



ASL BT

PugliaSalute

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE  
Viale Trentino, n.79 - 76123 Andria  
Direttore – Dott. Riccardo Matera  
tel: +39 0883.299515 - 0883.299501  
dip.prevenzione@aslbat.it  
dip.prevenzione.aslbat@pec.rupar.puglia.it

U.O.C. SPESAL  
SERVIZIO PREVENZIONE e SICUREZZA  
degli AMBIENTI di LAVORO  
Piazza Principe Umberto I°, n.1 – 76121 Barletta  
Direttore - Dott. Raffaello Maria Bellino  
tel: +39 0883.577908  
spesal@aslbat.it  
spesal.aslbat@pec.rupar.puglia.it

## Prevenzione del rischio cardiovascolare nella popolazione lavorativa della Pubblica Istruzione

Le malattie cardiovascolari continuano a rappresentare la prima causa di morte in Europa. L'identificazione delle persone a rischio cardiovascolare elevato è uno degli obiettivi principali della prevenzione primaria individuale e costituisce la premessa necessaria per l'attivazione di azioni finalizzate alla riduzione dei fattori di rischio modificabili, dal cambiamento dello stile di vita all'intervento farmacologico.

Nonostante la conoscenza crescente sui fattori di rischio modificabili

- |                        |   |
|------------------------|---|
| 1) Fumo,               | 6) Stress,                                |
| 2) Ipertensione,       | 7) Inattività fisica,                     |
| 3) Diabete,            | 8) Scarsa assunzione di frutta e verdura, |
| 4) Dislipidemia,       | 9) abuso di alcool                        |
| 5) Obesità addominale, |   |

una adeguata prevenzione, non ha raggiunto, o stenta a raggiungere, l'obiettivo di corretti stili di vita e comportamentali individuali.

Alla luce dell'impatto di queste patologie sulla vita, risulta sempre più evidente il ruolo centrale nella promozione della salute nei luoghi di lavoro, infatti

- buona parte della popolazione adulta attiva trascorre molto del proprio tempo al lavoro
- si tratta di una popolazione stabile e ciò favorisce la realizzazione di veri e propri programmi di intervento aumentandone l'efficacia
- l'acquisizione di conoscenze e i cambiamenti negli stili di vita dei lavoratori si ripercuotono favorevolmente nella vita familiare e sociale, moltiplicando i benefici delle azioni intraprese
- la presenza di leader informali e di figure professionali incaricate per legge a garantire la salute e la sicurezza del lavoro rende i gruppi dei lavoratori facilmente permeabili alla comunicazione ed alla educazione

A tal fine si vuole intraprendere un'azione di "screening" del rischio cardiovascolare tra i lavoratori del **Vostro Istituto** mediante la valutazione dei fattori di rischio cardiovascolare.

L'attività di screening consisterà in una Visita medica del lavoratore da parte dei Medici SPESAL con la collaborazione del MC comprendenti:

- Anamnesi relativa a malattie cardiovascolari e presenza di fattori di rischio come fumo, consumo di alcool, attività fisica svolta, abitudini alimentari
- Esame obiettivo con misurazione P.A., determinazione di peso e altezza e calcolo del BMI
- Esami ematochimici, in particolare valutazione di glicemia e colesterolemia (con test ematico tramite prelievo di una goccia di sangue capillare dal polpastrello, con la valutazione, in tempo reale mediante riflettometro, dei livelli di colesterolo totale e glicemia. Per l'esecuzione del test, i lavoratori dovranno presentarsi a digiuno da almeno due ore)

L'utilizzo della carta del rischio cardiovascolare dell'Istituto Superiore di Sanità con stima della probabilità di andare incontro a malattie cardiovascolari permetterà di conoscere la probabilità di andare incontro a un primo evento nei 10 anni successivi, partendo dalla conoscenza del valore di sei fattori di rischio: età, sesso, abitudine al fumo, pressione arteriosa sistolica, diabete e colesterolemia (è utilizzabile su donne e uomini di età compresa fra 40 e 69 anni che non hanno avuto precedenti eventi cardiovascolari)

In caso di riscontro lavoratori con situazioni a rischio (con valori elevati di glicemia, ipercolesterolemia e pressione arteriosa), non precedentemente note, saranno avviate al medico di base per approfondimenti diagnostici ed eventuali programmi terapeutici.

In una successiva FASE si potrà eventualmente procedere con incontri informativi e contestuale consegna, da parte del personale medico, di materiale (brochure) con consigli per migliorare il proprio stile di vita mediante una alimentazione più sana, lo svolgimento di attività fisica e la sospensione del fumo.

## CONSENSO INFORMATO PER PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE

Gent.mo/a

Nell'ambito di una attività di screening volta a valutare il suo rischio cardio-vascolare sarà invitato a fornire informazioni sulle sue condizioni di salute (anamnesi) e sarà sottoposto a rilevazione dei suoi dati antropometrici (peso e altezza) oltre che dei valori di pressione arteriosa e di glicemia e colesterolemia. -

- Per poter espletare il dosaggio di glicemia e colesterolemia su sangue capillare è necessario sottoporLa ad un prelievo di sangue per puntura a livello di polpastrello di un dito della mano.
- Detto prelievo è un atto invasivo che comporta rischi minimi riassumibili nel possibile disagio dovuto alla puntura del polpastrello e, in un numero esiguo di casi, complicanze di tipo " vaso-vagale" (ipotensione, svenimento).
- E' necessario che Lei ci informi, prima di effettuare il prelievo, di eventuali problemi cardio-circolatori o altri (epilessia, problemi emotivi, ecc.) che potrebbero teoricamente facilitare le complicanze.
- Per ogni ulteriore chiarimento, il personale sanitario è a disposizione.

Io sottoscritto....., nato a ..... il.....e  
residente a.....in....., in qualità di lavoratore dell'azienda  
.....dichiaro di aver letto e compreso quanto sopra, di avere ricevuto informazioni  
chiare ed adeguate e con la presente

**manifesta il proprio consenso**

**non manifesta il proprio consenso**

affinché il personale del Servizio Prevenzione E Sicurezza Ambienti di Lavoro (SPESAL) del Dipartimento di Prevenzione dell'ASL BT proceda all'esecuzione del prelievo di sangue capillare.

Per le finalità suindicate, il sottoscritto, come sopra individuato ed identificato,

**autorizza il trattamento**

**non autorizza il trattamento**

dei propri dati personali per le finalità sopra indicate, ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003 e dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679.

...../...../.....

Firma del paziente.....