

Percezione del rischio cardiovascolare nella popolazione generale

Perception of cardiovascular risk in the general population

Giovanna Francescato

SIMG Treviso



Conflitto di interessi

L'Autore dichiara nessun conflitto di interessi.

How to cite this article:

Percezione del rischio cardiovascolare nella popolazione generale
Rivista SIMG 2026;
33 (01):24-29.

© Copyright by Società Italiana dei Medici di Medicina Generale e delle Cure Primarie.



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

ABSTRACT Le malattie cardiovascolari rappresentano uno dei principali problemi di salute pubblica. 202 pazienti hanno compilato un questionario anonimo volto alla raccolta di dati clinico-anamnestici e sulla percezione soggettiva del rischio cardiovascolare (RCV) individuale, con la finalità di individuare strategie utili ad aumentare la consapevolezza dei pazienti relativamente alla problematica. Sovrappeso, sedentarietà, ipercolesterolemia, familiarità per patologie cardiovascolari e ipertensione arteriosa sono stati riconosciuti come fattori di rischio dalla maggior parte degli intervistati. L'8.9% dei partecipanti al sondaggio crede di non poter ridurre attivamente il rischio di eventi cardiovascolari futuri, il 6.9% dichiara di non aver mai sentito parlare dei fattori di RCV. La maggior parte degli intervistati sostiene di aver ricevuto informazioni sull'argomento tramite televisione e internet. Pochi hanno discusso del tema con professionisti sanitari. È emersa una relazione statisticamente significativa tra la familiarità per eventi cardiovascolari maggiori e la percezione che essa costituisca un fattore di rischio. Lo stesso si è verificato per i pazienti con alti valori pressori. L'aumento di età, colesterolo e pressione arteriosa riduce, anziché aumentare, la percezione del rischio di sviluppare ictus o infarto a 10 anni. Considerando il RCV globale, i maschi si ritengono meno a rischio rispetto alle femmine. I risultati evidenziano la necessità di diffondere conoscenze scientifiche sui fattori di RCV, indipendentemente da anamnesi o stile di vita, e promuovere un approccio proattivo in cui il MMG svolga un ruolo centrale.

Cardiovascular diseases (CVD) are a major public health problem. Two hundred and two patients completed an anonymous questionnaire to collect clinical and medical history data and subjective perception of their individual cardiovascular risk, with the aim of identifying strategies to increase patient awareness. Excess weight, a sedentary lifestyle, high cholesterol, a family history of CVD, and high blood pressure were identified as risk factors by most respondents. 8.9% of survey participants believed they could not actively reduce their risk of future cardiovascular events, and 6.9% stated they had never heard of cardiovascular risk factors. Most respondents reported receiving information on the topic through television and internet. Few had discussed the topic with healthcare professionals. A statistically significant relationship emerged between a family history of major cardiovascular events and the perception that it constitutes a risk factor. The same was true for patients with high blood pressure. Increasing age, cholesterol, and blood pressure reduced, rather than increased, the perceived risk of developing a stroke or heart attack in 10 years. Considering global CVD risk, men perceived themselves to be at less risk than women. The findings highlight the need to disseminate scientific knowledge on CVD risk factors, regardless of medical history or lifestyle, and to promote a proactive approach in which GPs play a central role.

Parole chiave/Key words: prevenzione cardiovascolare, fattori di rischio.

INTRODUZIONE

Le patologie cardiovascolari rappresentano, ad oggi, una delle principali cause di mortalità e morbidità con un notevole impatto sociale sia in termini umani che economici. Ridurne l'incidenza e la progressione consentirebbe di aumentare gli anni di vita in salute contribuendo ad un miglioramento globale della qualità della vita e al contenimento dell'impegno assistenziale e dei costi sostenuti dal SSN.

Le malattie del sistema cardiocircolatorio sono in gran parte prevenibili¹ in quanto riconoscono, accanto a fattori di rischio non modificabili (età, sesso e familiarità), anche diversi fattori di rischio modificabili mediante accorgimenti comportamentali e terapie farmacologiche specifiche (**Figura 1**). Influiscono positivamente sullo stato di salute cardiovascolare

una dieta sana ed equilibrata, l'attività fisica regolare, l'astensione dal fumo di sigaretta, il controllo del peso, il monitoraggio dei parametri pressori, della glicemia e del colesterolo².

I professionisti sanitari, in qualità di esperti, svolgono un ruolo fondamentale nel diffondere conoscenze e nell'aumentare la consapevolezza rispetto a eventuali condizioni di rischio promuovendo stili di vita sani³. In questo scenario hanno un ruolo chiave i MMG⁴ che, grazie alla capillare distribuzione territoriale e al duraturo rapporto con i pazienti, hanno il duplice vantaggio di avere con i propri assistiti un rapporto fiduciario e confidenziale e di avere occasioni di incontro anche con persone giovani e/o in buona salute. Ciò permette loro di essere potenzialmente più incisivi in ambito preventivo condividendo in maniera

proattiva scelte comportamentali salutari ed eventuali percorsi di cura.

Il presente studio ha lo scopo di indagare la percezione del rischio cardiovascolare (RCV) individuale nella popolazione

generale per ricavarne degli accorgimenti da adottare in ottica preventiva sia primaria che secondaria attraverso una maggiore sensibilizzazione al problema. Obiettivo primario è stato quello di indagare se,

nella popolazione, vi sia la consapevolezza di poter modificare il proprio RCV controllando i fattori di rischio modificabili e quali siano le fonti d'informazione su tale argomento.

Tabella 1 - Risultati del test Chi-quadrato per valutare eventuali associazioni tra caratteristiche anamnestiche e fattori di rischio percepiti

Età (mediana, IQR)	60 (30,0)
Sesso	
▶ maschi	76 (37,6)
▶ femmine	126 (62,4)
Livello di istruzione	
▶ scuola primaria	0 (0,0)
▶ scuola secondaria di primo grado	19 (9,4)
▶ scuola secondaria di secondo grado	101 (50,0)
▶ laurea	82 (40,6)
Body Mass Index (mediana, IQR):	
▶ normopeso	24 (6,5)
▶ sottopeso	130 (64,4)
▶ sovrappeso	8 (4,0)
▶ obeso classe I	58 (28,7)
▶ obeso classe II	4 (2,0)
	2 (1,0)
Tabagismo	
▶ fumatore attivo	33 (16,3)
▶ non fumatore	151 (74,8)
▶ ex fumatore	18 (8,9)
Attività fisica	
▶ non praticata	24 (11,9)
▶ saltuaria	29 (14,4)
▶ moderata	99 (49,0)
▶ frequente	50 (24,8)
Abitudini alimentari	
▶ dieta sana ed equilibrata	163 (80,7)
▶ dieta vegetariana o vegana	2 (1,0)
▶ dieta ricca di grassi e zuccheri	10 (5,0)
▶ alimentazione irregolare	27 (13,4)
Anamnesi positiva per eventi cardiovascolari maggiori	8 (4,0)
Familiarità per eventi cardiovascolari maggiori	
▶ positiva (un familiare diretto)	52 (25,7)
▶ positiva (più di un familiare)	37 (18,3)
▶ assente	100 (49,5)
▶ non nota	13 (6,4)
Diabete mellito	3 (1,5)
Valori pressori	
▶ nella norma secondo le linee guida Europee	149 (73,8)
▶ nella norma poiché in trattamento farmacologico (target determinato dalla classe di rischio)	33 (16,3)
▶ superiori alla norma secondo le linee guida Europee	6 (3,0)
▶ non noti	14 (6,9)
Livelli di colesterolo	
▶ nella norma secondo le linee guida Europee	112 (55,4)
▶ nella norma poiché in trattamento farmacologico (target determinato dalla classe di rischio)	36 (17,8)
▶ superiori alla norma secondo le linee guida Europee	31 (15,3)
▶ non noti	23 (11,4)

Tutti i valori sono riportati in numero assoluto e (percentuale) salvo dove espressamente specificato. I dati relativi a percentuali e a range interquartili (IQR) sono stati arrotondati alla prima cifra decimale. Per ciascun quesito era consentita un'unica risposta.

MATERIALI E METODI

Sono stati inclusi nello studio 202 pazienti in carico alle Aziende Ulss n. 2 Marca Trevigiana e Ulss n. 3 Serenissima, di età compresa tra i 18 e gli 85 anni. Per ciascun paziente sono stati raccolti dati clinico-anamnestici e conoscitivi attraverso la compilazione di un questionario anonimo composto da 17 domande a risposta breve o multipla. Il questionario è stato distribuito senza applicare criteri di inclusione specifici e la sua compilazione è avvenuta su base volontaria. I dati raccolti includono:

- età, sesso e livello di istruzione,
- peso e altezza, calcolo del BMI e stratificazione della popolazione in base allo stato ponderale,
- dati relativi alla percezione soggettiva dei fattori di RCV e alla eventuale possibilità di prevenire il presentarsi di eventi come ictus o infarto,
- fumo di sigaretta,
- attività fisica,
- abitudini alimentari,
- anamnesi personale o familiare per eventi cardiovascolari,
- presenza di comorbidità croniche con necessità di terapia medica (dislipidemie, ipertensione arteriosa e diabete mellito),
- percezione del proprio RCV complessivo a 10 anni.

RISULTATI E DISCUSSIONE

Il campione in studio riflette la popolazione con cui quotidianamente si confronta il MMG per l'ampio range d'età, la predominanza di intervistati di genere femminile e la distribuzione per classe di peso (Tabella 1). È stato riscontrato, infatti, un numero di soggetti normopeso o sovrappeso nettamente superiore (93.1%) rispetto a quello di soggetti sottopeso o obesi in accordo con l'epidemiologia della popolazione italiana.

Per quanto al livello di istruzione la quasi totalità (90.6%) dei partecipanti ha almeno un diploma di scuola superiore. Pochi riportano anamnesi patologica positiva per eventi CV maggiori (4.0%) o diabete (1.5%). Colesterolo e pressione arteriosa sono stati valutati qualitativamente e categorizzati come nella norma, costantemente superiori alla norma, in range terapeutico o non noti (Tabella 1).

Tra gli intervistati coloro che non ritengono possibile poter ridurre attivamente il



Figura 1 - Riassunto grafico dei principali fattori di RCV.

In rosso età, sesso e familiarità per eventi CV che costituiscono fattori di rischio non modificabili. In verde i fattori di rischio modificabili quali: fumo di sigaretta, dieta, peso, attività fisica, pressione arteriosa, glicemia, colesterolemia. Lo stress, lo stato economico e il livello di istruzione, rappresentati in giallo, non sono considerati formalmente nella valutazione del RCV poiché difficilmente quantificabili e non correlabili in maniera diretta allo stato di salute cardiovascolare. Immagine realizzata dall'autore tramite l'uso di PowerPoint e del sito di progettazione grafica Canva.

proprio RCV sono stati l'8.9%. Questi hanno dichiarato di aver acquisito conoscenze sul tema attraverso canali informativi diversi ma, poiché nessuno di questi ha contribuito a far cambiare l'idea sulla modificabilità del RCV individuale, probabilmente l'informazione ricevuta è stata scorretta, erroneamente appresa o insufficiente.

Considerando il campione nella sua totalità (Figura 2) si evince come la discussione con amici o familiari sia la fonte informativa prevalente sull'argomento, seguita dai programmi televisivi e internet. Tale dato sottolinea l'importanza del promuovere l'alfabetizzazione sanitaria⁵ sia a livello individuale che di comunità valutando la possibilità di servirsi anche dei canali informativi preferiti dalla popolazione affinché il loro utilizzo garantisca comunque una formazione adeguata sul tema. È da considerare l'opzione di veicolare le informazioni anche attraverso canali mediatici poiché questi ultimi sono facilmente consultabili dalla popolazione generale.

Tali canali sono di più difficile controllo e non permettono di personalizzare

gli interventi, ma consentirebbero di raggiungere un pubblico più numeroso con informazioni generali da approfondire eventualmente con i professionisti sanitari. I canali informatici e il dialogo tra conoscenti possono costituire, dunque, una risorsa purché si fondino su dati scientifici attendibili diffusi in un clima partecipativo tra esperti ed enti pubblici o privati.

Dal sondaggio emerge come soltanto una persona su cinque dichiara di aver discusso di fattori cardiovascolari con il proprio MMG e solo una su quattro con medici specialisti. Ciò suggerisce la necessità di aumentare l'informazione sul tema approfittando di occasioni di incontro con il paziente favorendo la medicina d'iniziativa rispetto a quella d'attesa.

Circa il 7% degli intervistati sostiene di non aver mai sentito parlare di fattori di RCV in precedenza. Il fatto che la quasi totalità di questi abbia meno di 45 anni fa pensare che la mancata informazione sia imputabile alla ridotta frequenza degli ambienti sanitari che generalmente si ha tra i giovanissimi che godono di buona salute. Nell'ottica di ottenere una prevenzione il più efficace possibile risulta

raccomandabile promuovere stili di vita sani proprio ai soggetti attualmente in salute affinché riducano l'effetto dannoso provocato da comportamenti scorretti perpetuati nel tempo. Un intervento precoce, attuato coinvolgendo i giovani, ha, infatti, maggiore efficacia preventiva in quanto riduce al minimo l'esposizione al rischio e assicura la corretta informazione scientifica.

Si è esplorato inoltre quali condizioni fossero percepite come dannose per la salute CV dagli intervistati con l'obiettivo di identificare i fattori di rischio su cui intervenire maggiormente per prevenire l'insorgenza di eventi CV clinicamente significativi o per ridurre le recidive e gli esiti. Si è cercato inoltre di valutare se vi fossero associazioni statisticamente significative tra l'anamnesi e la percezione del proprio RCV.

Un gran numero di intervistati (Figura 3) ha riconosciuto il ruolo di sovrappeso o obesità, stile di vita sedentario, fumo e ipercolesterolemia nell'influenzare negativamente il RCV individuale.

Anche la familiarità per eventi CV maggiori e l'ipertensione arteriosa sono riconosciuti come fattori di rischio da una consistente quota di partecipanti al sondaggio. Indipendentemente da età, sesso e livello di istruzione, coloro che hanno uno o più parenti con diagnosi di ictus o infarto sono maggiormente consci del fatto che la familiarità per malattia CV è un fattore di rischio.

Ciò è il risultato dell'intervento svolto dai sanitari nei confronti di coloro che hanno una anamnesi familiare positiva per eventi CV maggiori poiché considerati soggetti a maggior rischio. Inoltre, il presentarsi in famiglia di eventi gravi dal punto di vista salutare ed emotivo contribuisce a creare una maggior sensibilizzazione rispetto ai determinanti di salute.

Oltre la metà degli intervistati ritiene che l'abuso di alcolici possa influenzare il RCV individuale, mentre il diabete è riconosciuto come fattore di rischio unicamente dal 42.1% degli intervistati. I diabetici, seppur poco rappresentati all'interno del campione, sono per lo più consci del danno che la loro patologia può arrecare al cuore e alle arterie; si riduce invece tale consapevolezza nella popolazione non diabetica. Potrebbe essere utile diffondere conoscenze riguardanti il diabete anche ai non diabetici allo scopo di prestare maggiore attenzione ai propri livelli di glucosio nel sangue e ad eventuali riscontri di iperglicemie.

Una ridotta quota di intervistati ha identificato come dannosi per la salute

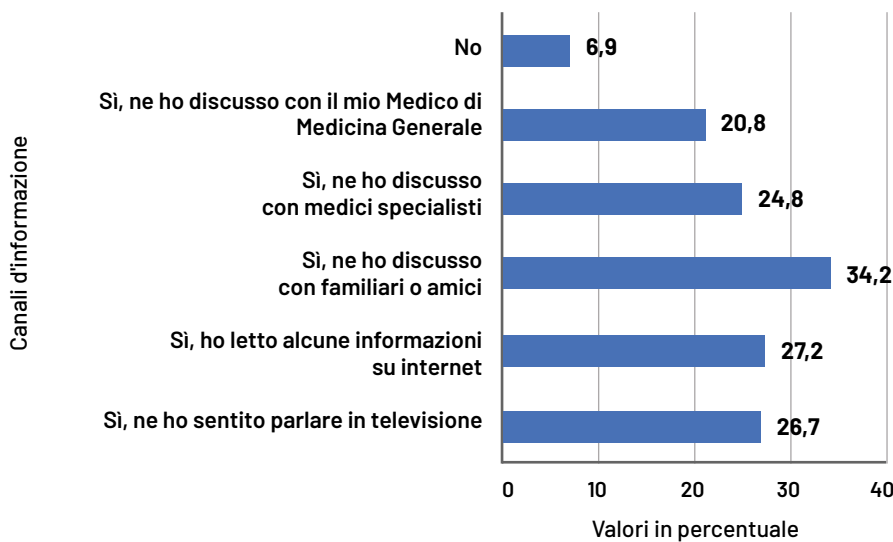


Figura 2 - Canali informativi. Riassunto grafico delle risposte alla domanda "Ha mai sentito parlare di fattori di RCV?". 14 intervistati (=6,9% del totale), hanno risposto di non aver mai sentito parlare di fattori di RCV, 42 (20,8%) di averne discusso con il proprio MMG, 50 (24,8%) di aver trattato l'argomento con medici specialisti, 69 (34,2%) di averne parlato con amici o familiari, 55 (27,2%) di aver letto alcune informazioni sul tema consultando internet e 54 (26,7%) di averne sentito parlare in televisione. I dati riportati nel grafico sono espressi in percentuale con approssimazione alla prima cifra decimale. Il quesito consentiva la possibilità di selezionare più alternative.

CV l'insonnia, il russamento notturno e i fattori ambientali come l'inquinamento. Nonostante manchi una correlazione diretta tra tali fattori e la salute CV essi influenzano comunque lo stato di salute generale e quindi, indirettamente, anche quello CV. Un sonno ristoratore e adeguatamente protratto è, infatti, salutare così come un ambiente povero di agenti inquinanti. Anche lo stress, sia fisico che psicologico, e la predisposizione genetica, identificati da alcuni intervistati come fattori di rischio, hanno un'influenza sulla salute CV seppur indiretta poiché mediata da numerosi fattori. L'assunzione di farmaci, l'esercizio fisico eccessivo, la dieta vegana e la promiscuità sessuale non sono considerabili predittori di ictus o infarto a 10 anni; tali fattori non sono tuttavia ritenuti come fattori di RCV dalla maggior parte degli intervistati. Dall'analisi dei dati emerge come la consapevolezza del danno provocato da una determinata condizione non sempre si traduca in una modifica del comportamento a rischio. Valutando le associazioni statisticamente significative tra l'anamnesi e i fattori di rischio percepiti (Tabella 2) si è visto come soltanto la familiarità e gli alti valori pressori incidano sulla percezione dell'aumentato RCV

rispettivamente dovuto alla familiarità per patologia CV e all'ipertensione arteriosa. La conoscenza della pericolosità del singolo fattore di rischio non è comunque

sufficiente a limitare attivamente l'esposizione ad esso. I dati evidenziano che l'adozione di stili di vita sani non necessariamente derivi da una scelta consapevole attuata per salvaguardare la propria salute, ma possa essere semplice conseguenza di propensioni personali che potrebbero non essere durature. Ne consegue che i comportamenti salutari vanno incentivati e motivati anche tra coloro che non sono attualmente esposti a fattori di rischio. A tale scopo è funzionale l'utilizzo di illustrazioni grafiche⁶ e consigli pratici⁷⁻⁸ che facilitino la comprensione delle nozioni teoriche e incentivino la partecipazione attiva del singolo.

Dall'analisi delle variabili che maggiormente influenzano la percezione del rischio globale di sviluppare eventi CV maggiori a 10 anni è emerso inoltre come non sempre la percezione individuale del rischio si correli con i fattori di rischio clinici. Contrariamente a quanto atteso sulla base delle conoscenze mediche, infatti, all'aumentare di età, colesterolo e pressione arteriosa si riduce la percezione del RCV globale. Coloro che hanno patologie croniche, in particolare se anziani, sottovalutano dunque spesso il proprio RCV. Ciò è verosimilmente giustificabile dalla tendenza alla normalizzazione di condizioni morbose diffuse o diventate ormai abitudinarie con conseguente riduzione del rischio percepito. Situazioni che, alle nostre condizioni socioeconomiche, sono diventate comuni destano minore

Tabella 2 - BSI (Bronchiectasis Severity Index)

Variabile	χ^2	gdl	p-value
Fumo vs fumo come fattore di RCV	1.09	2	0.580
Classe di peso vs sovrappeso come fattore di RCV	3.87	4	0.423
Dieta vs sovrappeso come fattore di RCV	3.74	3	0.291
Attività fisica vs sedentarietà come fattore di RCV	1.82	3	0.611
Familiarità vs familiarità come fattore di RCV	9.14	3	0.028
Valori pressori vs ipertensione come fattore di RCV	20.4	3	<0.01
Valori di colesterolo vs ipercolesterolemia come fattore di RCV	5.14	3	0.162

La tabella riassume i risultati delle analisi statistiche (test χ^2) condotte per verificare eventuali associazioni tra le caratteristiche anamnestiche degli intervistati e la loro percezione dei fattori di RCV. Per ciascun confronto sono stati riportati il risultato del test (χ^2), i gradi di libertà (gdl) e il valore di significatività (p-value). È stato considerato statisticamente significativo un valore di p-value inferiore a 0,05. Le analisi sono state effettuate con LibreOffice e il software statistico online Jamovi.

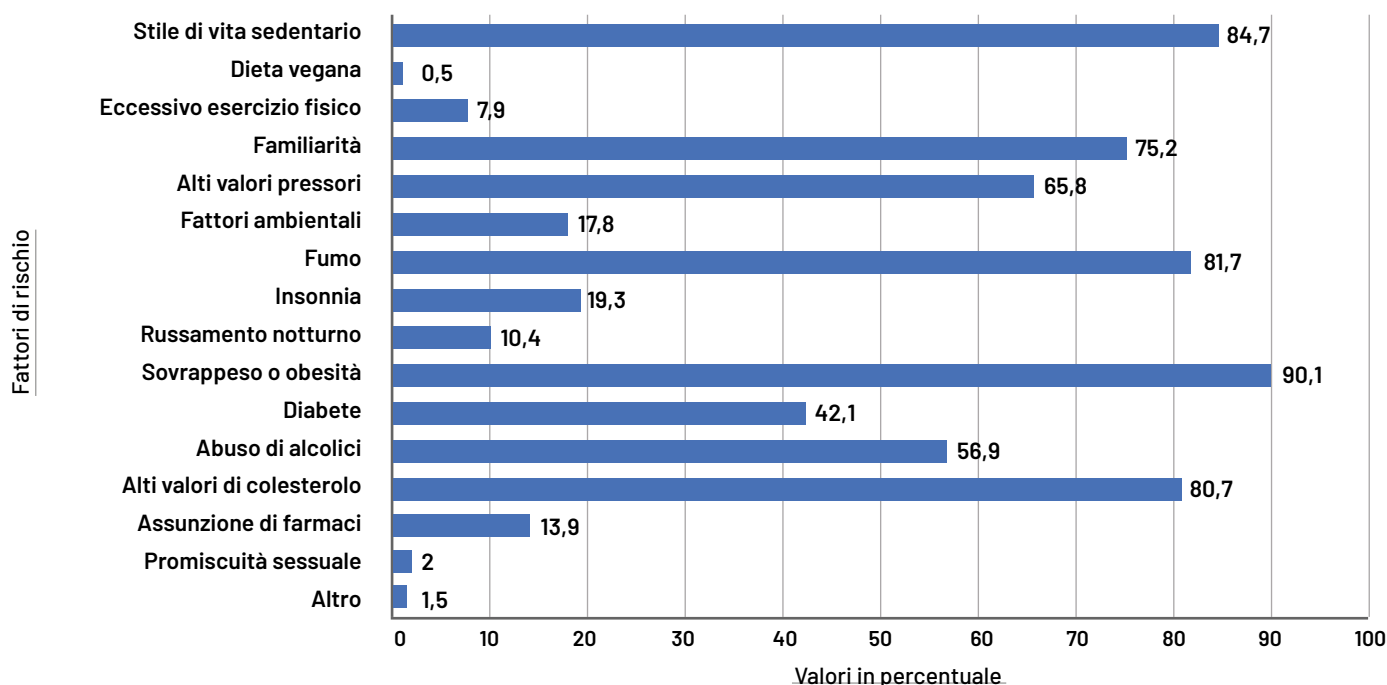


Figura 3 - Fattori di rischio percepiti. Riassunto grafico delle risposte degli intervistati alla domanda "Cosa pensa possa influenzare il rischio di sviluppare eventi cardiovascolari come ictus o infarto?". I dati sono espressi in percentuale con approssimazione alla prima cifra decimale. Al quesito era consentito rispondere anche selezionando più alternative.

preoccupazione nella popolazione generale e, inoltre, il perpetuarsi di comportamenti o stili di vita scorretti che, tuttavia, non si riflettono precocemente sulla salute dell'individuo consolida l'idea erronea che non siano dannosi.

Anche le farmacoterapie specifiche per patologia sembrano ridurre la percezione del RCV individuale poiché ai farmaci viene associato un forte potere protettivo talvolta a discapito dell'importanza assegnata alle abitudini di vita e allo stile alimentare⁹ poiché si ritiene che la terapia farmacologica sia sufficiente a modificare positivamente il RCV individuale. I maschi, scientificamente più a rischio delle coetanee¹⁰, ritengono di avere un RCV globale generalmente inferiore rispetto alle femmine.

Tale differenza potrebbe essere giustificabile qualora si supponesse che le femmine abbiano una sensibilità maggiore per la cura di sé e, di conseguenza, un maggiore interesse per tematiche inerenti alla salute rispetto ai maschi.

Tra i partecipanti al sondaggio 45 (22,3%) hanno identificato correttamente tutti i maggiori fattori di RCV (Tabella 3).

Tale sottogruppo ha sostanzialmente caratteristiche sovrapponibili al campione di studio per età, sesso e distribuzione

nelle classi di peso. Anche la percentuale di soggetti con diagnosi di diabete, ictus o infarto è sostanzialmente equiparabile a quella dell'intero campione. Rispetto alla popolazione iniziale emerge, però, una maggiore attenzione rispetto a stili di vita sani basati su modelli dietetici correttamente bilanciati e attività motoria abituale. Si tratta per lo più di soggetti informati sui propri valori di pressione sanguigna e di colesterolemia. Questo sottogruppo è la prova che conoscere ciò che è benefico per la salute, nella sua multifattorialità, si traduce spesso in una maggiore attenzione rispetto ai fattori di RCV e nella scelta consapevole di seguire stili di vita sani. Conoscere adeguatamente tutti i fattori di RCV porta a riconoscerli, ed eventualmente trattarli precocemente.

CONCLUSIONI

I dati, dunque, evidenziano l'importanza di diffondere le conoscenze scientifiche rispetto ai determinanti di salute indipendentemente dall'anamnesi o dalle abitudini di vita poiché spesso anche le persone consapevoli dei rischi associati ad un determinato fattore non adottano comportamenti volti a ridurre l'esposizione o, comunque, non riconoscono di avere una

maggiore probabilità di sviluppare eventi CV in futuro. È fondamentale focalizzarsi sui fattori di rischio modificabili, poiché, contrariamente a quanto ipotizzato da una quota di intervistati, agendo su di essi è possibile ridurre il RCV globale individuale. Considerando le numerose variabili in gioco, questo lavoro ha analizzato i fattori di RCV più significativi servendosi principalmente di dati qualitativi. A differenza di altre indagini sulla prevenzione CV che si concentrano sugli interventi medici atti a ridurre il RCV individuale, questa analisi pone al centro la visione del paziente, riflettendo le sue conoscenze di base sull'argomento e consentendo ai professionisti sanitari di adattare gli interventi informativi e terapeutici in base alla consapevolezza del rischio e alle caratteristiche dei propri assistiti.

La numerosità campionaria e l'eterogeneità della popolazione per caratteristiche clinico-anamnestiche e culturali ha permesso di ottenere risultati che non si limitano a descrivere un sottoinsieme di assistiti ma che riflettono la popolazione generale. Inoltre, questo tipo di indagine consente di ottenere alcuni strumenti aggiuntivi per migliorare la gestione clinica dei propri assistiti in un'ottica lungimirante

Tabella 3 - Caratteristiche di coloro che hanno identificato tutti i fattori di rischio cardiovascolare.

Età (mediana, IQR)	58 (30,0)
Sesso	
► maschi	17 (37,8)
► femmine	28 (62,2)
Livello di istruzione	
► scuola primaria	0 (0,0)
► scuola secondaria di primo grado	4 (8,9)
► scuola secondaria di secondo grado	15 (33,3)
► laurea	26 (57,8)
Body Mass Index (mediana, IQR):	
► normopeso	23 (5,0)
► sottopeso	29 (64,4)
► sovrappeso	3 (6,7)
► obeso classe I	12 (26,7)
► obeso classe II	1 (2,2)
	0 (0,0)
Tabagismo	
► fumatore attivo	5 (11,1)
► non fumatore	36 (80,0)
► ex fumatore	4 (8,9)
Attività fisica	
► non praticata	3 (6,7)
► saltuaria	4 (8,9)
► moderata	26 (57,8)
► frequente	12 (26,7)
Abitudini alimentari	
► dieta sana ed equilibrata	41 (91,1)
► dieta vegetariana o vegana	0 (0,0)
► dieta ricca di grassi e zuccheri	0 (0,0)
► alimentazione irregolare	4 (8,9)
Anamnesi positiva per eventi cardiovascolari maggiori	2 (4,4)
Familiarità per eventi cardiovascolari maggiori	
► positiva (un familiare diretto)	18 (40,0)
► positiva (più di un familiare)	9 (20,0)
► assente	17 (37,8)
► non nota	1 (2,2)
Diabete mellito	0 (0,0)

Tra tutti gli intervistati, n=45 (22,3%) hanno identificato tutti i maggiori fattori di RCV (stile di vita sedentario, familiarità per eventi cardiovascolari, alti valori pressori, fumo, diabete, alti valori di colesterolo e sovrappeso o obesità).

Tutti i valori sono riportati secondo il numero assoluto e (percentuale) salvo dove espressamente specificato. I dati relativi a percentuali e a range interquartili (IQR) sono stati arrotondati alla prima cifra decimale. Per ciascun quesito era consentita un'unica risposta.

e individualizzata. Conoscere ciò che il paziente percepisce come vantaggioso o dannoso per la salute CV aiuta a indirizzare meglio i consigli del medico¹¹ e, eventualmente, a intervenire precocemente per ridurre il rischio di malattia.

I MMG rivestono un ruolo fondamentale nel sensibilizzare la popolazione e nel promuovere stili di vita sani³. Per massimizzare l'efficacia delle strategie preventive è necessario, tuttavia, un impegno condiviso tra istituzioni, professionisti della salute e cittadini

con modelli di intervento proattivi e partecipativi¹². Questo approccio non solo migliora la salute individuale, ma apporta benefici significativi anche a livello comunitario¹³. La salute è un bene prezioso e prendersene cura è un dovere collettivo.

Bibliografia

1. Visseren FL, et al. Linee guida ESC 2021 per la prevenzione delle malattie cardiovascolari nella pratica clinica elaborate dalla Task Force

per la prevenzione delle malattie cardiovascolari nella pratica clinica costituita da rappresentanti della Società Europea di Cardiologia e di 12 società medico-scientifiche con il contributo straordinario dell'Associazione Europea di Cardiologia Preventiva (EAPC). G Ital Cardiol 2022;23:e3-e115

2. Lloyd-Jones DM, et al. Life's Essential 8: updating and enhancing the American Heart Association's construct of cardiovascular health: a presidential advisory from the American Heart Association. Circulation 2022;146:18-43
3. Palermo V, et al. Strategie di formazione per la promozione di stili di vita salutari in contesti opportunistici. Boll Epidemiol Naz 2021;2:29-35
4. Forte V, et al. Realizzare il cambiamento: i nuovi principi dell'organizzazione europea della medicina generale (Wonca Europe 2022) e la medicina territoriale in Italia. Rec Progr Med 2023;114:642-46
5. Magnani JW, et al. Health literacy and cardiovascular disease: fundamental relevance to primary and secondary prevention: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation 2018;138:e48-e74
6. Zipkin DA, et al. Evidence-based risk communication: a systematic review. Ann Intern Med 2014;161:270-80
7. WHO. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour: Web Annex. Evidence profiles. Geneva: World Health Organization 2020
8. Sebastian SA, et al. Long-term impact of mediterranean diet on cardiovascular disease prevention: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Curr Probl Cardiol 2024;49:102509
9. Korhonen MJ, et al. Lifestyle changes in relation to initiation of antihypertensive and lipid-lowering medication: a cohort study. J Am Heart Assoc 2020;9:e014168
10. Istituto Superiore di Sanità. Progetto Cuore – epidemiologia e prevenzione delle malattie cardio e cerebrovascolari. Ultimo accesso 11 agosto 2025. <https://www.cuore.iss.it/prevenzione/>
11. Moja EA, et al. Comunicazione e performance professionale: metodi e strumenti. Il Modulo. La comunicazione medico-paziente e tra operatori sanitari. Ministero della Salute 2016:5-40
12. Istituto Superiore di Sanità. Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025. Ministero della Salute 2020:1-119
13. Mignoli L. Perché è indispensabile declinare la salute come bene comune. M.D. Medicinae Doctor 2012;11:10-13