentazione prevedono l'assunzione di almeno cinque porzioni al giorno di frutta e verdura per garantire un adeguato apporto di fibre e sali oltre a limitare la quantità di calorie introdotte. Secondo i dati di "OKKIO alla salute 2008" solo il 2% dei bambini in età scolare consuma le 5 porzioni di frutta e verdura consigliate e il 20% dei bambini consuma frutta e verdura meno di una volta al giorno o mai. Anche altri studi ( Indagine OMS HBSC del 2006) dimostrano che i bambini consumano poca frutta e verdura e raramente conoscono la stagionalità e le proprietà di questi alimenti. Gli interventi realizzati avevano pertanto lo scopo di promuovere la conoscenza della frutta e della verdura e di modificare le abitudini alimentari scorrette emerse nei vari studi, come l'alta percentuale di assunzione di bevande zuccherate.

**Il progetto "La merenda con la frutta"** rivolto ai bambini, agli insegnanti e alle famiglie ha coinvolto 106 scuole tra scuole dell'infanzia, nidi e primarie per un totale di 10.480 soggetti.

Per una sana alimentazione è consigliabile distribuire l'apporto energetico giornaliero in 5 momenti differenti: prima colazione, merenda di metà mattina, pranzo, merenda del pomeriggio, cena. L'importanza che rivestono in particolare la colazione e la merenda di metà mattina è stata evidenziata in più studi che sottolineano la loro funzione di equilibratori del consumo energetico giornaliero. Iniziare la giornata con un buon apporto energetico, fornito dalla prima colazione e completato da uno spuntino leggero significa predisporre l'organismo nel modo migliore, poiché si influenza positivamente la prestazione scolastica e si interviene su un miglior controllo dell'obesità.

Le merende di metà mattina e/o del pomeriggio rappresentano momenti importanti della giornata alimentare del bambino. In "OKKIO alla salute" essa risulta qualitativamente o quantitativamente inadeguata nell'80% dei casi. In particolare la merenda di metà mattina non deve sostituire la colazione nel caso questa venisse saltata o fosse inadeguata, ma può svolgere una funzione nutritiva importante, integrando le energie e contrastando l'eventuale "calo di zuccheri" che potrebbe verificarsi dopo alcune ore di attività scolastica. È importante che le merende di metà mattina e del pomeriggio siano leggere e povere di grassi, in modo da non compromettere l'appetito ai pasti principali e da coprire rispettivamente il 5 e il 10% dell'apporto calorico giornaliero.

Devono essere quindi composte da alimenti equilibrati e facili da digerire a base di frutta, vegetali, latte, yogurt e cereali anziché da alimenti troppo calorici, ricchi di grassi e/o zuccheri semplici (come panini imbottiti, snack, merendine) che riducono l'appetito ai pasti e provocano squilibri alimentari nella dieta giornaliera. La frutta fresca in particolare, può costituire un valido spuntino e rappresentare una buona opportunità per introdurre nutrienti protettivi per la salute. Inoltre, fornendo meno calorie di merendine, snack o simili, permette di arrivare al pasto di mezzogiorno con un corretto appetito.

Dopo un incontro preliminare con 37 insegnanti e operatori scolastici per spiegare il progetto con le sue finalità e modalità attuative, sono state realizzate diverse iniziative di rinforzo al progetto, diversificate per fasce d'età. In particolare:

- lezione ludico-didattica con percorso sensoriale
- visite guidate al mercato ortofrutticolo

- *monitoraggio del consumo di merenda sana*
- *realizzazione nelle scuole di giornate a tema*

La **lezione ludico-didattica con percorso sensoriale** è stata realizzata nelle scuole primarie con l'obiettivo di avvicinare i bambini a frutta e verdura così da incentivarne il consumo accrescendo l'esperienza sensoriale, aiutandoli a percepire frutta e verdura attraverso i cinque sensi, a distinguerne colori, percepirne i profumi, descriverne il sapore.

Le **visite guidate al mercato ortofrutticolo** hanno visto protagonisti i bambini delle scuole dell'infanzia e delle primarie, con lo scopo di permettere loro di imparare a conoscere i prodotti ortofrutticoli e le loro proprietà per una sana alimentazione rappresentando un momento di approfondimento sul tema della frutta e verdura.

La visita al mercato ha permesso di scoprire il percorso dei prodotti agro-alimentari e i loro legami con l'ambiente apprezzare, le caratteristiche organolettiche dei prodotti ortofrutticoli e di riconoscerne esattamente l'origine, la varietà, nonché di comprendere il ciclo vitale di un ortaggio o di un frutto e la loro stagionalità, il tutto attraverso accattivanti percorsi ludico-didattici appositamente pensati e sperimentati. Durante la visita sono stati sottolineati i benefici connessi con il regolare consumo di frutta e verdura mediante l'illustrazione e degustazione di alcuni prodotti ortofrutticoli.

Il **monitoraggio del consumo di merenda sana a base di frutta** è stato realizzato nelle classi delle scuole primarie che hanno aderito al progetto e ha coinvolto bambini, genitori e insegnanti. Il momento della merenda è diventato quindi un punto d'incontro tra scuola e famiglia. I genitori, impegnandosi a non dare ai figli merende diverse o aggiuntive rispetto a quelle concordate, hanno fornito al proprio figlio, nei giorni stabiliti con l'insegnante, una merenda sana e nutrizionalmente adeguata operando in sinergia con gli insegnanti che hanno monitorato l'andamento del consumo, seguendo i bambini nella consumazione della merenda, sostenendoli ed aiutandoli in caso di difficoltà. Risulta fondamentale quindi la collaborazione tra scuola e famiglia e il ruolo degli insegnanti che, grazie alla loro competenza educativa, possono favorire un corretto rapporto del bambino con il cibo attraverso azioni volte a favorire il gradimento della merenda proposta, consolidare le abitudini positive dei bambini e sostenerli nei momenti "critici".

Alla fine del percorso è stata premiata la classe che ha maggiormente rispettato l'impegno e consumato durante l'anno un maggior numero di merende sane.

Molti insegnanti hanno rilevato come, una volta terminato il previsto periodo di monitoraggio, i bambini hanno comunque proseguito nel consumo della merenda sana divenuta ormai abitudine acquisita.



Le **giornate a tema** che si sono svolte **nelle scuole primarie e dell'infanzia** hanno coinvolto i bambini in attività pratiche e dimostrative con giochi didattici, con laboratorio di educazione alimentare e preparazione di ricette aventi come protagonista un ortaggio o un frutto.

Alle scuole partecipanti al progetto sono stati distribuiti gadgets e materiale informativo.

Il SIAN ha svolto inoltre attività di formazione agli insegnanti e operatori addetti alla cucina tra cui un *corso teorico sulla malattia celiaca in collaborazione con AIC* (Associazione Italiana Celiachia), associazione che da oltre trent'anni opera in questo settore con finalità di assistenza ai soggetti celiaci e famiglie, promozione della ricerca scientifica, sensibilizzazione delle istituzioni.

Durante il corso in cui erano presenti circa 40 insegnanti e addetti alla refezione scolastica rappresentativi delle scuole del territorio dell'ULSS 18, sono stati trattati i vari aspetti della malattia celiaca con particolare riferimento alle modalità di preparazione e somministrazione degli alimenti destinati ai bambini celiaci nelle mense scolastiche.

Nell'anno 2009 il SIAN ha inoltre svolto attività di *controllo igienico nutrizionale* sulla ristorazione scolastica favorendo nelle stesse scelte salutari e portando a 130 il numero dei refettori con menù validato.

### Il contributo della SOS Dpt Consultorio Familiare, Tutela Minori e Adolescenza – Distretto Socio-Sanitario

L'attività di promozione della salute viene svolta in collaborazione con le varie Scuole Secondarie di 1° e 2° grado presenti nel territorio di competenza dell'ULSS 18.

Le azioni offerte alle famiglie con figli adolescenti sono di seguito elencate.

- **Corsi di educazione socio affettiva e sessuale nelle Scuole** (classi terze della secondaria di 1° e biennio della superiore). Operativamente il progetto, avviato a Dicembre 2007, ha coinvolto il Consultorio Familiare in collaborazione con il Ser.T. dell'Azienda ULSS 18.

Tale collaborazione ha consentito di potenziare il lavoro di rete tra i due Servizi e procedere speditamente nell'operatività grazie all'utilizzo della rete che il Ser.T. aveva già costruito nel tempo con le Scuole, ed in particolare con gli insegnanti, nel territorio aziendale. La **Tabella 1** illustra le attività consultoriali effettuate presso le scuole nell'anno 2009.

Tabella 1 - Attività del Consultorio presso le scuole Anno 2009	
Scuole Coinvolte	14
Classi Coinvolte	21
Incontri Effettuati	60
C.R.A. Coinvolti	2
Insegnanti Coinvolti	39
Genitori Coinvolti	62
Alunni Coinvolti	423

- **Sportello ginecologico, psicologico-relazionale ed educativo** per gli adolescenti c/o il Consultorio familiare che nel 2009 ha erogato 536 prestazioni;

- **Pagina web “Consultorio giovani”:** è stata costruita una pagina web dedicata agli adolescenti inserita in quella del Consultorio familiare dove sono trattati temi di loro interesse.

## Il contributo del Dipartimento di Salute Mentale e della SOC Ser.T.

### Il mondo della scuola

L'età adolescenziale e post-adolescenziale, come tutte le fasi di passaggio del ciclo evolutivo vitale, è particolarmente soggetta al rischio di comparsa di disturbi psichici. E' in questa fase della vita che si strutturano i disturbi di personalità, compaiono sintomi depressivi e/o d'ansia, appaiono i primi segni che preannunciano un esordio psicotico, si manifestano comportamenti suicidari.

Gli studi epidemiologici hanno dimostrato che interventi precoci possono, in taluni casi, prevenire la comparsa di disturbi conclamati e in ogni caso migliorarne l'esito. In contrasto con tale evidenza, gli stessi studi hanno dimostrato che frequentemente le persone che hanno un disturbo arrivano all'osservazione clinica dopo 2-4 anni dalla comparsa dei sintomi e dei segni indicatori del disturbo. Questo ritardo influenza pesantemente le possibilità di cura ed è correlato con un esito peggiore.

In particolare la depressione è un problema poco riconosciuto negli adolescenti poiché i repentini cambiamenti d'umore e del comportamento sono per lo più considerati manifestazioni normali dell'adolescenza.

Talvolta l'esordio depressivo avviene proprio in questo periodo delicato della vita andando ad influenzare in modo negativo le capacità cognitive e mnemoniche dei soggetti. Per molti ragazzi, sintomi come la confusione, l'isolamento, lo scarso rendimento scolastico, l'atteggiamento ribelle possono essere indice di questo disturbo.

Lo stigma e l'esclusione sociale possono creare ostacoli importanti alla ricerca di aiuto, al processo di ripresa e di guarigione.

Le sopra citate evidenze spingono il Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda ULSS 18 ad occuparsi da anni di progetti di prevenzione universale nelle istituzioni scolastiche al fine di sensibilizzare gli studenti ai temi dello **stigma e del pregiudizio nei confronti delle persone che soffrono di un disturbo psichico**.

Gli **obiettivi** principali sono:

- Sensibilizzare gli studenti ai temi della salute mentale e produrre nuove visioni del disagio per modificare la conoscenza e l'atteggiamento nei confronti del disagio mentale stesso.
- Ridurre l'intolleranza sociale affrontando i temi del pregiudizio e dello stigma.
- Fornire conoscenze sui temi della salute mentale, sulle strutture coinvolte a supporto, sulle risorse territoriali presenti per affrontare il disagio o la malattia psichica.
- Accrescere la consapevolezza della necessità di un tempestivo accesso ai trattamenti per una più rapida remissione dei sintomi.
- Identificare una metodologia di promozione della salute mentale nella scuola efficace, al minor costo e riproducibile in contesti diversi.

Una ricerca è stata condotta su un *campione* di 6 classi di tre scuole superiori di Rovigo e Provincia (Licei e Istituti Tecnici) delle classi quarte e quinte per un totale di 99 ragazzi. L'età degli studenti era compresa tra i 17 e 20 anni.

La **metodologia** utilizzata è stata quella di proporre agli studenti alcuni stimoli video. I ragazzi sono stati invitati a riflettere e a confrontarsi sulle emozioni e sulle reazioni

sollecitate allo scopo di sensibilizzare ai segnali di malessere, in se stessi e negli altri.

L'uso di video o filmati nella formazione psichiatrica è diventato di uso comune, in quanto il comportamento umano patologico rappresenta uno dei temi dominanti della cinematografia. Il filmato opera la funzione di stimolo sensoriale e sta a chi coordina il percorso formativo trasformarlo in elemento di apprendimento corretto.

Lo scopo per il quale sono stati utilizzati film in questo progetto era di avvicinare i ragazzi ai temi del disagio psichico. I film hanno costituito uno stimolo alla riflessione intervenendo sia sulla sfera razionale sia su quella emotiva. La scelta di usare materiale cinematografico per affrontare il tema del disagio psichico ha permesso di generare alti livelli di attenzione ed un forte coinvolgimento.

Per questo è stato necessario raccogliere un'ampia gamma di film inerenti il tema del disagio e del disturbo psichico; successivamente ne sono stati selezionati alcuni che per chiarezza e pregnanza rappresentavano meglio di altri alcuni disturbi, con particolare attenzione al disturbo depressivo. I ragazzi venivano stimolati a raccontare cosa li aveva colpiti e a individuare situazioni simili che erano accadute a loro o a qualche conoscente.

Attraverso la proiezione di materiale tratto da film si poteva constatare che quello che contraddistingue una persona che soffre è l'intensità della sintomatologia e la bassa qualità della vita che ne consegue.

I **risultati** e le **conclusioni** dell'intervento proposto sono relative all'azione sul piano cognitivo e sul piano emotivo, sia con l'attivazione di modalità di comunicazione e confronto consuete e radicate, sia con l'offerta di spunti per far sorgere modalità di interazione diverse e innovative in un clima di accettazione e condivisione. La comunicazione interattiva dopo la visione dei filmati ha permesso ai ragazzi di esprimere le proprie opinioni, di percepire i compagni di classe più vicini e diversi dal 'ruolo' abituale in cui si riconoscono nella scuola. E' il clima emotivo accogliente e non giudicante che permette di perturbare le percezioni usuali e spesso stereotipate che a volte i giovani hanno. L'impostazione che è stata proposta ridimensiona la centralità della lezione svolta dall'esperto, privilegiando le figure del conduttore-accompagnatore (che fornisce stimoli e tracce di riflessione al gruppo) e dell'osservatore (che osserva le dinamiche del gruppo classe in relazione agli obiettivi prefissati per ritarare, se necessario, le modalità operative proposte).

Il contesto protetto, ma non di cura per definizione, ha permesso ai ragazzi di sentirsi meno timorosi nell'affrontare un argomento di cui spesso 'è meglio non parlare', il grado di confidenza e il livello di comunicazione ha permesso alla classe di sentirsi un 'gruppo' dove poter esplicitare le idee e i pensieri sul disagio psichico.

Se la modalità interattiva e il tipo di percorso sono stati utili per raggiungere molti degli obiettivi che erano stati prefissati, dall'altra parte negli studenti permane l'aspettativa di ricevere informazioni teoriche sulla malattia mentale.

La falsa credenza per cui il disturbo psichico sia una malattia incurabile porta alla perdita di speranza, alla disperazione e all'isolamento; va sottolineato che la formazione ha voluto modificare un tale atteggiamento di irrecuperabilità.

Il progetto ha permesso anche di ridurre le convinzioni relative alla pericolosità delle persone con malattia mentale, convinzioni giornalmente sostenute dalla rilevanza che i media danno ai fatti di cronaca che hanno come protagonisti persone con un disturbo psichiatrico e molto spesso adolescenti.

- **Il disagio:** è stato elaborato il "Progetto Terra di Mezzo" in collaborazione con il Ser.T., i Comuni, la Provincia. Il progetto, che è stato inserito nei Piani di Zona, ha ottenuto il finanziamento della Fondazione CARIPARO per il 2010.

- **I disturbi psichici maggiori:** è continuata l'attività del gruppo interdipartimentale con l'equipe di Neuropsichiatria Infantile.
- **L'accessibilità ai Servizi di Salute Mentale da parte degli adolescenti**

Se dalla letteratura emerge che la probabilità di sviluppare un problema psichiatrico aumenta durante l'adolescenza, la maggior parte degli adolescenti con disturbi non riceve cure dai Servizi di Salute Mentale.

Per questo, sono molti gli studi che hanno cercato di indagare come mai gli adolescenti sono riluttanti a cercare i Servizi in caso di necessità.

Per capire il basso tasso di utilizzo, da parte degli adolescenti, è necessario riconoscere quale tipo di stigma può ostacolare l'accesso alle cure. Lo stigma spesso produce un forte senso di vergogna e/o di fallimento personale, questo fa sì che l'individuo, o la sua famiglia, possano evitare di cercare un trattamento quando riconoscono che è presente un disturbo mentale.

Oltre allo stigma, dalla letteratura si rileva che gli ostacoli maggiori riguardano la disponibilità, l'accessibilità, e l'accettabilità, in particolare ci si riferisce all'organizzazione degli orari di apertura, alla distanza dei Servizi da dove i giovani vivono, studiano, lavorano, e ai costi.

Il Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda ULSS 18 di Rovigo ha attivato una ricerca all'interno di alcuni Istituti Scolastici della Provincia di Rovigo con l'obiettivo di indagare le modalità di accesso ai servizi e monitorare gli accorgimenti necessari per un target adolescenziale.

Questo **progetto** ha avuto come **obiettivi**:

1. accertare se gli adolescenti conoscono i Servizi che si occupano di disagio e di disturbo mentale,
2. appurare se stigma e pregiudizio condizionano i ragazzi nella ricerca di aiuto di un esperto,
3. individuare quali requisiti e accorgimenti possono agevolare l'accesso dei ragazzi ai Servizi di Salute Mentale,
4. verificare se la comunicazione mediata dalla tecnologia (cellulare, sms, chat, web) facilita l'accessibilità ai Servizi.

La ricerca è stata condotta su un *campione* di 680 ragazzi e ragazze di alcune scuole superiori di Rovigo e Provincia (Licei, Istituti Tecnici e Professionali) delle classi quarte e quinte, cui è stato somministrato un questionario. L'età degli studenti era compresa tra i 17 e 24 anni (età media 18,12 anni). L'80% del campione viveva in provincia di Rovigo, il rimanente nelle provincie limitrofe di Padova, Verona e Ferrara.

Il *questionario* è stato elaborato ad hoc allo scopo di poter indagare le conoscenze relative alla figura dello psicologo e individuare le modalità di accesso più utili per un target di adolescenti ai Servizi di Salute Mentale. Il questionario era anonimo e la compilazione, volontaria, richiedeva circa una decina di minuti.

Le domande, a risposta chiusa, erano complessivamente 18, alla quasi totalità delle domande i ragazzi potevano esprimere da una a tre preferenze da numerare in ordine di rilevanza.

Il questionario era così composto: una prima parte raccoglieva i dati anagrafici, una seconda analizzava l'utilizzo della comunicazione mediata dal cellulare e da internet. Una terza verificava le conoscenze sul ruolo dello Psicologo e/o dello Psichiatra. L'ultima esplorava le modalità migliori per contattare e comunicare con lo Psicologo in caso di necessità, includendo modalità meno consuete per i servizi di salute mentale.

Considerata la natura delle variabili in oggetto, l'analisi statistica dei dati è stata effettuata mediante il software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 16.0 for Windows e condotta attraverso un'analisi descrittiva dei dati.

I *risultati* dell'intervento proposto, nonostante il campione indagato non sia rappresentativo in quanto l'indagine si è limitata ad un target di giovani scolarizzati degli Istituti superiori della provincia di Rovigo, offrono spunti interessanti per i Servizi di Salute Mentale.

Bisogna prendere atto che *solo una piccola percentuale di adolescenti ha un'esperienza personale pregressa con i Servizi* (perlopiù legata all'infanzia) e che per molti giovani entrare in contatto con le strutture attualmente presenti è difficile. Chi ne ha più bisogno di fatto non vi si reca (per i costi troppo elevati e tante volte perché questi Servizi sono lontani da dove i ragazzi vivono), tanti semplicemente non sanno dove sono collocati sul territorio e come funzionano. Non è chiaro quali prestazioni possa offrire lo Psicologo o per quali ragioni ci si può rivolgere ai Servizi, fatto salvo individuare i Dipartimenti di Salute Mentale come i luoghi della cura della malattia mentale o dove si chiede una consulenza perché il disturbo è ormai cronico e stabilizzato.

Le risposte sembrano essere in linea con la letteratura: emerge la *necessità* di saper tutelata la riservatezza (si ricorrerebbe allo psicologo perlopiù all'insaputa dei genitori, o se non ci fosse il rischio che questi venissero necessariamente coinvolti) e garantita la tempestività (dove gli appuntamenti vengono fissati in modo rapido e quindi si trova in modo tempestivo qualcuno che si occupa delle situazioni contingenti). Diventa necessario essere certi del rispetto della privacy e della competenza dello specialista. Sostanzialmente viene richiesta discrezione, rispetto e astensione dal giudizio.

*Lo stigma e il pregiudizio condizionano i ragazzi nella ricerca di aiuto all'esperto*, molti adolescenti non chiederebbero comunque aiuto a nessuno, né ad amici né a familiari, tantomeno agli operatori della salute mentale: molti ragazzi affermano che lo Psicologo non li potrebbe aiutare, che non ci andrebbero *mai*, temono il giudizio degli altri e provano imbarazzo. Un'alta percentuale di stigma è associata ad una bassa probabilità di percepire la necessità di essere aiutati.

La modalità migliore per entrare e rimanere in contatto con lo Psicologo rimane il rapporto diretto, il vis-à-vis o attraverso contatto telefonico, le necessità sono di potersi fidare, di spiegarsi bene e quindi di sentirsi capiti.

La comunicazione mediata da altri mezzi comunicativi quali e-mail e sms vengono prese in considerazione da una minoranza di ragazzi che vogliono tutelato l'anonimato e che temono l'imbarazzo nel trattare con l'esperto certi disagi.

Come sottolineato in letteratura *la comunicazione mediata dalla tecnologia (blog, chat, e-mail) non facilita l'accessibilità ai servizi tuttavia può agevolare il primo contatto*.

In conclusione il Servizio Pubblico ha bisogno di fare ancora qualche passo in avanti per eliminare le barriere esistenti tra gli operatori sanitari e i giovani.

Per questi motivi, è importante capire che lo stigma sociale verso la malattia mentale è una forma di discriminazione che può avere un profondo impatto sulle persone e specialmente sui giovani. Inoltre, risulta opportuno sottolineare che in termini di prevenzione primaria e promozione della salute, la Comunità e la Scuola dovrebbero essere i luoghi d'elezione dove svolgere interventi volti a ridurre lo stigma sociale dei giovani verso le malattie mentali.

E' cambiando il modo in cui le Comunità guardano coloro che soffrono di una malattia mentale, che l'accessibilità ai Servizi diventerà più rapida e i trattamenti più efficaci. Se non si conoscono le esigenze dei ragazzi e non ci si avvicina a quello di cui hanno bisogno, non si può pensare che potranno rivolgersi a degli esperti. Per

questo, altro aspetto rilevante, è adattare le modalità organizzative dei Servizi alle esigenze degli adolescenti. I Servizi hanno bisogno di iniziare ad ascoltare ciò che i giovani dicono e ciò che stanno chiedendo: infatti, secondo il programma *ORYGEN Youth Health*, i Servizi dovrebbe diventare 'youth-friendly' and 'youth-oriented'. Un primo modo per ridurre la paura associata all'essere visto entrare in un Servizio di Salute Mentale è prevedere un'ubicazione strategica di questi servizi, magari collocandoli all'interno di servizi che si occupano di salute in generale o in luoghi non facilmente riconoscibili ed 'etichettabili'. Altri elementi imprescindibili di cui i Servizi dovranno tener conto se vorranno intercettare gli adolescenti in situazioni di necessità saranno: costi sostenibili, tempestività della risposta e garanzia di privacy e anonimato.

## **Il DSM e il tema del suicidio ed eventi suicidari**

Nel 2009 è stata completata la prima fase del progetto "Valutazione e realizzazione di programmi di prevenzione al suicidio con il contributo degli stakeholder" ed è stata elaborata la proposta per la 2° e 3° annualità, attualmente in fase di realizzazione.

Il progetto titolato ha visto il coinvolgimento di numerosi partner (Prefettura, Questura, Comando Provinciale Carabinieri, Provincia di Rovigo, Conferenze dei Sindaci delle ULSS 18 e 19, Azienda ULSS 19 di Adria, Diocesi di Adria e Rovigo e di Chioggia, Ordine dei Medici e Chirurghi, Ordine dei Farmacisti, Istituti Scolastici, Centro Servizi per il Volontariato, le Associazioni Aitsam – Onlus, Co.Me.te – Onlus e Croce Verde – Onlus).

Nel corso del primo anno di lavoro è stato costituito un Comitato di Progetto, formato dai rappresentanti delle istituzioni che hanno aderito, e un Comitato Scientifico formato dagli specialisti dei due Dipartimenti di Salute Mentale delle due Aziende ULSS e da un consulente suicidologo esterno.

Nel corso del primo trimestre 2009 si sono svolte tre riunioni coinvolgenti tutte le agenzie suddette (Comitato di Progetto) e la partecipazione è stata interessata e proficua in quanto preliminare allo svolgimento delle fasi successive.

La prima riunione ha avuto l'obiettivo di focalizzare il problema "suicidi" e "tentati" suicidi nella realtà dell'azienda ULSS 18 con la presentazione dell'epidemiologia del fenomeno a livello locale e nazionale nonché illustrare i passi del progetto ed ha voluto anche significare l'importanza di lavorare, per la prevenzione di questo evento, in modo sinergico tra tutte le istituzioni coinvolte proprio perché *il suicidio non è un fatto che riguarda solo la sanità ma riguarda l'intera comunità*.

Tutti i rappresentanti presenti all'incontro hanno dato i loro contributi di esperienze, di dati e anche di proposte per il prosieguo delle azioni progettuali.

Nel comitato di progetto sono state individuate le tre aree su cui orientare i programmi preventivi sulla base delle evidenze epidemiologiche e della fattibilità e sostenibilità dei programmi stessi:

1. Area Adolescenti
2. Area Anziani
3. Area dei soggetti che hanno già tentato il suicidio.

Successivamente due ricercatori (uno Psichiatra e un Epidemiologo) hanno selezionato nella letteratura nazionale e internazionale 8-9 progetti, per ognuna delle tre aree, per i quali è stata dimostrata efficacia. Questi progetti sono stati discussi in sette focus-group (2 gruppi per ogni area e, per la terza area, un gruppo in più costituito da soggetti con precedenti tentativi) condotti da Psichiatri e Psicologi del Dipartimento di Salute Mentale opportunamente formati.

Si ritiene utile sottolineare che parallelamente al Comitato di progetto si è dato impulso anche al Comitato Tecnico costituito da professionisti dei Dipartimenti di Salute Mentale delle ULSS 18 e 19 e dal consulente in suicidologia. Tale Comitato

ha avuto la funzione di seguire, dal punto di vista scientifico, le varie fasi del progetto verificandone gli sviluppi ed analizzando i dati emergenti.

In tale ambito si è orientata la fase della ricerca bibliografica. L'attività di ricerca ha visto lo studio di progetti di prevenzione attuati nel contesto europeo ed extra europeo sulle aree di intervento individuate (adolescenti e anziani) e la relativa stesura di alcune schede di progetto per la valutazione delle metodologie di conduzione dei programmi e per l'adattamento degli stessi al contesto polesano.

In tale ambito è stato prodotto un articolo *“La prevenzione del suicidio in Europa: dai dati clinici alla pianificazione degli interventi sul territorio”*, *“Prevention of suicide across europe: from clinical data to intervention plans at local level”* pubblicato sulla rivista scientifica *“Studi su aggressività e suicidio”* e reso possibile grazie all'impegno dimostrato dalla Fondazione Cariparo.

Durante il secondo incontro del Comitato di Progetto, fra le altre cose, si è discusso sull'individuazione degli Stakeholder e da parte dei partner. Individuate le prime due aree di intervento (*adolescenti-giovani adulti e anziani*) sono stati costituiti due Focus Groups per ogni area composti dagli Stakeholder con l'obiettivo di analizzare i progetti di prevenzione selezionati dal gruppo di ricerca.

A seguito dell'individuazione della terza area a rischio, soggetti che hanno effettuato *ripetuti tentativi di suicidio*, sono stati selezionati dal gruppo di ricerca altri progetti a valenza internazionale e sulle schede riassuntive degli stessi gli Stakeholder hanno proposto le loro opinioni durante i Focus Groups. Per tale area di intervento si è ritenuto opportuno costituire anche un gruppo di Stakeholder formato da utenti del CSM di Rovigo.

Dai risultati del lavoro prodotto dai focus group sono emerse le informazioni necessarie per la stesura dei progetti di prevenzione specifici da porre in atto nello sviluppo successivo del progetto:

1. **Area adolescenti:** i progetti che hanno riscosso un consenso unanime sono quelli attuati nelle scuole, specie quelli che prevedono un intervento a cascata su allievi, genitori e insegnanti; è stato osservato che i progetti di questo tipo dovrebbero essere attuati durante l'orario di lezione e gestiti da una figura professionale vicina ai giovani per cultura di appartenenza e età; genitori e insegnanti vanno coinvolti, ma non all'interno del gruppo dei ragazzi; è stato suggerito che sarebbe opportuno affrontare il tema del suicidio da una prospettiva ampia, parlando di disagio psichico, di depressione e di come affrontare le difficoltà e migliorare l'autostima.
2. **Area anziani:** molto consenso è stato espresso per il “progetto multilivello” in quanto più allargato, è un sistema e più figure professionali coinvolge, più è probabile che abbia esito positivo; è stata sottolineata l'importanza di alcune figure quali il Farmacista e il Medico di Medicina Generale, figura quasi imprescindibile; è stata giudicata utile una rete telefonica, ma non da sola perché sarebbe riduttiva e si è ritenuto che molti anziani non avrebbero l'iniziativa o la capacità di rivolgersi autonomamente a questo Servizio.
3. **Area soggetti che hanno già tentato il suicidio:** si è rilevato importante l'“intervento precoce”, ad esempio con l'istituzione di un numero verde di riferimento per i momenti di crisi; il gruppo degli utenti vede però il telefono come spersonalizzante e freddo; si è sottolineato il valore di un approccio orientato al paziente con un contatto umano diretto in modo da non far sentire la persona sola, questo si può fare con gruppi di aiuto-aiuto o con tecniche di psicoterapia breve; viene vista nodale la formazione per gli infermieri (anche psichiatrici).

Sulla base delle indicazioni fornite dagli stakeholder e della discussione con il Comitato di Progetto e con il Comitato Scientifico si è provveduto alla stesura del piano per la seconda fase.

Il progetto è stato presentato nell'ambito del 10° Annual Meeting of Enter Mental Health Network svoltosi a Lubiana.

Il Comitato Scientifico si è occupato, con l'Azienda ENIAC Spa, della costituzione del sito web [www.perdersidanimomai.it](http://www.perdersidanimomai.it), che si configura come un momento di fondamentale importanza e delicatezza nel rapporto con l'esterno in quanto oltre ad essere uno strumento di divulgazione e "formazione" vuole essere anche un'opportunità di riflessione, di confronto, di discussione e, qualora necessario, anche di aiuto e sostegno.

Sono stati fatti diversi incontri con i responsabili e i rappresentanti delle singole istituzioni per presentare i risultati della prima fase e le linee successive e definire le modalità del loro coinvolgimento.

I risultati del primo anno di attività del progetto sono stati discussi in Conferenza dei Sindaci dell'Azienda ULSS 18 con una valutazione positiva, mentre in una successiva Conferenza dei Sindaci sono state presentate ed approvate le linee di attività 2010-2011.

Il primo anno di progetto prevedeva, infine, un piano di disseminazione finalizzata al coinvolgimento di tutte le agenzie presenti nel territorio per diffondere i risultati della prima fase e promuovere una sensibilizzazione sul tema che prepari il terreno all'attuazione della seconda fase. Una serie di incontri presso diverse istituzioni sono stati pianificati per la disseminazione dei risultati del progetto nel territorio polesano. Attualmente sono in fase di completamento gli incontri presso i Comuni e si stanno avviando quelli presso altre agenzie come da programma.

E' stato, inoltre, predisposto il materiale a sostegno dell'attività di disseminazione (locandine e pieghevoli).

Si sottolinea quanto il lavoro di rete tra le istituzioni coinvolte nel progetto, pur comportando un notevole impegno di tutte le risorse coinvolte, abbia consentito una lettura a più voci del tema "suicidio" e una pianificazione delle azioni future più attenta alle esigenze e alle caratteristiche dei singoli target.

### **Fase 2: proposta 2010-2011: passi del progetto**

La seconda fase comprende due tipologie di azioni che si possono configurare in 2 distinti progetti "**Delta**" e "**Perdersi d'Animo Mai**".

### **Progetto "Delta"**

Il progetto "Delta" ha come obiettivo la sintonizzazione e l'integrazione di progetti, con obiettivi riconducibili a quelli del progetto, in fase di programmazione e di attuazione nel territorio, al fine di evitare la frammentazione e la duplicazione degli interventi, favorire un uso sinergico delle risorse e allargare la base d'intervento, il tutto nel rispetto della titolarità e dell'autonomia nella gestione degli interventi.

Compito specifico del progetto "Delta" sarà il coordinamento degli interventi con un raffronto costante fra i partner, al fine di ottimizzare al meglio gli interventi attraverso:

1. un censimento delle iniziative in atto o in programmazione attraverso una modulistica standardizzata con la creazione di un database che potrà contribuire a implementare l'Osservatorio Provinciale sul Suicidio;
2. incontri con i singoli soggetti istituzionali, che hanno aderito al progetto, per valutare le possibilità di sintonizzare e integrare le iniziative e le possibili sinergie;
3. attuazione, monitoraggio e valutazione delle iniziative.

In particolare si focalizzerà l'attenzione su progetti già in atto quali:

- **Progetti nelle scuole** (Scuole, Provincia, Comuni, DSM);
- **Progetto Telecompania** (ULSS 18, Volontariato);
- **Progetto Prevenzione Suicidio in Ospedale** (raccomandazione 4 Ministero);
- **Progetto Terra di Mezzo** (DSM, Comuni, Terzo Settore);

- **Progetti Legge 309, Fondo regionale di intervento per la lotta alla droga** (DSM, Terzo Settore);
- **Progetti diretti all'area anziani** (Comuni, Provincia, Volontariato);
- **Progetti diretti all'area adolescenti** (Comuni, Provincia, Volontariato).

E' prevista la definizione e la sottoscrizione di **protocolli integrativi** che tengano conto degli scopi dei diversi progetti, delle modalità di integrazione in una prospettiva di prevenzione e promozione della salute mentale e del suicidio in particolare, e che descrivano le azioni e gli impegni dei diversi attori coinvolti.

Il coordinamento del progetto sarà affidato ad un Comitato ristretto formato da un rappresentante della Prefettura e della Provincia (competenza istituzionale), dell'Azienda ULSS 18 e 19 (competenza tecnica).

### **Progetto "Perdersi d'Animo Mai"**

Il progetto mira all'attuazione delle azioni individuate come prioritarie dagli stakeholder nei focus group durante la 1<sup>a</sup> fase del progetto. Comprende sia azioni da attuare direttamente sui gruppi target, sia il coinvolgimento degli stakeholder come risorsa nel territorio per la diffusione e l'attuazione del progetto.

Su questi ultimi l'intervento mira a produrre un aumento di competenze nei loro specifici campi di attività, attraverso un'attività di formazione sul campo e il loro coinvolgimento nella produzione a cascata di competenze sul modello della peer-education, che potrebbe produrre un effetto volano sul progetto, consentendo un naturale proseguimento in successivi interventi superando i limiti posti dal finanziamento disponibile.

Le azioni previste dal progetto saranno attuate da un gruppo di lavoro multidisciplinare costituito da diverse figure professionali afferenti ai Dipartimenti di Salute Mentale delle due Aziende ULSS e ai partner del progetto, a cui si aggiungeranno Psicologi con contratto di lavoro finalizzato al progetto. Il gruppo di lavoro sarà coordinato dai Referenti territoriali di progetto che faranno riferimento al Responsabile Scientifico. Sono previsti incontri con il Comitato Scientifico, per il monitoraggio e la definizione di eventuali aggiustamenti in corso d'opera, e con il Comitato di Progetto, per monitorare lo stato di avanzamento del progetto e sulle modifiche da introdurre in corso d'opera.

I compiti del gruppo di lavoro saranno:

- divulgazione del progetto;
- messa in atto delle azioni nelle aree previste;
- incontri periodici per verificare l'andamento del progetto, le difficoltà emerse, eventuali variazioni necessarie;
- relazioni periodiche sull'andamento del progetto e disseminazione dei risultati;
- produzione di pubblicazioni scientifiche e partecipazione a convegni nel campo del suicidio e della sua prevenzione;
- manutenzione e aggiornamento del sito internet [www.perdersidanimomai.it](http://www.perdersidanimomai.it), la sua promozione come strumento di informazione e interazione con i potenziali utilizzatori.

Gli interventi saranno centrati sui tre gruppi a rischio individuati (adolescenti, anziani, soggetti che hanno già tentato il suicidio), a cui si aggiungerà una quarta area, il carcere, in previsione del completamento del nuovo istituto penitenziario.

Il progetto si suddivide in cinque tipologie di azioni:

- A. formazione nelle scuole
- B. diffusione della pratica della prevenzione agli stakeholder
- C. supporto a familiari e parenti di persone che si sono suicidate
- D. diffusione del sito internet
- E. ricerca.

## **A) Formazione nelle scuole**

Si propone un intervento diretto a studenti, genitori e insegnanti delle scuole superiori; verranno coinvolte le classi quarte e quinte di Istituti Scolastici individuati nelle diverse aree della Provincia di Rovigo.

**Studenti:** l'iniziativa prevede per ciascuna classe negli istituti coinvolti 3 incontri sul benessere psicologico, di 90-100 minuti distribuiti nel corso dell'anno scolastico, che potranno essere affiancati anche da altri percorsi (ad es. percorsi artistici, teatrali o di raccordo con le materie di insegnamento).

**Genitori:** verrà fatto un incontro informativo con i genitori degli allievi di ogni classe coinvolta per presentare il progetto, le sue caratteristiche, l'ambito di azione, per raccogliere suggerimenti e rispondere a dubbi relativi al progetto e avrà anche la funzione di raccogliere il consenso all'intervento con i loro figli.

Un secondo incontro, di tipo formativo, verrà fatto con gli stessi genitori trattando argomenti inerenti il suicidio e le condotte a rischio in adolescenza: come si manifestano, come distinguere il normale passaggio dell'età adolescenziale da comportamenti legati a un disagio psichico, come aiutare un figlio in difficoltà, a chi fare riferimento in caso di bisogno, ecc... Questo incontro avrà anche la funzione di riferire sull'andamento del progetto.

**Insegnanti:** verrà fatto un incontro con tutti gli insegnanti interessati di ogni Istituto coinvolto nel progetto. L'incontro avrà una doppia valenza, dare informazioni sul progetto in corso e formare i docenti sulla tematica del suicidio e delle condotte a rischio in adolescenza.

## **B) Diffusione della pratica di prevenzione agli stakeholder**

Il progetto prevede una formazione per gruppi di stakeholder selezionati per ogni categoria di appartenenza, secondo una metodologia che prevede incontri in cui viene sviluppata: una parte teorica sul suicidio e sulle tematiche correlate, una parte pratica di addestramento specifica (ad es. con role-playing) calata nelle situazioni in cui si possono trovare ad operare.

Il prodotto atteso è un gruppo di "stakeholder formati" per effettuare un intervento a cascata sui pari, sul modello della peer education, al fine di allargare la base dell'intervento superando i limiti posti dalle risorse.

Si prevedono diverse tipologie di stakeholder, per ogni gruppo è prevista una formazione generale su suicidio, depressione, fattori di rischio, comportamenti da mettere in atto e da evitare con i soggetti a rischio, centri di riferimento per il disagio psicologico, ecc..., e successivamente una parte specifica per ogni categoria:

1. **Medici di Medicina Generale:** diagnosi e trattamento della depressione nell'anziano, riconoscimento delle situazioni a rischio;
2. **Infermieri:** relazione con il paziente depresso, comportamento con il paziente in crisi psicologica acuta e riconoscimento delle situazioni di crisi;
3. **Farmacisti:** le terapie antidepressive e i Centri di cura per la depressione; rapporto con clienti sofferenti di disagio emozionale, applicazione delle norme utili per ridurre la disponibilità di mezzi letali;
4. **Volontari:** i principali fattori di rischio, rapporto con le persone bisognose di aiuto in modo da favorire la richiesta di aiuto;
5. **Forze dell'Ordine:** tecniche base per gestire le situazioni di emergenza psicologica e l'invio ai servizi delle persone in difficoltà, conoscenza delle modalità di funzionamento dei Centri di cura;
6. **Istituzioni religiose:** individuazione dei bisogni sociali e psicologici delle persone, conoscere i principali fattori di rischio e rapportarsi con le persone bisognose di aiuto in modo da favorire la richiesta di aiuto.



## Il contributo del Dipartimento Interaziendale di Medicina Trasfusionale

La **prevenzione in campo microcitemico** è stata attuata mediante:

- opuscoli plurilingue (italiano, inglese, rumeno, francese, arabo) destinati alla popolazione,
- libretto diretto a Medici e a personale docente per tenere viva l'attenzione anche in considerazione dei flussi immigratori.

L'attività di screening per la Talassemia nelle Scuole del Polesine, nel corso dell'anno 2009, ha riguardato solo una parte della popolazione scolastica delle classi seconde della Scuola Secondaria di primo grado (**Tabella 1**).

Tabella 1 – Attività dello screening talassemico presso le Scuole Anno 2009				
	N. studenti	Studenti sottoposti allo screening	Trait beta	Altri trait
<b>Medio Polesine</b>	362	347	27	Trait alfa 3
<b>Alto Polesine</b>	140	122	11	1
<b>Totale</b>	<b>502</b>	<b>469</b>	<b>38</b>	

L'attività di screening sulla popolazione è stata effettuata su 2.051 persone di varia provenienza: Italia (1.825), Africa (94), Nord Africa (44), Romania (24), Cina (22), Albania (15), Sudamerica (12), Ex Jugoslavia (10), Altri (India, Thailandia).

La prevenzione della Talassemia Major nella popolazione del Polesine ha dato nel tempo risultati ormai consolidati. Le nascite di nuovi ammalati da coppie consapevoli del rischio sono sporadiche.

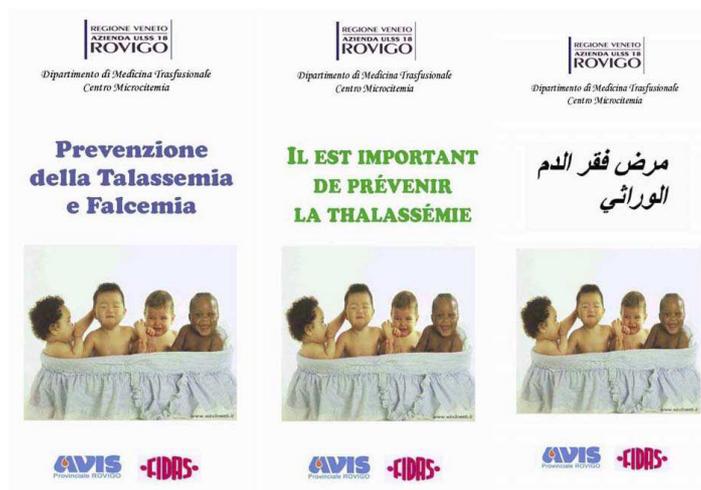
Emergono, però, nuove patologie:

- Le talassemie intermedie, ad esordio tardivo (seconda infanzia, adolescenza o età adulta) correlate a trait atipici o subsilenti (1 nuova diagnosi),
- Le varianti emoglobiniche patologiche, in particolare l'HbS, particolarmente frequente nell'Africa Centrale, nel Nordafrica e in Albania: 31 portatori e 1 ammalato,
- I difetti alfa talassemici, che possono causare patologie in associazione con altri trait talassemici,
- L'emocromatosi ereditaria, che, allo stato omozigote e in associazione con i trait talassemici può causare danni a vari organi (cardiopatia, endocrinopatie, diabete, epatopatia).

Lo screening scolastico e lo screening delle emoglobinopatie sui neonati si sono confermati attività molto utili per individuare i portatori dei difetti che sono potenziale causa di anemie ereditarie ed estendere la diagnosi e l'informazione alle famiglie.

Allo scopo di raggiungere tutta la popolazione del Polesine con la prevenzione delle talassemie e delle emoglobinopatie, vengono sempre distribuiti opuscoli informativi (in italiano, inglese, francese, romeno, arabo e ora anche in spagnolo) alle scuole, ai comuni e ai mediatori culturali.

E' stato preparato e distribuito a tutti i MMG un opuscolo completo e aggiornato sulla prevenzione dell'anemia mediterranea e della drepanocitosi.



## Il contributo della SOC di Nefrologia e Nutrizione Clinica e dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)

L'attività scientifica di ricerca clinica didattica e divulgativa della SOC per l'anno 2009 si è svolta in vari settori:

1. prevenzione delle nefropatie, con organizzazione della **Giornata mondiale del rene**, che si è svolta il 12 marzo 2009. In quel giorno è stato allestito presso la Sala della Gran Guardia un "Ambulatorio Nefrologico" con la presenza a turno per tutta la giornata di un Medico Nefrologo, 2 infermieri professionali di Nefrologia, con il libero accesso dei cittadini per la valutazione gratuita con:

- misurazioni antropometriche (peso, altezza e circonferenza vita)
- misurazione della pressione arteriosa
- esame urine
- compilazione di un questionario, edito dalla Società Italiana di Nefrologia, per la valutazione della prevalenza di nefropatie nel territorio.

E' stato anche predisposto un Piano di Relazioni per la prevenzione delle Nefropatie che è stato fatto per i Giovani delle Scuole Medie Superiori della Provincia di Rovigo.



## Settimana mondiale del rene 12-14 marzo 2009

### PREVENZIONE DELLE MALATTIE RENALI

- 1. **Progetto Camper/Gazebo/Tenda**  
Rilevamento gratuito della Pressione arteriosa ed esame gratuito delle Urine ai cittadini che verranno nella Postazione in Piazza Vittorio Emanuele , Sala della Gran Guardia il 12 marzo ore 9-17
- 2. **Progetto Scuole Medie Superiori**  
Rilevamento gratuito della Pressione Arteriosa ed esame gratuito delle Urine( facoltativo) agli studenti delle Scuole Medie Superiori dell'ultimo anno di:
  - Liceo Classico Celio di Rovigo ( 12 marzo 2009)
  - Liceo Scientifico di Adria ( 14 marzo 2009)
  - Scuola Superiore d'Arte di Trecenta ( 28 marzo 2009)



### Obesity Day

In occasione dell'Obesity-day (10 ottobre 2009) è stata organizzata, a cura del Servizio di Dietetica, una bicicletтата nella città di Rovigo per promuovere l'esercizio fisico quale arma per combattere il sovrappeso e l'obesità; hanno partecipato circa 100 cittadini di tutte le età; le biciclette sono state fornite gentilmente dalla Associazione Ciclisti Polesani.

con la collaborazione e i patrocinii di:

**9<sup>a</sup> giornata nazionale sull'obesità  
"OBESITY DAY"**

**11 ottobre 2009**

**Bicicletтата ecologica**

REGIONE VENETO  
AZIENDA ULSS 18  
ROVIGO

SOC Nefrologia Nutrizione Clinica  
Centro Provinciale per i Disturbi del Comportamento Alimentare Rovigo  
SOC Diabetologia e Malattie del ricambio  
SISP Area Promozione della Salute

e il contributo incondizionato di: **Serenissima Ristorazione**

a cura  
Ufficio Stampa  
Azienda Ulss 18  
Rovigo