Introduzione

Questa relazione descrive lo studio realizzato visitando e valutando i dipendenti della Regione Lombardia, facenti parte delle varie sedi territoriali, come prosecuzione dello studio precedente svolto per le sedi centrali di Milano. Tale prosecuzione è stata svolta in quanto si è ancor più dimostrato, anche tramite la scorsa relazione, il bisogno di una valutazione medica, con un protocollo preciso, che permetta uno screening preventivo. Come detto in precedenza, teniamo a sottolineare come una valutazione di questo tipo identifichi in particolare quali sono i principali fattori di rischio cardiovascolare in una specifica popolazione. Ricordiamo che per fattori di rischio cardiovascolare sono intese tutte quelle modificazioni dei parametri corporei (peso, glicemia, pressione arteriosa, colesterolemia), le abitudini di vita (tabagismo, alcool, sedentarietà, alimentazione eccessiva) e la familiarità per le malattie cardiovascolari o per i fattori di rischio inerenti, che da soli o in associazione aumentano la possibilità di avere manifestazioni patologiche cardiovascolari. A tal fine si valuta se un soggetto presenta un rischio maggiore di eventi cardiovascolari, potendo quindi fornire validi consigli su come agire per correggere tali fattori.

Con questa seconda fase della ricerca il nostro obiettivo è quello di ampliare sempre più il campione di studio al fine di migliorare le strategie per effettuare una ottimale PREVENZIONE PRIMARIA o una PREVENZIONE SECONDARIA.

Protocollo

Tale fase della ricerca si posiziona come la continuazione del lavoro precedentemente svolto e quindi si è seguito lo stesso logaritmo di studio e di analisi utilizzato in precedenza. Per ottenere una stratificazione del rischio cardiovascolare la prima cosa è stata valutare il rischio assoluto nei soggetti in esame. Per fare ciò abbiamo deciso, proseguendo con le medesime metodiche utilizzate in precedenza, di somministrare un questionario anamnestico associato ad una visita clinica.

In questa fase della ricerca un Medico membro della Federazione Medico Sportiva Italiana (FMSI) si è recato in 10 differenti sedi territoriali della Regione Lombardia al fine di visitare i dipendenti di queste sedi che hanno volontariamente aderito al protocollo. La tabella sottostante mostra il dettaglio della sede, della data e del numero delle visite svolte in questa fase della ricerca. In totale sono state effettuate 186 visite nellôarco di 32 giorni e 10 sessioni di visite.

Visite nelle sedi territoriali della Regione Lombardia		
Sede della visita	**Data della visita**	**Dipendenti visitati**
Pavia*	22 marzo 2010	14
Mantova	22 marzo 2010	13
Varese	29 marzo 2010	21
Como	30 marzo 2010	24
Cremona	8 aprile 2010	24
Lecco	12 aprile 2010	17
Sondrio	13 aprile 2010	17
Bergamo	15 aprile 2010	24
Brescia	19 aprile 2010	25
Monza	23 aprile 2010	7
** A Pavia sono stati visitati 14 dipendenti (11 appartenenti alla sede di Pavia e 3 appartenenti alla sede di Lodi)*		Totale visite 186

Il questionario anamnestico, somministrato per via scritta e ricontrollato oralmente dal medico, consiste prima di tutto nella raccolta dellôanamnesi familiare: la maggior parte delle condizioni a rischio di morte improvvisa durante la vita quotidiana e lôattività fisica sono infatti determinate geneticamente. Non meno importante la raccolta anamnestica personale con lôobiettivo di valutare

la presenza di una eventuale sintomatologia, caratterizzata da dolore retrosternale, sincope, cardiopalmo, etc., e con lo scopo di indagare lo stile di vita, analizzando le abituali attività fisiche svolte e la capacità di esercizio. Lo stile di vita è stato indagato somministrando un questionario riconosciuto a livello internazionale (International Physical Activity Questionnaire ï IPAQ) che valuta il tipo e lôintensità di attività fisica svolta durante la giornata. Tale questionario è stato inoltre integrato dalla catalogazione dellôintensità dello sforzo percepito (RPE) utilizzando la Scala di Borg.

Il protocollo individuato prevede poi la visita clinica caratterizzata non solo dalla misurazione della pressione arteriosa, ma anche dallôauscultazione cardiaca, e dallôesecuzione di un elettrocardiogramma (ECG) a riposo, anche se nella nostra Società e nel nostro SSN lôECG non è infatti contemplato come elemento di screening standard di prevenzione. Solo nella Medicina dello Sport, nella certificazione agonistica, tale esame rientra nel protocollo valutativo e preventivo. Di fatto fin dalla giovane età solo occasionalmente si è sottoposti ad un esame elettrocardiografico.

Anche in questa seconda fase dello studio totale sulla Regione, come nella precedente fase, non sono stati eseguiti prelievi ematici per lôanalisi della glicemia e della colesterolemia.

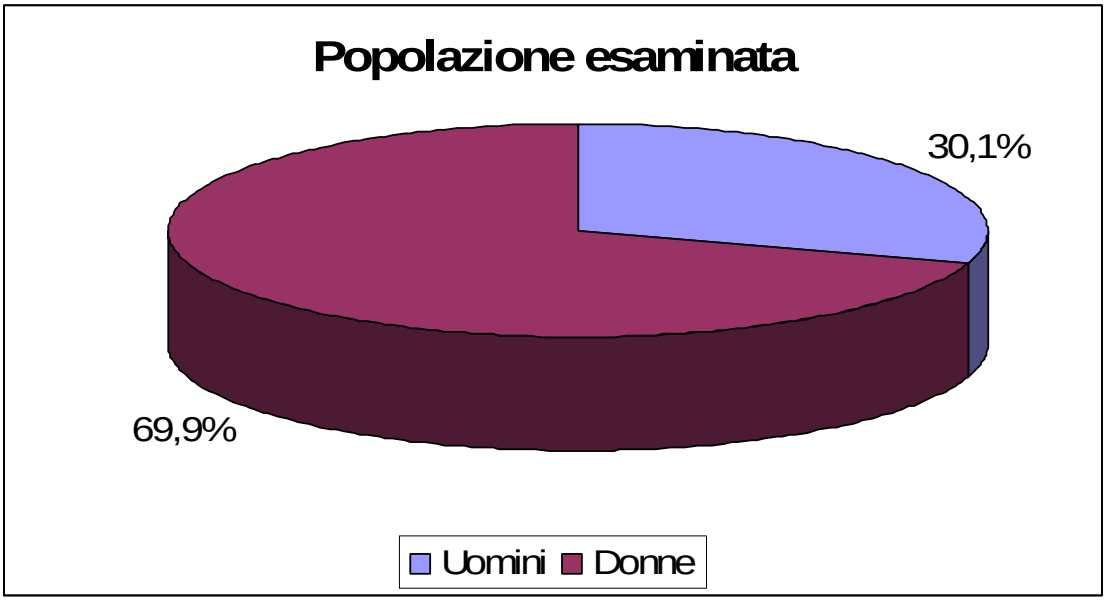
Analisi della popolazione

Questo studio ha analizzato una popolazione composta da 186 dipendenti della Regione Lombardia distribuiti nelle sedi territoriali sopra elencate. Tali soggetti, come quelli del precedente studio, praticano un lavoro per lo più dôufficio o che comporta scarsi movimenti, quindi soggetti che possono essere considerati SEDENTARI almeno nellôorario lavorativo.

Andiamo ora ad analizzare uno per uno i fattori di rischio presi in esame.

- Sesso ed età

La popolazione esaminata comprendeva 56 uomini e 130 donne, con una percentuale del 30,1% di uomini e del 69,9% di donne.

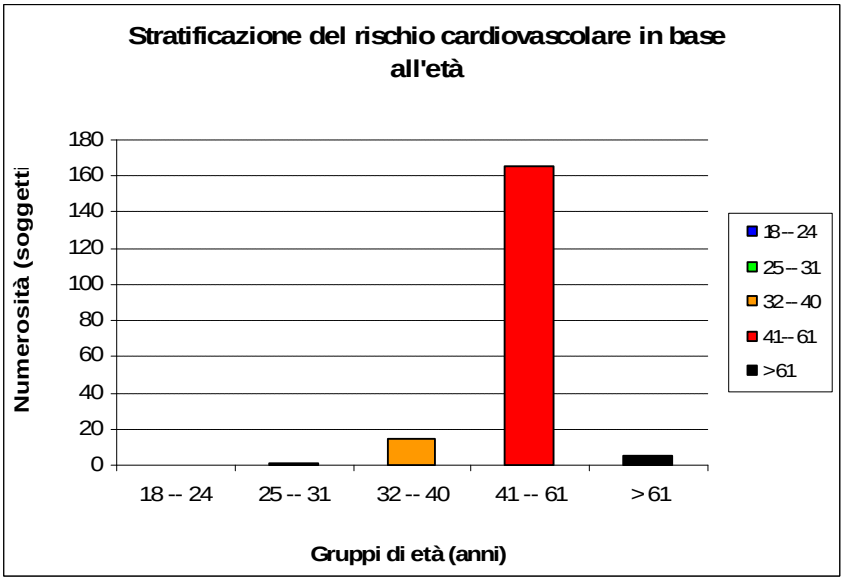


La popolazione presenta una età media di 50,6±6,25 (valori espressi come media e deviazione standard), con unôetà minima di 31 anni e una massima di 63 anni. Tale età media è leggermente superiore a quella rilevata in precedenza per le sedi centrali di Milano. In media questa è una

popolazione che si attesta nella fascia di età a rischio cardiovascolare molto elevato, come mostra la tabella sottostante.

QUANTIFICAZIONE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE IN BASE ALLôETAô	
Età (anni)	**Rischio cardiovascolare**
6 ï 11	Molto al di sotto della soglia di rischio
12 ï 17	Al di sotto della soglia di rischio
18 ï 24	Rischio medio
25 ï 31	Rischio moderatamente elevato
32 ï 40	Rischio elevato
41 ï 61	Rischio molto elevato

Per maggiormente evidenziare questo dato si sono mostrati in un grafico ad istogrammi i valori di età, raggruppati secondo le classi di rischio. Nel grafico si vede benissimo come la fascia di età compresa tra i 41 e i 61 anni, quindi la fascia di età maggiormente a rischio di un primo evento cardiovascolare, sia la più rappresentata (165 soggetti; 88,7%). Tale elevata percentuale è anche maggiore di quella rilevata nelle sedi centrali di Milano, dove era pari al 81,9%. Rendendo ancora più selettiva questa analisi, al fine di individuare i soggetti più a rischio, si può notare come 58 di questi abbiano un età pari o superiore ai 55 anni.



Distinguendo lôanalisi per il sesso si evidenzia che tra uomini e donne non vi è distinzione per fascia di età. Gli uomini presentano una età media di 47,5±7,97, con unôetà minima di 28 anni e una massima di 63 anni. Le donne invece presentano una età media di 47,8±7,31, con unôetà minima di 23 anni e una massima di 64 anni. È utile ricordare che nelle donne tale fascia di età (47,8±7,31 anni) è compresa in quellôintervallo di età in cui il rischio cardiovascolare diventa similare a quello degli uomini.

- **Composizione corporea**

Non smetteremo mai di ripetere come sia ormai scientificamente accertato come un eccesso ponderale sia un fattore di rischio primario e diretto per eventi cardiovascolari. Inoltre il sovrappeso è anche un fattore cardiovascolare indiretto in quanto lôeccesso può provocare alterazioni metaboliche, e specialmente nellôassetto glicemico, nella colesterolemia ed a livello pressorio. Infatti è oramai accertato che una riduzione di peso, se in eccesso, provoca effetti metabolici favorevoli aiutando il ripristino dei valori di normalità di pressione arteriosa, colesterolo plasmatico e glicemia.

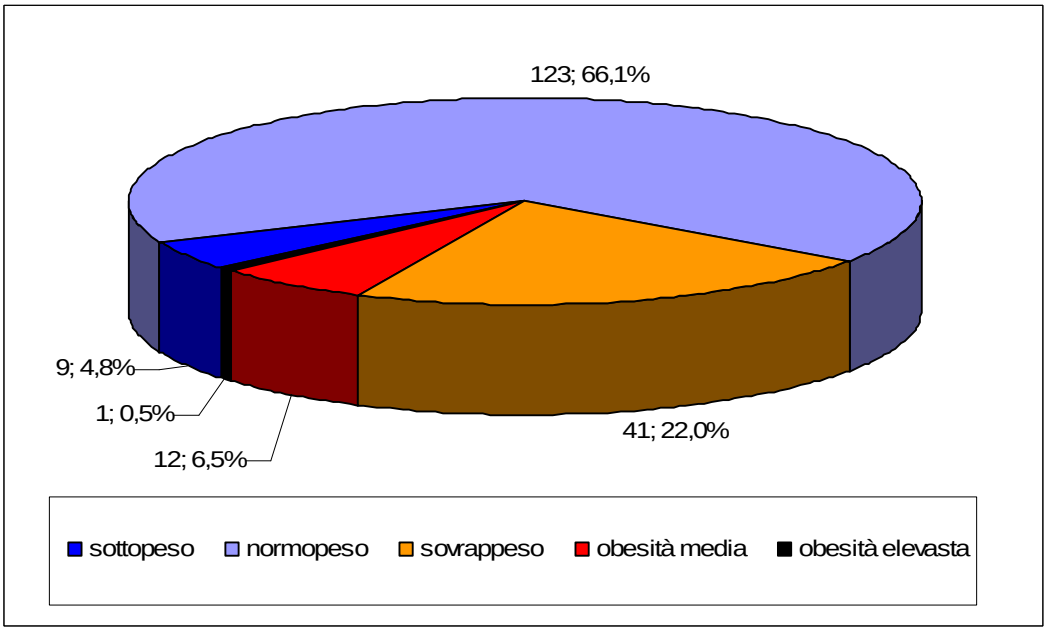
Si è cercato, quindi, di analizzare, tramite semplici parametri antropometrici quali peso e altezza, lôaspetto somatico della popolazione in esame. Per valutare se un soggetto presenti una massa eccessiva rispetto a quella ideale per la sua composizione corporea abbiamo utilizzato un parametro definito Indice di Massa Corporea (IMC; Body Mass Index ï BMI). Tale parametro, di facilissimo ottenimento e di diffusissima utilizzazione, è ottenuto tramite il rapporto della massa corporea (peso espresso in kg) e il quadrato della statura (altezza espressa in metri).

Il valore di IMC ideale, soggetto normopeso, deve essere compreso tra 18 e 25 (non compreso). La tabella sottostante indica la classificazione della composizione corporea in base al IMC.

Analisi della composizione corporea in base al IMC	
IMC (kg/m^2)	**Classificazione**
<18	Sottopeso
18 ï 24	Normopeso
25 ï 29	Soprappeso
30 ï 39	Obesità di grado medio
> 40	Obesità grave

La popolazione studiata presentava in media valori di massa corporea pari a 65,1±13,15 kg, di statura pari a 1,66±0,09 m, e quindi un IMC pari a 23,58±3,77 kg/m^2, con valori che oscillano da un minimo di 16,8 kg/m^2 ad un massimo di 40 kg/m^2. I dati medi sono però poco indicativi della situazione evidenziata nella popolazione in esame. Abbiamo deciso quindi di evidenziare la distinzione in classi di rischio mostrandola tramite due grafici.

Il grafico a torta sottostante evidenzia come il 66,1% della popolazione, presenti valori di IMC definibili normali. Della restante popolazione il 4,8% presenta valori di IMC al di sotto del limite di normalità pari a 18, e quindi definibili come soggetti sottopeso. Dalla analisi risulta che 54 soggetti, quindi il 29% della popolazione presenti una situazione di eccesso ponderale e di questi il 7% presenta una palese obesità (12 soggetti con obesità di grado medio ï 6,5%; 1 soggetto con obesità grave ï 0,5%).

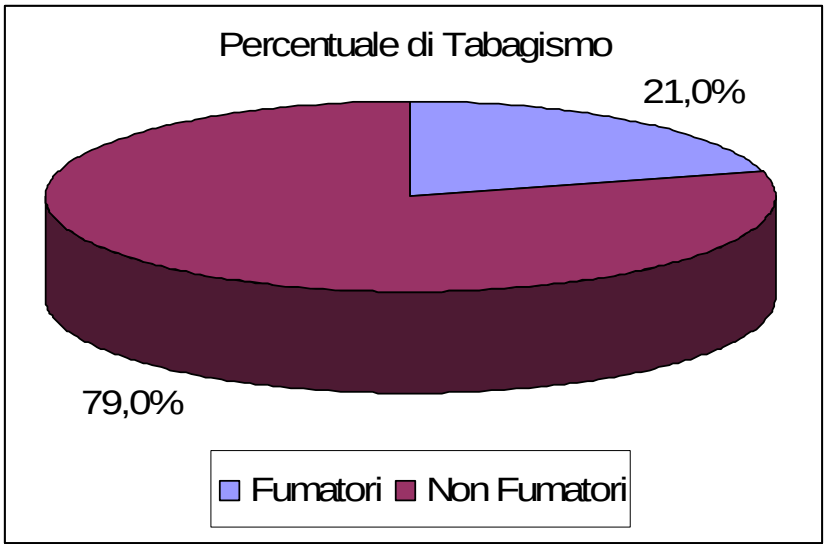


Tali dati mostrano palesemente come buona parte della popolazione esaminata (il 29%) presenti una elevazione del rischio cardiovascolare indotta dal non idoneo controllo del peso corporeo.

- **Abitudini di vita (tabagismo, consumo di alcolici e attività fisica)**

Tabagismo

Il tabagismo, definito come lôabitudine a fumare sigarette, è considerato uno dei fattori di ischio cardiovascolari più importanti. Le nostre opinioni a riguardo sono state già definite nella prima relazione e qui ci limitiamo a mostrare le statistiche. Allôinterno della popolazione da noi esaminata abbiamo potuto constatare che 39 soggetti presentano lôabitudine al fumo di sigaretta, corrispondenti al 20,9% della popolazione, una quota nettamente superiore al 14,8% presente nei dipendenti delle sedi centrali di Milano.



Fortunatamente siamo di fronte ad una quota limitata della popolazione, ma pur sempre, tali soggetti sommano tale fattore di rischio agli eventuali altri fattori non modificabili, e quindi innalzano il loro Rischio Cardiovascolare.

Consumo di alcolici

Anche per tale abitudine, come per il fumo, le nostre opinioni sono state espresse nella precedente relazione e quindi ci limitiamo a mostrare le statistiche relative.

81 soggetti ammettono di assumere alcolici, ma tutti in maniera limitata, soprattutto occasionalmente vino rosso al pasto. Nessun soggetto esaminato dichiara di abusare di alcolici, soprattutto se si considerano i super-alcolici.

Attività fisica e stile di vita

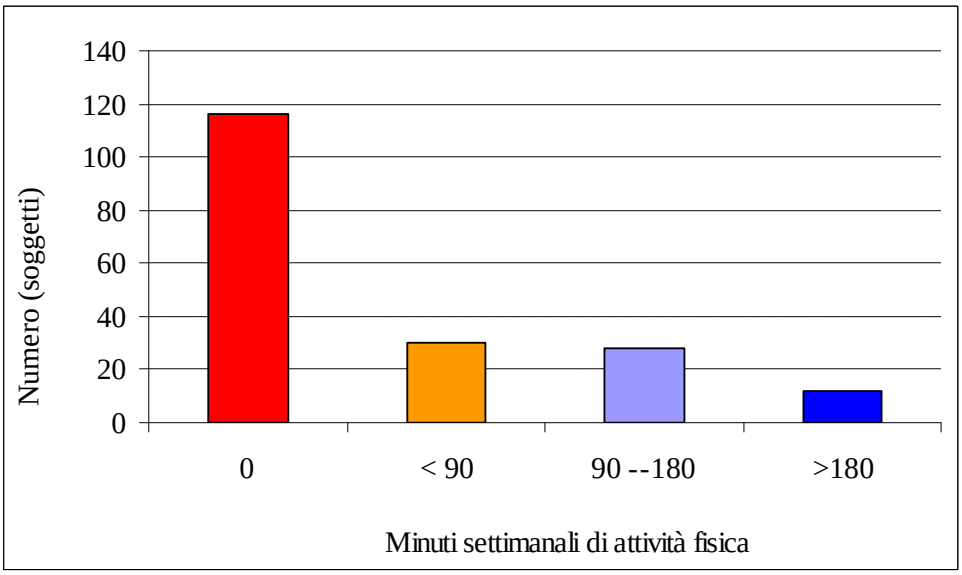
È ormai accettato dalla comunità scientifica che la pratica di attività fisica continuata e regolare promuove e migliora lo stato di salute. È anche accertato oramai che uno stile di vita sedentario può essere considerato un fattore di rischio cardiovascolare sia primario che secondario. Come in precedenza abbiamo cercato di valutare la pratica o meno di attività sportiva. Si è evidenziato come 71 soggetti dichiarino di praticare attività sportiva nellôarco della settimana, con una frequenza media pari a 2,4±1,71 volte a settimana, con un minimo di 1 volta a settimana e un massimo di 7 volte, per una durata media pari a 58,36±32,21 minuti a seduta, con un minimo di 15 minuti e un massimo di 180 minuti.

Lôindicazione attuale delle linee guida internazionali è quella di praticare attività fisica strutturata per almeno 3 volte a settimana, per un minimo di 30 minuti a seduta, anche se lôideale sarebbe di incrementare a 5 volte a settimana e/o di portare a 60 minuti la singola seduta. La tabella sottostante mostra una classificazione degli stili di vita possibili in base allôattività fisica praticata, tale classificazione è molto semplicistica (dato che non considera il tipo e lôintensità dellôattività svolta) ma utile per un primo approccio al problema.

Attività sportiva e stile di vita	
Stile di vita	**Minuti settimanali di attività**
Sedentario	< 90
Moderatamente attivo	90 ï 180
Attivo	>180

Secondo tali considerazioni, nella analisi della popolazione abbiamo considerato come sedentari, e quindi con fattore di rischio cardiovascolare, tutte quelle persone che non praticano attività sportiva, o che non la pratichino per almeno 90 minuti settimanali, anche se realmente non si ottengono risultati soddisfacenti se non arrivando nella fascia superiore ai 180 minuti settimanali.

Il grafico sottostante mostra quanto la popolazione studiata pratichi attività sportiva.



Possiamo vedere come la maggior parte della popolazione non pratichi per nulla, o non abbastanza, attività sportiva di alcun tipo (146 soggetti; 78,5% della popolazione) e quindi sia da considerare sedentaria. Nel restante gruppo vi sono 28 soggetti (15,05%) che praticano attività sportiva per un intervallo di tempo accettabile per essere considerato non sedentario, ma non ideale per avere stimoli fisici positivi indotti dallôattività fisica. Solo 12 soggetti (appena il 6,5%) pratica attività sportiva per un intervallo di tempo considerabile ideale per ottenere adattamenti fisici positivi indotti dalla pratica di attività fisica. Possiamo quindi evidenziare come il 78,5% della nostra popolazione presenti un fattore di rischio cardiovascolare aggiunto dovuto alla sedentarietà.

Conferma di questa sedentarietà viene data anche dallôinterpretazione del questionario IPAQ che, considerando lo stile di vita in maniera più ampia e non solo le ore di attività sportiva, cerca di valutare lôattività fisica non strutturata, quindi tutte quelle mansioni che possono provocare un dispendio energetico elevato ma che le persone non considerano come attività fisica (fare giardinaggio, sollevare pesi, trasportare cose, eccé). Dai risultati di questo questionario si può evidenziare che, a prescindere dallôattività sportiva, la popolazione in esame è da considerarsi sedentaria non solo per il lavoro che svolgono, ma anche per quanto riguarda lo stile di vita fuori dal lavoro. Secondo il questionario IPAQ somministrato 97 soggetti presentano un basso livello di attività fisica giornaliera, 56 soggetti presentano un moderato livello di attività fisica giornaliera e solo 33 presentano un livello elevato.

Stile di vita ï Questionario IPAQ		
Categoria	**Numero (soggetti)**	**%**
Basso livello di attività fisica	97	52,2
Moderato livello di attività fisica	56	30,1
Elevato livello di attività fisica	33	17,7

Rispetto alla popolazione precedentemente abbiamo una quota minore di persone che hanno un basso livello di attività fisica (il 52,2% contro il 61%), che sono le persone più difficilmente spronabili a migliorare il proprio stile di vita. Inoltre è presente una quota maggiore di persone a moderato livello di attività fisica (30,1% contro 24,2%), che sono più facilmente spronabili a migliorare il proprio stile di vita quel tanto che basti. Infine è confortevole che vi sia il 17,7% (contro il 14,8% della precedente popolazione) che già presenti un elevato livello di stile di vita. Sarebbe quindi opportuno spronare tutte le persone sedentarie e coloro che praticano attività fisica al di sotto degli standard ideali, ad attivare il proprio metabolismo praticando un minimo di attività fisica continuativa e costante al fine di migliorare la propria salute.

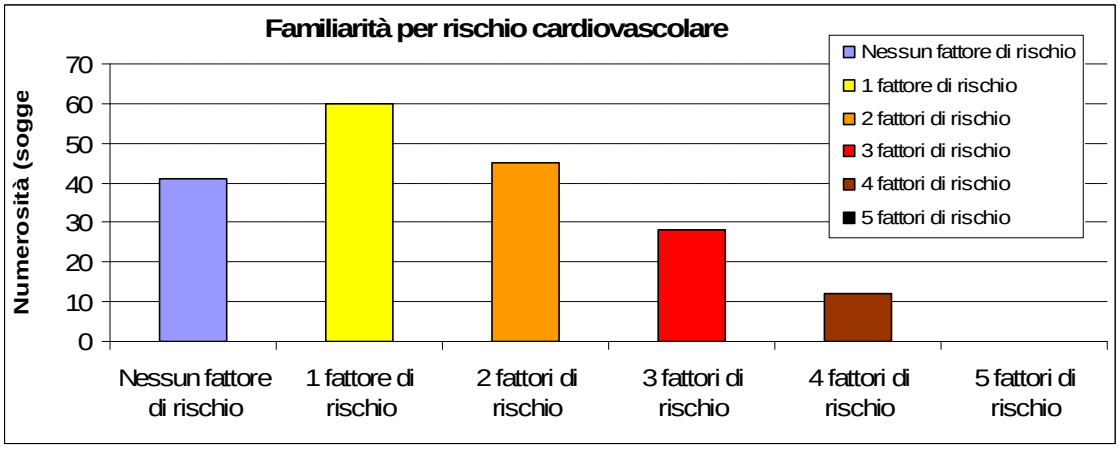
- **Familiarità**

Per tutti i motivi di familiarità espressi nella precedente relazione si è cercata la presenza tra i familiari diretti (fratelli, genitori, nonni) la presenza di patologie o eventi quali diabete, ipertensione arteriosa, morte improvvisa (di natura non traumatica), cardiopatia ischemica od infarto, ictus, o altre patologie di natura cardiovascolare.

La tabella sottostante mostra la presenza di tali familiarità nella popolazione in esame.

Patologia	Numero	% della popolazione
Ipertensione Arteriosa	99	53,2
Cardiopatia ischemica od infarto	78	41,9
Diabete	51	27,4
More improvvisa	19	10,2
Ictus	17	9,1

Lôipertensione Arteriosa, la Cardiopatia di natura ischemica e il Diabete rappresentano i fattori più diffusi. Come fatto in precedenza, anche qui abbiamo deciso di classificare la nostra popolazione in base alla quantità di fattori familiari predisponesti presenti in ciascun soggetto. Il grafico sottostante mostra i risultati di tale analisi.



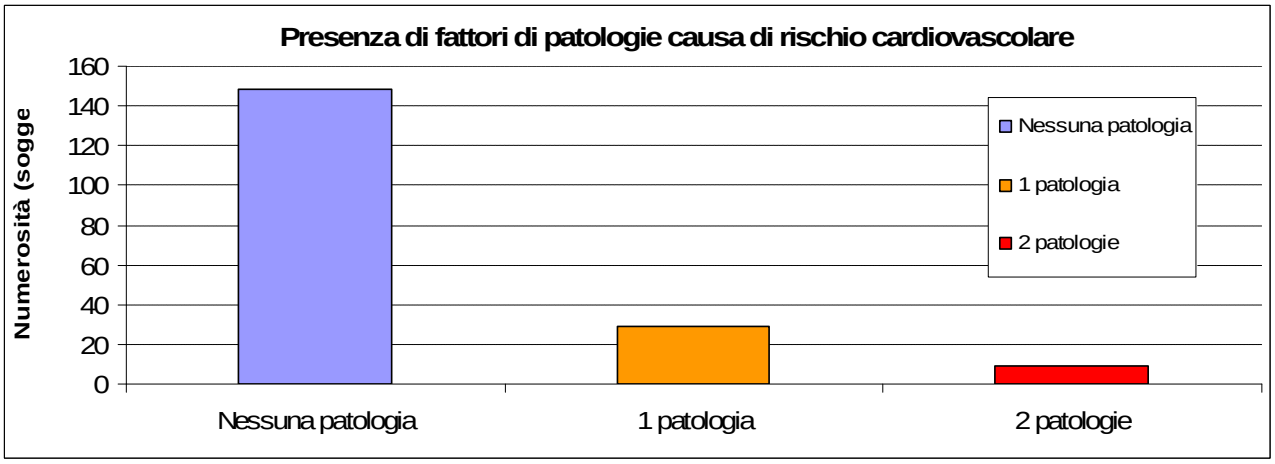
Seguendo gli stessi criteri della prima fase abbiamo considerato i soggetti che presentino nessuno o 1 fattore di rischio cardiovascolare a Lieve rischio cardiovascolare, al pari della restante popolazione di pari età; i soggetti che presentino 2 o 3 fattori di rischio possono essere considerati a Moderato rischio cardiovascolare; i soggetti con 4 o più fattori di rischio sono da considerare infine ad Elevato rischio cardiovascolare. In base ai fattori di rischio ereditari nella nostra popolazione possiamo evidenziare che 101 soggetti (54,3% della popolazione) presentano un rischio cardiovascolare Lieve. Il restante 46,7% della popolazione presenta un rialzo del rischio cardiovascolare motivato da una familiarità (73 soggetti con rischio Moderato ï 39,2%; 12 soggetti con rischio Elevato ï 6,45%). Tutti i soggetti che presentino tale innalzamento del rischio cardiovascolare di origine familiare dovrebbero essere sollecitati ad effettuare provvedimenti per valutare e ridurre al minimo gli effetti di tale situazione.

- **Patologie personali indici di rischio cardiovascolare**

Tramite il questionario anamnestico si è cercato di indagare la presenza di patologie croniche o di eventi passati che possano far nascere il sospetto di una possibile evoluzione a livello cardiovascolare con lôintento di individuare i soggetti a rischio di eventi cardiaci. 2 soggetti (1,08% della popolazione) sappiano di essere Diabetici, 26 soggetti (13,98%) sono Ipertesi e in trattamento di vario tipo e 13 soggetti (6,99%) presentano una cardiopatia. Nella precedente fase delo studio vi era una predominanza dei casi con cardiopatia, ora abbiamo una predominanza dei soggetti ipertesi.

Patologie indici di rischio cardiovascolare		
Patologia	**Numero (soggetti)**	**%**
Diabete	2	1,08
Ipertensione	26	13,98
Cardiopatia	13	6,99
Ipercolesterolemia	2	1,08
Tachicardia	2	1,08
TIA	2	1,08

Abbiamo inoltre evidenziato quanto ognuno dei soggetti esaminati sia sottoposto ad un fattore di rischio cardiovascolare.



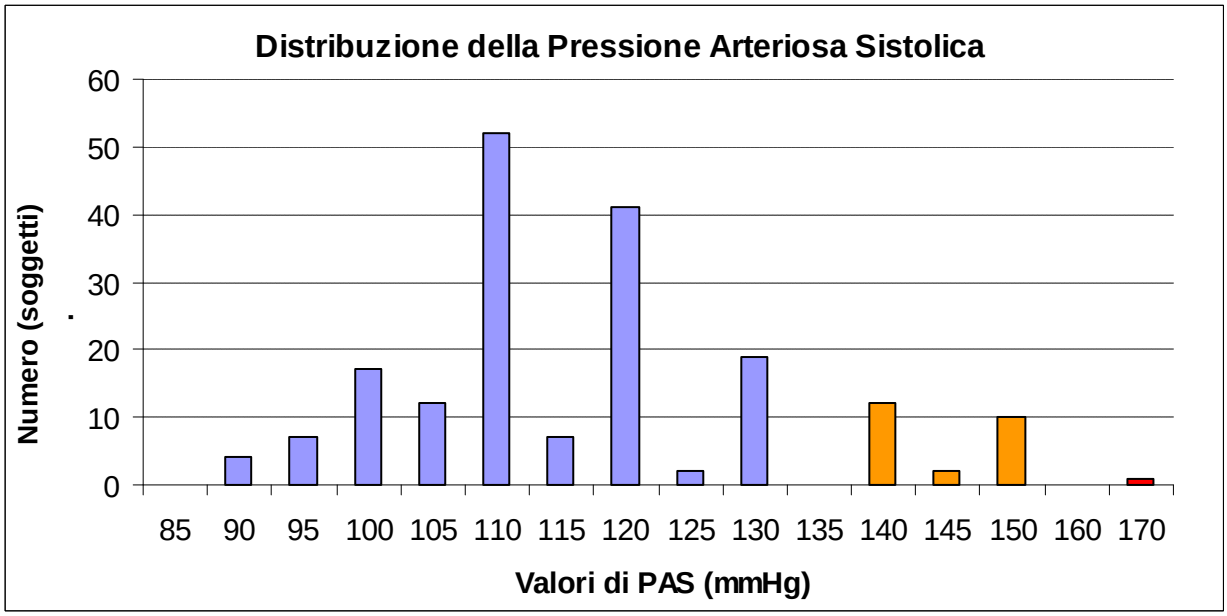
Tale grafico ci mostra come la maggior parte delle persone indagate (148 soggetti; 79,6%) siano da considerarsi clinicamente sane. Il restante gruppo di soggetti (38 soggetti; 20,4%) presentano più patologie tra quelle sopra indicate, che ne incrementano il rischio di eventi cardiovascolari, soprattutto se consideriamo il diabete e lôipertensione arteriosa cronica.

- **Pressione Arteriosa**

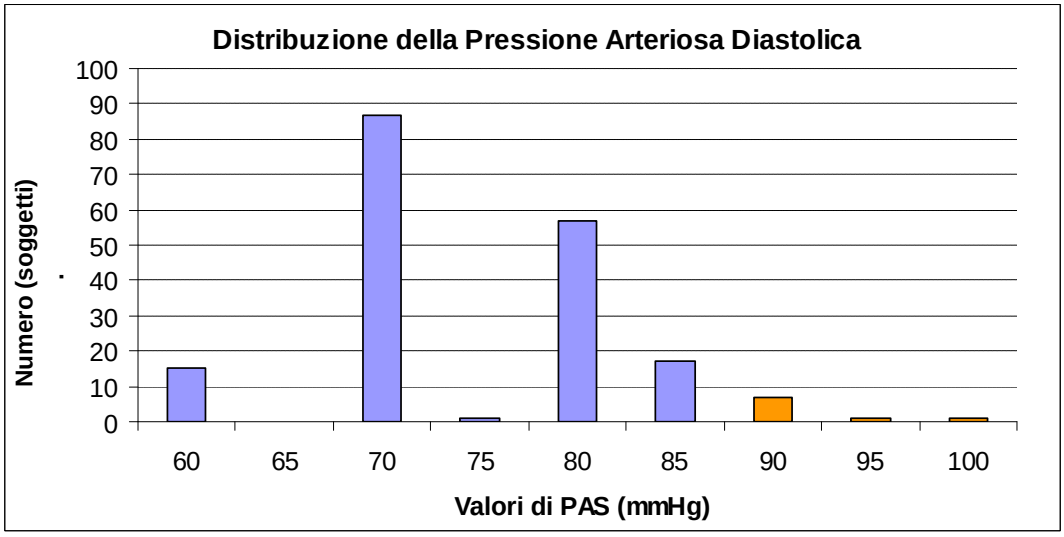
È accertato ormai da anni il ruolo primario di una ipertensione arteriosa nel provocare eventi cardiovascolari. Come già esposto nella prima relazione, la presenza di valori pressori uguali e/o superiori ai 140/90 mmHg espone i soggetti ad un elevato rischio di eventi cardiovascolari. La tabella sottostante ricorda in maniera semplice i gradi possibili di ipertensione individuabili.

Quantificazione del rischio cardiovascolare in base ai valori di Pressione Arteriosa			
Grado	**Rischio**	**PAS**	**PAD**
Grado 1	Lieve	140 ï 159	90 ï 99
Grado 2	Moderato	160 ï 179	100 ï 109
Grado 3	Grave	Ó180	Ó110

La pressione arteriosa è stata misurata a tutti i soggetti durante la visita clinica e sono stati evidenziati valori di PAS in media pari a 117±14,9 mmHg, con valori minimi di 90 mmHg e valori massimi di 170 mmHg. Come si può vedere nel grafico sottostante il 13,4% della popolazione presentavano valori di PAS uguali o superiori a 140 mmHg, che quindi espongono ad una elevazione del rischio cardiovascolare.



La PAD ha presentato valori medi pari a 74,6±7,77 mmHg, con valori minimi pari a 60 mmHg e valori massimi pari a 98 mmHg. Come si può vedere nel grafico sottostante il 4,8% della popolazione presentavano valori di PAD uguali o superiori a 90 mmHg, che quindi espongono ad una elevazione del rischio cardiovascolare.



Analizzando quindi i singoli soggetti della popolazione in esame per valutare quanti soggetti presentavano valori alterati di pressione arteriosa abbiamo evidenziato come 26 persone (13,98% della popolazione in esame) presentavano valori di PAS Ó 140 mmHg e/o valori di PAD Ó 90 mmHg e quindi erano soggetti ad un incremento del rischio cardiovascolare. Tali persone, anche se sapevano di essere ipertese e quindi erano sottoposti a terapia, presentano quindi la necessità di adeguare la propria terapia e/o di modificare alcune abitudini di vita (per esempio alimentazione iposodica e attività fisica).

- **Visita clinica ed Elettrocardiogramma (ECG)**

Seguendo il protocollo stabilito ognuno dei pazienti è stato infine sottoposto a visita (comprensiva di auscultazione cardiaca) con associato ECG. Allôecg si sono rilevati i parametri fondamentali cardiologici, mostrati nella tabella sottostante.

Parametro	Valori medi e ds	Valori minimi	Valori massimi
FC (bpm)	66,2±9,17	45	96
PQ (sec)	0,15±0,023	0,12	0,24
QT (sec)	0,37±0,027	0,30	0,48

In base alla visita clinica e allôecg sono stati evidenziati 21 soggetti (il 11,3% della popolazione) che presentano leggere problematiche cardiache evidenziabili allôecg o allôauscultazione. I principali difetti evidenziati erano la presenza di un soffio sistolico allôauscultazione e/o di un blocco di branca destro incompleto allôecg.

CONCLUSIONI

Seguendo la stessa procedura precedentemente impostata abbiamo voluto concludere tale relazione rianalizzando tutti i fattori di rischio sopra menzionati per ogni soggetto e, assegnando un punteggio a ciascuno di essi, creare una stratificazione del rischio cardiovascolare.

Stratificazione del rischio cardiovascolare per il singolo individuo

Per ottenere tale stratificazione abbiamo deciso di assegnare 1 punto ad ognuno dei fattori di rischio sopramenzionati e descritti, la tabella sottostante esplicita tale scelta.

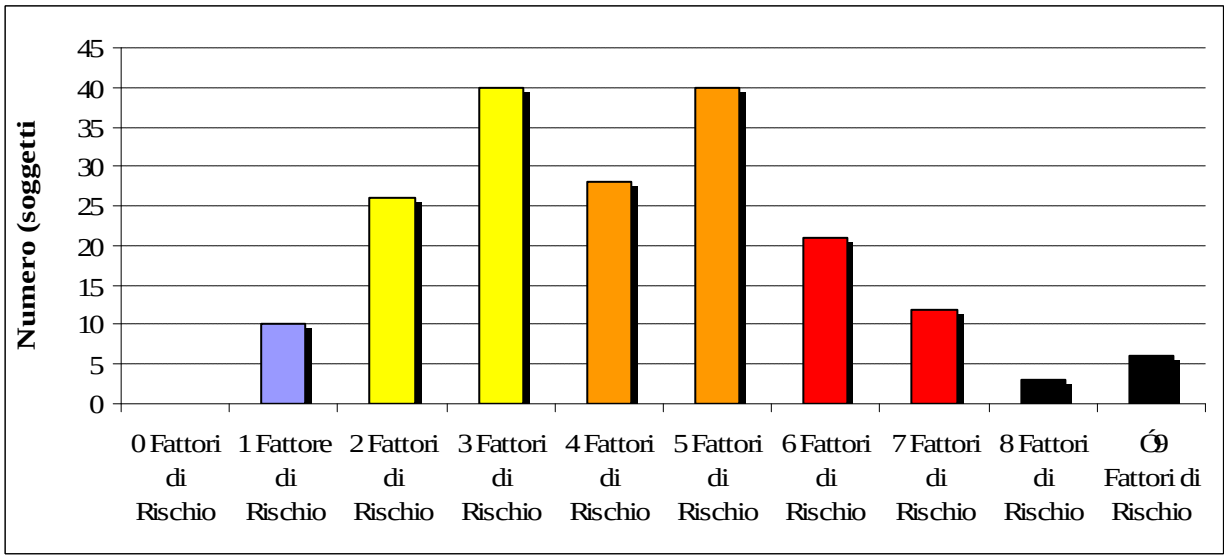
Stratificazione del rischio cardiovascolare		
Parametro	**Criterio di assegnazione**	**Numero di casi**
Età	1 punto se Ó41 anni (fascia di età a maggior rischio)	169
Composizione corporea	1 punto se IMC Ó25 (soprappeso e/o obesità)	54
Tabagismo	1 punto se vi è abitudine al fumo di sigaretta (fumatore)	39
Alcool	1 punto se vi è abuso di alcolici (alcolismo)	0
Attività fisica	1 punto se < 90 minuti di allenamento settimanali (sedentarietà)	146
Familiarità	1 punto per ogni patologia inerente segnalata	282
Patologie personali	1 punto per ogni patologia inerente passata e/o presente segnalata	47
Pressione Arteriosa	1 punto se PAS Ó140 mmHg e/o PAD Ó90 mmHg (Ipertensione)	26
Visita clinica e ECG	1 punto se presenti alterazioni auscultatorie o al tracciato	21

Seguendo tale criterio abbiamo quindi cercato di individuare i soggetti che possono essere considerati a più elevato rischio di subire un evento cardiovascolare.

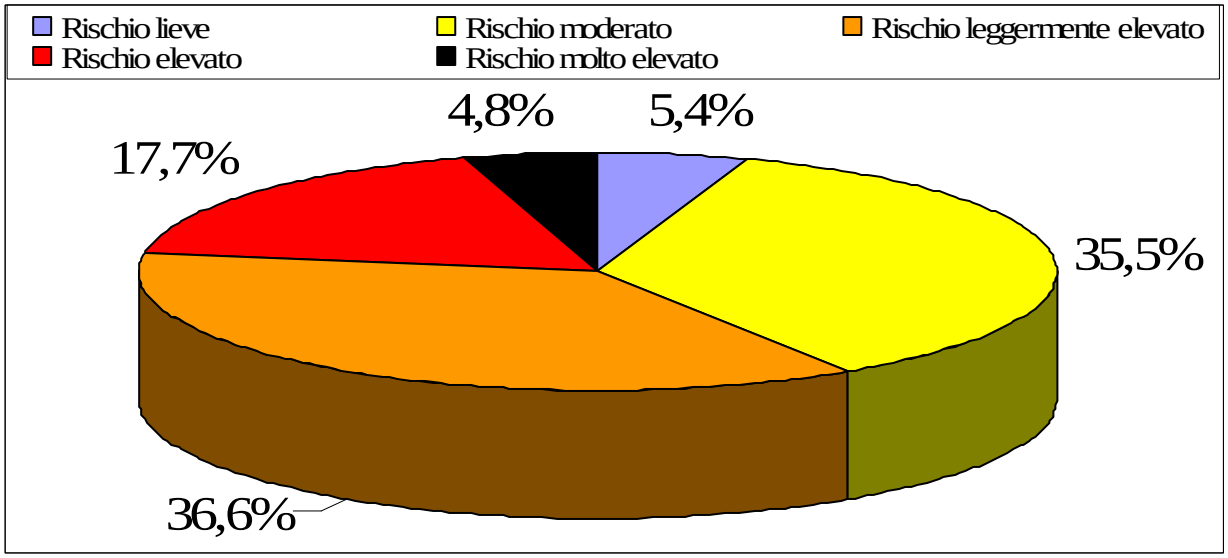
La tabella e i grafici sottostanti evidenziano tale situazione.

Stratificazione del rischio cardiovascolare						
Fattori di rischio	**Numero (soggetti)**	**% della popolazione**	**Classe di rischio**		**Numero (soggetti)**	**% della popolazione**
0	0	0	Lieve		10	5,38
1	10	5,38				
2	26	13,98	Moderato		66	35,48
3	40	21,51				
4	28	15,05	Leggermente elevato		68	36,56
5	40	21,51				
6	21	11,29	Elevato		33	17,74
7	12	6,45				
8	3	1,61	Molto elevato		9	4,84
Ó9	6	3,23				

Il grafico ad istogrammi mostra la suddivisione della popolazione in base al numero di fattori di rischio presenti in ciascun soggetto.



Segue un grafico a torta che suddivide la popolazione in 5 classi di rischio cardiovascolare in base al numero di fattori di rischio presenti.



In queste elaborazioni abbiamo seguito la stessa grafica della relazione precedente, al fine di permettere anche una correlazione visuale dei dati esposti. Sia nei grafici che nella tabella in ***azzurro*** è mostrata la popolazione a lieve rischio (nessuno o 1 fattore di rischio), tale gruppo è da considerarsi al pari della restante popolazione mondiale con pari caratteristiche che presenta un rischio normale di sviluppare eventi cardiovascolari. In ***giallo*** è evidenziata la popolazione che presenti 2 o 3 fattori di rischio contemporanei; in tale popolazione è da segnalare un moderato incremento del rischio cardiovascolare indotto dalla somma di tali fattori. Seguono le classi a crescente rischio cardiovascolare, ***arancione***, ***rosso*** e ***nero*** per rischi che possiamo considerare rispettivamente leggermente elevato, elevato e molto elevato, dovute alla somma di un numero sempre crescente di fattori contemporanei.

I risultati ottenuti mostrano come la maggior parte della popolazione (176 soggetti; 94,6% della popolazione) presenti 2 o più fattori di rischio cardiovascolare, che renderebbero utile un adeguamento dello stile di vita (considerando che eseguono quasi tutti un lavoro sedentario e che pochissimi di loro integrano tale situazione con dellôattività fisica continuativa) e, secondo le specifiche situazioni, dei controlli periodici.

IPOTESI DI LAVORO FUTURO

Prima di concludere la relazione volevamo ipotizzare i possibili aspetti futuri di queste indagini:

1 ï con lôampliamento della popolazione in esame si potrebbe creare un vero e proprio screening valutativo della popolazione per quantificare lo stato di salute della popolazione italiana sedentaria;

2 ï i dati inerenti lôattività fisica sono stati elaborati in maniera semplice in modo da permettere una facile analisi e comprensione dello stile di vita della popolazione, ma potrebbero essere ulteriormente studiati al fine di derivare parametri specifici quali il dispendio energetico giornaliero e la stima del metabolismo basale, che sono fondamentali per effettuare una corretta prescrizione di esercizio fisico e/o di alimentazione corretta per il singolo soggetto;

3 ï partendo dalla stratificazione di rischio appena descritta nella relazione si potrebbe impostare un protocollo di prevenzione/terapia, al fine di ridurre e/o eliminare i fattori di rischio eliminabili, basato su indicazioni per lôattività fisica, per lôalimentazione o anche per la modificazione o lôinizio di specifiche terapie.