



## Test sul rischio di infarto cardiaco

**Il seguente test ha lo scopo di aiutarvi a valutare il vostro rischio personale di infarto cardiaco.**

**Mettete una crocetta sulla risposta giusta.**

### PREDISPOSIZIONE FAMILIARE

*Nei parenti di primo grado nella vostra famiglia (padre, madre, fratelli, figli) si sono già verificati episodi di infarto cardiaco o di ictus?*

Prima dei 70 anni

sì  4

no  0

Prima dei 55 anni

sì  6

no  0

### FUMO

non fumatore  0

meno di 20 sigarette al giorno  6

più di 20 sigarette al giorno  8

più di 20 sigarette al giorno e pillola antifecondativa  10

### PESO

*Calcolate il vostro BMI con la formula seguente:*

*BMI = peso corporeo in kg diviso per l'altezza in m (ad es. 60 kg/1,70m = BMI 20,76)*

*Il valore ottenuto va inserito nella tabella seguente.*

	<b>donne</b>	<i>il vostro valore</i>	<b>uomini</b>	<i>il vostro valore</i>	
sottopeso	meno di 19		meno di 20		<input type="checkbox"/> 0
peso normale	19 – 24		20 – 25		<input type="checkbox"/> 0
sovrappeso	25 – 30		26 – 30		<input type="checkbox"/> 1
obesità	oltre 30		oltre 30		<input type="checkbox"/> 2

### ALIMENTAZIONE CONSAPEVOLE

*Seguite una dieta alimentare povera di grassi (e comunque preferibilmente a base di grassi insaturi, come ad es. olio d'oliva)?*

*Mangiate giornalmente frutta fresca, insalata e verdura, frutta secca, prodotti integrali nonché pesce due volte alla settimana?*

praticamente sempre  -4

spesso  -2

quasi mai  0

### ABITUDINI ALIMENTARI

*Fate preferibilmente pasti pesanti, ad esempio a base di carni rosse o elaborate, salsicce, patatine fritte, prodotti a base di latte intero, panna, torte, dolci, dessert ?*

praticamente sempre  4

spesso  2

quasi mai  0

### MOVIMENTO

*Fate movimento regolarmente per almeno 20 minuti consecutivi?*

almeno una - due volte alla settimana  -2

almeno una volta alla settimana  0

meno di una volta alla settimana  2



## Test sul rischio di infarto cardiaco

### COLESTEROLO

*Cosa ne sapete del vostro colesterolo?*

- |                               |                            |
|-------------------------------|----------------------------|
| sconosciuto                   | <input type="checkbox"/> 2 |
| molto alto (oltre 280 mg/dl)  | <input type="checkbox"/> 6 |
| un po' alto (200 – 280 mg/dl) | <input type="checkbox"/> 3 |
| normale (sotto 200 mg/dl)     | <input type="checkbox"/> 0 |

### PRESSIONE SANGUIGNA

*Cosa ne sapete della vostra pressione sanguigna?*

- |  |                            |
|--|----------------------------|
| sconosciuta                            | <input type="checkbox"/> 2 |
| pressione massima inferiore a 140 mmHg | <input type="checkbox"/> 0 |
| pressione massima 140 – 160 mmHg       | <input type="checkbox"/> 1 |
| pressione massima superiore a 160 mmHg | <input type="checkbox"/> 6 |
| pressione minima inferiore a 90 mmHg   | <input type="checkbox"/> 0 |
| pressione minima 90 – 95 mmHg          | <input type="checkbox"/> 2 |
| pressione minima superiore a 95 mmHg   | <input type="checkbox"/> 4 |

### DIABETE

*Avete valori elevati di glicemia nel sangue?*

- |                                     |                            |
|-------------------------------------|----------------------------|
| sconosciuta                         | <input type="checkbox"/> 2 |
| no                                  | <input type="checkbox"/> 0 |
| sì, ma non ho bisogno di farmaci    | <input type="checkbox"/> 6 |
| prendo pastiglie contro la glicemia | <input type="checkbox"/> 8 |
| faccio iniezioni di insulina        | <input type="checkbox"/> 8 |

### STRESS

*Lavorate costantemente in condizioni di urgenza o di stress?*

- |                     |                            |
|---------------------|----------------------------|
| no                  | <input type="checkbox"/> 0 |
| occasionalmente     | <input type="checkbox"/> 0 |
| spesso              | <input type="checkbox"/> 2 |
| praticamente sempre | <input type="checkbox"/> 4 |

### DISTURBI

*Vi capita talvolta, quando siete sotto sforzo fisico, in condizioni di freddo o di stress, di avvertire delle sensazioni dolorose al torace, eventualmente con irradiazioni verso il collo o un braccio?*

- |   |                             |
|---|-----------------------------|
| no  | <input type="checkbox"/> 0  |
| sotto sforzo                                      | <input type="checkbox"/> 10 |
| in condizioni di stress                           | <input type="checkbox"/> 6  |
| occasionalmente a riposo o dopo uno sforzo fisico | <input type="checkbox"/> 4  |

### OPPRESSIONE

*Avete già avvertito almeno una volta delle sensazioni di oppressione al petto protrattesi per più di cinque minuti?*

- |    |                             |
|----|-----------------------------|
| sì | <input type="checkbox"/> 10 |
| no | <input type="checkbox"/> 0  |

### INFARTO CARDIACO

*Avete già subito dei trattamenti a seguito di infarto cardiaco o di sospetto di infarto?*

- |    |                             |
|----|-----------------------------|
| sì | <input type="checkbox"/> 10 |
| no | <input type="checkbox"/> 0  |

**TOTALE PUNTI** \_\_\_\_\_



Fondazione Cuore Alto Adige  
Associazione Onlus

## Test sul rischio di infarto cardiaco

### VALUTAZIONE

*Sommate ora i punti ottenuti (in caso di risposte con segno negativo, il relativo punteggio va sottratto).*

*Il totale esprime il vostro grado di rischio personale.*

#### 0 – 4 punti

Auguri di cuore! Il vostro rischio di malattia cardiovascolare è inferiore alla media.

#### 5 – 8 punti

Il vostro livello di rischio è medio. Cercate di eliminare i fattori di rischio modificabili.

#### 9 – 16 punti

Il vostro livello di rischio è elevato. Consultate il vostro medico per impostare una strategia di riduzione del rischio e fate attenzione al vostro stile di vita.

#### 17 punti e oltre

Il vostro livello di rischio è notevolmente elevato. Rivolgetevi al più presto al vostro medico per vedere come si possa ridurre il vostro livello di rischio di infarto. Per voi è particolarmente importante uno stile di vita sano.

Se non conoscete i vostri valori di pressione, di zuccheri e di grassi nel sangue, dovete accertarli al più presto! Solo conoscendo questi valori potrete proteggervi adeguatamente dall'infarto cardiaco. Quanto maggiore è la vostra età, tanto più elevato è il vostro livello di rischio di base, anche senza altri fattori di rischio. Perciò soprattutto per le persone anziane è consigliabile ridurre quanto più possibile i fattori di rischio. Particolarmente sfavorevole è la combinazione di fattori di rischio legata al fumo, colesterolo alto e pressione elevata: in questo caso il rischio di un infarto cardiaco si moltiplica 11 volte.

**Test di rischio elaborato in collaborazione con la Deutsche Herzstiftung,**  
*direzione scientifica Prof. Dr. med. Helmut Gohlke, primario di cardiologia clinica II, Herz-Zentrum Bad Krozingen*

### **FONDAZIONE CUORE ALTO ADIGE** associazione onlus

Prissiano 75 I-39010 Tesimo

Tel. +39 0473 270433

[www.fondazionecuore.org](http://www.fondazionecuore.org)

La **Fondazione Cuore Alto Adige** è un'associazione onlus che si dedica alla lotta contro le malattie cardiovascolari. L'associazione è stata fondata nel 2007 per iniziativa di un gruppo di medici e di pazienti cardiopatici. Scopo principale dell'associazione è l'informazione della popolazione e dare la possibilità ai residenti in Alto Adige di migliorare la loro condizione cardiaca partecipando settimanalmente ad una ginnastica specializzata in una sede vicino al loro domicilio – nei cosiddetti gruppi sportivi cardiologici.

**Sostenga l'associazione diventando socio!** richiesta di iscrizione sul sito [www.fondazionecuore.org](http://www.fondazionecuore.org)!