
I DETERMINANTI DELLA SALUTE

Nella Relazione Sanitaria e Sociale 1999 - 2000, quando si è parlato di alcuni determinanti dello stato di salute, tra gli altri, sono stati riportati anche alcuni risultati preliminari dell'indagine ISTAT sulla salute 2000, relativi a soli due trimestri di rilevazione. In questa sezione si commentano i dati definitivi e li si pone in relazione con variabili in studio non prese in esame nella precedente Relazione. Queste variabili possono contribuire a descrivere meglio se, e in quale misura, in Valle d'Aosta l'attitudine ad adottare stili di vita dannosi per la salute sia condizionata, oltre che dall'essere uomo o donna, anche dall'età, dalla dimensione del comune di residenza, dal livello di istruzione, dallo stato civile, dall'attività professionale o, infine, dal giudizio sulle risorse economiche.

ALCOL

Nonostante la quantità complessiva di alcol sia diminuita in Italia negli ultimi venti anni, la propensione a farne un uso eccessivo rimane ancora elevata, soprattutto in alcune regioni tra le quali la Valle d'Aosta.

L'impatto dell'alcol sulla salute può essere misurato attraverso la mortalità e la morbosità per alcune patologie correlate al suo consumo.

Nel caso della mortalità, la Valle d'Aosta registra degli eccessi soprattutto maschili ed in età inferiore ai 65 anni, per cause legate all'alcol. I tumori attribuibili all'alcol su cui la Valle d'Aosta registra frequenze elevate di mortalità principalmente a carico degli uomini, sono quelli del cavo orale, del labbro, della lingua, della faringe, del fegato.

Nel caso della morbosità, le informazioni contenute nelle schede di dimissione ospedaliera (SDO) sono un valido strumento di analisi, pur con alcune limitazioni. Da una recente analisi sulle cause di ricovero in Valle d'Aosta tra il 1997 e il 1999¹ i tassi di ospedalizzazione per malattie epatiche alcoliche sono risultati superiori a quelli del Piemonte di oltre tre volte e mezza negli uomini e di oltre quattro volte nelle donne.

All'interno della Valle d'Aosta si registrano per le malattie epatiche alcoliche degli eccessi di ospedalizzazione negli uomini della comunità montana Monte Rosa, pari al 54% rispetto la media regionale. Inoltre i celibi risultano avere un rischio superiore al 100% rispetto i coniugati di essere ricoverati per queste cause. L'incidenza di nuovi casi vede inoltre la comunità montana del Grand Combin produrre un numero di nuovi ricoveri per questa causa due volte e mezza superiore alla media regionale.

Nelle donne gli eccessi di ospedalizzazione per malattie epatiche alcoliche si concentrano nel distretto 4 e, in particolare, nella comunità montana di Evançon dove il rischio di ricovero è superiore a quello del resto della Valle del 62%. Per tutte le valdostane la condizione di vedovanza sembra esporle a ricoveri per malattie dovute all'alcol in misura superiore del 52% rispetto al resto delle donne.

Le malattie epatiche croniche e la cirrosi hanno un rischio superiore di ricovero tra i celibi e le nubili della comunità montana di Evançon.

Tra i danni provocati dall'alcol sulla salute sono anche da annoverare alcuni tra quelli prodotti dai traumatismi per incidenti stradali o sul lavoro, per essi una stima attendibile risulta ancora più difficile perché non sempre la condizione di bevitore viene riportata e riconosciuta come concausa.

E' opportuno inoltre ricordare che oltre agli indicatori di salute, vi sono una serie di eventi di notevole rilevanza in termini di effetti sul sistema produttivo, sulle famiglie, sul contesto economico,

sociale e relazionale entro cui i soggetti con elevati consumi di alcol partecipano e che si protraggono per anni. Il CENSIS² stima un costo annuo in Italia di 6,5 miliardi di Euro che corrisponderebbero a circa 15 milioni di Euro per la Valle d'Aosta tra spese per prestazioni sanitarie agli alcolisti, costi da assenze dal lavoro, da diminuita produttività, da perdita del lavoro per invalidità, di assistenza da diminuita produttività, di assistenza da parte dei familiari, da incidenti provocati da alcolisti, da perdita di produzione per malattia o mortalità delle vittime degli incidenti provocati da alcolisti.

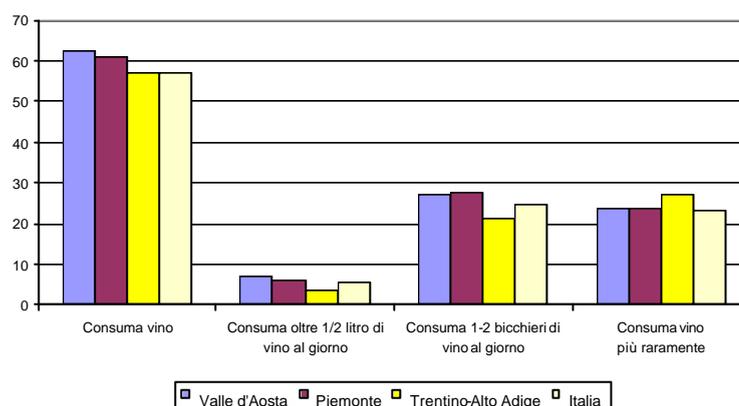
La Valle d'Aosta a confronto

Nei dati che seguono viene fornito unicamente il confronto tra la Valle d'Aosta e le altre aree geografiche poichè il tema dell'alcol non è stato affrontato dall'indagine ISTAT sulle "Condizioni di salute e ricorso ai servizi" 2000. I dati che seguono si riferiscono alle indagini Multiscopo ISTAT 1999-2000.

La figura mostra come le dichiarazioni sul generico consumo di vino siano di poco più frequenti in Valle d'Aosta rispetto alle altre aree a confronto: il 62,5% contro il 61,1% del Piemonte, il 57,3% del Trentino Alto Adige e dell'Italia (57,1%).

Queste differenze si mantengono per i consumi più elevati (maggiore di mezzo litro al giorno) (Figura 1).

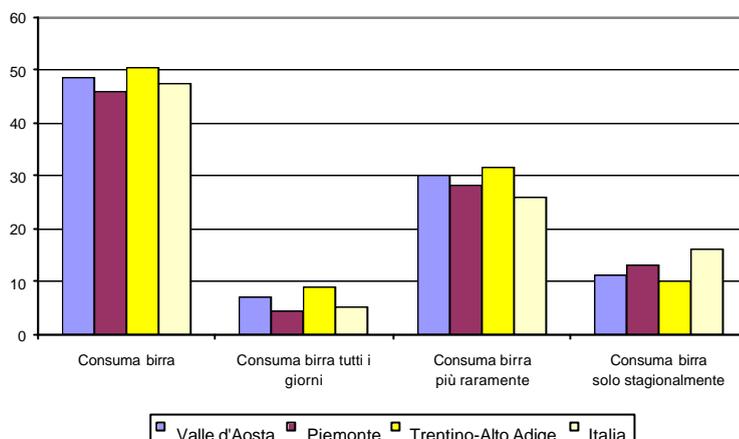
Figura 1. Consumo di vino annuo in persone di 14 anni e più in Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige ed Italia. Anno 2000. Prevalenze standardizzate per età per 100. Uomini e Donne.



Sempre elevati, ma denotanti una diversa "cultura" del bere, sono i consumi di birra.

La Valle d'Aosta, nel generico consumo di birra, con una percentuale di consumatori del 48,8% rimane seconda solo al Trentino Alto Adige, anche quando il consumo diventa giornaliero (Figura 2).

Figura 2. Consumo di birra annuo in persone di 14 anni e più in Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige ed Italia. Anno 2000. Prevalenze standardizzate per età per 100.



FUMO DI SIGARETTA

Il fumo di sigaretta è il principale responsabile di numerosi tumori, di malattie circolatorie e respiratorie. Fumare in gravidanza comporta un rischio elevato di basso peso alla nascita e un ritardo di crescita intrauterina nel bambino.

I danni per la salute non si manifestano solo per via diretta: sempre più prove scientifiche dimostrano un ruolo importante del fumo passivo nella genesi di numerose patologie.

L'importanza della lotta al fumo di sigaretta è legata oltre che alla diffusione e alla gravità delle sue conseguenze, anche alla considerazione che si tratta di uno dei pochi fattori di rischio teoricamente eliminabili e che è documentato come la sospensione dal fumo sia in grado di riportare alcuni rischi ad esso correlati a livelli uguali a quelli di soggetti non fumatori in un arco di 15 anni.

Gli effetti del fumo si traducono in un elevato numero di decessi, ricoveri e di disabilità evitabili che comportano costi elevati per la società; una loro riduzione favorirebbe risparmi considerevoli e una maggiore capacità di risorse per la sanità e l'assistenza.

Nel 2000 i valdostani uomini con più di 15 anni si sono dichiarati per il³

- 24,2 % fumatore < 20 sigarette al giorno;
- 4,2 % grande fumatore (più di 20 sigarette al giorno);
- 26,4 % ex fumatori.

Il 45,2 % non fuma.

Nello stesso anno in Valle d'Aosta le donne con più di 15 anni si sono dichiarate per il³:

- 17,3 % fumatrici < 20 sigarette al giorno;
- 1,3 % grandi fumatrici (più di 20 sigarette al giorno);
- 15,6% ex fumatrici.

Il 65,8 % non fuma.

L'analisi per età mostra che tra gli uomini l'abitudine al fumo è andata diminuendo con le generazioni più giovani (5 su 10 tra gli adulti contro 7 su 10 tra gli anziani), mentre tra le donne è andata aumentando (4 su 10 tra le adulte contro 2 su 10 tra le anziane).

La proporzione di persone fumatrici che hanno smesso di fumare è più alta tra gli anziani (circa 3 su 4), che tra gli adulti (circa 2 su 5).

Tabella 1 . Abitudine al fumo in Valle d'Aosta per fascia di età e sesso - Prevalenze grezze per 100 e intervalli di confidenza - Anno 2000.

Uomini

Fumo	15-64	65 >
non fuma	47,4 (44,3-50,6)	34,3 (27,9-40,8)
fumava	22,1 (19,5-24,7)	47,2 (40,3-54,0)
fuma <=20	25,9 (23,2-28,6)	16,2 (11,2-21,2)
fuma >20	4,6 (3,3-5,9)	2,3 (0,3-4,4)

Donne

Fumo	15-64	65 >
non fuma	61,3 (58,2-64,4)	80,0 (75,5-84,5)
fumava	15,9 (13,52-18,17)	14,6 (10,6-18,6)
fuma <=20	21,3 (18,7-23,9)	5,0 (2,6-7,5)
fuma >20	1,6 (0,8-2,4)	0,4 (0-1,0)

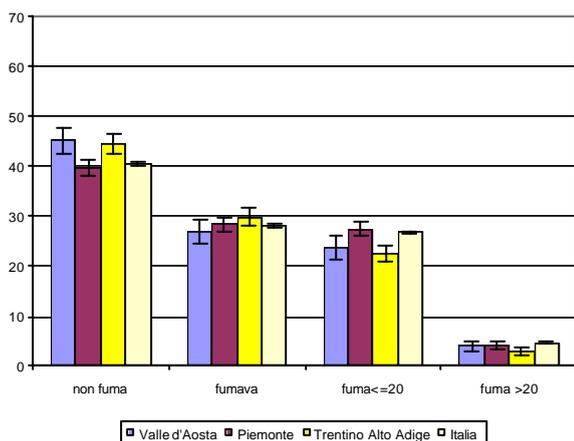
La Valle d'Aosta a confronto

A confronto con le altre regioni e con l'Italia, la Valle d'Aosta per gli uomini registra le prevalenze più basse di ex fumatori, mentre ancora basse, e simili a quelle del Trentino Alto Adige, sono le prevalenze di modesti fumatori (< 20 sigarette al giorno). Non si rilevano differenze per la Valle d'Aosta tra i forti fumatori uomini.

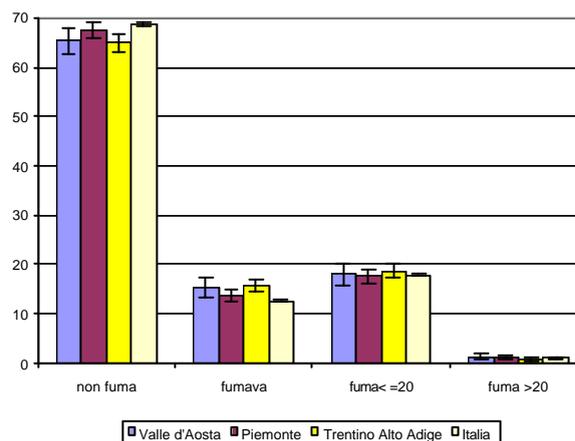
Prevalenze del tutto analoghe a quelle delle altre regioni si registrano nelle valdostane che fumano meno di 20 sigarette al giorno e nelle forti fumatrici. La prevalenza di ex fumatrici, paragonabile a quella del Trentino Alto Adige, sembra la più elevata (Figura 3).

Figura 3. Abitudine al fumo in Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige ed Italia nei due sessi nel 2000 - Prevalenze standardizzate per età per 100.

Uomini



Donne



Le differenze sociali in Valle d'Aosta

A discriminare maggiormente e significativamente l'abitudine al fumo sembra essere per entrambi i sessi il giudizio sulle risorse economiche : a fumare di più sono i valdostani e le valdostane che ritengono scarse o assolutamente insufficienti le proprie risorse economiche (PRR=1,3 negli uomini e PRR =1,5 nelle donne).

Ad essere più esposti all'abitudine al fumo sono le classi di istruzione medio basse per gli uomini, con percentuali eccedenti intorno al 40% rispetto al livello di istruzione più elevato. Tra le donne l'istruzione non presenta differenze significative.

Le donne non coniugate sembrano fumare più del 50% rispetto alle coniugate, mentre gli uomini non coniugati mostrano una protezione del 20%.

I lavoratori valdostani che svolgono attività manuali risultano fumare un terzo in più delle altre classi di attività professionale (PRR = 1,3) (Tabella 2).

Tabella 2. Abitudine al fumo nel 2000 in Valle d'Aosta per livello di istruzione, stato civile, attività occupazionale, giudizio sulle risorse e ampiezza del comune di residenza - Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR) - Uomini e Donne.

	TOTALE	UOMINI	DONNE
AMPIEZZA COMUNE			
10001-50000	1,0	1,0	1,0
2001-10000	1,0 (0,8-1,1)	1,1 (0,9-1,3)	0,8 (0,6-1,0)
<2000	0,9 (0,8-1,1)	0,9 (0,7-1,1)	0,9 (0,7-1,2)
ISTRUZIONE			
post-laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	1,0	1,0
lic. prof.le, medie inferiori	1,3 (1,1-1,5)	1,4 (1,1-1,7)	1,2 (0,9-1,5)
lic. elementare, senza titolo	1,2 (1,0-1,5)	1,4 (1,1-1,9)	1,1 (0,8-1,5)
STATO CIVILE			
coniugato/a	1,0	1,0	1,0
altra condizione	1,0 (0,9-1,2)	0,8 (0,7-0,9)	1,5 (1,2-1,9)
ATTIVITA' PROFESSIONALE			
non manuale	1,0	1,0	1,0
manuale	1,3 (1,1-1,5)	1,3 (1,1-1,5)	1,1 (0,8-1,4)
autonoma	1,0 (0,8-1,2)	1,0 (0,8-1,3)	1,0 (0,7-1,4)
GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE			
ottime/adequate	1,0	1,0	1,0
scarse/assolutamente insufficienti	1,4 (1,2-1,6)	1,3 (1,1-1,5)	1,5 (1,2-1,9)

ATTIVITA' FISICA

E' ormai ampiamente documentata l'efficacia che una costante attività fisica, anche se di lieve intensità, ha nel proteggere le persone di ogni età verso patologie ad elevata incidenza nella popolazione.

Praticare attività fisica aerobica, anche moderata, per 30 minuti al giorno e per cinque giorni alla settimana, protegge le persone di ogni età dall'insorgenza di patologie quali: le malattie cardiovascolari, il diabete, le osteoartriti, l'osteoporosi e il tumore del colon. Dati promettenti, anche se non ancora decisivi sul piano dell'evidenza scientifica, mostrano inoltre un effetto protettivo dell'esercizio fisico anche nei confronti di altre sedi tumorali come l'endometrio, la prostata, l'ovaio, il testicolo e la mammella.

Nella popolazione anziana è riferita l'efficacia nei casi di :

- malattie cerebrovascolari, in quanto contribuisce alla riduzione del rischio di mortalità per malattie cardiovascolari in generale e, nello specifico, di coronopatie e ipertensione arteriosa;
- diabete, in quanto produce un abbassamento del rischio di insorgenza del diabete mellito non insulino dipendente;
- osteoartriti, in quanto previene le artriti in età avanzata ed ha effetti coadiuvanti della terapia;
- cadute, in quanto l'esercizio fisico è risultato che riduca il rischio di cadute negli anziani prevenendo in modo particolare le fratture del femore, mantenendo una condizione di maggiore autosufficienza;
- qualità della vita: l'attività fisica ritarda il declino funzionale, favorisce la socializzazione e scongiura l'isolamento sociale che è causa e aggravante di numerose patologie.

Nei bambini e negli adolescenti la pratica di un'attività sportiva migliora lo sviluppo muscoloscheletrico, mentre negli adulti mantiene la densità ossea riducendo il rischio di fratture e di patologie a carico dello scheletro e dei muscoli.

Dedicarsi ad uno sport o fare semplicemente dell'esercizio fisico all'aperto, anche insieme ad altre persone, migliora l'umore, riduce i sintomi di depressione e di ansietà prodotti dai ritmi di vita quotidiani e allontana le malattie ad essi correlate. Per contro, la mancanza di attività fisica abituale favorisce l'aumento di peso e in alcuni casi anche l'obesità, considerata essa stessa un fattore di rischio per numerose patologie.

Per quanto riguarda la Valle d'Aosta, nel 2000 gli uomini hanno dichiarato nel 78% dei casi di praticare qualche forma di attività fisica; di questi³:

- il 33% lo fa in modo regolare;
- il 25% lo fa in modo leggero;
- il 19% pratica un'attività fisica intensiva.

Il 22% non pratica alcuna attività.

Per quanto riguarda le donne il 74% ha dichiarato di praticare qualche forma di attività fisica; di queste³:

- il 29% lo fa in modo regolare;
- il 33% lo fa in modo leggero;
- l'11% pratica un'attività fisica intensiva.

Il 26 % non pratica alcuna attività.

L'analisi per età mostra come sia ancora alta la proporzione di adulti e anziani, soprattutto donne, che non svolgono attività fisica (4 su 10 donne anziane). Tra le donne la situazione sembra sia migliorata con le nuove generazioni che presentano una più alta prevalenza di esercizio fisico regolare rispetto alle anziane (Tabella 3).

Tabella 3. Attività fisica in Valle d'Aosta per fascia di età e sesso – Prevalenze grezze per 100 e intervalli di confidenza – Anno 2000.

Uomini				Donne			
Attività fisica	0-14	15-64	65 >	Attività fisica	0-14	15-64	65 >
non fa attività fisica	3,4 (0-6,9)	19,1 (16,7-21,6)	32,6 (26,3-39,0)	non fa attività fisica	5,4 (1,0-9,8)	21,0 (18,4-23,6)	40,8 (35,2-46,3)
fa attività fisica leggera	3,7 (0,1-7,3)	24,3 (21,6-26,9)	29,1 (22,9-35,3)	fa attività fisica leggera	15,5 (8,4-22,6)	33,2 (30,2-36,2)	35,6 (30,2-40,9)
fa attività fisica regolare	28,5 (20,0-37,0)	33,2 (30,3-36,1)	34,8 (28,3-41,2)	fa attività fisica regolare	35,3 (26,0-44,6)	31,7 (28,7-34,6)	21,5 (16,8-26,1)
fa attività fisica intensiva	64,4 (55,4-73,5)	23,4 (20,8-26,1)	3,5 (1,0-6,1)	fa attività fisica intensiva	43,8 (34,1-53,5)	14,2 (11,9-16,4)	2,2 (0,6-3,9)

La Valle d'Aosta a confronto

La regolarità con la quale si pratica l'attività fisica assume in Valle d'Aosta frequenze più elevate della media nazionale in entrambi i sessi e in linea con quella delle altre regioni del nord.

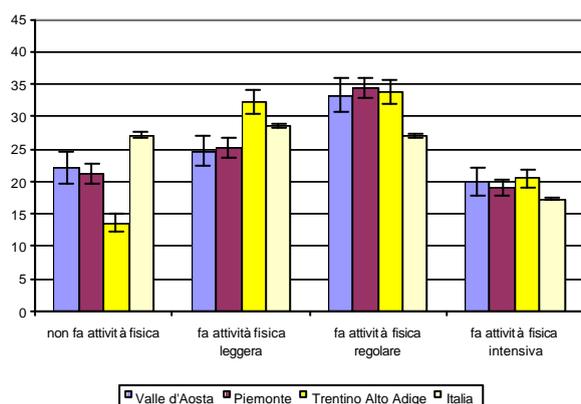
Rispetto alla pratica di attività fisica leggera la Valle d'Aosta ha complessivamente una frequenza simile alle altre regioni ed inferiore a quella del Trentino Alto Adige.

La prevalenza di coloro che non praticano alcuna attività fisica in Valle d'Aosta è simile a quella del Piemonte, per entrambi i sessi, ed inferiore alla media nazionale, ma superiore alle prevalenze del Trentino Alto Adige per entrambi i sessi.

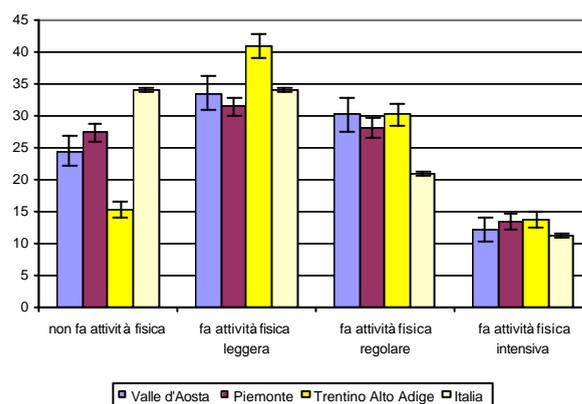
Uomini e donne valdostane non differiscono dalle altre aree a confronto nelle prevalenze di attività fisica intensiva. (Figura 4).

Figura 4. Attività fisica in Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige ed Italia nei due sessi nel 2000 - Prevalenze standardizzate per età per 100.

Uomini



Donne



Le differenze sociali in Valle d'Aosta

Il rischio di sedentarietà accomuna i valdostani uomini e donne con basso livello di istruzione con percentuali superiori del 20% in entrambi i sessi, ma superiori negli uomini (PRR = 1,3). Lo stesso accade ai lavoratori manuali e autonomi in entrambi i sessi.

Modesti eccessi di rischio si registrano inoltre nei valdostani di entrambi i sessi che vivono in comuni di medie e piccole dimensioni rispetto ai residenti in Aosta.

Tabella 4. Attività fisica nel 2000 in Valle d'Aosta per livello di istruzione, stato civile, attività occupazionale, giudizio sulle risorse e ampiezza del comune di residenza - Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR) - Uomini e Donne.

	TOTALE	UOMINI	DONNE
AMPIEZZA COMUNE			
10001-50000	1,0	1,0	1,0
2001-10000	1,1 (1,0-1,2)	1,3 (1,0-1,6)	1,1 (1,0-1,3)
<2000	1,2 (1,1-1,3)	1,3 (1,1-1,7)	1,2 (1,0-1,3)
ISTRUZIONE			
post-laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	1,0	1,0
lic. prof.le, medie inferiori	1,1 (1,0-1,3)	1,2 (1,0-1,5)	1,2 (1,0-1,4)
lic. elementare, senza titolo	1,2 (1,1-1,4)	1,3 (1,0-1,7)	1,3 (1,1-1,5)
STATO CIVILE			
coniugato/a	1,0	1,0	1,0
altra condizione	1,0 (0,9-1,1)	0,9 (0,7-1,1)	1,0 (0,9-1,1)
ATTIVITA' PROFESSIONALE			
non manuale	1,0	1,0	1,0
manuale	1,2 (1,1-1,3)	1,2 (1,0-1,4)	1,1 (1,0-1,3)
auto noma	1,2 (1,1-1,4)	1,3 (1,1-1,6)	1,1 (1,0-1,3)
GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE			
ottime/adequate	1,0	1,0	1,0
scarse/assolutamente insufficienti	1,0 (0,9-1,1)	1,1 (0,9-1,4)	1,0 (0,9-1,1)

OBESITA'

La diffusione di abitudini alimentari scorrette e l'obesità rappresentano un grave problema di sanità pubblica perché, insieme all'inattività fisica, costituiscono uno dei principali fattori di rischio per molte malattie cronico degenerative.

Le prove dell'azione dannosa, o protettiva, delle abitudini alimentari correlate a malattie tumorali o cardiovascolari sono ormai consistenti e hanno dato luogo a raccomandazioni alimentari ad uso pratico.

L'indice di massa corporea, o *body mass index* (BMI) è un indicatore che mette in correlazione il peso con l'altezza e quando supera o eguaglia il valore indice di 30 denota una condizione di obesità.

In Valle d'Aosta nel 2000 l'8% degli uomini e il 6,7% delle donne è risultato obeso³.

La frequenza di soggetti con eccessi ponderali aumenta all'aumentare dell'età, soprattutto tra le donne (Tabella 5).

Tabella 5. Obesità in Valle d'Aosta per fascia di età e sesso – Prevalenze grezze per 100 e intervalli di confidenza – Anno 2000.

Uomini

	15-64	65 >
Obesità	7,7 (6,1-9,4)	9,6 (5,6-13,6)

Donne

	15-64	65 >
Obesità	5,4 (4,0-6,9)	10,8 (7,3-14,3)

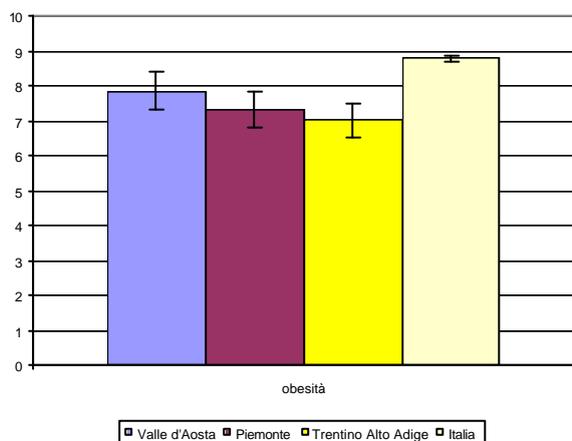
La Valle d'Aosta a confronto

Confrontando queste frequenze con quelle delle altre aree geografiche, gli uomini valdostani obesi sono risultati modestamente più numerosi in Valle d'Aosta che non in Piemonte o in Trentino Alto Adige, significativamente inferiori alla media nazionale.

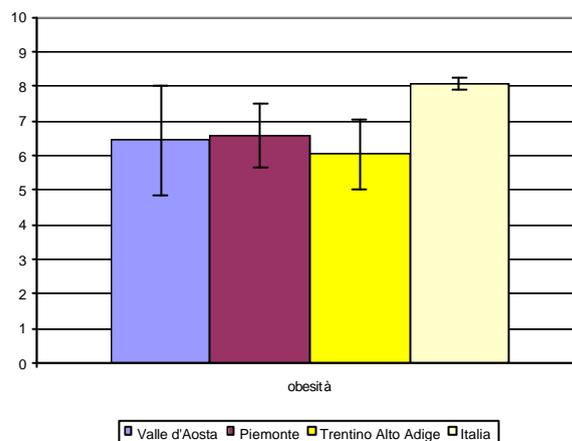
La percentuale di donne obese è in linea con quella delle altre regioni ed è inferiore a quella media nazionale (Figura 5)

Figura 5. Obesità in Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige ed Italia nei due sessi nel 2000 – Prevalenze standardizzate per età per 100.

Uomini



Donne



Le differenze sociali in Valle d'Aosta

L'obesità sembra avere nell'istruzione individuale il più forte determinante per entrambi i sessi.

I valdostani con il più basso livello di istruzione sono due volte e mezza più obesi dei corregionali più istruiti (PRR=2,5) mentre le valdostane il triplo (PRR = 3,1).

Per quanto riguarda il rischio di obesità, questo raddoppia in modo non significativo se l'attività è manuale.

Per entrambi i sessi il non essere coniugato riduce di circa il 20% il rischio di obesità (Tabella 6).

Tabella 6. Obesità nel 2000 in Valle d'Aosta per livello di istruzione, stato civile, attività occupazionale, giudizio sulle risorse e ampiezza del comune di residenza - Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR) - Uomini e Donne

	TOTALE	UOMINI	DONNE
AMPIEZZA COMUNE			
10001-50000	1,0	1,0	1,0
2001-10000	1,2 (0,8-1,7)	1,1 (0,7-1,7)	1,2 (0,7-2,1)
<2000	0,9 (0,6-1,3)	0,7 (0,4-1,2)	1,2 (0,7-2,0)
ISTRUZIONE			
post-laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	1,0	1,0
lic. prof.le, medie inferiori	1,4 (0,9-2,1)	1,1 (0,7-1,8)	1,9 (0,9-4,0)
lic. elementare, senza titolo	2,6 (1,7-4,1)	2,5 (1,4-4,4)	3,1 (1,4-6,6)
STATO CIVILE			
coniugato/a	1,0	1,0	1,0
altra condizione	0,8 (0,6-1,1)	0,8 (0,5-1,2)	0,7 (0,5-1,2)
ATTIVITA' PROFESSIONALE			
non manuale	1,0	*	1,0
manuale	2,1 (1,4-3,0)	*	1,2 (0,6-2,2)
autonoma	1,8 (1,2-2,8)	*	2,0 (1,1-3,5)
non altrimenti classificato	1,5 (0,9-2,5)	*	1,5 (0,8-2,7)
GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE			
ottime/adequate	1,0	1,0	1,0
scarse/assolutamente insufficienti	1,0 (0,7-1,4)	0,8 (0,5-1,3)	1,2 (0,7-1,9)

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

SOTTOPESO

La condizione di sottopeso, anche se molto meno frequente, rappresenta un indicatore di disagio associabile a condizioni di salute sfavorevoli.

In Valle d'Aosta questa condizione è una caratteristica maggiormente femminile poiché si sono dichiarate sottopeso l'8 % delle donne contro lo 0,8 % degli uomini³.

L'analisi per età dimostra come siano le donne di tutte le età a vivere questa condizione (Tabella7).

Tabella 7 . Il sottopeso in Valle d'Aosta per fascia di età e sesso - Prevalenze grezze per 100 e intervalli di confidenza - Anno 2000.

Uomini			
	0-14	15-64	65 >
Sottopeso	77,6 (71,5-83,6)	1,1 (0,4-1,7)	

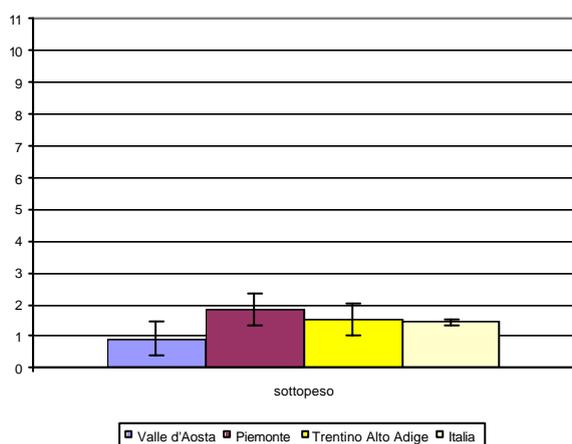
Donne			
	0-14	15-64	65 >
Sottopeso	81,4 (75,6-87,2)	9,3 (7,5-11,2)	5,5 (2,9-8,0)

La Valle d'Aosta a confronto

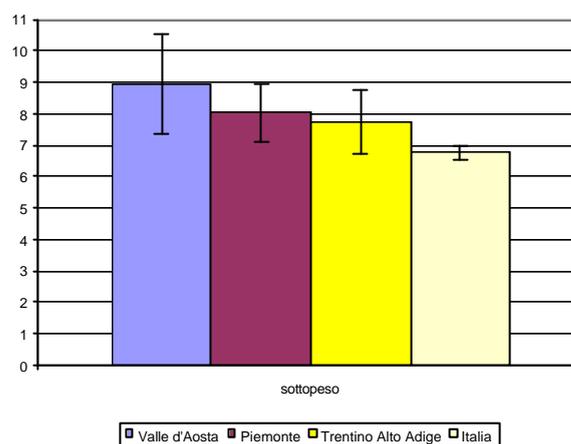
A confronto con le altre regioni e l'Italia i dati relativi alla percentuale di valdostane in sottopeso sono in assoluto più elevati, ma solo con il confronto con l'Italia la differenza è stata significativa (Figura 6).

Figura 6. Sottopeso in Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige ed Italia nei due sessi nel 2000 - Prevalenze standardizzate per età per 100 e intervalli di confidenza - Anno 2000.

Uomini



Donne



Le differenze sociali in Valle d'Aosta

Nei valdostani uomini e donne il risiedere in un comune di piccole dimensioni sembra quasi dimezzare (PRR = 0,6), rispetto a chi vive ad Aosta, il rischio di essere sottopeso.

Hanno meno probabilità di essere sottopeso, anche se con differenze non sempre significative, i valdostani uomini e donne che hanno un livello di istruzione basso e che svolgono professioni manuali e autonome o che giudicano scarse le proprie risorse economiche (Tabella 8).

Tabella 8. Sottopeso nel 2000 in Valle d'Aosta per livello di istruzione, stato civile, attività occupazionale, giudizio sulle risorse e ampiezza del comune di residenza - Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR) - Uomini e Donne

	TOTALE	UOMINI	DONNE
AMPIEZZA COMUNE			
10001-50000	1,0	1,0	1,0
2001-10000	1,2 (0,8-1,7)	1,9 (0,5-8,2)	1,1 (0,8-1,7)
<2000	0,6 (0,4-0,9)	0,6 (0,1-3,8)	0,6 (0,4-1,0)
ISTRUZIONE			
post-laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	1,0	1,0
lic. prof.le, medie inferiori	0,7 (0,4-1,0)	1,4 (0,3-7,0)	0,7 (0,5-1,0)
lic. elementare, senza titolo	0,6 (0,3-1,1)	0,8 (0,1-11,2)	0,6 (0,3-1,1)
STATO CIVILE			
coniugato/a	1,0	1,0	1,0
altra condizione	1,0 (0,6-1,5)	1,2 (0,2-7,7)	1,0 (0,7-1,5)
ATTIVITA' PROFESSIONALE			
non manuale	1,0	1,0	1,0
manuale	0,6 (0,4-1,0)	0,3 (0-2,0)	0,8 (0,5-1,3)
autonoma	0,6 (0,3-1,1)	0,6 (0,1-4,9)	0,7 (0,3-1,3)
non altrimenti classificato	1,2 (0,7-2,0)	0,4 (0-5,4)	1,1 (0,7-1,7)
GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE			
ottime/adequate	1,0	1,0	1,0
scarse/assolutamente insufficienti	0,8 (0,5-1,3)	0,8 (0,1-4,2)	0,8 (0,5-1,2)

CONTROLLO DEL PESO

Il controllo del peso non sembra essere un problema molto sentito in Valle d'Aosta, particolarmente tra gli uomini: nel corso di un anno dichiarano di controllarlo raramente o mai il 66% degli uomini contro il 44% delle donne.

A controllarlo frequentemente nell'arco dell'anno sono l'8,5 % degli uomini e l'11,5 delle donne³.

L'analisi per età conferma la scarsa attenzione al proprio peso degli uomini a tutte le età (Tabella 9).

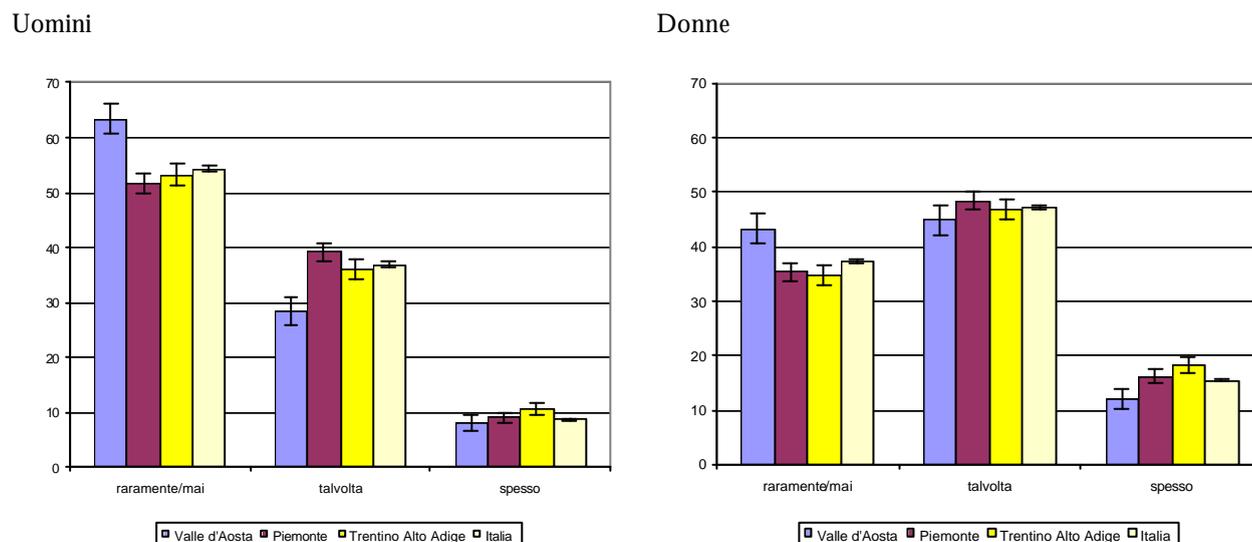
Tabella 9. Il controllo del peso in Valle d'Aosta per fascia di età e sesso – Prevalenze grezze per 100 e intervalli di confidenza – Anno 2000.

Uomini				Donne			
Controllo del peso	0-14	15-64	65 >	Controllo del peso	0-14	15-64	65 >
raramente/mai	54,2 (47,0-61,4)	62,6 (59,5-65,6)	66,2 (59,8-72,6)	raramente/mai	48,9 (41,5-56,4)	39,5 (36,3-42,6)	59,8 (54,3-65,3)
talvolta	39,0 (31,9-46,0)	27,8 (25,0-30,5)	31,1 (24,8-37,4)	talvolta	46,0 (38,5-53,4)	46,8 (43,6-50,0)	35,8 (30,4-41,2)
spesso	6,9 (3,2-10,5)	9,7 (7,9-11,5)	2,7 (0,5-5,0)	spesso	5,1 (1,8-8,4)	13,7 (11,6-15,9)	4,5 (2,1-6,8)

La Valle d'Aosta a confronto

Confrontando le prevalenze standardizzate della Valle d'Aosta con quelle delle altre regioni, si conferma il disinteresse dei valdostani, uomini e donne, che registrano la più alta frequenza tra coloro che dichiarano di controllare raramente o mai il proprio peso (Figura 7)

Figura 7. Controllo del peso in Valle d'Aosta, Piemonte, Trentino Alto Adige ed Italia nei due sessi nel 2000 - Prevalenze standardizzate per età per 100.



Le differenze sociali in Valle d'Aosta

Una maggiore propensione a non controllare il peso caratterizza gli uomini e le donne valdostane che vivono nei comuni piccoli (PRR = 1,4) che hanno un livello di istruzione basso (PRR = 1,4).

Una minore propensione al controllo del peso sembra caratterizzare anche chi non è sposato (PRR = 1,1), i lavoratori manuali (PRR = 1,3) e autonomi (PRR = 1,3) (Tabella 10).

Tabella 10. Il controllo del peso nel 2000 in Valle d'Aosta per livello di istruzione, stato civile, attività occupazionale, giudizio sulle risorse e ampiezza del comune di residenza - Rapporto Standardizzato di Prevalenza (PRR) - Uomini e Donne

	TOTALE	UOMINI	DONNE
AMPIEZZA COMUNE			
10001-50000	1,0	1,0	1,0
2001-10000	1,2 (1,1-1,4)	1,3 (1,1-1,5)	1,2 (1,0-1,3)
<2000	1,4 (1,2-1,5)	1,3 (1,2-1,5)	1,3 (1,1-1,5)
ISTRUZIONE			
post-laurea, laurea, dipl. univ., diploma	1,0	1,0	1,0
lic. prof.le, medie inferiori	1,2 (1,1-1,3)	1,2 (1,1-1,3)	1,1 (0,9-1,3)
lic. elementare, senza titolo	1,4 (1,2-1,6)	1,4 (1,2-1,6)	1,4 (1,1-1,7)
STATO CIVILE			
coniugato/a	1,0	1,0	1,0
altra condizione	1,1 (1,0-1,2)	1,1 (1,0-1,2)	1,1 (1,0-1,2)
ATTIVITA' PROFESSIONALE			
non manuale	1,0	1,0	1,0
manuale	1,3 (1,2-1,4)	1,3 (1,2-1,5)	1,2 (1,0-1,4)
autonoma	1,3 (1,1-1,4)	1,3 (1,1-1,5)	1,2 (1,0-1,4)
non altrimenti classificato	1,1 (1,0-1,2)	1,2 (1,0-1,5)	1,1 (1,0-1,4)
GIUDIZIO RISORSE ECONOMICHE			
ottime/adequate	1,0	1,0	1,0
scarse/assolutamente insufficienti	1,1 (1,0-1,2)	1,2 (1,1-1,3)	1,0 (0,9-1,2)

OSSERVAZIONI CONCLUSIVE

La distribuzione dei principali fattori comportamentali di rischio per la salute non sembra penalizzare particolarmente le Valle d'Aosta rispetto alle altre regioni, nemmeno nel caso del consumo di alcol che presenta modesti eccessi come per il consumo di vino.

Viceversa, sono le differenze interne alla regione che richiamano l'attenzione sull'importanza di questi fattori di rischio, soprattutto per alcuni gruppi di popolazione che sono particolarmente esposti.

Intanto, la prevalenza complessiva di questi comportamenti pericolosi per la salute continua ad essere molto elevata. In ordine di importanza, l'esperienza del fumo ha toccato 1 uomo su 2 e 1 donna

su 3, la sedentarietà interessa 1 uomo su 5 e 1 donna su 4, l'obesità 1 adulto su 15 e 1 anziano su 10, il forte consumo di vino 1 persona su 15.

L'attenzione alla prevenzione di questi comportamenti che avranno sicuramente un impatto importante sulla salute, non può prescindere dalla diversa distribuzione che presentano nella popolazione.

Con l'eccezione del sottopeso, che interessa soprattutto le persone di sesso femminile, istruite e di alta posizione sociale, tutti gli altri comportamenti pericolosi per la salute hanno una correlazione stretta e significativa con la povertà di risorse economiche (fumo, non controllo del peso), con la bassa istruzione (fumo maschile, sedentarietà, obesità, non controllo del peso), con le professioni manuali e del lavoro autonomo (fumo, sedentarietà, obesità).

E' necessario che le azioni di promozione della salute previste dal Piano Socio Sanitario Regionale si misurino con queste differenze che rivelano le aree di maggiore potenzialità preventiva.

Note

¹ "Causes d'hospitalisation en Vallée d'Aoste – Cause di ricovero in Valle d'Aosta" a cura dell'Osservatorio Regionale Epidemiologico e per le Politiche sociali dell'Assessorato della sanità, Salute e Politiche sociali.

² vedi Osservatorio Permanente su Giovani e l'Alcol. www.alcol.net/statistiche/tab_36.html

³ Le percentuali sono riferite alla popolazione con età superiore a 15 anni.