

# La salute cardiovascolare degli anziani

## Cardiovascular health of the elderly

Simona Giampaoli, Diego Vanuzzo

a nome del gruppo di ricerca dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare  
(per la composizione del gruppo vedi [www.cuore.iss.it](http://www.cuore.iss.it))

Istituto Superiore di Sanità, Roma

Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, Firenze, Italy

### Abstract

Within the Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/Health Examination Survey 426 men and 376 women, ages 75-79 years, randomly selected from the general population were examined.

Participation rate was 50%; within men 78% were hypertensives, 36% had high serum cholesterol, 28% were diabetics, 25% were obese; within women 81% were hypertensives, 55% had high cholesterol, 19% were diabetics, 37% were obese.

Preventive actions at individual and community level are urgent, also at this age range.

### Riassunto

Nell'ambito dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/Health Examination Survey sono stati esaminati 426 uomini e 376 donne di età compresa fra 75-79 anni, estratti casualmente dalla popolazione generale.

Il tasso di partecipazione è stato del 50%; fra gli uomini il 78% era iperteso, il 36% ipercolesterolemico, il 28% diabetico e il 25% obeso; fra le donne l'81% era ipertesa, il 55% ipercolesterolemica, il 19% diabetica, il 37% obesa.

Azioni di prevenzione a livello individuale e collettivo sono urgenti sulla popolazione generale, anche in questa fascia di età.

Corresponding author: Simona Giampaoli, Istituto Superiore di Sanità, Viale Regina Elena 299, 00161 Roma, Italy. Tel. +39.06.49904231.  
E-mail: [simona.giampaoli@iss.it](mailto:simona.giampaoli@iss.it)

Key words: Cardiovascular risk factors; elderly population.  
Parole chiave: Fattori di rischio cardiovascolare; popolazione anziana.

Received for publication: 4 March 2016  
Accepted for publication: 11 March 2016

©Copyright S. Giampaoli and D. Vanuzzo, 2015  
Tipografia PI-ME Editrice, Italy  
Monaldi Archives for Chest Disease Cardiac Series 2015; 84:725  
doi: 10.4081/monaldi.2015.725

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License (by-nc 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.

L'Italia è, in una graduatoria dell'OMS relativa a diversi paesi con simili livelli di reddito, al secondo posto per aspettativa di vita alla nascita (81,5 anni) dopo il Giappone (82.6 anni) [1]. Però l'aspettativa di vita in buona salute è di 70.2 anni, al terzo posto dopo Giappone e Spagna. Questo significa che nella vita degli italiani ci sono circa 10 anni, gli ultimi, passati in condizioni di salute non buona. È pertanto importante valutare quali sono le caratteristiche della popolazione di età più avanzata per poter programmare azioni di prevenzione anche in quella fascia di età.

L'occasione è offerta dalla disponibilità dei dati raccolti attraverso l'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/Health Examination Survey indagine condotta tra il 2008 e il 2012 su campioni rappresentativi della popolazione generale di età 35-79 anni (i campioni sono stati estratti dalle liste dei residenti di 23 comuni che hanno aderito all'indagine, distribuiti nelle 20 regioni italiane).

Nella fascia di età qui considerata (75-79 anni) la partecipazione ha raggiunto solo il 50% degli arruolati, pertanto questi dati, seppur indicativi vanno interpretati con cautela e, data l'età, potrebbero rappresentare la parte della popolazione in migliori condizioni di salute. I dati si riferiscono a 426 uomini e 376 donne.

Tutte le procedure e le metodologie adottate nelle operazioni di screening hanno seguito le raccomandazioni e i controlli di qualità internazionali e sono state ampiamente descritte in altre pubblicazioni [2,3]; qui riportiamo solo le definizioni delle condizioni a rischio per facilitare la lettura delle Figure.

Le persone esaminate sono state suddivise in ipertesi e normotesi in base ai valori di pressione arteriosa riscontrati e all'eventuale dichiarazione di assunzione regolare di trattamento farmacologico specifico (ipertesi: valori uguali o superiori a 140 o 90 mmHg come media di tre misurazioni successive o in trattamento antipertensivo). Gli *ipertesi* così definiti sono stati quindi suddivisi in coloro che non erano consapevoli di esserlo (persone a cui non era mai stato detto da un medico o da un altro operatore sanitario che avevano la pressione elevata), in non trattati, in trattati non adeguatamente (PAS $\geq$ 140 mmHg o PAD $\geq$ 90 mmHg), e in trattati adeguatamente (PAS<140 mmHg e PAD<90 mmHg).

Sono state definite *ipercolesterolemiche* le persone con valore di colesterolemia totale uguale o superiore a 240 mg/dl o in trattamento farmacologico: tra queste sono state definite *ipercolesterolemiche non consapevoli* di esserlo (persone a cui non era mai stato detto da un medico o da un altro operatore sanitario che avevano la colesterolemia elevata); sono state definite in trattamento adeguato quelle che risultavano in trattamento ed avevano valori inferiori a 240 mg/dl; sono state definite in trattamento non adeguato le persone che nonostante la terapia farmacologica avevano valori uguali o superiori a 240mg/dl; le altre sono state definite ipercolesterolemiche non in trattamento.

### PRESSIONE ARTERIOSA, ITALIA 2008-12. Età 75-79 anni

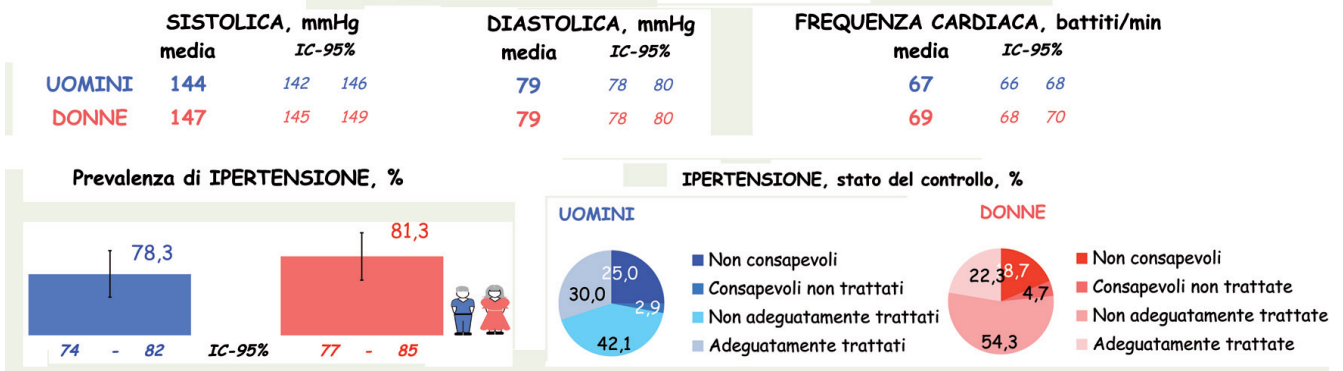


Figura 1. Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/Health Examination Survey 2008-2012. Uomini e donne 75-79 anni. Valori medi della pressione arteriosa e prevalenza degli ipertesi.

La colesterolemia-LDL è stata misurata attraverso la formula di Friedewald:

$[colesterolemia\ totale - colesterolemia-HDL - (trigliceridemia/5)]$  escludendo le persone con trigliceridemia superiore a 400 mg/dl.

Sono state considerate con LDL-colesterolemia elevata le persone con valori uguali o superiori a 115 mg/dl.

Sono state considerate *diabetiche* le persone con pregressa diagnosi clinica di diabete, o con glicemia a digiuno uguale o superiore a 126mg/dl o in trattamento farmacologico specifico: sono state definite *diabetiche non consapevoli* di esserlo le persone a cui non era mai stato detto da un medico o da un altro operatore sanitario che avevano il diabete; sono state definite in *trattamento adeguato* le persone che risultavano in trattamento ed avevano valori inferiori a 126 mg/dl; sono state definite in *trattamento non adeguato* le persone che nonostante la terapia farmacologica avevano valori uguali o superiori a 126 mg/dl; le altre persone sono state definite *diabetiche non in trattamento*.

Sono stati considerati sottopeso coloro che avevano indice di massa corporea (IMC) inferiore a 18.5 kg/m<sup>2</sup>, normopeso coloro che avevano IMC compreso fra 18.5 e 24.9 kg/m<sup>2</sup>, in sovrappeso le persone con IMC fra 25 e 29 kg/m<sup>2</sup>. Sono stati considerati obesi tutti coloro che avevano IMC uguale o superiore a 30 unità.

La Figura 1 mostra i risultati della misurazione della pressione arteriosa: sono risultati ipertesi il 78% degli uomini e più dell'80% delle

donne; solo il 30% degli uomini ipertesi e il 22% delle donne è trattato adeguatamente; colpisce il dato che il 25% degli uomini che sono stati identificati come ipertesi e il 18% delle donne non sapevano di esserlo. Questo dato è abbastanza sconcertante se si pensa al ruolo fondamentale della pressione arteriosa nella predizione delle malattie cardiovascolari anche in età avanzata [4].

Hanno la colesterolemia elevata il 36% degli uomini e il 55% delle donne; risultato analogo se si considera la LDL-colesterolemia: risultano con valore elevato il 51% degli uomini e il 65% delle donne; sono comunemente adeguatamente trattati il 60% degli uomini e il 47% delle donne. Altre caratteristiche relative alla dislipidemia sono riportate nella Figura 2.

La prevalenza di diabete è più elevata rispetto alle fasce di età più giovani, tra i 75 e i 79 anni raggiunge il 28% degli uomini e il 19% delle donne (Figura 3) e lo stato del controllo riguarda solo un quarto della popolazione diabetica. È sorprendente che il 18% degli uomini diabetici e il 23% delle donne non sapevano di esserlo.

Obesità e sovrappeso colpiscono l'80% della popolazione di questa fascia di età (Figura 4), e questa condizione va di pari passo con la prevalenza di inattività fisica nel tempo libero: il 29% degli uomini e il 53% delle donne dichiara di non fare alcun tipo di movimento (Figura 5). Nonostante l'età, l'abitudine al fumo riguarda ancora il 9% degli uomini e il 7% delle donne (Figura 5).

### ASSETTO LIPIDICO, ITALIA 2008-12. Età 75-79 anni

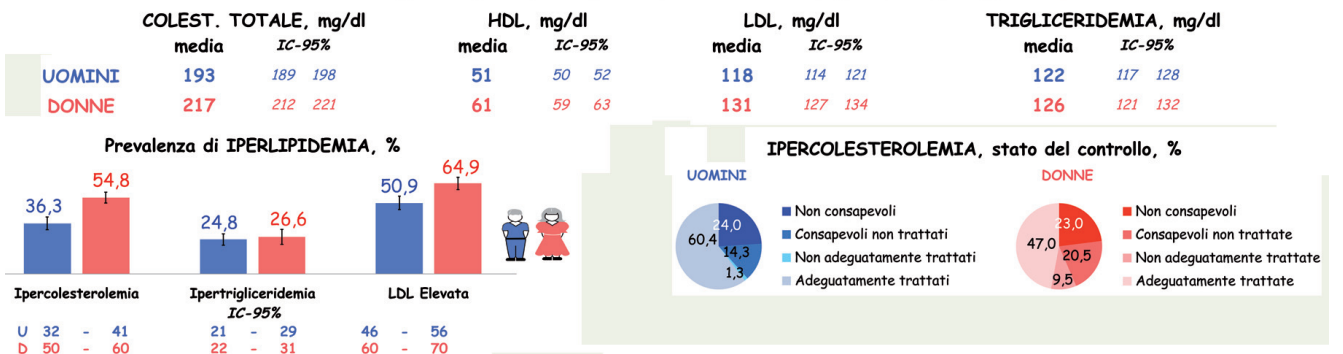


Figura 2. Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/Health Examination Survey 2008-2012. Uomini e donne 75-79 anni. Valori medi della colesterolemia totale, HDL, LDL, trigliceridemia e prevalenza delle dislipidemie.

### GLICEMIA e DIABETE, ITALIA 2008-12. Età 75-79 anni

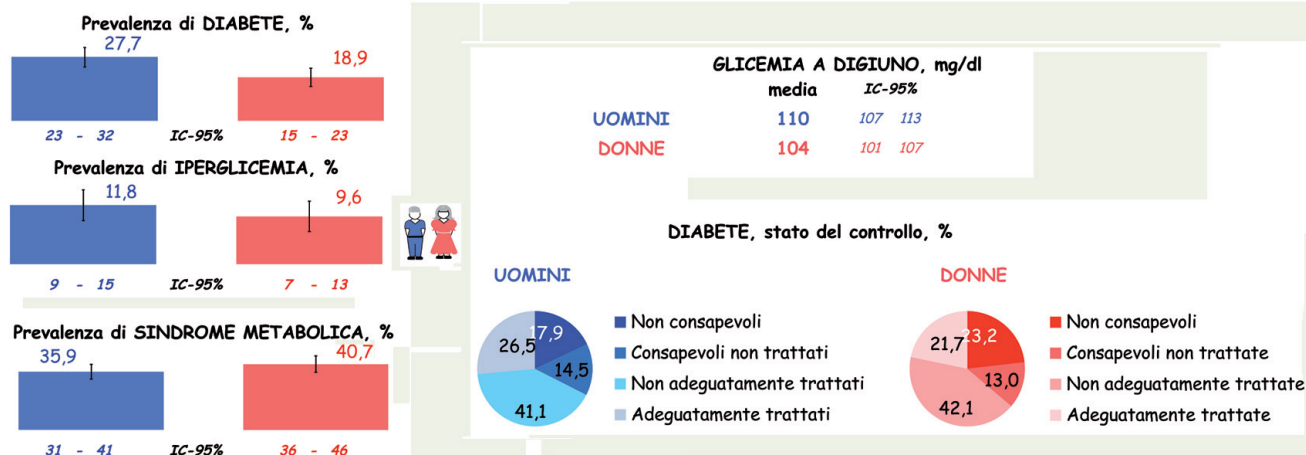


Figura 3. Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/Health Examination Survey 2008-2012. Uomini e donne 75-79 anni. Valori medi della glicemia a digiuno e prevalenzadel diabete.

### IMC - INDICE DI MASSA CORPOREA, Kg/m<sup>2</sup>

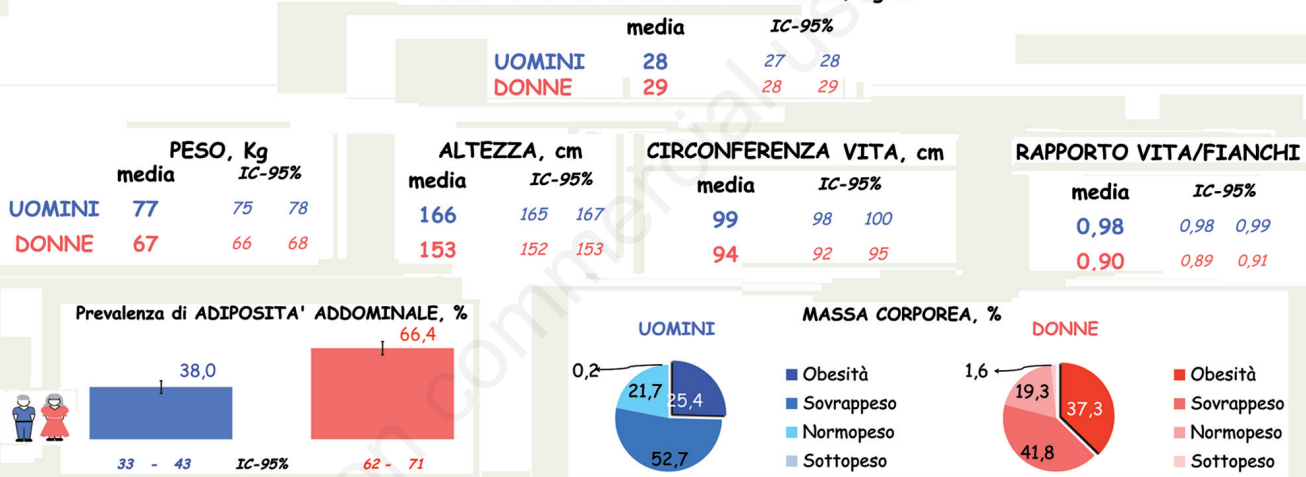


Figura 4. Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/Health Examination Survey 2008-2012. Uomini e donne 75-79 anni. Valori medi dell'indice di massa corporea e prevalenza di obesità e sovrappeso.

### STILI di VITA, ITALIA 2008-12. Età 75-79 anni

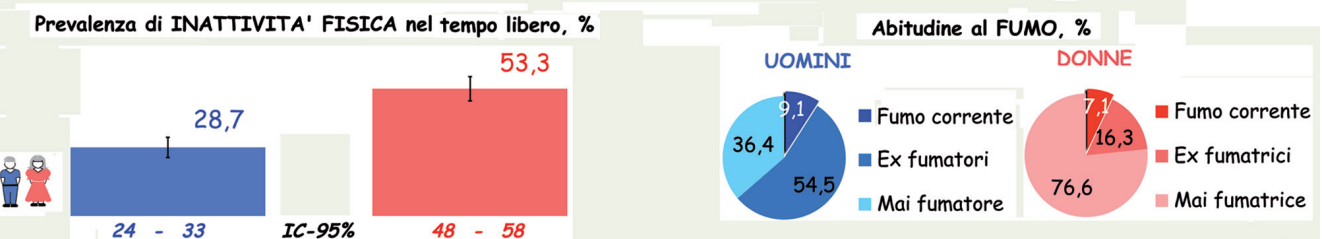


Figura 5. Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/Health Examination Survey 2008-2012. Uomini e donne 75-79 anni. Prevalenza di inattività fisica e prevalenza di fumatori.

L'indagine ha riguardato una raccolta dettagliata sulle abitudini alimentari, che qui non vengono riportate, ma che ha indicato che le persone in età avanzata fanno uso non adeguato di verdura, consumano meno frequentemente il pesce (solo il 20-30% lo consuma almeno 2 volte a settimana) e nonostante la elevata prevalenza di obesità e diabete, fanno uso frequente di dolci (solo il 30% delle persone intervistate consuma dolci non più di 2 volte a settimana).

Infine un breve sguardo alle malattie cardiovascolari: hanno avuto un precedente infarto del miocardico il 5% degli uomini e il 2% delle donne; sono affetti da angina pectoris il 6% degli uomini e il 7% delle donne; hanno subito un intervento di bypass aortocoronarico o di rivascolarizzazione il 12% degli uomini e il 3.5% delle donne; la fibrillazione atriale è stata rilevata nella registrazione elettrocardiografica nel 4.2% degli uomini e nel 2.5% delle donne.

Come ben descritto in letteratura, l'aspettativa di vita è più elevata nelle persone che presentano profilo di rischio *favorevole* (o low risk) in età media. Però è opinione comune che vivendo più a lungo queste persone abbiano più malattie, disabilità e costino di più dal punto di vista assistenziale. In realtà le cose non stanno così e oggi diversi studi longitudinali internazionali lo dimostrano (Chicago Heart Association Detection Project in Industry - CHA; Multiple Risk Factors Intervention Trial - MRFIT; Atherosclerosis Risk in Communities Study - ARIC; lo stesso Progetto CUORE italiano). Le persone con profilo di rischio *favorevole* sono quelle che hanno una pressione arteriosa inferiore a 120/80 mmHg senza bisogno di terapia farmacologica, hanno una colesterolemia totale inferiore a 200 mg/dl, non fumano, non hanno il diabete e hanno un indice di massa corporea inferiore a 25kg/m<sup>2</sup>. Ebbene, queste persone esaminate in età giovane, seguite e osservate per molti anni, si ammalano meno di malattie cardio-cerebrovascolari, e muoiono in età più avanzata; inoltre, quando intervistate in età avanzata, dichiarano di avere una buona qualità di vita, di essere in grado di salire e scendere le scale [5]; e paradossalmente, queste persone con profilo di rischio *favorevole* in età media costano meno al servizio sanitario negli ultimi anni di vita, periodo più costoso in termini di ricoveri e cure mediche [6].

In conclusione, i dati dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/Health Examination Survey, raccolti tra il 2008 e il 2012 sulla popolazione anziana su tutte le regioni italiane dimostrano che c'è ancora molto da fare nell'ambito della prevenzione. È importante avviare o mantenere azioni di prevenzione a livello comunitario ed individuale che riguardino anche questa fascia di età; è fondamentale diffondere la cultura che la buona qualità di vita in età avanzata si costruisce giorno dopo giorno fin dalla giovane età attraverso una sana alimentazione, varia e bilanciata e costituita da porzioni modeste, una regolare attività fisica quotidiana e l'astensione dall'abitudine al fumo.

---

## Bibliografia

1. World Health Organization. Global Burden of Disease, 2010, Country profile, Italy.
2. Giampaoli S, Vanuzzo D, del Gruppo di Ricerca del Progetto Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/Health Examination Survey. La salute cardiovascolare degli italiani. Terzo Atlante Italiano delle Malattie Cardiovascolari. G Ital Cardiol 2014;15(suppl 1):1S-31S.
3. Giampaoli S, Palmieri L, Donfrancesco C, et al. Cardiovascular health in Italy. Ten-year surveillance of cardiovascular diseases and risk factors: Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/Health Examination Survey 1998-2012. Eur J Prev Cardiol 2015;22(2 Suppl):9-37.
4. Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. Lancet 2002; 360:1903-13.
5. Daviglius ML, Liu K, Pirzada A, et al. Favorable cardiovascular risk profile in middle age and health-related quality of life in older age. Arch Intern Med 2003;163:2460-8.
6. Daviglius ML, Liu K, Pirzada A, et al. Cardiovascular risk profile earlier in life and Medicare costs in the last year of life. Arch Intern Med 2005;165:1028-34.