

## GLI STILI DI VITA

I comportamenti personali legati alla salute sono in grado di spiegare una quota consistente di morbosità.

La programmazione sanitaria nazionale, sulla base dell'analisi del quadro epidemiologico della popolazione italiana e degli ambiti su cui è possibile attivare delle politiche di intervento per il miglioramento delle condizioni di salute della popolazione, individua come primo obiettivo la promozione di comportamenti e stili di vita per la salute attraverso azioni che riguardano fumo, alimentazione, consumo di alcolici ed attività fisica.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha da tempo sottolineato l'importanza della sorveglianza dei fattori di rischio correlati alle principali malattie non trasmissibili (malattie cardiovascolari, ictus, diabete, tumori e malattie respiratorie) che, soprattutto nei paesi sviluppati, hanno visto in questi ultimi decenni un forte incremento. (Figura 1) (1).

**Figura 1. Fattori di rischio comuni alle principali patologie non trasmissibili**

Fattori di rischio	Patologie			
	Malattie cardiovascolari *	Diabete	Tumori	Malattie respiratorie **
Fumo	X	X	X	X
Alcol	X		X	
Alimentazione	X	X	X	X
Inattività fisica	X	X	X	X
Obesità	X	X	X	X
Controllo della pressione arteriosa	X	X		
Controllo della glicemia	X	X	X	
Controllo del colesterolo	X	X	X	

\* Comprese le cardiopatie, l'ictus e l'ipertensione.

\*\* Comprese la broncopneumopatia cronico ostruttiva – BPCO e l'asma.

Usando il caso delle malattie cardiovascolari, si può constatare che il 60% della mortalità per queste patologie sarebbe evitabile riducendo la concentrazione dei fattori di rischio individuali come il fumo, la dieta ricca di grassi e povera di fibre, l'attività fisica (2).

Ai fini dello studio della distribuzione dei comportamenti a rischio bisogna distinguere tra quelli scelti ed esercitati con piena libertà del soggetto (ad esempio uno sport pericoloso) e quelli scelti ed esercitati in condizioni di libertà limitata (come il fumo, l'alcool, l'alimentazione o l'uso di sostanze o comportamenti che creano dipendenza). Le differenze sociali nei comportamenti di secondo tipo fanno parte a pieno titolo del tema delle disuguaglianze nella salute e meritano l'attenzione delle politiche sociali e delle politiche sanitarie regionali.

In questo capitolo fra i determinanti individuali vengono presi in considerazione il fumo, l'obesità e l'attività fisica. Per quanto riguarda l'attitudine a sottoporsi ad esami diagnostici preventivi vengono presentati i dati riferiti al controllo della colesterolemia, della pressione arteriosa e della glicemia. Verrà inoltre analizzato il ricorso al vaccino antinfluenzale, essendo uno degli interventi da incrementare ed inserito negli obiettivi di salute della popolazione anziana.

Si farà riferimento alla situazione della popolazione anziana della Valle d'Aosta attraverso un confronto con il Piemonte, il Trentino Alto Adige e l'Italia e, all'interno della regione, con un'analisi della relazione esistente fra rischi, comportamenti preventivi e alcuni indicatori socio economici (livello di istruzione e soddisfazione per le risorse economiche), familiari (stato civile e tipologia familiare) e geografici (dimensione del comune di residenza).

## **Fumo di sigaretta**

Il fumo di sigaretta è responsabile dell'insorgenza di numerose forme di tumori maligni in sedi anatomiche diverse quali il polmone (circa il 90% di questi è dovuto al fumo), le vie aeree e digestive superiori, il rene, la vescica; è inoltre un importante fattore di rischio delle malattie dell'apparato circolatorio quali la cardiopatia ischemica, gli incidenti cerebrovascolari e le arteriopatie periferiche e delle patologie dell'apparato respiratorio (broncopneumopatie croniche ostruttive).

Gli effetti nocivi del fumo non si esplicano solo in via diretta; sempre maggiore infatti è l'evidenza scientifica a supporto di un ruolo importante del fumo passivo nella genesi di numerose patologie. Questi effetti si traducono in un elevato numero di decessi evitabili, ma anche di ricoveri e di disabilità evitabili, con enormi costi per la società.

L'importanza della lotta al fumo di sigaretta è legata oltre che alla diffusione e gravità delle sue conseguenze, anche alla considerazione che si tratta di uno dei pochi fattori di rischio teoricamente eliminabili.

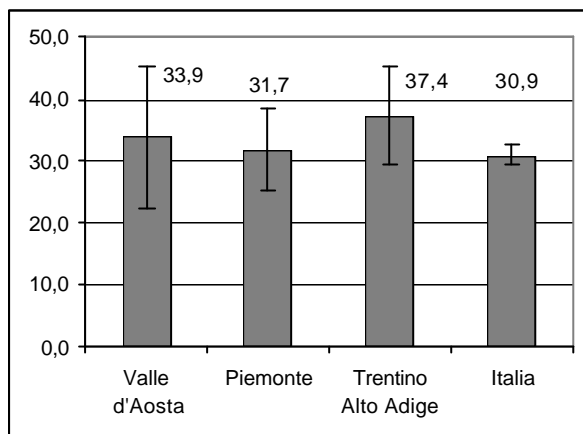
Anche se generalmente gli interventi preventivi si rivolgono a popolazioni giovani, un controllo di questo fattore di rischio sarebbe opportuno anche su fasce di popolazione con età più elevata, in particolare per ridurre gli effetti peggiorativi su patologie respiratorie e cardiovascolari, molto frequenti nelle fasce di età anziane.

Analizzando il numero di non fumatori (Figura 2), la Valle d'Aosta presenta una situazione analoga rispetto al Piemonte ed all'Italia, mentre la percentuale di persone che non fumano è più elevata in Trentino Alto Adige.

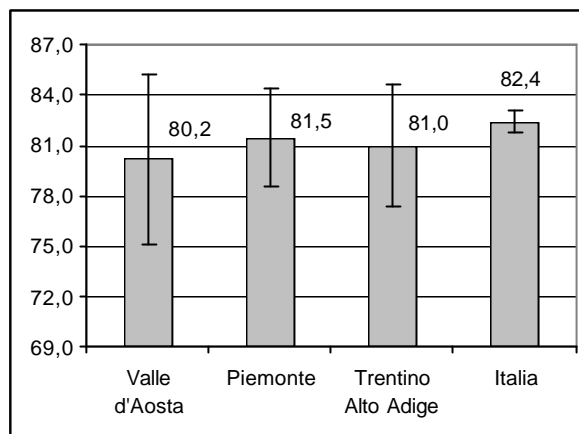
Le donne che non fumano sono invece una netta maggioranza rispetto agli uomini (80,2%), con differenze molto limitate nei confronti delle altre aree geografiche: la percentuale di donne che fumano in Valle d'Aosta è leggermente superiore a quella delle altre regioni.

**Figura 2. Non fumatori tra la popolazione anziana di oltre 65 anni per sesso. Confronto Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige, Italia. Prevalenze standardizzate per età per 100. (Intervalli di Confidenza al 95%). - Anno 2000.**

**Uomini**



**Donne**



**Obesità e attività fisica**

L'obesità rappresenta un problema di grande rilevanza epidemiologica, sociale ed economica poiché, insieme all'inattività fisica, costituisce uno dei principali fattori di rischio per molte malattie cronicodegenerative. E' stato stimato che almeno l'80% dei casi di diabete di secondo tipo sono dovuti all'obesità (3).

L'indagine ISTAT, attraverso l'utilizzo dell'I.M.C (Indice di Massa Corporea) <sup>1</sup> permette la classificazione dei soggetti in: sottopeso (< 18,5); normopeso (18,5 – 24); sovrappeso (25 – 29); obeso (30 – 40); grave obeso (> 40).

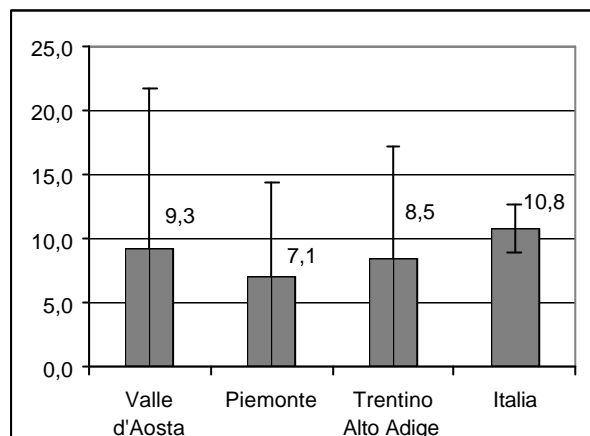
Nella Figura 3 è riportata la percentuale di persone obese tra gli anziani. Negli uomini, pur se con differenze molto limitate, la Valle d'Aosta presenta una percentuale di obesi superiore al Trentino Alto Adige ed al Piemonte ed una situazione di leggero vantaggio nei confronti dell'Italia.

Nel caso delle donne la percentuale di obese è simile a quella del Trentino Alto Adige e si pone, come per gli uomini, ad un livello intermedio fra il Piemonte e l'Italia. Il fatto che la percentuale di obesi sia simile nei due sessi al Trentino Alto Adige può essere messo in relazione ad abitudini alimentari comuni, riferite all'ambiente di vita montano, caratterizzato da un uso più elevato di grassi animali nella dieta (4).

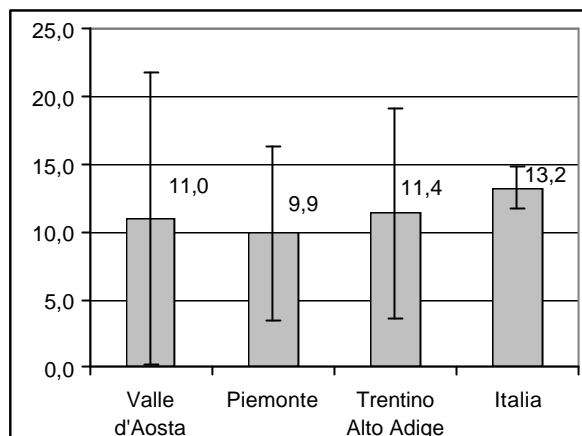
<sup>1</sup> ICM: peso corporeo espresso in kilogrammi diviso l'altezza in metri al quadrato.

**Figura 3. Persone obese nella popolazione di 65 anni ed oltre, per sesso. Confronto Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige, Italia. Prevalenze standardizzate per età per 100. (Intervalli di Confidenza al 95%). - Anno 2000.**

**Uomini**



**Donne**

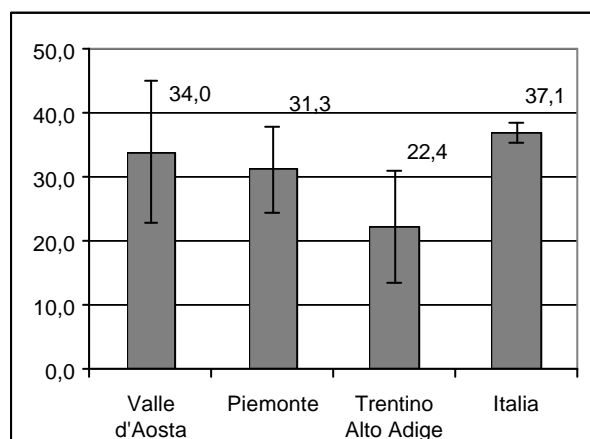


Strettamente correlata all'eccesso ponderale, oltre che alle abitudini alimentari, è l'attività fisica. A questo proposito va ricordato che già il Piano Sanitario Nazionale 1998 – 2000 sottolineava l'importanza dell'attività fisica anche nella popolazione anziana, ponendo l'obiettivo nel triennio di un incremento del 10% del numero di persone di 65 anni ed oltre che svolgono attività fisica.

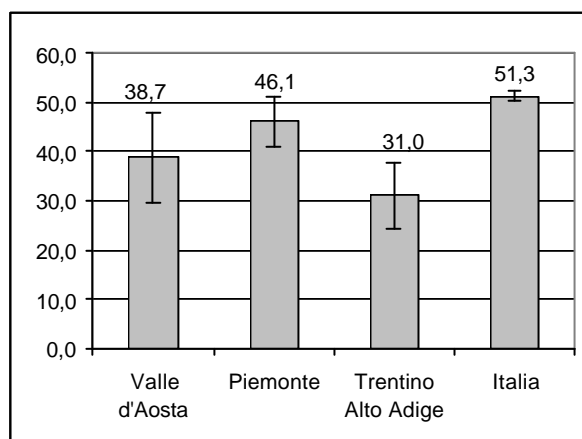
Un'adeguata e regolare attività fisica aerobica agisce come fattore protettivo verso patologie ad elevata incidenza, quali: le malattie cardiovascolari, le coronaropatie e l'ipertensione arteriosa in particolare, le osteoartriti, l'osteoporosi (5).

**Figura 4. Persone che non svolgono attività fisica nella popolazione di 65 anni ed oltre, per sesso. Confronto Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige, Italia. Prevalenze standardizzate per età per 100. (Intervalli di Confidenza al 95%). - Anno 2000.**

**Uomini**



**Donne**



In Valle d'Aosta gli uomini anziani che non svolgono alcun tipo di attività fisica rappresentano il 34% della popolazione, dato che pone la regione in situazione di relativo vantaggio soltanto nei confronti della popolazione anziana dell'Italia. Particolarmente evidente è la differenza nei confronti del Trentino Alto Adige dove quasi l'80% della popolazione anziana dichiara di svolgere un qualche tipo di attività fisica.

Situazione simile si riscontra nelle donne; in Valle d'Aosta la percentuale di donne che non praticano alcun tipo di attività fisica è inferiore a quella del Piemonte e dell'Italia, ma superiore al Trentino Alto Adige. Il fatto che una realtà come il Trentino Alto Adige presenti un profilo più favorevole suggerisce un importante spazio di intervento e di miglioramento per la realtà valdostana.

## **Differenze sociali e geografiche**

Vi sono numerose evidenze scientifiche che testimoniano che il livello di istruzione e la classe sociale di appartenenza, seppur con modalità ed intensità diverse per uomini e donne, svolgono un ruolo importante nell'aumento o nella diminuzione indesiderata di peso (7).

Viceversa, l'abitudine a controllare il proprio peso è direttamente proporzionale all'istruzione e alla classe sociale in entrambi i sessi.

Anche nel caso della pratica di regolare attività fisica, dai dati ISTAT emerge come in Italia, a parità di età, la pratica sportiva sia direttamente correlata al livello di istruzione.

Nella Tabella 1 è descritta la relazione fra alcuni fattori di rischio (fumo, inattività fisica e obesità) e condizione socio economica (livello di istruzione e soddisfazione per le risorse economiche), familiare (stato civile e tipologia familiare) e geografica (dimensione del comune di residenza) della popolazione anziana.

Va sottolineato che, data la scarsa numerosità del campione, non è stato possibile effettuare un'analisi stratificata per sesso: i dati sono quindi riferiti alla popolazione totale di 65 anni ed oltre. Questo limite condiziona i risultati, soprattutto nel caso di stili di vita fortemente correlati al sesso, quali l'abitudine al fumo. Le donne infatti fumano meno degli uomini e sono maggiormente rappresentate nella popolazione più anziana specialmente tra le vedove e le persone sole.

Tenuto conto dei limiti appena descritti è possibile osservare che l'abitudine al fumo sembra correlata in modo statisticamente significativo al giudizio sulle condizioni economiche: chi le considera scarse o insufficienti ha una propensione al fumo superiore del 74% rispetto al resto della popolazione.

L'abitudine al fumo sembra meno diffusa in chi risiede in comuni più piccoli, riducendosi di circa il 40% nei comuni con una popolazione sotto i 2000 abitanti, rispetto a quelli di oltre 10000 residenti.

La variabilità dell'esposizione al fumo secondo gli altri indicatori (stato civile, tipologia familiare e livello di istruzione) sembra essere in relazione con l'effetto di selezione dovuto alla maggiore longevità delle donne ed al fatto che esse sono maggiormente rappresentate fra le persone vedove, le persone sole e quelle con basso livello di istruzione.

Per quanto riguarda l'attività fisica, l'unica correlazione statisticamente significativa si riferisce alla tipologia familiare della "coppia senza figli", infatti in questa categoria di soggetti sembrerebbe esistere una maggiore propensione a svolgere attività fisica.

Si sottolinea una maggiore esposizione al rischio di non svolgere alcun tipo di attività fisica nei soggetti con scolarità più bassa, anche se con differenze non statisticamente significative.

Il rapporto fra obesità e indicatori socio economici e geografici non presenta differenze statisticamente significative. Sembrano presentare un eccesso di rischio le categorie dei vedovi/e le persone con la sola licenza elementare o senza titolo di studio, mentre potrebbe svolgere un ruolo protettivo il fatto di risiedere in comuni sotto i 2000 abitanti.

**Tabella 1. Determinanti individuali della salute per stato civile, tipologia familiare, livello d'istruzione e dimensioni del comune, nella popolazione di 65 anni ed oltre. Totale uomini e donne. Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR). Anno 2000.**

<b>Stato civile</b>	<b>Fumo</b>	<b>Non svolge attività fisica</b>	<b>Obeso</b>
celibe/nubile	1,05	1,09	0,77
coniugato/a	1,00	1,00	1,00
separato/a, divorziato/a	1,06	1,11	0,89
vedovo/a	<b>0,46</b>	1,10	1,37
<b>Tipologia familiare</b>			
coppia con figli	1,00	1,00	1,00
coppia senza figli	<b>0,73</b>	<b>0,86</b>	0,59
monogenitore	**	0,87	0,41
persona sola	<b>0,38</b>	0,95	0,83
altro	<b>1,00</b>	0,99	1,81
<b>Livello di istruzione</b>			
post-laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,00	1,00	1,00
lic. prof.le, medie inferiori	<b>0,20</b>	0,90	0,85
lic. elementare, senza titolo	<b>0,35</b>	1,16	1,49
<b>Giudizio sulle risorse economiche</b>			
ottime/adequate	1,00	1,00	1,00
scarse/assolutamente insufficienti	<b>1,74</b>	1,01	0,93
<b>Dimensione del comune di residenza</b>			
10001-50000	1,00	1,00	1,00
2001-10000	0,73	1,03	0,99
≤2000	0,64	1,05	0,81

**In neretto i valori statisticamente significativi**

\*\* La numerosità del campione non consente le analisi per questa condizione

## Attitudine alla prevenzione

La propensione a sottoporsi ad esami di controllo è diffusa nella maggioranza della popolazione anziana valdostana: nei diversi casi considerati la percentuale supera il 50%.

Gli uomini sembrano fare un maggiore utilizzo degli esami di controllo del colesterolo (Figura 5), con percentuali leggermente superiori al Piemonte ed al Trentino Alto Adige e di poco inferiori alla media italiana. Nelle donne, la percentuale che si sottopone a questo tipo di controllo è invece inferiore alle altre aree geografiche, con differenze al limite della significatività statistica nei confronti dell'Italia.

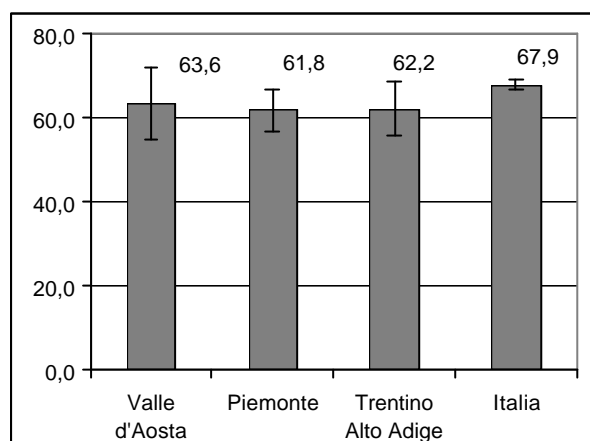
La diffusione del controllo della glicemia (Figura 6) è praticamente sovrapponibile al controllo del colesterolo: va ricordato però che in molti casi questi esami vengono associati dal medico nella richiesta. Anche per la glicemia negli uomini i valori della Valle d'Aosta sono simili alle altre regioni considerate e leggermente inferiori a quelli italiani. La percentuale di donne che effettuano il controllo della glicemia è inferiore al resto delle aree geografiche considerate.

Ancora più diffusa è l'abitudine al controllo della pressione arteriosa (Figura 7), probabilmente anche grazie alla diffusione di apparecchi elettromedicali utilizzabili dal paziente stesso. Particolarmente elevata è l'abitudine al controllo della pressione fra gli uomini (circa 70%), con percentuali però inferiori a quelle delle altre regioni e dell'Italia. Una situazione simile si riscontra nelle donne, dove la differenza con le altre regioni è ancora più accentuata di quella riscontrata tra gli uomini.

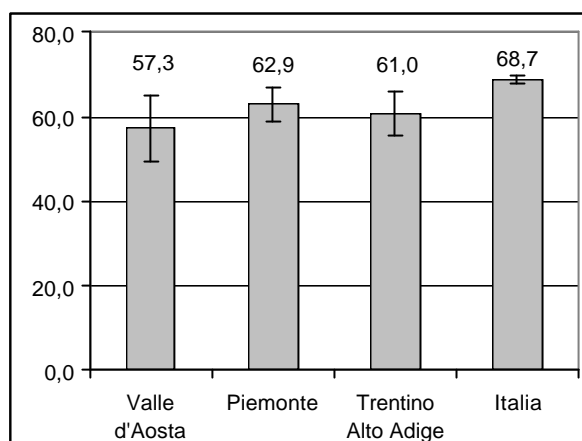
La diffusione del vaccino antinfluenzale sembra interessare meno della metà della popolazione anziana sia in Valle d'Aosta che nelle altre aree considerate (Figura 8). Tra gli uomini la percentuale di chi si sottopone alla vaccinazione è leggermente inferiore rispetto a quanto si verifica tra le donne, con valori che collocano la Valle d'Aosta al di sotto del dato nazionale e di quello piemontese ed in una di situazione di relativo vantaggio rispetto al Trentino Alto Adige. La percentuale di donne valdostane che si sottopone al vaccino è superiore al resto delle aree considerate, in particolare del Trentino Alto Adige.

**Figura 5. Abitudine al controllo del colesterolo nella popolazione di 65 anni ed oltre, per sesso. Confronto Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige, Italia. Prevalenze standardizzate per età per 100. (Intervalli di Confidenza al 95%). - Anno 2000.**

**Uomini**

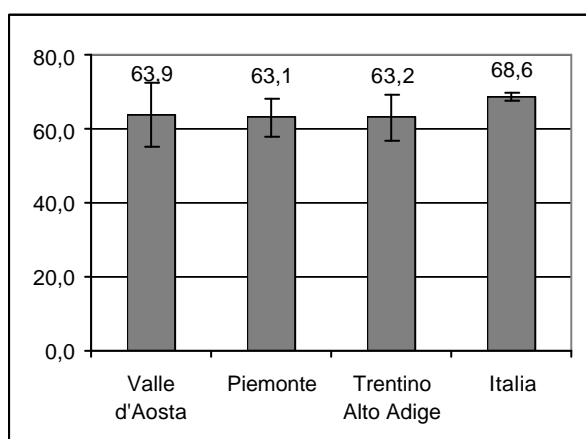


**Donne**

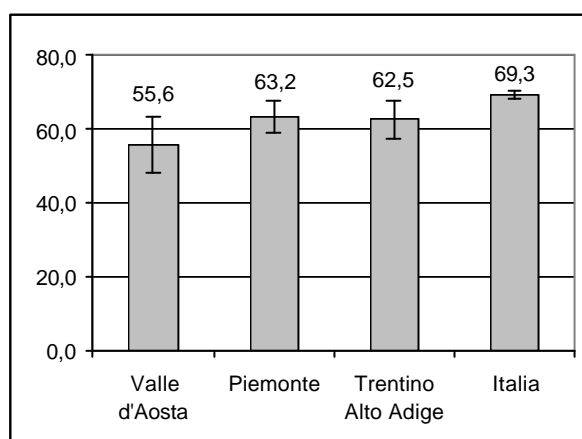


**Figura 6. Abitudine al controllo della glicemia nella popolazione di 65 anni ed oltre, per sesso. Confronto Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige, Italia. Prevalenze standardizzate per età per 100. (Intervalli di Confidenza al 95%). - Anno 2000.**

**Uomini**

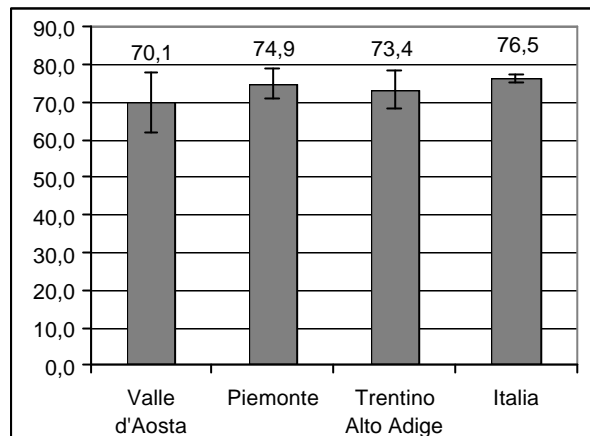


**Donne**

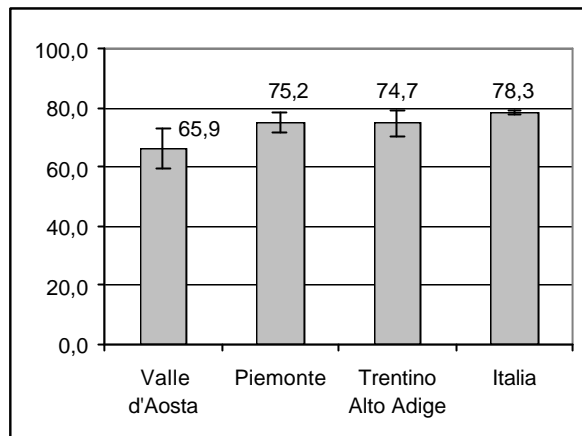


**Figura 7. Abitudine al controllo della pressione arteriosa nella popolazione di 65 anni ed oltre, per sesso. Confronto Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige, Italia. Prevalenze standardizzate per età per 100. (Intervalli di Confidenza al 95%). - Anno 2000.**

**Uomini**

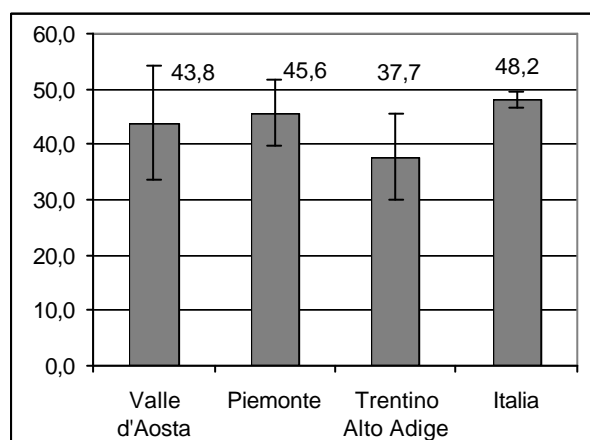


**Donne**

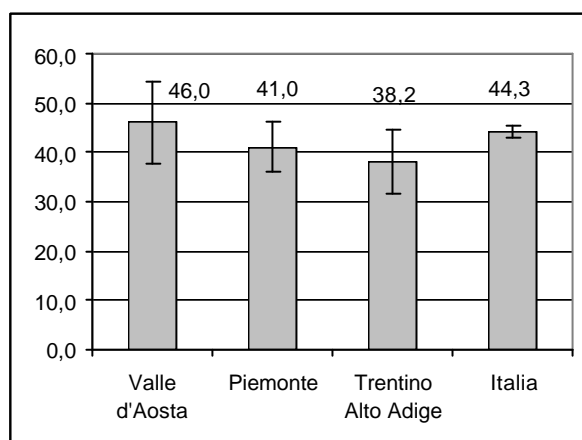


**Figura 8. Vaccinazione antinfluenzale nella popolazione di 65 anni ed oltre, per sesso. Confronto Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige, Italia. Prevalenze standardizzate per età per 100. (Intervalli di Confidenza al 95%). - Anno 2000.**

**Uomini**



**Donne**



**Differenze sociali**

Gli indicatori socio economici e geografici considerati sembrano correlarsi con la propensione alla prevenzione (Tabella 2).

In particolare, l'essere vedovo ha una correlazione negativa, statisticamente significativa, con tutte e quattro le attività preventive considerate: la vedovanza quindi sembrerebbe comportare una minore propensione a sottoporsi ad esami di controllo. Stessa situazione di svantaggio è rappresentata dalla categoria dei celibi/nubili, con differenze statisticamente significative per quanto riguarda il controllo del colesterolo e della glicemia.



Nel caso della tipologia familiare, l'unica situazione di svantaggio significativa è rappresentata dalla condizione di monogenitore nei confronti dell'utilizzo del vaccino antinfluenzale.

Chi ha un basso livello di istruzione ha anche una scarsa attitudine agli esami preventivi, in particolare nei confronti del controllo della glicemia e del colesterolo.

Anche il risiedere in un comune sotto i 2000 abitanti è correlato ad un uso più ridotto di esami di controllo della glicemia, del colesterolo e della pressione arteriosa.

**Tabella 2. Abitudini alla prevenzione per stato civile, tipologia familiare, livello d'istruzione e dimensioni del comune, nella popolazione di 65 anni ed oltre. Totale uomini e donne. Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR). Anno 2000.**

<b>Stato civile</b>	<b>Controllo colesterolo</b>	<b>Controllo glicemia</b>	<b>Controllo Pressione</b>	<b>Vaccino antinfluenzale</b>
celibe/nubile	<b>0,68</b>	<b>0,65</b>	0,76	0,75
coniugato/a	1,00	1,00	1,00	1,00
separato/a, divorziato/a	1,06	0,96	1,06	0,48
vedovo/a	<b>0,77</b>	<b>0,76</b>	<b>0,80</b>	<b>0,78</b>
<b>Tipologia familiare</b>				
coppia con figli	1,00	1,00	1,00	1,00
coppia senza figli	1,19	1,12	1,12	0,98
monogenitore	0,93	0,85	0,79	<b>0,46</b>
persona sola	0,88	0,81	0,90	0,83
altro	1,00	1,21	1,13	0,75
<b>Livello di istruzione</b>				
post-laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,00	1,00	1,00	1,00
lic. prof.le, medie inferiori	0,94	0,91	1,03	1,09
lic. elementare, senza titolo	<b>0,75</b>	<b>0,74</b>	0,90	0,90
<b>Giudizio sulle risorse economiche</b>				
ottime/adequate	1,00	1,00	1,00	1,00
scarse/assolutamente insufficienti	1,16	1,15	1,10	0,92
<b>Dimensione del comune di residenza</b>				
10001-50000	1,00	1,00	1,00	1,00
2001-10000	0,87	0,88	0,90	1,13
≤2000	<b>0,70</b>	<b>0,75</b>	<b>0,82</b>	1,11

**In neretto i valori statisticamente significativi**

## Conclusioni

Per quanto riguarda gli stili di vita dannosi per la salute non sembrano esistere differenze significative fra la Valle d'Aosta e le altre aree considerate. Il solo fattore di rischio che presenta un importante eccesso nei confronti del Trentino Alto Adige nei due sessi è l'inattività fisica. Ciò significa che esistono ancora margini di intervento per migliorare il profilo di salute della popolazione anziana valdostana.

Nel caso dell'abitudine a sottoporsi ad esami di controllo preventivi la Valle d'Aosta presenta una situazione di leggero svantaggio, con valori di poco inferiori alle altre aree considerate.

Nei due sessi, la percentuale di persone che si sottopone al vaccino antinfluenzale si colloca su valori inferiori al 50%, un dato che segnala l'esistenza di un importante spazio di intervento preventivo di sanità pubblica specialmente per alcuni gruppi sociali che sembrano presentare maggiori difficoltà nell'accesso alla

prevenzione influenzale (i vedovi e le vedove, i celibi e le nubili, i livelli più bassi d'istruzione e coloro che risiedono in comuni piccoli). Eventuali interventi di promozione del ricorso al vaccino antinfluenzale dovrebbero tenere in considerazione queste situazioni di svantaggio relativo ed essere perciò mirati ad un loro possibile recupero.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Bonita R, Courten M, Dwyer T, Jarozik K, Winkelmann R, Surveillance of risk factors for non communicable disease: The WHO STEP wise approach. Summary. World Health Organization, Geneva, 2001
2. Marmot M, Elliot P (editors). Coronary heart disease epidemiology – from aetiology to public health. Oxford University Press, New York, 1992
3. Société Française de Santé Publique. Health and Human Nutrition: Element for European Action, Collection Santé & Société, n° 10, 2000.
4. Vannoni F, Cadum E, Demaria M, Gnani R, Costa G, Salute stili di vita ricorso ai servizi sanitari nelle famiglie piemontesi 1994-95, Regione Piemonte , 1999.
5. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Physical Activity and Health: a report of the surgeon general, 1999. Available from: URL: <http://www.cdc.gov>.
6. Fentem PH. ABC of Sports Medicine: Benefits of exercise in health and disease. BMJ 1994 May 14;308:1291-1295.
7. Vannoni F, Burgio A, Quattrocioni L, Costa G, Faggiano F. Differenze sociali e indicatori di salute soggettiva, malattie croniche, disabilità e stili di vita nell'indagine ISTAT sulla salute del 1994. Epid Prev 1999; 23: 207-14.