

In linea con la salute

Studio sulle condizioni di salute e sulle abitudini di vita dei ferraresi



Ottobre 2005



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara



Conferenza
Territoriale Sociale e Sanitaria
di Ferrara



Dipartimento di Sanità Pubblica
Modulo di Epidemiologia

In linea con la salute

Studio sulle condizioni di salute e sulle abitudini di vita dei ferraresi

A cura di:

Aldo De Togni

Paolo Pasetti

(Dipartimento Sanità Pubblica Azienda USL di Ferrara)

hanno collaborato alla realizzazione dello studio:

Monica Faustini

(Dipartimento Sanità Pubblica Azienda USL di Ferrara)

ditta Mediatel srl - Ferrara

Un ringraziamento per la collaborazione ed i suggerimenti:

Maria Caterina Sateriale

Fulvia Signani

(Piani per la Salute Azienda USL di Ferrara)

Nicoletta Bertozzi e Mauro Palazzi

(Dipartimento Sanità Pubblica Azienda USL di Cesena)

Lino Wegher

(Sezione interaziendale di medicina ambientale- Azienda Sanitaria di Bolzano)

Un caloroso ringraziamento a tutte le persone intervistate

Copia della pubblicazione può essere chiesta a:

Monica Faustini

Tel. 0532-250921

e-mail: m.faustini@ausl.fe.it

Indice

Presentazione	4
Sintesi	6
Parte prima. Presentazione e descrizione dell'indagine "In linea con la salute"	9
1. Introduzione.....	9
Parte seconda. Condizioni di salute e prevalenza di alcune abitudini di vita nei ferraresi.	
Principali risultati dell'indagine "In linea con la salute"	17
2. Le condizioni di salute secondo la valutazione soggettiva degli individui	17
3. Abitudine all'attività fisica.....	24
4. Abitudine al fumo di tabacco.....	29
5. Abitudini alimentari	36
6. Sovrappeso e obesità nella popolazione adulta	40
7. Consumo di alcool	45
8. Ipertensione e ipercolesterolemia.....	48
9. Prevalenza dell'esposizione a fattori di rischio per malattie cardiovascolari nei ferraresi	52
10. Disuguaglianze sociali e abitudini di vita	55
Conclusioni	57
Appendici	59
Parte prima. Note sui metodi seguiti per l'indagine.....	59
Parte seconda. Tabelle aggiuntive	65
Parte terza. Documentazione	70
Bibliografia	77

Presentazione

Lo studio sulle condizioni di salute e sulle abitudini dei ferraresi (“In linea con la salute”) rappresenta uno sforzo, direi ben riuscito, di indagare - nello specifico della realtà della popolazione residente nella provincia – una serie di comportamenti e di abitudini di vita che incidono pesantemente sullo stato di salute di ogni cittadino.

Attività fisica; fumo; regime alimentare rappresentano campi in cui è possibile esercitare funzioni di prevenzione primaria; ovverosia realizzare interventi che blocchino o ritardino l’insorgere di molteplici patologie la cui genesi può essere ricondotta, in tutto o in parte, a stili di vita che non sviluppano un corretto rapporto con le tre aree di comportamento sopra richiamate.

Fino ad ora non era mai stata effettuata una indagine scientificamente testata e mirata a cogliere le peculiarità comportamentali dei cittadini ferraresi. Ci si doveva accontentare dei dati ISTAT, piuttosto generici e incompleti (essendo tarati su base nazionale).

Con lo studio oggi a disposizione i dati e gli elementi informativi raccolti sono in grado, non solo di rappresentare la consistenza dei fenomeni indagati ma di correlarli anche ad una serie di condizioni favorevoli la cui responsabilità nel concorrere a generarne i fenomeni stessi appare evidente. Da ciò discende la possibilità, soprattutto per le istituzioni (Azienda e Comuni) ma anche per molti altri soggetti collettivi che operano nel contesto socio-economico ferrarese (Sindacati; associazioni; agenzie di formazione; etc..) di centrare la propria attenzione sulle cause che favoriscono l’insorgere degli stili di vita potenzialmente più dannosi.

Su di tali cause occorre agire sviluppando una specifica progettualità da parte dell’Azienda USL e degli Enti Locali.

Non si parte certo da zero. In particolare, per quanto concerne la disassuefazione al fumo molto è stato fatto e risultati positivi si sono ottenuti negli ultimi anni.

In merito alla attività motoria e ai regimi alimentari il lavoro si presenta più impegnativo; va strutturato nell’ambito del “Piano per la Salute” 2006-2009 e deve vedere coinvolti anche numerosi interlocutori non istituzionali (dal Sindacato pensionati all’Associazione sportiva, ad esempio).

Di fatto, la presente indagine, aiuta a rendere i contenuti di una tale progettazione più concreti e mirati e i tempi di progettazione più brevi.

Inoltre, apre la strada a verifiche periodiche di successo od insuccesso delle azioni intraprese, attraverso un aggiornamento periodico della indagine che utilizzi la metodologia già applicata con questa prima ricerca.

Sono personalmente molto soddisfatto di essere riuscito a veder sviluppato un approccio così peculiarmente legato alla realtà ferrarese e capace di consentire alle azioni preventive ipotizzabili margini di positività decisamente superiori a quanto poteva essere immaginato fino a qualche mese fa.

Ringrazio di ciò il Dott. De Togni e tutti i suoi collaboratori.

Fosco Foglietta

Sintesi

Obiettivo dello studio “In linea con la salute” è ottenere informazioni sulle abitudini di vita (spesso indicate come “stili di vita”) che determinano, insieme alle condizioni nelle quali si vive, la salute, e sulla percezione individuale della qualità della vita legata alla salute, integrando così gli indicatori sanitari tradizionali (mortalità, malattie, offerta e domanda di servizi sanitari).

Chi abbiamo intervistato?

Sono state intervistate telefonicamente 1747 persone (uomini e donne), scelte in modo da rappresentare la popolazione della provincia fra 18 e 79 anni di età.

Che cosa è stato chiesto?

Sono state rivolte domande sui comportamenti quotidiani delle persone (alimentazione, attività fisica, abitudine al fumo), sulla presenza di alcuni importanti fattori di rischio (ipertensione e ipercolesterolemia), sulla salute percepita e sulle condizioni di salute psico-fisica.

Stato di salute e qualità di vita percepita

Più della metà degli intervistati (72%) definisce la propria salute in modo positivo (buona, molto buona, eccellente), l'altro 28% definisce la propria salute in modo sfavorevole (passabile o scadente). Le persone che giudicano il proprio stato di salute come cattivo sono soprattutto le donne (33,3%, rispetto al 21,2% degli uomini) e gli anziani (54,2% sul totale).

Perché l'attività fisica?

Le persone sedentarie sono più facilmente in sovrappeso, ipertese, diabetiche, con alti livelli di colesterolo. Per questo l'inattività fisica è associata con le malattie cardiovascolari, ma anche con molte altre malattie cronico-degenerative, tra cui il diabete.

Quanta attività fisica in una settimana?

Tra le persone intervistate, il 40% dichiara di effettuare un minimo di attività fisica, mentre il 60 % svolge una vita sedentaria.

Che fare?

Il livello di attività fisica consigliato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per ottenere benefici per la propria salute è quella di un'attività, (anche moderata: ad esempio una passeggiata di buon passo) condotta per almeno 30 minuti, preferibilmente tutti i giorni della settimana.

Perché l'abitudine al fumo?

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito il fumo di tabacco “il principale fattore di rischio evitabile di morte precoce, malattia e handicap”. Numerosi studi epidemiologici hanno evidenziato la forte relazione esistente tra esposizione al fumo di tabacco e numerose malattie cronico-degenerative come ad esempio le malattie cardiovascolari, l'enfisema e la bronchite cronica, fino al tumore polmonare.

Quanti sono i fumatori?

Il 25% degli intervistati “In linea con la salute” dichiara di essere fumatore abituale. La prevalenza di fumatori è fortemente differenziata in base al sesso: i fumatori uomini sono infatti più delle donne (il 29 % contro il 21%).

Questi valori risultano leggermente inferiori a quelli nazionali e regionali (32% e 30% per gli uomini, 17% e 22% per le donne). Questi lievi scostamenti vanno interpretati con cautela in quanto il campione in studio comprende soggetti con più di 18 anni, mentre i dati regionali e nazionali (prodotti con l'indagine multiscopo ISTAT condotta nel 1999-2000) si riferiscono a tutta la popolazione con più di 14 anni.

Che fare?

Evidenze scientifiche mostrano che la sospensione del fumo porta a un dimezzamento del rischio di infarto al miocardio già dopo un anno di astensione, e che dopo 15 anni il rischio diventa pari a quello di un non fumatore; si è visto inoltre che i fumatori che smettono di fumare prima dei 50 anni riducono della metà il proprio rischio di morire nei successivi 15 anni rispetto a coloro che continuano a fumare.

Il 15% ha espresso l'intenzione di smettere di fumare: queste persone possono trovare aiuto presso il medico di famiglia oppure un centro anti-fumo.

Perché l'alimentazione?

Tra i comportamenti quotidiani, l'alimentazione ricopre un ruolo fondamentale. È ormai riconosciuta l'importanza di alcuni alimenti nel proteggere dall'insorgenza di alcune patologie, così come il consumo di altri alimenti può costituire un fattore di rischio. Inoltre caratteristiche del comportamento alimentare, come il modo di cucinare e consumare i cibi, sono determinanti per la salute, facendo assumere all'alimentazione un ruolo fondamentale nella qualità della vita della popolazione. Un'alimentazione sana è caratterizzata dalla varietà della dieta, tale da assicurare un apporto equilibrato delle sostanze necessarie, e dalla regolarità dei pasti, in particolare attraverso una valorizzazione della colazione e del pranzo.

Quali sono le nostre abitudini alimentari?

Nel campione in studio l'80% degli intervistati dichiara di fare una colazione adeguata, assumendo the, caffè o latte e mangiando qualcosa.

Una certa percentuale di ferraresi presenta abitudini alimentari squilibrate:

il 16,7% non mangia mai pesce;

il 2,6% non consuma mai carne;

il 7,2% consuma salumi tutti i giorni;

il 12,9% consuma formaggio tutti i giorni;

il 9,9% consuma frequentemente bibite;

Il 4,2% non consuma mai frutta e verdura e solo il 9,8% consuma almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura.

Perché l'indice di massa corporea?

All'alimentazione è associata un'altra condizione di rischio per la salute, l'obesità. L'indice di massa corporea misura il rapporto tra il peso e l'altezza di una persona e serve per misurare se esiste una condizione di sovrappeso o di obesità. Il sovrappeso e l'obesità rappresentano un importante fattore di rischio per complicanze cardiovascolari e dell'apparato muscolo-scheletrico e sono associate con ipertensione, diabete e alcuni tipi di neoplasie.

Qual è il nostro indice di massa corporea?

Tra le persone intervistate il 48% è in condizioni di normopeso, il 36% risulta in sovrappeso e il 13% è obeso; una quota molto bassa risulta sottopeso (3%).

Che fare?

Uno slogan utile a riassumere cosa fare potrebbe essere “Muoversi un po’ di più, mangiare un po’ meno”.

- Abituati a muoverti di più ogni giorno: cammina, sali e scendi le scale, svolgi piccoli lavori domestici, ecc.
- In caso di sovrappeso: consulta il medico, riduci le "entrate" energetiche mangiando meno e preferendo cibi a basso contenuto calorico e che saziano di più, come ortaggi e frutta, aumenta le "uscite" energetiche svolgendo una maggiore attività fisica e distribuisci opportunamente l'alimentazione lungo tutto l'arco della giornata a partire dalla prima colazione, che non va trascurata.
- Evita le diete squilibrate o molto drastiche del tipo “fai da te”, che possono essere dannose per la tua salute. Una buona dieta dimagrante deve sempre includere tutti gli alimenti in maniera quanto più possibile equilibrata.

Parte prima. Presentazione e descrizione dell'indagine "In linea con la salute"

1. Introduzione

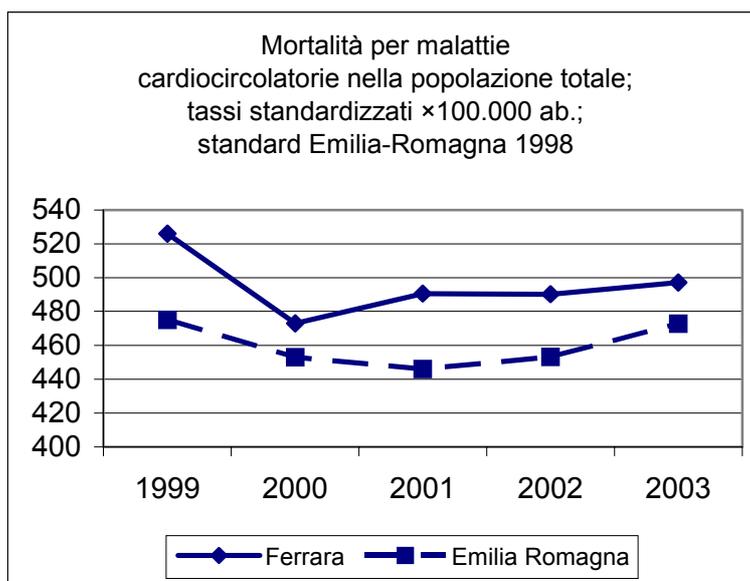
L'Organizzazione Mondiale della Sanità inizia il proprio documento intitolato "The SuRF Report-2", che delinea le condizioni epidemiologiche complessive della regione europea, con queste parole: "I dati sui fattori di rischio per le malattie cronic-degenerative sono cruciali per predire il futuro carico di malattia nella popolazione e per identificare i possibili interventi per ridurlo".

Le malattie croniche sono nella maggior parte dei casi prevenibili: molti dei fattori di rischio associati a queste malattie possono essere modificati. Azioni finalizzate alla prevenzione delle malattie croniche richiedono però la conoscenza della situazione epidemiologica locale. L'indagine "In linea con la salute" è nata dalla necessità di conoscere la situazione ferrarese per quanto riguarda i fattori di rischio per le malattie cardiovascolari.

Le malattie del sistema circolatorio (spesso indicate come "malattie cardiovascolari") costituiscono a Ferrara, come tutti i Paesi caratterizzati dallo stile di vita "occidentale", la prima causa di morte e un'importantissima causa di malattie, sofferenze e disabilità per la popolazione. Non a caso sono state indicate, dai gruppi di monitoraggio che lavorano nel Piano per la salute di Ferrara, tra i maggiori problemi di salute a livello locale, tali da richiedere azioni specifiche secondo la logica collaborativa dei piani per la salute.

Confrontando la mortalità dovuta a tutte le malattie cardiocircolatorie nell'intera popolazione si può notare una differenza significativa tra Ferrara e la media della regione Emilia-Romagna in tutti gli anni esaminati, tranne il 2000. Esiste dunque un *gap* da colmare, soprattutto con interventi di prevenzione primaria.

Figura 1.1 – Andamento recente della mortalità per malattie cardiocircolatorie, Emilia-Romagna e provincia di Ferrara



La priorità di questo problema di salute è confermata dalla previsione da parte dell'OMS di un raddoppio, a livello mondiale e con una particolare espressione nei paesi emergenti, delle morti dovute a queste cause nel prossimo ventennio. L'interesse verso le abitudini di vita (spesso chiamate "stili di vita") è motivato da due considerazioni: in primo luogo, all'interno di queste

abitudini si manifestano e agiscono gran parte dei fattori di rischio per le malattie cardiovascolari; in secondo luogo, i fattori di rischio collegati alle abitudini sono modificabili.

Con l'espressione "stili di vita", nell'ambito della salute, si intendono quei comportamenti abituali delle persone con influenze positive o negative sulla salute e sulla qualità di vita del singolo e della collettività. In questo senso, nel presente studio si è scelto di adottare una terminologia meno generica, e si è preferito parlare più correttamente di "abitudini di vita". Va sottolineato che, insieme alle abitudini di vita, sono importanti altri aspetti della vita delle persone, come le condizioni complessive nelle quali si vive: fisiche, psicologiche, economiche, culturali, relazionali.

Molte informazioni sono disponibili sui fattori di rischio per le malattie cardiovascolari, ma non a livello locale. I dati raccolti dall'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare mostrano che in Italia:

- il 30 % degli uomini fuma in media 17 sigarette al giorno, contro il 21% delle donne che ne fuma mediamente 13;
- il 34% degli uomini e il 46% delle donne non svolge alcuna attività fisica durante il tempo libero;
- il 18% degli uomini e il 22% delle donne sono obesi;
- il 20% degli uomini e il 24% delle donne ha una colesterolemia totale uguale o superiore a 240 mg/dl;
- il 33% degli uomini e il 30% delle donne ha pressione arteriosa uguale o superiore a 160/95 mmHg oppure è sotto trattamento farmacologico specifico;
- l'8% degli uomini e il 6% delle donne è diabetico.

Quella appena delineata è però una fotografia generale dell'Italia; va tenuto presente che abitudini e comportamenti nelle diverse aree geografiche del nostro paese sono fortemente differenziati e possono determinare differenze importanti nella distribuzione dei fattori di rischio.

Informazioni locali sono dunque indispensabili per valutare le priorità sulle quali intervenire, per programmare interventi mirati di promozione della salute sui fattori di rischio per queste malattie e, successivamente, per valutare la reale efficacia nel tempo degli interventi effettuati. Informazioni sulle abitudini si possono raccogliere solo con indagini *ad hoc*, finora mai condotte sulla popolazione della provincia di Ferrara. Per questo è stata realizzata l'indagine "In linea con la salute", con l'obiettivo di conoscere la prevalenza dei fattori di rischio cardiovascolare nelle abitudini di vita dei ferraresi. La realizzazione telefonica dell'indagine è stata scelta per il costo contenuto, in termini di tempo e di denaro; ciò ha ovviamente comportato un prezzo in termini di limiti alla quantità di informazioni che era possibile raccogliere. Tuttavia, questi limiti non hanno impedito di individuare tipologie di "soggetti vulnerabili" in rapporto alla presenza dei principali fattori di rischio e di gettare uno sguardo un po' più ampio sulle condizioni di salute della società ferrarese.

Quali abitudini di vita sono state studiate?

Le malattie cardiovascolari sono multi-fattoriali: non solo non è individuabile una causa unica ma sono stati associati a queste malattie molti fattori diversi, attribuibili soprattutto alle abitudini di vita. I più importanti fattori di rischio sono: abitudine al fumo di sigaretta, diabete, obesità, scarsa attività fisica, valori elevati della colesterolemia LDL, ipertensione arteriosa; a questi vanno aggiunti la presenza di familiarità per la malattia, l'età e il sesso. Ogni persona ha un diverso rischio di ammalare; la grandezza di questo rischio dipende dal numero di fattori di rischio presenti e dalla combinazione del livello di intensità con il quale sono presenti i vari fattori di rischio.

Con lo studio "In linea con la salute" vengono esplorate le abitudini di vita collegate alla maggior parte dei fattori di rischio conosciuti¹ per la loro azione sulle malattie cardiovascolari, riportati in tabella. Sono stati studiati anche alcuni dei fattori protettivi (attività fisica, consumo di frutta e verdura).

¹ Confronta lo studio INTERHEART (The Lancet 2004; 364:937-952)

Prospetto delle attuali conoscenze sui fattori di rischio e sui fattori protettivi per le malattie cardiovascolari

Fattori di rischio con ruolo causale riconosciuto		Fattori protettivi
1. uso di tabacco		Attività fisica
2. colesterolo LDL alto		Consumo di frutta e verdura
3. colesterolo HDL basso		Consumo di pesce
4. ipertensione arteriosa		Consumo di grassi monoinsaturi (olio di oliva)
5. iperglicemia		Moderato consumo di alcool
6. sedentarietà	} Fattori predisponenti	Elevato colesterolo HDL
7. obesità		[aspirina]
8. alimentazione squilibrata		

Fonti: *Circulation*, 2001; *Poulter*, 2003

Le informazioni sulla prevalenza del diabete sono difficili da raccogliere con un'intervista telefonica e si conta, invece, di poter utilizzare i dati che potranno presto essere disponibili dal registro di patologia aziendale.

Non sono stati considerati gli altri marcatori di rischio associati alle malattie cardiovascolari riportati nella successiva tabella, in quanto non esplorabili con lo strumento dell'intervista telefonica breve, con l'unica eccezione dello stato socio-economico.

Marcatori di rischio associati alle malattie cardiovascolari (ma con ruolo causale non ancora stabilito)
1. stato socioeconomico basso
2. fattori protrombotici elevati
3. marcatori di infiammazione
4. omocisteina elevata
5. lipoproteina(A) elevata
6. fattori psicologici e sociali

Fonti: *Circulation*, 2001; *Poulter*, 2003

È importante sottolineare che i diversi fattori di rischio interagiscono tra loro. L'interazione comporta, sul piano individuale, la necessità di valutare il rischio globale che ciascun individuo affronta e, sul piano collettivo, un approccio efficace alla prevenzione delle malattie cardiovascolari che tenga conto simultaneamente di tutti i fattori di rischio coinvolti.

Va ricordato che per la valutazione del rischio cardiovascolare individuale è disponibile la carta del rischio vascolare, costruita con dati epidemiologici nazionali². Con la carta del rischio cardiovascolare è ora possibile calcolare, per ogni singolo individuo, il punteggio individuale di rischio cardiovascolare globale assoluto. Questo strumento, che va utilizzato insieme al proprio medico, consente la stima della probabilità, per una persona sana tra 35 e 69 anni, di andare incontro a un infarto del miocardio o ad un ictus cerebrale nel corso di successivi 5/10 anni in base alla presenza di alcuni fattori di rischio (età, fumo di tabacco, colesterolemia totale e livello di HDL colesterolo, valori di pressione arteriosa sistolica e glicemia). La consapevolezza acquisita del possibile aumentato rischio fornisce l'occasione favorevole per individuare e avviare modifiche dei comportamenti a rischio.

² disponibile sul sito www.progettocuore.iss.it

Qualità della vita e condizioni di salute

La possibilità di intervistare un campione importante di ferraresi ha suggerito di ampliare la gamma delle domande del questionario, al fine di esplorare le condizioni di salute, valutate anche secondo la percezione soggettiva degli intervistati.

La salute percepita costituisce un elemento importante dello stato di salute. La salute infatti è costituita innanzitutto dalla qualità della vita dell'individuo; tematica, questa, che è purtroppo trascurata dai modi tradizionali di misurare la salute. L'importanza di questo elemento è dimostrata dal fatto che la percezione della propria salute è risultata essere, secondo diversi studi, un predittore delle reali condizioni di salute, più forte delle misure di morbosità e mortalità.

Obiettivi dell'indagine "In linea con la salute"

1. Raccogliere informazioni sulle abitudini di vita e sullo stato di salute percepito in un campione rappresentativo della popolazione residente nell'Azienda USL di Ferrara, per la individuazione di priorità di intervento, la progettazione di interventi di prevenzione e promozione della salute e la valutazione della loro efficacia;
2. Individuare eventuali tipologie di soggetti a rischio in base a raggruppamenti di fattori di rischio principali (abitudine al fumo, assunzione di bevande alcoliche, obesità, inattività fisica);
3. Avviare un monitoraggio dello stato di salute e degli stili di vita dei cittadini della Azienda USL di Ferrara, allo scopo di definire un profilo completo dello stato di salute che valorizzi l'ascolto della popolazione;
4. Creare materiale informativo di facile utilizzo per la lettura e per la comunicazione sullo stato di salute della popolazione, da mettere a disposizione di tutti gli interlocutori sociali chiamati a definire le priorità di salute.

Sintesi sui metodi utilizzati per l'indagine

L'indagine "In linea con la salute" è un'indagine campionaria telefonica. Le informazioni sono state raccolte da un gruppo di 1747 persone (d'ora in avanti chiamato "il campione") residenti in provincia di Ferrara. Il campione è stato selezionato dall'anagrafe degli assistiti dell'Azienda USL, con campionamento casuale stratificato, in modo che fosse rappresentativo della popolazione ferrarese, secondo la suddivisione nei tre distretti sanitari, per sesso e per quattro classi di età (18-29 anni, 30-44 anni, 45-64 anni, 65-79 anni).

Mediante intervista telefonica, al campione è stato somministrato un questionario strutturato. Ogni partecipante era stato preavvertito con una lettera ufficiale di presentazione dello studio (riportata in appendice). Per l'intervista, il modulo di Epidemiologia ha predisposto un apposito questionario, per il quale sono stati rispettati i comuni standard internazionali. Si ringrazia per la collaborazione l'Unità Operativa di Epidemiologia e Comunicazione dell'Azienda USL di Cesena, che ha fornito materiale e suggerimenti derivanti dall'esperienza dell'indagine Dioniso, condotta a Cesena nel 2003. È stato scelto di limitare il più possibile il numero delle domande, allo scopo di favorire l'accettabilità del questionario da parte delle persone contattate e aumentare la percentuale di risposta. Obiettivo che è stato pienamente raggiunto: la percentuale di rifiuti è stata pari ad appena il 19,7%.

Le interviste sono state condotte da personale (appositamente formato) di una ditta che opera nel campo delle indagini telefoniche, durante i mesi di aprile e maggio 2005. I dettagli sul metodo utilizzato, il disegno dello studio, le definizioni delle variabili studiate e i materiali di supporto utilizzati sono riportati in appendice.

Caratteristiche dei partecipanti all'indagine: chi abbiamo intervistato?

Il numero di persone intervistate

Sono state intervistate telefonicamente 1747 persone, scelte in modo da rappresentare la popolazione residente in provincia di Ferrara e con età compresa fra i 18 e i 79 anni compiuti di età.

Ha accettato di rispondere l'80,3% delle persone selezionate quale campione iniziale: si tratta di un'ottima percentuale di risposta, in grado di garantire la rappresentatività dei risultati e la loro applicabilità all'intera popolazione pari età. Le persone che non hanno accettato l'intervista sono state rimpiazzate con altre persone che presentavano le stesse caratteristiche riguardo al sesso, all'età e al distretto sanitario di residenza.

Composizione del campione

Le persone intervistate sono state selezionate in numero sufficiente a rappresentare esattamente la popolazione, rispettando le proporzioni della popolazione residente secondo tre criteri: per età, per sesso e per distretto sanitario di residenza (tabelle 1.1 e 1.2).

Tabella 1.1 - Composizione del campione, per sesso e classe di età

Età	Uomini	Donne	Totale
18-29	120	115	235
30-44	245	239	484
45-64	299	315	614
65-79	180	234	414
Totale	844	903	1747

Tabella 1.2 - Distribuzione territoriale del campione intervistato

	Uomini	Donne	Totale
Distretto Centro Nord	423	458	878
Distretto Ovest	157	176	333
Distretto Sud Est	264	269	533

Livello di istruzione delle persone intervistate

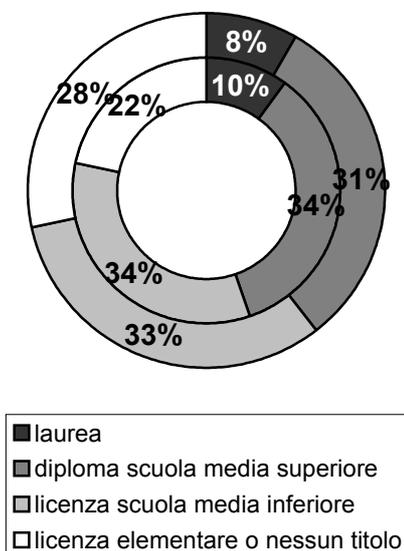
Il livello di istruzione degli intervistati è una caratteristica molto importante, che può condizionare sia la possibilità di riportare correttamente i risultati alla popolazione in studio sia la qualità delle risposte: può influenzare la comprensione delle domande e conseguentemente la qualità e il tipo delle risposte.

I partecipanti all'indagine "In linea con la salute" presentano una composizione per titolo di studio sostanzialmente sovrapponibile a quella della popolazione ferrarese risultante dal censimento 2001, come è possibile vedere dai grafici riportati in figura 1.2. Nei grafici si è dovuto limitare il confronto alla classe di età 20-75 anni, in quanto l'ISTAT rende pubblici soltanto dati aggregati per classi di età quinquennali.

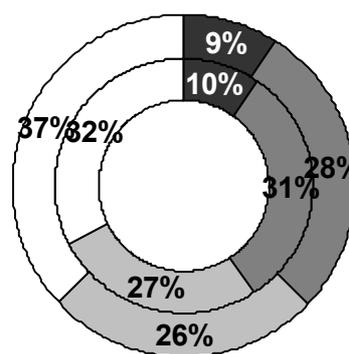
La lieve differenza percentuale riscontrabile può essere interpretata come conseguenza dell'evoluzione della popolazione nell'intervallo di tempo trascorso: in quattro anni sono aumentate le persone con più alto titolo di studio e sono diminuite le persone (anziane) con più basso titolo o senza titolo di studio.

Figura 1.2 - Confronto delle distribuzioni per titolo di studio, rispettivamente, nel censimento 2001 (anello esterno) e nello studio "In linea con la salute" 2005 (anello interno)

Titolo di studio nei maschi



Titolo di studio nelle femmine



Situazione di convivenza delle persone intervistate

Il 92% delle persone intervistate vive con altre persone, mentre vive da solo il 7,9% degli intervistati: tra questi ultimi la maggior parte sono donne. È anche emerso che vive da solo il 16,7% delle persone anziane.

Tabella 1.2 – Situazione di convivenza degli intervistati, valori percentuali

	Femmine	Maschi	Totale
Con compagno/a	67,4	68,4	67,9
Da solo	10,1	5,6	7,9
Con figli	7,3	1,4	4,5
Con genitori	14	23,2	18,4
Con altri	1,3	1,4	1,3

Condizione lavorativa del campione

Il 53,6% degli intervistati svolge un'attività lavorativa, mentre solo l'1,7% dichiara di essere disoccupato. Tuttavia, l'analisi del tipo di lavoro dichiarato dai rispondenti ci consente di concludere che si sono auto-definiti come "occupati" anche persone che in realtà svolgono lavori precari, saltuari o stagionali.

Tabella 1.4 – Condizione lavorativa dichiarata dagli intervistati, per sesso, %

	Femmine	Maschi	Totale
Occupato	46,8	61	53,6
Disoccupato	1,6	1,9	1,7
Pensionato	32,6	34,2	33,6
Casalinga	15,6	0	8,1
Studente	3,3	2,7	3,1

Tabella 1.5 – Condizione lavorativa dichiarata dagli intervistati, per distretto sanitario, %

	Distretto Centro-Nord	Distretto Ovest	Distretto Sud-Est	Provincia
Occupato	52,2	57,5	53,7	53,7
Disoccupato	2	1,5	1,3	1,7
Pensionato	34,7	30,4	33,4	33,5
Casalinga	7,4	7,8	9,4	8,1
studente	3,6	2,7	2,3	3

Il reddito familiare nel campione intervistato

Il 91,4% degli intervistati ha accettato di rispondere alla domanda sull'ammontare del reddito familiare: solo 150 persone (l'8,6% del campione) hanno scelto di non rispondere a questa domanda.

Figura 1.3 - Distribuzione percentuale del reddito familiare nel campione

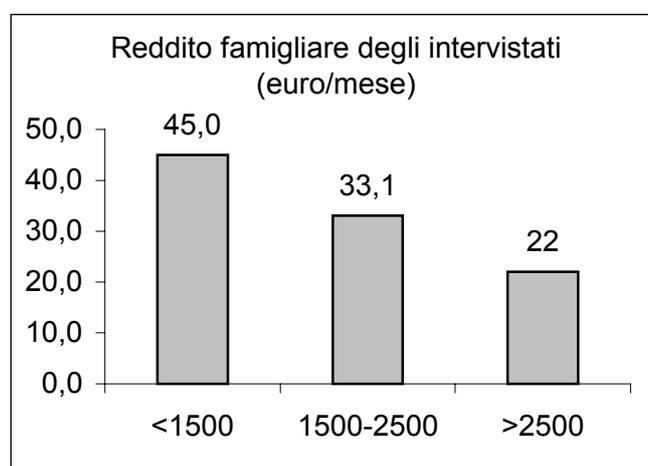


Tabella 1.6 – Distribuzione del reddito familiare, per distretto sanitario, valori percentuali

	Distretto Centro-Nord	Distretto Ovest	Distretto Sud-Est	Provincia
<1500 euro	39,5	36,9	46,3	41,1
1500-2500 euro	29,6	32,1	30	30,2
>2500 euro	22,8	21,3	14,8	20,1
Non risponde	8,1	9,6	8,8	8,6
Totale	100	100	100	100

Tabella 1.7 - Distribuzione del reddito familiare, per classe di età, valori percentuali

	18-29	30-44	45-64	65-79	Totale
<1500 euro	1,8	8,4	24,3	65,5	100
1000-1500 euro	10,2	22,4	34,3	33,1	100
1500-2500 euro	16,5	38,1	36,4	9,1	100
>2500 euro	20,2	33,6	38,5	7,7	100
Non risponde	15,3	24	42	18,7	100
% delle classi di età sul totale dei rispondenti	13,5	27,7	35,1	23,7	100

Parte seconda. Condizioni di salute e prevalenza di alcune abitudini di vita nei ferraresi. Principali risultati dell'indagine "In linea con la salute"

2. Le condizioni di salute secondo la valutazione soggettiva degli individui

La salute percepita dall'individuo è una componente primaria della salute: la salute è infatti, innanzitutto, uno stato di benessere psico-fisico. Esiste una differenza tra condizioni di salute rilevate dal medico o da un osservatore, e stato di salute percepito dall'individuo stesso. La percezione che un individuo ha della propria salute è fondamentale: può servire sia come misuratore degli effetti di interventi preventivi o di interventi assistenziali, sia come misura approssimata del peso che eventuali malattie possono determinare per l'individuo stesso, sia, infine, come predittore di eventuali situazioni future. Lo stato di salute autopercepito è risultato essere infatti un predittore più forte, rispetto a mortalità e morbosità, per molte oggettive condizioni di salute (es. disabilità)³. È infatti noto che le persone che percepiscono il loro stato di salute come "cattivo" presentano un rischio aumentato di declino complessivo delle funzioni fisiche, indipendentemente dalla severità di altre malattie presenti⁴. Ovviamente, sulle percezioni soggettive hanno un peso rilevante le aspettative dei singoli individui e dunque il livello culturale ed economico, ma anche il contesto nel quale le persone vivono⁵. La lettura dei risultati deve dunque essere cauta e tenere conto di questi elementi.

L'indagine è estesa anche alla qualità di vita correlata alla salute. "Qualità della vita" è un termine ormai popolare per indicare un senso di pieno benessere. A livello individuale, la "qualità della vita" è un concetto ampio che include, oltre alla percezione dello stato di salute sia fisico che psicologico, anche i rischi per la salute, il sostegno sociale e lo stato socio-economico. A titolo esemplificativo, è noto come malattie giudicate lievi sotto l'aspetto prognostico, come l'artrosi, possano peggiorare sensibilmente la qualità della vita, mentre aspetti che incidono sulla salute in misura che può essere importante (come ad esempio i fattori di rischio genetici) possano non avere alcuna importanza nella salute percepita dell'individuo.

La misura della qualità della vita collegata alla salute consente di misurare il peso delle malattie e delle disabilità, stabilire il legame esistente con i fattori di rischio, valutare i risultati di azioni di miglioramento. Nelle indagini sulla qualità della vita, si tratta in particolare di far emergere le conseguenze di quelle condizioni che, pur non provocando un aumento della mortalità o dei ricoveri, incidono sulla salute intesa in senso lato, secondo la definizione dell'OMS del 1948⁶.

Uno dei metodi maggiormente utilizzati e validati a livello internazionale in studi condotti anche per via telefonica, è quello dei "giorni in cattiva salute"⁷. La qualità della vita valutata con questo metodo è risultata fortemente correlata allo stile di vita in generale, all'esercizio fisico, al sovrappeso e all'obesità. Si è rivelata anche correlata allo stato mentale, alla qualità dell'ambiente di vita e all'accesso alle cure, nonché alla presenza di alcune malattie croniche (come ad esempio l'artrosi).

Come i ferraresi percepiscono la propria salute

Complessivamente la popolazione ferrarese giudica abbastanza buona la propria salute. Oltre due terzi degli intervistati (72,5%) definiscono la propria salute in modo favorevole ("buona", "molto buona", "eccellente"), il 18,3% definisce la propria salute con una modalità intermedia ("passabile") mentre il 9,2% riferisce il proprio stato di salute in modo sfavorevole ("scadente").

³ Idler E. 1997

⁴ Idler E. 1997

⁵ A. Sen BMJ, 2001

⁶ "La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattia o di infermità"

⁷ Center for disease control and prevention. Measuring Healthy Days. Atlanta, GA 2000

Le persone che giudicano negativamente il proprio stato di salute sono soprattutto le donne (11,4% rispetto al 6,9% degli uomini).

La differenza aumenta con l'aumentare dell'età, anche per effetto della maggiore prevalenza di malattie croniche fra le donne anziane. La valutazione della propria salute è infatti strettamente associata al deterioramento delle condizioni fisiche e peggiora quindi con l'età: gli anziani che riferiscono cattive condizioni di salute sono pari al 21,3%.

Tabella 2.1 – Stato di salute dichiarato, distribuzione percentuale per classe di età e sesso

Classi di età	Stato di salute dichiarato					
	Connotazione sfavorevole (scadente e passabile)			Connotazione favorevole (buona, molto buona e eccellente)		
	femmine	maschi	maschi e femmine	femmine	maschi	maschi e femmine
18-29	3,7	1,7	2,9	17,3	17,6	17,5
30-44	10,3	14	11,7	34,6	33,1	33,8
45-64	40,2	36,3	38,8	32,3	35,2	33,8
65-79	45,8	48	46,7	15,8	14,1	14,9
Totale	100	100	100	100	100	100

La salute percepita non presenta differenze territoriali nella provincia di Ferrara: non si osservano differenze significative tra i distretti per quanto riguarda le condizioni di salute percepita.

Un confronto dello stato di salute percepito su scala territoriale più ampia è possibile prendendo in considerazione i risultati dell'indagine multiscopo ISTAT svolta nel 1999-2000. Il confronto è approssimativo e deve tener conto di alcune cautele. Le considerazioni metodologiche concernenti il confronto fra i risultati di queste indagini sono riportate nella nota a piè di pagina ⁸.

Si segnala in particolare come non mostri grandi differenze la modalità "salute scadente": al 9,2% di Ferrara si affianca l'8% circa misurato sia nella popolazione italiana che in Emilia-Romagna, nell'indagine multiscopo dell'ISTAT 1999-2000.

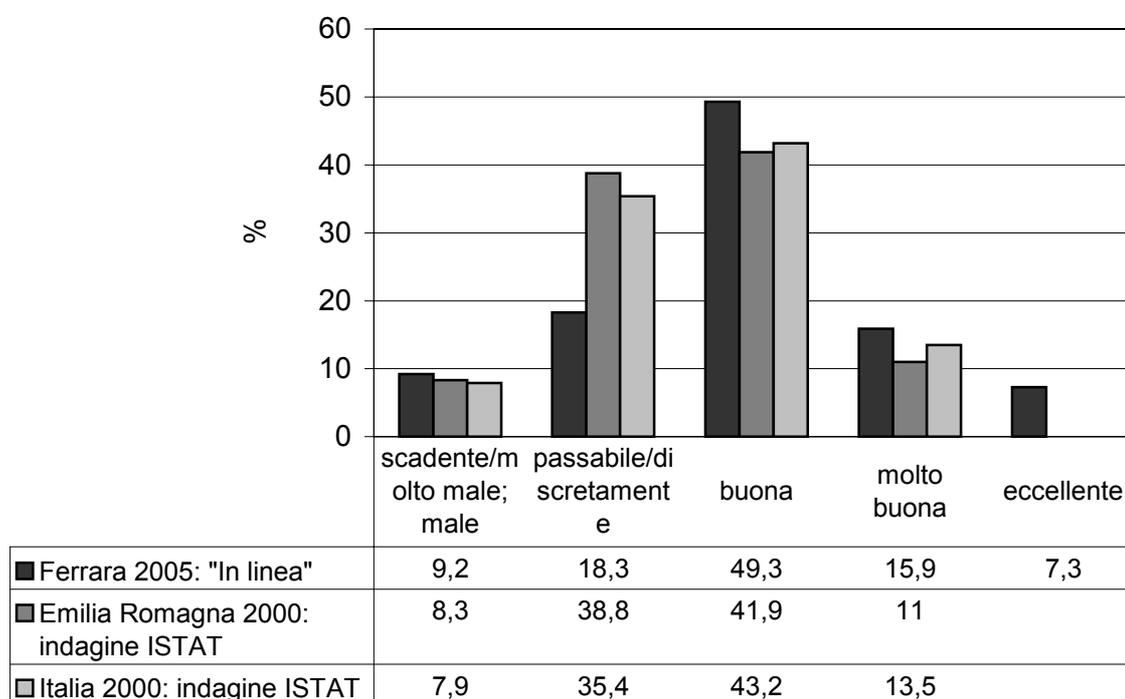
⁸ Almeno tre motivi rendono precario il confronto.

1) L'utilizzo di una scala standard di opinioni non sempre riesce a cogliere le differenze nelle valutazioni che gli individui offrono di sé stessi e delle proprie condizioni di salute. A maggior ragione quando le due scale utilizzate non esprimono lo stesso universo cognitivo e lo stesso contesto culturale, come è il caso delle due indagini messe qui a confronto, in quanto in entrambe è stata utilizzata la stessa domanda prevista dal Questionario SF-12, ma non sono stati usati gli stessi termini per le risposte. Si prenda, ad esempio, il giudizio di salute "eccellente": si tratta di una modalità utilizzata nella prima parte dell'indagine multiscopo ISTAT 1999-2000, ma non riportata nell'illustrazione dei risultati. Peraltro, in quella parte dell'indagine, che ha interessato i primi due trimestri di rilevazione, solo l'1,6% dei 60.000 intervistati dichiarò una salute "eccellente" (Apolone G. e al. Questionario sullo stato di salute SF-12. Guerini e associati, 2001).

2) La differenza può essere attribuita, almeno in parte, alle modalità diverse di somministrazione del questionario: nella presente indagine il questionario è stato somministrato per via telefonica, mentre nell'indagine ISTAT è stato autocompilato.

3) Le due indagini sono diverse anche per l'età dei partecipanti: 14 anni e oltre nella multiscopo ISTAT, 18-79 anni nell'indagine "In linea con la salute"

Figura 2.1 – Confronto delle percentuali delle diverse modalità di salute percepita nelle tre indagini: “In linea con la salute” Ferrara 2005, Multiscopo ISTAT Emilia-Romagna 2000, Multiscopo ISTAT Italia 2000



Salute percepita e livello di istruzione

La salute percepita risente delle differenti aspettative dei singoli individui rispetto ad un ipotetico stato di salute ottimale. Questo comporta uno stretto legame della percezione soggettiva delle condizioni di salute con condizioni personali come il livello di istruzione e il reddito, ma anche con il contesto sociale circostante⁹.

La salute peggiora sensibilmente nelle persone con titolo di studio meno elevato.

Tabella 2.2 - Salute percepita, per classe di età, valori percentuali

Classi di età	Scadente	Passabile	Buona	Molto buona	Eccellente
18-29	1,7	4,3	40	36,6	17,4
30-44	3,5	8,1	55,4	22,5	10,5
45-64	8,5	21,8	56,8	9	3,9
65-79	21,3	32,9	36,3	6,8	2,7
Totale	100	100	100	100	100

Tra le persone meno istruite (senza titolo o con la sola licenza elementare) si osserva una quota del 19% che dichiara di sentirsi in condizioni sfavorevoli (scadente) a fronte del 3,1% di persone con laurea e del 7,1% di persone con diploma si scuola media inferiore. Questa disparità può essere, almeno in parte, spiegata dalla maggiore presenza di persone con basso livello di istruzione tra le persone anziane. Complessivamente gli anziani presentano lo stesso livello di salute dei giovani solo nel 50% dei casi.

⁹ A. Sen BMJ

Salute percepita e reddito

La percezione negativa è strettamente dipendente anche dal livello di reddito della propria famiglia.

Chi dispone di meno di 1000 euro al mese riferisce condizioni scadenti o passabili nel 25,2% dei casi: in questa categoria sono compresi molti anziani pensionati. Si osserva una diminuzione della salute parallelamente con la diminuzione del reddito: le persone con meno di 1000 euro mensili di reddito danno lo stesso giudizio sulla propria salute di chi dispone di più di 2500 euro solo nel 50% dei casi.

Qualità di vita associata alla salute

La qualità di vita correlata alla salute ha esplorato la presenza di problemi fisici, di problemi psicologici e di limitazioni nelle proprie attività. Le tabelle con risultati dettagliati sono riportate in appendice.

- **Problemi fisici**

Il peso costituito da problemi fisici nella percezione della qualità della vita è stato esplorato con la domanda: “Per quanti giorni, negli ultimi 30 giorni, non si è sentito bene per motivi fisici?”

Il 51,2% degli intervistati ha dichiarato di essere stato sempre bene fisicamente nell'ultimo mese, mentre il 7,4% ha dichiarato di aver avuto problemi fisici tutti i giorni nell'ultimo mese.

Le donne presentano un maggior numero di giorni con problemi fisici: solo il 41,7% sta sempre bene, contro il 9,1% che sta sempre male (maschi: 5,6%).

Il numero di giorni con problemi fisici cresce, come atteso, al crescere dell'età: il 16,1% degli anziani ha dichiarato di essere stato male fisicamente tutti i 30 giorni precedenti.

- **Problemi psicologici**

Il peso costituito da problemi psicologici o stress nella percezione della qualità della vita è stato esplorato con la domanda: “Per quanti giorni, negli ultimi 30 giorni, non si è sentito bene a causa di problemi di tipo psicologico (per problemi emotivi o stress)?”

Il 69,2% degli intervistati ha dichiarato di essere stato sempre bene dal punto di vista psicologico nell'ultimo mese, mentre il 5,7% ha dichiarato di aver trascorso l'intero mese precedente con problemi psicologici.

Le donne presentano un maggior numero di giorni con problemi psicologici: il 59,4% sta sempre bene contro il 79,7% tra i maschi mentre l'8,2% sta sempre male psicologicamente (maschi:3,1%).

Il numero di giorni con problemi psicologici cresce, come atteso, al crescere dell'età: il 10,5% degli anziani è stato male psicologicamente tutti i 30 giorni precedenti. Da notare che i giovani mostrano la più elevata percentuale di presenza di problemi sia fisici che psicologici di breve periodo (compresi tra 1 giorno e 7 giorni nell'ultimo mese).

- **Indice dei “giorni in cattiva salute” per problemi fisici e psicologici**

Sulla base delle risposte ottenute sui giorni con problemi fisici e mentali è stata costruita un'informazione riassuntiva sullo stato di salute, chiamata *indice dei giorni in cattiva salute*¹⁰, che sintetizza, per ciascuna persona, il numero di giorni trascorsi con problemi di salute, siano essi fisici che psicologici, nel mese precedente.

Solo il 28,3% delle donne è stata sempre bene nell'ultimo mese, contro il 51,1% dei maschi. Per contro, ben il 17,5% delle donne riferisce di aver trascorso con problemi l'intero mese precedente l'intervista, mentre i maschi che riferiscono la medesima condizione sono pari all'8,1%.

¹⁰ “Unhealthy days”: indice utilizzato in: CDC, Measuring healthy days, Atlanta, november 2000

Tabella 2.3 - Distribuzione del numero medio di giorni in cattiva salute, per classe di età e sesso

Classi di età	Maschi	Femmine	Totale
18-29	4,3	6,6	5,4
30-44	3,7	6,7	5,2
45-64	5,4	11,8	8,7
65-79	6,9	12,7	10,2
Totale	5,1	10	7,6

Gli anziani contribuiscono per la maggior parte all'andamento dell'indice dei giorni in cattiva salute: il 22,9% di loro è stato sempre male contro un dato medio complessivo del 12,9%. Da notare però che anche nella classe di età tra 45 e 64 anni è presente un'elevata percentuale (15,3%) di persone che riferiscono di aver trascorso un intero mese in cattiva salute.

In effetti, le donne presentano una media di 10 giorni in cattiva salute al mese, contro 5,1 giorni al mese per gli uomini. La media dei giorni in cattiva salute per le donne anziane è pari al 12,7%, contro il 6,9% degli uomini loro coetanei.

A livello territoriale, non si osservano differenze significative tra i tre distretti sanitari per quanto riguarda la media del numero di giorni in cattiva salute, che varia da 7,1 nel distretto Ovest a 7,8 nel distretto Centro-Nord, dove peraltro è maggiore la componente anziana della popolazione.

Il confronto territoriale mostra un numero medio di giorni in cattiva salute non significativamente diverso a Ferrara (7,6) da quello riscontrato a Cesena con l'indagine Dioniso (8).

- **Presenza di limitazioni nelle attività quotidiane**

Il peso costituito da difficoltà nello svolgimento delle attività quotidiane nella percezione della qualità della vita è stato esplorato con la domanda: "Ora consideri le sue abituali attività. Per quanti giorni, negli ultimi 30 giorni, non è stato in grado di svolgerle a causa del cattivo stato di salute fisico o psicologico?".

L'84,9% degli intervistati non ha riferito limitazioni nelle attività quotidiane, mentre il 3,6% ha riferito di aver trascorso l'intero mese precedente con limitazione della propria attività.

Il numero di giorni con limitazioni cresce, come atteso, al crescere dell'età: 3,9 giorni negli anziani contro una media complessiva pari a 1,9 giorni. Emerge una forte differenza di genere: nelle donne anziane sono presenti 5,2 giorni con limitazione dell'attività, mentre per i maschi pari età sono riferiti 2,3 giorni.

Tabella 2.4 - Numero medio di giorni con limitazione dell'attività, per classe di età e sesso

Classi di età	Maschi	Femmine	Totale
18-29	0,7	1,4	1,1
30-44	1	1	1
45-64	1,4	1,6	1,5
65-79	2,3	5,2	3,9
Totale	1,4	2,3	1,9

Stato di salute percepito e qualità della vita

La tabella 2.5 mostra come l'elemento discriminante nella percezione dello stato di salute sia costituito dall'autonomia personale. Le persone senza limitazioni giudicano almeno "buona" la propria salute.

Tabella 2.5 – Percentuale e numero medio di giorni in cattiva salute e di giorni in inattività, per modalità di salute percepita

	Salute "scadente"	Salute "passabile"	Salute "buona"	Salute "molto buona"	Salute "eccellente"	Totale
% che riferisce nessun giorno in cattiva salute nell'ultimo mese	13%	21,9%	45,9%	45%	59,8%	39,3%
% che riferisce l'intero mese in cattiva salute	47,2%	26,6%	6,4%	2,5%	2,4%	12,9%
Numero medio di giorni in cattiva salute	19,3	13	5,5	3,4	2,5	7,6
Numero medio di giorni in inattività	10,2	2,7	0,7	0,5	0,3	1,9

Quale influenza hanno caratteristiche demografiche e abitudini di vita sulla qualità della vita?

La tabella 2.6 riporta i diversi effetti che una serie di condizioni manifestano sugli indicatori di sintesi della qualità della vita correlata alla salute.

La salute appare migliore nei maschi rispetto alle femmine; mostra una progressiva diminuzione con l'avanzare dell'età, al diminuire del titolo di studio e al decrescere del reddito familiare. La salute presenta indici più bassi nelle casalinghe e nei pensionati, in chi vive da solo o con i figli, in chi è vedovo, in chi affronta la vita con atteggiamento pessimista. La salute appare migliore negli abitanti del distretto Ovest.

Tabella 2.6 - Percentuali di persone che hanno riferito una buona salute (buona, molto buona, eccellente) e corrispondente numero medio di giorni in cattiva salute e di giorni con limitazione dell'attività

Caratteristica	% che riferisce salute da buona a eccellente	Media di giorni in cattiva salute	Media di giorni di inattività
Totale	72,5	7,6	1,9
Distretto			
Centro-Nord	72,7	7,8	2,0
Ovest	74,5	7,1	1,6
Sud-Est	70,9	7,6	1,9
Sesso			
Maschi	78,8	5,1	1,4
Femmine	66,6	10,0	2,3
Età			
18-29	94,0	5,4	1,1
30-44	88,4	5,2	1,0
45-64	69,7	8,7	1,5
65-79	45,8	10,2	3,9
Livello istruzione			
Nessun titolo o lic.elem.	50,7	10,0	3,2
Licenza media	76,3	7,2	1,9
Diploma	84,2	6,4	1,0
D.U., laurea o sup.	88,2	5,5	0,8
Reddito familiare mensile			
Meno di 1000 Euro	44,2	11,5	5,2
1000-1500 Euro	66,5	8,4	2,0
1500-2500 Euro	80,9	6,6	1,2
Oltre 2500 Euro	85,8	5,7	0,7
Non voglio rispondere	74,5	7,2	1,7
Condizione lavorativa			
Occupato	85,6	6,1	0,9
Disoccupato	90,0	7,1	4,7
Casalinga	56,0	11,6	2,1
Studente	94,3	4,4	0,5
Pensionato	52,7	9,3	3,3
Invalido	0,0	30,0	30,0
Stato civile			
Coniugato-convivente	69,3	7,8	1,9
Separato-divorziato	78,8	8,3	1,3
Vedovo	45,8	12,8	3,7
Celibe-nubile	88,3	5,5	1,4
Convivenza			
Con marito-moglie-partner	69,8	7,7	1,9
Con i figli	55,1	12,1	3,7
Con i genitori	91,6	5,1	1,1
Con fratelli-sorelle	53,8	5,7	0,2
Altro convivente	70,0	4,1	0,7
Da solo	63,0	10,5	2,9
“Si definisce ottimista o pessimista?”			
Ottimista	79,2	6	1,4
pessimista	58,3	12	3,2
Non saprei	55	9,7	2,9

3. Abitudine all'attività fisica

“Attività fisica” è un'espressione dai contenuti molto ampi: comprende ogni attività che coinvolge l'uso del corpo per il suo espletamento e si riferisce a tutti i movimenti che producono un dispendio energetico. Quando diciamo “attività fisica” non dobbiamo pensare a un sinonimo di “attività sportiva”: questa precisazione è indispensabile per chiarire che per fare attività fisica non è indispensabile la presenza di strutture sportive. È invece importante il tempo dedicato all'attività fisica e la regolarità con la quale viene praticata.

I benefici per la salute indotti da un'attività fisica svolta con regolarità sono noti: l'esercizio fisico regolare svolge, infatti, un ruolo protettivo rispetto a numerose e frequenti malattie (cardiopatie ischemiche, ipertensione, diabete, obesità e malattie osteo-articolari). Ha inoltre una ricaduta positiva sull'umore e sui livelli individuali di autostima.

La tendenza alla sedentarietà è tuttavia in crescita nei paesi sviluppati, a causa del consolidarsi di stili di vita e condizioni di lavoro in cui lo sforzo fisico e il movimento sono sempre meno necessari, e di conseguenza meno praticati. Dal punto di vista della salute, non svolgere alcun esercizio fisico regolare costituisce dunque un fattore di rischio che - secondo gli attuali orientamenti epidemiologici - è di grande rilevanza.

Quanta attività fisica praticano i ferraresi: quanti stanno fermi?

Tabella 3.1 – Quota percentuale (sul totale) di persone che svolgono alcuni tipi di attività fisica, per sesso

	Femmine	Maschi	Totale
Lavori “domestici”	89,7	79,8	84,7
Nessuna attività fisica leggera	36,2	32,8	34,6
Attività fisica leggera per 1-3 giorni	27,2	23,8	25,5
Attività fisica leggera per 4-7 giorni	36,6	43,4	39,9

L'impegno richiesto dai lavori domestici¹¹ è il tipo di attività fisica con il quale si misurano la maggioranza dei ferraresi. Le donne sono impegnate in misura maggiore in attività domestiche (89,7%, contro il 79,8% per gli uomini), attività che impegna un tempo notevole ma che richiede dispendi energetici solitamente modesti.

Esiste dunque un primo livello di sedentarietà assoluta che comprende il 10,3% di donne e il 20,2% di uomini che non compiono questo tipo di lavori. Tra costoro vanno comprese le persone con limitazioni della propria attività: l'1,7% dichiara di non essere in grado di svolgere attività fisiche di qualunque tipo; tra questi, il 4,6% degli anziani.

Le persone che si dichiarano totalmente prive di esercizio fisico leggero (esempio: una passeggiata di almeno un km) sono il 32,9% dei ferraresi. A queste persone sedentarie si aggiunge un ulteriore 25,5% che svolge una attività fisica di tipo leggero fino a 3 volte per settimana.

Le persone sedentarie, che non si muovono, sono dunque pari al 60,1% dei ferraresi e le donne sono più inattive degli uomini: il 63,4% delle donne è sedentario contro il 56,6% degli uomini.

¹¹ Va tenuto presente che le attività domestiche non possono essere inserite *in toto* tra le attività fisiche, in quanto solo alcuni lavori di casa comportano un sufficiente dispendio energetico. Si tratta di lavori che non vengono abitualmente praticati con regolarità più volte per settimana (come lavare i pavimenti, ad esempio).

Quali sono i gruppi di ferraresi a maggiore rischio di inattività fisica?

Le principali caratteristiche delle persone *totalmente sedentarie*, che non fanno mai attività fisica, neppure leggera, possono essere così riassunte:

femmine: 34,1% (maschi:31,6%);

età: 30-44 anni: 35,3% (min 18-29 e 65-74: 30%);

titolo di studio: licenza elementare o media inferiore: 36% (min: 21,7% laurea);

reddito: tra 1000 e 1500 euro : 38% (min: 27,8% reddito tra 1500 e 2500 euro);

distretto sud est: 37% (min. 30,4% Centro-Nord).

Le principali caratteristiche delle persone *parzialmente sedentarie*, che fanno attività leggera in maniera episodica (meno di 4 volte la settimana) consistono in :

maschi: 23,8% (femmine: 27,2%);

età: 65-79 anni: 19,8% (max 18-29: 31,1%);

titolo di studio: licenza elementare o media inferiore: 21 % (max: 30,7% diploma scuola media superiore);

reddito: tra 1000 e 1500 euro: 20,3% (max: 31,4% reddito tra 1500 e 2500 euro);

distretto Sud-Est: 23,3% (max. 32,7% Ovest).

Quanta attività fisica praticano i ferraresi: quanti si muovono?

Tabella 3.2 - Distribuzione percentuale dell'attività fisica svolta, per livello di attività e per regolarità

	Attività fisica leggera	Attività fisica moderata	Attività fisica vigorosa
Nessun giorno	34,6	51,6	71,4
1-3 giorni (irregolare)	25,5	30,7	19,8
4-7 giorni (regolare)	39,9	17,6	8,8
totale	100	100	100

- **Attività fisica leggera con periodicità regolare**

Un'attività fisica leggera viene svolta con regolarità dal 40% degli intervistati. I più attivi in questa categoria sono i maschi (43,4%) mentre le femmine rientrano in questa categoria per il 37,7%; gli anziani sono i più rappresentati con il 45,2%, la frequenza inferiore si ritrova tra la classe 30-44 anni (34,3%).

Il confronto territoriale evidenzia una maggiore frequenza della attività fisica regolare nel distretto Centro-Nord (44,2%) rispetto agli altri due distretti (32,7% nel distretto Ovest e 37,3% nel distretto Sud Est).

- **Attività fisica moderata**

Dichiarano di svolgere attività fisica di un certo impegno fisico ("fino a sudare un po'") 845 persone, pari al 48,4% degli intervistati; solo 308 la praticano con regolarità (almeno 4 volte la settimana), pari al 17,6% dell'intero campione.

I più attivi in questa categoria sono i maschi (10,4% del campione) mentre le femmine rientrano in questa categoria per il 7,4%; gli anziani sono i più rappresentati con il 18,8% del campione, la frequenza inferiore si ritrova tra la classe 18-29 anni (14,9%). Chi dichiara un reddito superiore a 2500 euro si muove di meno (14%).

Il confronto territoriale evidenzia una maggiore frequenza della attività fisica moderata nel distretto Centro-Nord (39,7%) rispetto agli altri due distretti (32,8 nel distretto Ovest e 33,4 nel distretto Sud-Est).

- **Attività fisica vigorosa**

Tra i 501 intervistati che dichiarano un'attività fisica intensa ("fino a modificare il ritmo del respiro") solo 154 la praticano con regolarità (intendendo almeno 4 volte per settimana): sono pari al 31% dei praticanti, ma solo all'8,8% dell'intero campione.

L'attività fisica di livello vigoroso viene praticata soprattutto da persone normopeso (32,1%) e da persone sottopeso (41,2%).

Il confronto territoriale evidenzia una maggiore frequenza della attività fisica vigorosa nei distretti Centro-Nord (32,5%) e Sud-Est (32,2%) rispetto al distretto Ovest (24,8%).

Confronto con le abitudini sedentarie degli italiani e degli europei

I risultati del sondaggio di *Eurobarometer*,¹² basato sulla stessa batteria di domande utilizzata nella presente indagine, consentono un confronto con l'Italia e con l'Unione Europea.

- Un'attività fisica di livello leggero non viene praticata dal 17,1% dei cittadini europei (UE a 15 Stati) e dal 18% circa di italiani (a Ferrara dal 34,6%).

- Un'attività fisica di livello moderato non viene praticata dal 40,8% dei cittadini europei e dal 50% di italiani (a Ferrara dal 51,6%).

- Un'attività fisica di livello intenso non viene praticata dal 57,4% dei cittadini europei e dal 63,9% di italiani (a Ferrara dal 71,4%).

Complessivamente, quindi, i ferraresi presentano un livello di attività fisica sensibilmente più basso sia rispetto agli italiani, sia rispetto agli europei.

Chi ha manifestato l'intenzione di aumentare l'attività fisica?

Il 39,8% degli intervistati ha espresso l'intenzione di aumentare la quantità di attività fisica praticata, mentre l'11,2% si è detto incerto. Non sono presenti differenze territoriali: l'intenzione di aumentare l'attività fisica va dal 38,1% del distretto Sud-Est al 40,6% degli altri due distretti. Il reddito influenza l'intenzione di aumentare: tra chi riferisce un reddito superiore a 1500 euro l'intenzione di aumentare l'attività fisica sale al 46,5%.

Quale relazione emerge tra attività fisica e obesità?

Obesità e inattività fisica rappresentano fattori di rischio tra loro strettamente associati. Certamente la responsabilità dell'incremento del numero di persone obese va suddivisa equamente tra la riduzione del dispendio energetico, per le abitudini di vita sedentaria assunte fin da bambini con le lunghe ore trascorse davanti alla TV o al computer, e l'aumento delle calorie introdotte per abitudini alimentari sbilanciate rispetto alle necessità del proprio corpo.

Un'attività fisica anche di tipo leggero, purché regolare, contribuisce a ridurre l'eccesso ponderale. Fra le persone in sovrappeso sono presenti molte persone sedentarie: il 32,5% non ha mai fatto attività leggera ed il 24,6% si muove meno di 4 giorni a settimana. Per quanto riguarda le attività di livello moderato, le persone in sovrappeso non praticano nessuna attività nel 49,9% dei casi e nel 30,4% dei casi la praticano episodicamente per meno di 4 giorni la settimana. Se si considera il fatto che dall'indagine emerge che gran parte delle persone in sovrappeso non sentono la necessità di diminuire il proprio peso corporeo, è evidente che queste ultime non hanno una corretta percezione della loro situazione.

Gli obesi praticano attività fisiche di livello più impegnativo. Se è vero che il 43,2% delle persone obese non fa esercizio fisico leggero (spesso gli obesi hanno problemi di tipo motorio) e il 20% lo fa in misura limitata (fino a 3 giorni/settimana), però il 41,4% degli obesi fa esercizio fisico

¹² Eurobarometer Physical activity – Special Eurobarometer 183-6 / Wave 58.2 December 2003

di livello moderato e, tra questi, il 49,5% per almeno 4 giorni/settimana e il 20,9% per 7 giorni/settimana.

L'inattività fisica influenza lo stato di salute percepito?

L'attività fisica incide in modo consistente sul benessere e sullo stato di salute individuale. A parità di salute percepita, le persone attive che praticano regolarmente un'attività fisica anche di tipo leggero presentano una media di giorni in cattiva salute inferiore rispetto a chi è inattivo.

Tabella 3.3 - Percentuali di persone che hanno riferito una buona salute (buona, molto buona, eccellente) e corrispondente numero medio di giorni in cattiva salute e di giorni con limitazione dell'attività, per tipo di attività fisica

Attività fisica	% che riferisce salute da buona a eccellente	Media di giorni in cattiva salute	Media di giorni di inattività
Mobile	73,5	6,9	1
Sedentario	71,9	8,1	2,5

Suggerimenti

L'inattività fisica è il risultato di un progressivo cambiamento della abitudini quotidiane verso un modello di vita più sedentario e motorizzato. L'attività fisica serve per mantenere il peso corporeo compatibile con lo stato di salute¹³. Il primo passo è adottare un comportamento che dia la preferenza, nell'espletamento delle proprie attività quotidiane, ai propri muscoli anziché alle macchine (esempio: fare le scale anziché usare l'ascensore, camminare o andare in bici anziché usare l'auto). A completamento di ciò esiste un'attività fisica aggiuntiva, da vivere come esigenza fondamentale al pari dell'igiene personale.

Il livello di attività fisica consigliato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per ottenere benefici per la propria salute consiste in un'attività quotidiana che consumi almeno 150 Kcal; può essere anche un'attività moderata (ad esempio una passeggiata di buon passo per 3 Km, per almeno 30 minuti), preferibilmente tutti i giorni della settimana.

La tabella che segue fornisce qualche elemento per valutare il proprio livello di attività fisica.

Tabella esemplificativa di confronto di varie attività fisiche che danno uguale beneficio (misurato come consumo di 150 Kcal)¹⁴

Attività fisica	Numero di minuti necessari per consumare 150 Kcal
Passeggiare di buon passo per 3 km	30 minuti
Salire le scale	15 minuti
Percorrere 6 km in bicicletta	15 minuti
Rastrellare le foglie	30 minuti
Spingere un passeggino per 2,5 km	30 minuti
Giardinaggio	30-45 minuti
Lavare pavimenti o auto	45-60 minuti
Giocare a calcio o a pallavolo	45-60 minuti

¹³ OMS,2003

¹⁴ modificato da US Department of health and human services, 1999)

Precauzioni per l'inizio di un'attività fisica

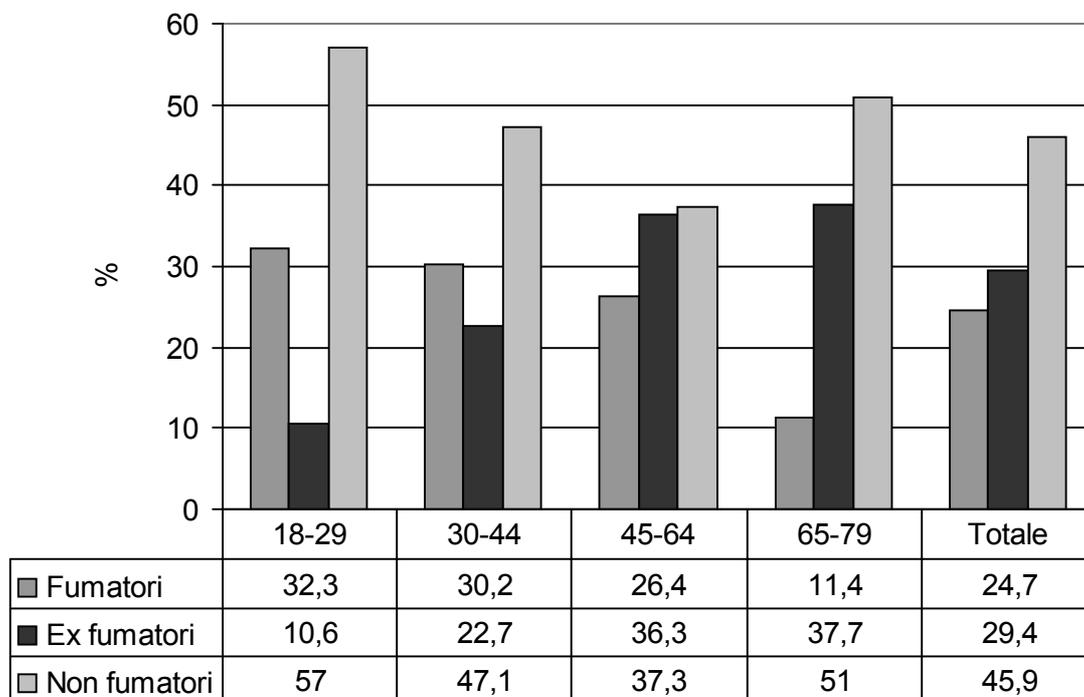
Per coloro che hanno più di 40 anni, o non hanno mai praticato attività fisica in precedenza, o sono malati, prima di intraprendere un'attività fisica di qualsiasi tipo è opportuna una visita medica. Per coloro che non hanno mai praticato attività fisica in precedenza è raccomandato di iniziare con 2-3 settimane di allenamento, iniziando con impegno modesto e aumentando progressivamente.

4. Abitudine al fumo di tabacco

Il fumo di tabacco rappresenta, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, il principale *singolo* fattore di rischio evitabile di morte precoce, malattia e handicap (OMS). Il fumo di sigaretta attivo, oltre a essere un comportamento che comporta rischi, è anche una malattia di per sé in quanto vera e propria dipendenza (ora classificata come tale nella classificazione internazionale delle malattie ICD-X). Malattia che è stata definita "contagiosa" per la capacità di diffusione legata ai comportamenti di emulazione (soprattutto tra gli adolescenti), e che comporta gravi conseguenze sulla salute con una riduzione complessiva dell'aspettativa di vita di 10 anni rispetto ai non fumatori⁴. Il fumo è uno dei principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose patologie cronic-degenerative che colpiscono in primo luogo l'apparato respiratorio e l'apparato cardiovascolare¹⁵.

Quanti sono i fumatori?

Figura 4.1 - Distribuzione della popolazione rispetto all'abitudine al fumo, per classe di età



A Ferrara i fumatori sono pari al 24,7% della popolazione compresa tra i 18 e i 79 anni. Proiettando la percentuale sulla popolazione in studio, si può stimare che i fumatori tra i 18 e i 79 anni siano circa 66.000.

La prevalenza dei fumatori è fortemente differenziata per sesso: i fumatori maschi sono il 28,6%, contro il 21% delle femmine. Si possono stimare quindi circa 37.000 uomini fumatori e circa 29.000 donne fumatrici. Da entrambe le stime restano ovviamente esclusi i minorenni e gli anziani di 80 anni e oltre.

¹⁵ Greco G. e Gattone M. Patologia cardiovascolare fumo-correlata Ital Heart J 2001; 2(suppl 1):37

Tabella 4.1 – Prevalenza dell'abitudine al fumo nei ferraresi, per sesso e classe di età

	Fumatori			Ex fumatori			Non fumatori		
	Femmine	Maschi	Totale	Femmine	Maschi	Totale	Femmine	Maschi	Totale
18-29	3,5	5,2	4,4	1,2	1,7	1,4	8,0	7,3	7,7
30-44	6,0	10,9	8,4	6,0	6,6	6,3	14,5	11,5	13,1
45-64	9,2	9,4	9,3	9,0	16,8	12,8	16,7	9,2	13,1
65-79	2,3	3,1	2,7	4,8	13,4	8,9	18,8	4,9	12,1
Totale	21,0	28,6	24,7	20,9	38,5	29,4	58,0	32,9	45,9

La distribuzione per età mostra una più elevata presenza di fumatori tra i maschi nella classe 30-45 anni e tra le femmine nella classe 45-64 anni. In questa classe di età si concentra il maggior numero di ex fumatori per entrambi i sessi.

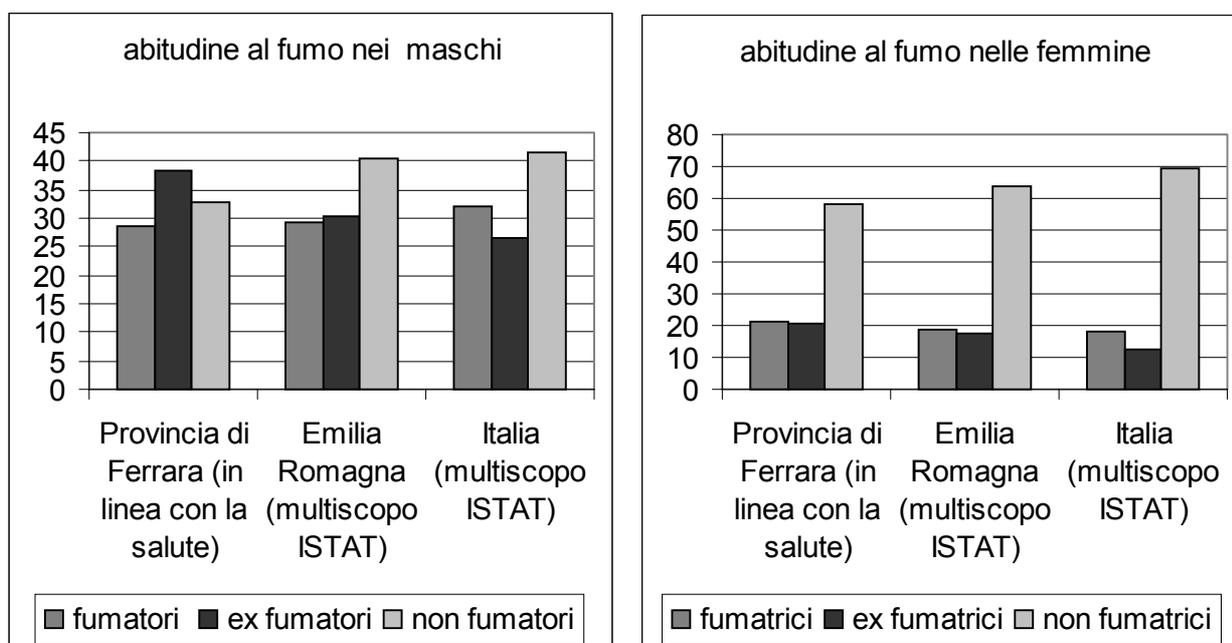
Tabella 4.2 - Distribuzione della popolazione rispetto all'abitudine al fumo, per distretto sanitario

	Fumatori	Ex fumatori	Non fumatori
Distretto Centro-Nord	23,7	29,2	47,1
Distretto Ovest	24,6	27,6	47,7
Distretto Sud-Est	26,3	31	42,8
Azienda USL Ferrara	24,7	29,4	45,9

Nel distretto Sud-Est è presente una percentuale più elevata di fumatori, con un'elevata percentuale di fumatori maschi (32,6%).

Confronto con i risultati di altre indagini

Figura 4.2 – Confronto della prevalenza di abitudine al fumo a Ferrara, in Emilia-Romagna e in Italia



Nel presente studio, la prevalenza di fumatori risulta leggermente inferiore ai valori misurati nell'indagine multiscopo ISTAT, sia nazionali sia regionali (rispettivamente il 32% e il 30% per gli uomini, il 17% e il 22% per le donne).

Attualmente in Italia (secondo l'indagine multiscopo ISTAT, 1999-2000) fuma una persona su quattro della popolazione di 14 anni e più, con una forte differenziazione in base al sesso: fuma il 32% degli uomini contro il 18% delle donne.

Sostanzialmente, nella presente indagine compare un maggior numero di ex fumatori, come risulta evidente osservando il grafico.

Sono trascorsi 5 anni dall'indagine multiscopo: in questo lasso di tempo dichiarano di aver smesso di fumare il 7,1% degli intervistati da "In linea con la salute".

Questi lievi scostamenti vanno interpretati con cautela in quanto l'indagine "In linea con la salute" è stata effettuata cinque anni dopo l'indagine multiscopo ISTAT (condotta nel 1999-2000) e comprende soggetti compresi tra 18 e 79 anni, mentre i dati regionali e nazionali si riferiscono a tutta la popolazione con più di 14 anni.

In appendice è riportato il confronto dei risultati ottenuti dai residenti nel comune capoluogo con quanto emerso dalle recenti indagini del Servizio Statistica del Comune di Ferrara.

Abitudine al fumo e livello di istruzione

Tabella 4.3 – Distribuzione della popolazione rispetto all'abitudine al fumo, per titolo di studio

Titolo di studio	Fumatori	Ex fumatori	Non fumatori
Nessuno o licenza elementare	15,7	33,1	51,2
Licenza media	29	32,4	38,6
Diploma	30,5	25,5	44
Laurea	18,6	21,7	59,6

L'abitudine al fumo è sempre stata ritenuta strettamente associata al livello di istruzione, sebbene con andamenti differenziati nei due sessi in funzione dell'età. Nell'indagine ISTAT il fumo è associato principalmente ad un livello di istruzione medio-basso.

Attualmente a Ferrara si osserva uno spostamento verso un più elevato livello di istruzione: il maggior numero di fumatori dichiarati è in possesso della licenza di scuola media o del diploma di scuola media superiore.

Gli ex fumatori sono più frequenti tra le persone con licenza elementare: in ciò è evidente l'effetto del maggior numero di anziani presente tra queste ultime.

Abitudine al fumo e reddito

Tabella 4.4 – Distribuzione della popolazione rispetto all'abitudine al fumo, per fascia di reddito

Reddito familiare	Fumatori	Ex fumatori	Non fumatori
<1000	16,8	28,3	54,9
1000-1500	25,4	31,9	42,7
1500-2500	26,7	28,2	45,1
>2500	27,9	31,9	42,7
Non risponde	19,3	33,3	47,3

Il fumo sta diventando un'abitudine sempre più costosa. La sempre più spiccata tendenza all'aumento del prezzo delle sigarette ha comportato uno spostamento verso redditi più elevati del picco di frequenza dei fumatori.

Qual è il rischio legato all'attuale abitudine al fumo nella popolazione ferrarese?

Il rischio legato al fumo di tabacco è diverso per ciascuna delle malattie associate all'esposizione al fumo di tabacco, tuttavia un'idea di quanto grande sia il rischio si può ottenere considerando l'età alla quale si è iniziato a fumare, la durata di esposizione al fumo e la quantità di fumo respirato.

1. A che età si inizia a fumare?

È ormai ampiamente dimostrato che la precoce esposizione al fumo è associata ad un maggior rischio di malattia. In Italia il "vizio" del fumo inizia nell'adolescenza (l'82% circa dei fumatori inizia a fumare prima dei 18 anni) e si mantiene a lungo nel corso della vita.

Nella provincia di Ferrara, l'età di inizio del fumo è ugualmente molto precoce: l'8,4% dei fumatori ha iniziato a fumare prima dei 14 anni e un ulteriore 10,9% ha iniziato a 14 anni. Il 54,9% dei fumatori complessivamente ha iniziato a fumare prima dei 18 anni e l'89% entro i 21 anni.

2. Quanto si fuma?

Un elemento rilevante per la misura del rischio è la dose giornaliera di tabacco fumato.

Ciascun fumatore ferrarese fuma in media 12,3 sigarette al giorno.

Il numero medio di sigarette fumate varia con l'età: tra i 45 e i 64 anni la media è pari a 13,3 sigarette; i giovani fumano un po' meno: 10 sigarette al giorno.

Nel distretto Sud-Est si osserva la media più alta: 13 sigarette al giorno.

Rispetto al numero di sigarette fumate mediamente ogni giorno si possono distinguere tre tipologie di fumatori:

- fumatori moderati (da 1 a 9 sigarette): sono il 37,8% (il 45% delle donne ed il 44,7% dei giovani che fumano appartengono a questa categoria);
- fumatori medi (da 10 a 19): sono il 34,3%;
- fumatori forti (20 e più sigarette): sono il 28% (sono soprattutto maschi, tra i 30 e i 64 anni).

I forti fumatori, che fumano 20 e più sigarette al giorno, sono circa 18.000, dunque, nella popolazione compresa tra 18 e 79 anni.

3. Anni in fumo: per quanti anni si fuma?

L'abitudine al fumo di tabacco si mantiene a lungo nel corso della vita: il 18% di fumatori ed ex fumatori ha dichiarato di fumare o di aver fumato per almeno 20 anni.

La media globale nei fumatori attuali è pari a 26,9 anni di fumo.

La tabella riporta quanti anni ha fumato in media ciascun ferrarese fumatore a seconda della propria età.

Tabella 4.5 – Alcune caratteristiche dell'abitudine al fumo nei fumatori attuali, per classe di età

Classi di età	Numero medio sigarette al giorno	Numero medio di anni di fumo
18-29	10,5	7,6
30-44	12,6	19,7
45-64	13,2	36
65-79	10,6	49
Totale	12,3	26,9

4. Anni in fumo: l'esposizione cumulativa al fumo di tabacco nella popolazione ferrarese

Un modo sintetico per rappresentare l'esposizione cumulativa dei fumatori è costituito dai cosiddetti *pack-year*¹⁶ (letteralmente: "pacchetti all'anno").

Nel 30% di fumatori con almeno 10 *pack-year* compare la bronchite cronica persistente.

L'esposizione media al fumo per ciascun ferrarese che oggi fuma è pari a 17 *pack-year*.

¹⁶ Il numero di *pack-year* è il numero di pacchetti consumati ogni giorno moltiplicato per il numero di anni in cui il soggetto ha fumato (ad esempio, 1 *pack-year* può significare che una persona ha fumato per un anno un pacchetto di sigarette al giorno oppure ha fumato una sigaretta al giorno per 20 anni). Costituisce un modo semplice per misurare il rischio che ciascuna persona ha accumulato, grazie al fumo di tabacco.

Va da sé che questo valore va considerato scomposto nelle diverse classi di età. L'incremento maggiore di esposizione cumulativa si osserva nella classe 45-64: in questa fascia di età l'esposizione raggiunge 24,2 pack-year.

20 pack-year sono considerati la soglia oltre la quale aumenta enormemente il rischio delle malattie più gravi associate al fumo.

Tabella 4.6 – Numero medio di *pack-year* nei fumatori attuali, per classe di età

Classi di età	Numero pack-year
18-29	4,2
30-44	13
45-64	24,2
65-79	26
Media	17

Tabella 4.7 - Distribuzione percentuale tra i fumatori (attuali ed ex fumatori) dell'esposizione cumulativa al fumo, per sesso

Pack-year	Femmine	Maschi	Totale
1-9	55,7	34,9	43,3
10-19	19,4	23,4	21,8
20 e più	24,9	41,7	35
Totale	100	100	100

Il 35% circa dell'universo dei fumatori, compresi gli ex-fumatori, ha già raggiunto un'esposizione pari a 20 pack-year. Si tratta, approssimativamente, di circa 38.000 persone ad alto rischio di sviluppare malattie associate al fumo.

La stima, benché approssimativa, mostra efficacemente l'ammontare dei rischi da fumo che la società "capitalizza". Ad esempio, il 28,5% delle persone con una diagnosi di ipertensione da parte di un medico ha già un'esposizione superiore a 20 pack-year e per il 10,6 % degli ipertesi l'esposizione è compresa tra 10 e 19 pack-year.

La distribuzione percentuale della salute percepita stratificata per storia di esposizione al fumo conferma gli effetti negativi del fumo sulla salute.

Tabella 4.8 - Distribuzione percentuale dell'esposizione cumulativa al fumo, per modalità di salute percepita

Pack-year	Salute percepita				
	scadente	passabile	buona	molto buona	eccellente
1-9	14,9	18,2	24,2	28	30,7
10-19	10,6	11,9	12,7	10,1	9,4
20 e più	25,0	24,2	19,9	9,4	10,2

Gli ex fumatori

I rischi legati al fumo si riducono smettendo di fumare, fino ad eliminarsi, dopo un certo numero di anni.

I ferraresi che hanno smesso di fumare risultano pari al 29,4% del campione; i maschi sono il 38,5% e le femmine il 20,9%. Si può stimare in circa 78.000 persone il numero degli ex fumatori: 50.000 maschi e 28.000 femmine.

La media degli anni trascorsi dalla cessazione del fumo è pari a 15,6 anni.

Tabella 4.9 - Distribuzione percentuale, negli ex fumatori, degli anni trascorsi dalla cessazione del fumo, per sesso

Anni trascorsi dalla cessazione del fumo	Femmine	Maschi	Totale
0-9 anni	39,4	36,3	37,4
10-19 anni	31,9	28	29,6
20 e più anni	28,7	35,7	33,1

Quanti sono i fumatori involontari tra le mura di casa?

Il fumo passivo (è forse più pertinente la definizione di "fumo involontario" per sottolineare l'aspetto socio-culturale più contraddittorio del problema, che comporta un rischio del tutto prevenibile) è una situazione di inquinamento ambientale dei locali domestici subita dai non fumatori (non va dimenticato che il non fumatore ha fatto una scelta precisa: quella di non fumare). Anche il fumatore "involontario" può andare incontro agli stessi problemi del fumatore attivo.

A Ferrara, le famiglie nelle quali persone non fumatrici convivono con almeno un fumatore nell'ambiente domestico sono il 22,6%. Ciò significa che, nella popolazione della provincia di Ferrara, possiamo stimare il loro numero in circa 60.000 persone. La percentuale di persone esposte risulta concordante con l'indagine multiscope dell'ISTAT 1999-2000, che aveva rilevato il 21,9% di fumatori involontari. La stessa indagine aveva rilevato anche che circa la metà dei bambini italiani da 0 a 13 anni convive con almeno un fumatore.

La cessazione dell'abitudine al fumo

La quota di soggetti che hanno manifestato l'intenzione di smettere di fumare risulta pari al 14,8%; a questi sono da aggiungere il 2,7% che si definiscono indecisi. Vogliono smettere soprattutto i giovani, ed è una novità: generalmente i fumatori decidono di smettere dopo i 40 anni e in concomitanza con la comparsa dei primi disturbi legati al fumo.

Il profilo di coloro che sono intenzionati a smettere rileva questi ultimi sono in maggioranza maschi (19%, contro l'11% di femmine) e che la percentuale più elevata risiede nel distretto Sud-Est.

Qualità della vita e abitudine al fumo

L'abitudine al fumo è legata, ovviamente, al piacere che dà al fumatore e che può tradursi in vera e propria dipendenza dalla nicotina.

Per un lungo intervallo di tempo l'esposizione al fumo di tabacco non dà disturbi, ma se la situazione viene osservata dal punto di vista della collettività, sommando le osservazioni di persone con periodi diversi di esposizione al fumo di tabacco, è possibile cogliere alcuni segnali del peso costituito dalle conseguenze dell'abitudine al fumo.

Tabella 4.10 - Percentuali di persone che hanno riferito una buona salute (buona, molto buona, eccellente), corrispondente numero medio di giorni in cattiva salute e di giorni con limitazione dell'attività, per condizione riportata rispetto al fumo

Condizione riportata rispetto al fumo	% che riferisce salute da buona a eccellente	Media di giorni in cattiva salute	Media di giorni di inattività
Non ha mai fumato	72,2	8,0	2,3
Ex fumatore	68,4	7,3	1,8
Fumatore	78,0	7,4	1,2
Meno di 1 pacchetto	74,0	7,4	1,7
1 pacchetto o più	70,5	7,1	1,2

Nella tabella 4.10 si può osservare il significativo peggioramento della salute percepita che si misura passando dai “fumatori moderati” ai “forti fumatori”. I fumatori attuali percepiscono una condizione di salute migliore rispetto agli ex fumatori: questi ultimi stanno già pagando lo scotto della pregressa abitudine al fumo.

Inoltre, i fumatori percepiscono una condizione migliore rispetto ai non fumatori: potrebbe essere definito come l'effetto “fumatore sano”. Gran parte dei fumatori sono giovani e non hanno ancora sperimentato problemi di salute, e per questo motivo non hanno ancora un “incentivo” a smettere.

Suggerimenti

Per coloro che non fumano, il messaggio è uno solo: evitare il fumo. Sono dannosi alla salute sia il fumo attivo sia quello involontario. Per i fumatori: l'abitudine al fumo può essere curata. Qualsiasi momento è buono per smettere di fumare. Il 15% dei fumatori ha espresso l'intenzione di smettere di fumare: possono trovare aiuto presso il medico di famiglia oppure presso un centro anti-fumo dell'Azienda USL di Ferrara.

Evidenze scientifiche mostrano che la sospensione del fumo porta a un dimezzamento del rischio di infarto al miocardio già dopo un anno di astensione, e dopo 15 anni il rischio diventa pari a quello di un non fumatore. Occorrono 15 anni dalla cessazione del fumo perchè il rischio di tumore del polmone ritorni allo stesso livello di un non fumatore.

Si è visto inoltre che i fumatori che smettono di fumare prima dei 50 anni riducono della metà il proprio rischio di morire nei successivi 15 anni, rispetto a coloro che continuano a fumare.

5. Abitudini alimentari

Le abitudini alimentari sono comportamenti con un doppio risvolto. È ormai riconosciuta l'importanza di alcuni alimenti nel proteggere dall'insorgenza di alcune malattie, così come il consumo di altri alimenti, oppure il loro consumo eccessivo rispetto al fabbisogno, può costituire un fattore di rischio. Anche altre caratteristiche del comportamento alimentare, come il modo di cucinare e consumare i cibi, sono altrettanto importanti per la salute. L'alimentazione, insomma, ricopre un ruolo fondamentale per la qualità della vita della popolazione.

Gli alimenti di cui oggi disponiamo sono tantissimi, e molte sono anche le vie per realizzare una alimentazione salutare nel quadro di uno stile di vita altrettanto salutare. Ognuno ha quindi ampia possibilità di scelta.

Nella letteratura internazionale è consolidato il dato di un'associazione protettiva fra l'elevato consumo di frutta e verdura e neoplasie in diverse sedi, tra cui i tumori polmonari, gastrici, del collo dell'utero, della mammella, dell'orofaringe, dell'esofago e della vescica. Una dieta inadeguata contribuisce in misura determinante all'insorgenza di molte malattie cronicodegenerative, fra cui patologie dismetaboliche, cardiovascolari e vari tumori. Negli Stati Uniti, è stato stimato che l'impatto economico per le malattie cardiovascolari e i tumori attribuibili alla cattiva alimentazione sia all'incirca equivalente a quello attribuibile al tabacco¹⁷.

5.1 Quali sono le abitudini alimentari dei ferraresi?

Un'alimentazione sana è caratterizzata da due capisaldi: la varietà della dieta, che assicura un apporto equilibrato delle sostanze necessarie, e la regolarità dei pasti, in particolare attraverso una valorizzazione della colazione (purché sia una colazione adeguata, nella quale cioè non si assumono solo thè o caffè) e del pranzo. Almeno il 25% del fabbisogno quotidiano di calorie dovrebbe essere assunto al mattino, dopo il digiuno notturno.

Tabella 5.1 - Quota percentuale, sul totale, di persone che fanno una colazione adeguata

Femmine		Maschi	
In linea con la salute	Indagine Dioniso	In linea con la salute	Indagine Dioniso
83,6	82	77	76

Nel campione in studio l'80% degli intervistati dichiara di fare una colazione adeguata, assumendo the, caffè o latte e mangiando qualcosa. Il 20% non fa colazione, ossia segue abitudini che non consentono un'alimentazione equilibrata nell'arco della giornata.

I risultati sono simili a quelli rilevati a Cesena con l'indagine Dioniso.

Qual è la frequenza di consumo di vari gruppi di alimenti nei ferraresi?

La varietà della dieta, che assicura un apporto equilibrato delle sostanze necessarie, è uno dei capisaldi per un'alimentazione sana. Nella presente indagine, le abitudini alimentari sono state studiate chiedendo "Con che frequenza consuma i seguenti gruppi di alimenti?".

- **Pesce**

Il 16,7% non consuma mai pesce, che è stato evidenziato essere un alimento protettivo per la salute. I ferraresi consumano pesce in media 1,4 volte per settimana, con una leggera prevalenza nel distretto Sud-Est (1,7 volte).

¹⁷ Office on Smoking and Health: *Smoking and Health: A National Status Report, Second Edition. A Report To Congress*. U.S. Department of health and human services, Public Health Service, DHHS Pub. No. (CDC) 87-8389, revised February 1990, pp7-9. Citazione tratta dal documento Internet College of Agricultural Sciences *Leadership and resources for reducing diet-related chronic disease in the Nation and in the States*, http://www.penpages.psu.edu/penpages_reference/12101/12101484.HTML.

La frequenza del consumo di pesce non mostra grandi differenze se analizzata in base al sesso, all'età e al titolo di studio. Il consumo di pesce è lievemente maggiore fra chi ha un reddito inferiore a 1500 euro.

- **Salumi**

Il 7,2% consuma salumi tutti i giorni: un'abitudine che può rendere difficile il mantenimento di una alimentazione bilanciata.

Il consumo medio settimanale di salumi è pari a 2,4 volte.

La frequenza di consumo è superiore tra i giovani: l'11,5% dei giovani tra 18 e 29 anni riferisce un consumo quotidiano di salumi.

La frequenza del consumo di salumi non mostra grandi differenze quando viene analizzata in base ai distretti, e nemmeno in base al reddito.

- **Carne**

Il 9,8% di persone consuma carne tutti i giorni, mentre il 2,6% non consuma mai carne (soprattutto donne). Il 4% degli anziani non consuma mai carne. Il consumo medio di carne da parte dei ferraresi risulta pari a 3,4 volte per settimana, senza differenze importanti tra i distretti.

Il consumo di carne decresce con l'età: il 16,2% dei giovani consuma carne tutti i giorni, (si tratta soprattutto di persone che vivono in casa con i genitori).

Il consumo di carne dipende, come era ovvio attendersi, anche dal reddito: chi si colloca nella fascia di reddito inferiore a 1000 euro consuma meno carne (solo il 28,3% delle persone con reddito inferiore a 1000 euro riferisce un consumo di carne almeno 4 volte la settimana, contro il 40,8% di chi ha un reddito superiore a 2500 euro mensili).

- **Formaggi**

Il 12,9% consuma formaggio tutti i giorni e l'11,7% non consuma mai formaggio. Il consumo medio di formaggi si attesta a 2,9 volte per settimana, senza differenze tra i distretti. I più forti consumatori di formaggio sono i giovani con il 15,3% di consumo quotidiano.

I laureati sono invece la categoria che consuma meno formaggio: lo consumano tutti i giorni solo nel 9,9% dei casi.

La frequenza del consumo di formaggio non mostra valori diversi per fasce di reddito.

- **Frutta e verdura**

Una sana alimentazione, secondo le linee guida nazionali, deve contenere complessivamente, ogni giorno, almeno cinque porzioni di frutta e verdura.

Tabella 5.2 - Distribuzione percentuale del numero di porzioni di frutta e verdura consumate quotidianamente, per sesso

	Femmine	Maschi	Totale
Mai	5,6	12,9	9,2
1-4 porzioni	82,6	79,3	81
5 porzioni o più	11,7	7,8	9,8

Il 9,2% non consuma *mai* frutta e verdura (sono soprattutto maschi: 12,9%). I ferraresi riferiscono di consumare in media ogni giorno 2,8 porzioni di frutta e verdura, senza importanti differenze tra i distretti. Il reddito non sembra influenzare le scelte di consumo di frutta e verdura.

Sono soprattutto i giovani che non consumano frutta e verdura (20,9%), mentre sono soprattutto gli anziani che ne consumano almeno cinque porzioni giornaliere (12,6%), con un diverso comportamento rispetto a frutta e verdura: il consumo di verdura è abbastanza costante

alle diverse età, per la frutta si va invece da una media inferiore ad una porzione al giorno nei giovani fino a due porzioni quotidiane negli anziani.

In definitiva soltanto il 9,8% degli intervistati riferisce un'alimentazione corretta per quanto riguarda il consumo di frutta e verdura, consistente in almeno cinque porzioni quotidiane.

Per quanto riguarda il titolo di studio, le persone con licenza media sono quelle che consumano meno frutta e verdura (il 12% non ne mangia mai).

D'altro canto, sono invece i laureati la categoria con la percentuale minore di consumo di cinque porzioni al giorno (5%).

Lo stato civile si è dimostrato una variabile di una certa importanza per quanto riguarda il consumo di frutta e verdura: il 16,7% dei celibi non mangia mai frutta e verdura, mentre al contrario, il 16,7% tra chi è vedovo consuma almeno 5 porzioni giornaliere.

Tabella 5.3 – Numero di porzioni consumate giornalmente, per distretto sanitario

	Distretto Centro-Nord	Distretto Ovest	Distretto Sud-Est	Provincia
Mai	6,9	11,4	11,4	9,2
1-4 porzioni	82,2	79,3	80,1	81
5 porzioni o più	10,9	9,3	8,4	9,8

La media di consumo nei tre distretti è simile ma il numero di porzioni di frutta e verdura consumate varia grandemente: l'assenza totale di consumo va dal 6,9% nel distretto centro-nord all'11,4 negli altri due distretti mentre un consumo sufficiente (consumo di 5 o più porzioni) si osserva con frequenza alquanto maggiore nel distretto Centro-Nord.

- **Consumo di bibite**

Le bibite sono una fonte di calorie nascoste: il loro consumo può condurre con estrema facilità ad un apporto calorico sbilanciato rispetto alle necessità del nostro organismo.

Tabella 5.4 – Frequenza del consumo di bibite, valori percentuali

	% AUSL Ferrara
Mai	58,8
Occasionalmente	26,8
Un bicchiere più volte alla settimana	9,9

Il 26% dei giovani consuma abitualmente bibite, più del doppio rispetto alle altre classi di età. La frequenza di consumo plurisettimanale si è dimostrata essere direttamente proporzionale al reddito. La maggior frequenza di consumo si registra nel distretto Ovest.

Confronto con le abitudini alimentari emerse nell'indagine "Dioniso" (AUSL di Cesena)

Tabella 5.5 – Prevalenza delle abitudini alimentari: confronto Ferrara / Cesena

	Ferrara (In linea con la salute)	Cesena (Dioniso)
Colazione: mai	19,6	20
Pesce: mai	16,7	11%
Salumi: mai	13,7	?
Carne: mai	2,6	?
Formaggi: mai	11,7	?
Frutta e verdura: mai	9,2	?
Pesce: media	1,4	1-2
Salumi: media	2,4	2
Carne: media	3,4	2
Formaggi: media	2,9	?
Frutta e verdura: numero medio di porzioni al giorno	2,8	3,5

Laddove i dati erano disponibili, abbiamo messo a confronto i risultati delle due indagini relative, rispettivamente, a Ferrara ("In linea con la salute") e a Cesena ("Dioniso").

5.2 Relazione tra abitudini alimentari e obesità

Tabella 5.5 – Quota percentuale di alcune abitudini alimentari, per indice di massa corporea e sul totale

	Obesi	Sovrappeso	Normopeso	Sottopeso	Totale
Non fa colazione	23,2	20,3	17,9	19,6	16,6
Non consuma mai pesce	18,6	14,9	17,3	17,6	7,1
Non consuma mai carne	1,8	2,1	3,0	5,9	9,8
Mangia carne tutti i giorni	12,7	8,2	10,2	11,8	12,9
Mangia salumi tutti i giorni	10,0	5,0	7,8	9,8	7,2
Mangia formaggio tutti i giorni	11,8	12,3	13,7	11,8	12,9
Non consuma mai frutta e verdura	8,6	7,7	9,8	13,7	9,2
Mangia almeno 5 porzioni di frutta e v.	14,1	9,4	9,7	0,0	9,9

La lettura della tabella 5.5 fa emergere, nel confronto delle quattro categorie nelle quali il campione è stato suddiviso rispetto all'indice di massa corporea, la presenza di abitudini alimentari fortemente squilibrate tra le persone obese e le persone sottopeso.

Suggerimenti

Nutrirsi bene è fondamentale per la salute e la qualità della vita. Il Piano sanitario nazionale 2003-2005 ha sottolineato l'importanza di una corretta alimentazione per la prevenzione delle malattie. Uno stile corretto di alimentazione può essere così riassunto: avere una alimentazione bilanciata, con un'ampia varietà di cibi di origine animale e vegetale.

La quantità di cibo ingerito deve essere commisurata alle reali necessità di energia dell'organismo. Va ridotto il consumo di grassi, specialmente quelli saturi di origine animale e di colesterolo. È importante aumentare il consumo di cibi ricchi di fibre, amidi, vitamine e minerali, come frutta, verdura, legumi e cereali, ma anche quello di pesce e limitare il consumo di sale.

È utile consumare almeno cinque porzioni al giorno di frutta e verdura; una porzione è costituita da un frutto di media dimensione o da un piatto di verdura pronta per il consumo. Le patate non vanno considerate tra le verdure, per via del loro elevato contenuto di carboidrati.

6. Sovrappeso e obesità nella popolazione adulta

Il nostro peso corporeo rappresenta l'espressione tangibile del "bilancio energetico" tra entrate e uscite caloriche. L'energia viene introdotta con gli alimenti ed è utilizzata dal corpo sia durante il riposo (per mantenere in funzione i suoi organi: cervello, polmoni, cuore, ecc.), sia durante l'attività fisica (per far funzionare i muscoli). Se si introduce più energia di quanta se ne consuma, l'eccesso si accumula nel corpo sotto forma di grasso, determinando un aumento di peso oltre il necessario.

Secondo le indicazioni scientifiche più accreditate l'obesità è, nella maggior parte dei casi, una condizione di rischio per la salute. L'obesità rappresenta un fattore di rischio per importanti e diffuse patologie quali ipertensione arteriosa e altre malattie cardio-vascolari, diabete mellito di tipo 2, osteoartrosi, alcune neoplasie, calcolosi, disturbi respiratori.

L'aumento enorme del numero di persone obese ha reso l'obesità un problema di salute pubblica emergente per la maggior parte dei Paesi del mondo, tanto da essere definita dall'OMS un'epidemia globale.

6.1 Qual è l'indice di massa corporea a Ferrara?

Il ferrarese medio ha un indice di massa corporea¹⁸ (IMC) pari a 25,3: lievemente sovrappeso.

Tabella 6.1 – Distribuzione dell'indice di massa corporea, per sesso

	Femmine	Maschi	Totale
Sottopeso	5,3	0,4	2,9
Normopeso	54,7	41,8	48,5
Sovrappeso	28,6	43,2	35,9
Obeso	11,4	14,6	12,6

Complessivamente, le persone sovrappeso e obese nel loro insieme sono tante quante le persone normopeso (48,6% sovrappeso/obese e 48,4% normopeso).

- **Differenze per sesso**

Le differenze di genere per quanto riguarda il peso corporeo sono molto marcate.

A Ferrara la popolazione femminile presenta una lieve maggioranza di persone normopeso (54,7%), mentre i maschi normopeso sono il 41,7%.

I maschi mostrano una tendenza più accentuata al sovrappeso e all'obesità: la maggioranza degli uomini risulta in sovrappeso (43,2% contro il 41,8% di uomini normopeso) mentre le donne sovrappeso sono il 28,6%.

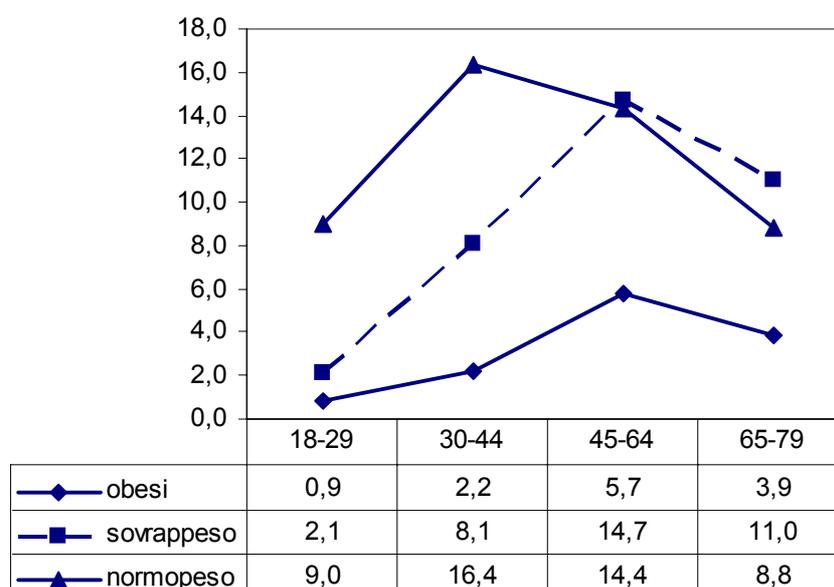
Le persone in condizioni di sottopeso sono una quota molto bassa (2,9% del campione). Molto probabilmente associata a veri e propri disturbi del comportamento alimentare, questa condizione si concentra pressoché interamente tra le donne (94% delle persone sottopeso). Inoltre, si tratta di una condizione che riguarda soprattutto le donne giovani: il 50% delle donne sottopeso ha un'età inferiore a 29 anni.

¹⁸ L'indice di massa corporea è una misura dell'obesità; si calcola dividendo il peso per l'altezza al quadrato. Nell'adulto è considerata un indice migliore la circonferenza della vita (misurata in posizione eretta e senza trattenere il respiro, nel punto che corrisponde alla "vita naturale", ossia alla minore circonferenza del tronco). Sarebbe un indice migliore sia per l'esistenza di un sovrappeso quanto soprattutto per le possibili complicanze del sovrappeso stesso. La rilevazione di questa misura è relativamente semplice, ma il suo significato dipende molto dalla esatta collocazione del sito di misurazione. Per questo motivo non è stata utilizzata in questo studio.

- **Differenze per età**

All'aumentare dell'età la quota di soggetti obesi aumenta, e ancora di più aumenta la percentuale di persone sovrappeso. Come si evince dalla tabella rappresentata in figura 6.1, la quota di persone in sovrappeso/obesità cresce all'aumentare dell'età. Le percentuali della tabella sono calcolate sull'intera popolazione (il totale di tutta la tabella dà 97,3, in quanto sono stati escluse le persone che risultano sottopeso). Le persone sottopeso sono soprattutto donne e hanno un'età compresa fra i 18 e i 44 anni

Figura 6.1 - Distribuzione percentuale del campione, per condizioni di peso e per classi di età (il totale a cui si riferiscono le percentuali è l'intero campione)



- **Differenze per distretto sanitario**

Tabella 6.2 - Distribuzione delle condizioni di peso legate all'IMC, per distretto sanitario di residenza

	Distretto Centro-Nord	Distretto Ovest	Distretto Sud-Est	Provincia
Sottopeso	3,2	2,7	2,6	2,9
Normopeso	48,3	45,8	50,5	48,5
Soprappeso	35,7	35,8	36,3	35,9
Obeso	12,8	15,7	10,5	12,6

Osservando la tabella 6.2, una differenza si coglie: a fronte di una percentuale più elevata di persone normopeso nel distretto Sud-Est (+4,8%) si osserva una pari percentuale più elevata di persone obese nel distretto Ovest (+5,2%).

- **Confronto con i risultati di altre indagini**

Tabella 6.3 – Distribuzione delle condizioni di peso legate all’IMC; confronto tra varie indagini

	Azienda USL di Ferrara (Indagine in linea con la salute - 2005)	Azienda USL di Cesena (Indagine Dioniso - 2003)	Regione Emilia Romagna (Multiscopo ISTAT - 2000)	Italia (Multiscopo ISTAT - 2000)
Sottopeso	2,9	3	2,8	3,6
Normopeso	48,5	55	54,6	53,5
Sovrappeso	35,9	30	32,8	33,9
Obeso	12,6	11	9,8	9,2

Il confronto con l’indagine “Dioniso” e con l’indagine multiscopo dell’ISTAT mostra una percentuale maggiore di persone obese a Ferrara.

In Italia, secondo dati recenti (ISTAT 1999-2000), la prevalenza dell’obesità è del 9,2% per i maschi e dell’ 8,8% per le femmine della popolazione adulta, mentre il sovrappeso interessa una persona su tre (33,9%).

6.2 Indice di massa corporea e condizione socio-economica

- **IMC e livello di istruzione**

È ben nota la stretta relazione esistente tra titolo di studio e massa corporea. Infatti l’IMC tende a decrescere all’aumentare del titolo di studio.

Tabella 6.4 - Valore medio dell’indice di massa corporea, per titolo di studio

	Laurea	Media superiore	Media inferiore	Elementare o nessun titolo	Media provinciale
IMC medio	23,9	24,1	25,4	26,9	25,3

Tabella 6.5 - Distribuzione delle condizioni di peso legate all’IMC, per titolo di studio

	laurea	Media superiore	Media inferiore	Elementare o nessun titolo
Normopeso	59,4	57,9	49,8	33,3
Sovrappeso	29,4	28,1	35,5	47,1
Obeso	5,6	9,2	12,4	18,9
Sottopeso	5,6	4,9	2,3	0,6

Come si può facilmente osservare nelle due tabelle appena viste, l’aumento dell’IMC fra le persone meno istruite trova conferma anche nella nostra indagine.

Tra le persone con diploma o laurea, la percentuale di obesi oscilla tra il 5,6% e il 9,2% mentre tra le persone che hanno come titolo la licenza elementare sfiora il 19%.

- **Indice di massa corporea e reddito**

Anche tra reddito e massa corporea esiste una relazione chiara: con risorse economiche scarse o insufficienti si associano prevalenze più elevate di persone in sovrappeso o obese.

Tabella 6.6 - Valore medio dell'indice di massa corporea, per fascia di reddito

	> 2500	1500-2500	1000-1500	<1000	Media provinciale
IMC medio	24,5	24,9	25,8	26,5	25,3

Tabella 6.7 - Distribuzione delle condizioni di peso legate all'IMC, per fascia di reddito

	<1000	1000-1500	1500-2500	>2500	Non risponde
Normopeso	39,6	42	50,7	57,3	55,1
Sovrappeso	41,3	40,8	33,6	30,5	32,7
obeso	16,9	15,5	11,4	8,5	10,9
sottopeso	2,2	1,6	4,4	3,7	1,4

L'IMC diminuisce con l'aumentare del reddito. L'obesità e la condizione di sovrappeso si concentrano tra le classi economiche più basse, mentre il normopeso ed il sottopeso sono percentualmente più elevati tra le classi economiche più agiate.

6.3 Stato di salute percepito e sovrappeso

Tabella 6.8 - Percentuali di persone che hanno riferito una buona salute (buona, molto buona, eccellente) ed il corrispondente numero medio di giorni in cattiva salute e di giorni con limitazione dell'attività, per condizione di peso legata all'IMC

Condizione di peso	% che riferisce salute da buona a eccellente	Media di giorni in cattiva salute	Media di giorni di inattività
Sottopeso	84,3	7,5	1,5
Normopeso	80,0	6,9	1,3
Sovrappeso	67,7	8,1	2,4
Obeso	55,5	8,6	2,5

La tabella 6.8 mette in evidenza il considerevole impatto della condizione di sovrappeso/obesità sullo stato di salute, anche in termini di numero di giorni di totale inattività.

6.4 L'atteggiamento verso il proprio peso corporeo e la dieta

Tabella 6.9 - Atteggiamento verso il proprio peso corporeo, per sesso

	Femmine	Maschi
Vorrei mantenere il mio peso	44,5	50,7
Vorrei perdere peso	52	45,4

Tabella 6.10 - Atteggiamento verso il proprio peso corporeo e percentuale di persone che segue un regime dietetico particolare, per tipo di dieta e per condizione di sovrappeso e obesità

	Sovrappeso (*)	Obesi (**)
Vorrebbe perdere peso	66,9	88,2
Vorrebbe aumentare peso	0,5	0,5
Segue dieta ipocalorica	6,4	5,9
Segue dieta ipolipidica	1,4	4,5
Segue dieta iposodica	2,4	2,3
Segue altri tipi di dieta	3	7,3

* per 100 persone in sovrappeso

** per 100 persone obese

Osservando la tabella 6.10 si nota, innanzitutto, che solo il 66,9% delle persone sovrappeso è cosciente della propria condizione e desidera agire per modificarla. Solo il 10% segue una dieta; il 90% degli intervistati non segue alcun regime dietetico particolare, al di là di ogni considerazione sulle proprie condizioni fisiche ed il proprio stato di salute. Anche una percentuale molto bassa di persone in condizione di sovrappeso od obesità segue un regime dietetico particolare.

Suggerimenti

Uno slogan che riassume bene cosa si può fare potrebbe essere: "Muoversi un po' di più, mangiare un po' meno". Abituati a muoverti di più ogni giorno: cammina, sali e scendi le scale, svolgi piccoli lavori domestici, ecc.

Occhio alla bilancia, è importante tenere sotto controllo il proprio peso. Infatti l'indice di massa corporea (pari al peso in Kg diviso il quadrato dell'altezza in metri) deve essere inferiore a 25 Kg/m^2 . Per questo, accanto a una dieta bilanciata, è importante svolgere una attività fisica regolare, adeguata alle condizioni fisiche dell'individuo e allo stato di salute.

In caso di sovrappeso: consulta il medico, riduci le "entrate" energetiche mangiando meno e preferendo cibi a basso contenuto calorico e che saziano di più, come ortaggi e frutta, aumenta le "uscite" energetiche svolgendo una maggiore attività fisica e distribuisci opportunamente l'alimentazione lungo tutto l'arco della giornata a partire dalla prima colazione, che non deve essere trascurata.

Evita le diete squilibrate o molto drastiche del tipo "fai da te", che possono essere dannose per la tua salute.

7. Consumo di alcool

Il consumo di alcool è associato alle malattie cardiovascolari con effetti diversi a seconda della quantità consumata: a piccole dosi (1 unità di alcool¹⁹ al giorno per le donne e 2 unità alcoliche per gli uomini) sembra esercitare un effetto protettivo mentre a dosi superiori aumenta il rischio di ipertensione, miocardiopatia dilatativa e malattie cerebrovascolari²⁰. L'alcool ad alte dosi è, ad esempio, una sostanza tossica per il muscolo cardiaco. Anche la frequenza ed il modo con il quale viene consumato l'alcool (es. lontano dai pasti oppure per ubriacarsi) sono importanti per i danni alla salute. Inoltre, l'ingestione di alcool altera sempre la lipemia e può comportare anche un eventuale eccesso di apporto calorico con ripercussioni sull'assetto lipidico e sul peso corporeo.

Il consumo di bevande alcoliche

Tabella 7.1 – Quota percentuale di consumatori di bevande alcoliche

	ASL Ferrara (2005)	Emilia Romagna (2001)	Italia (2001)
Bevitori, maschi	89,3	90,6	87,7
Bevitori, femmine	65,9	67,9	63,1
Totale	77	79	75

Il 77% dei ferraresi beve bevande alcoliche.

A titolo di confronto, le stime dell'Osservatorio Nazionale fumo, alcool, droga²¹ riportano una prevalenza di consumo nazionale del 75%.

Il 69,2% dei ferraresi beve vino almeno qualche volta la settimana: quotidianamente il 40,1%.

La frequenza di consumo di vino è ragguardevole ma con una marcata differenza di genere: bevono vino quotidianamente il 53,9% dei maschi e il 27,1% tra le femmine.

Beve birra il 46,3% dei ferraresi: quotidianamente il 2,6%.

Beve superalcolici il 28,2% dei ferraresi: quotidianamente il 7,8%.

Confronto con lo studio "Dioniso" (AUSL di Cesena)

Tabella 7.2 – Quota percentuale di consumatori quotidiani di bevande alcoliche

	ASL Ferrara	ASL Cesena
Vino	40,1	36
Birra	2,6	2
superalcolici	7,8	1

Nel confronto con l'indagine effettuata a Cesena emerge una considerevole differenza nel consumo di superalcolici. La differenza è da valutare con prudenza in quanto sono state utilizzate domande con formulazioni diverse.

¹⁹ una unità di alcool equivale a un bicchiere di vino (125 ml) a 11°

²⁰ Baer D. et al. Am J Clin Nutr 2002;75:593

²¹ E. Scafato, S. Ghirini, R. Russo I consumi alcolici in Italia. Report 2004 sui consumi e le tendenze (1998-2001) online www.iss.it/ofad

Quale quantità di alcool viene bevuta mediamente?

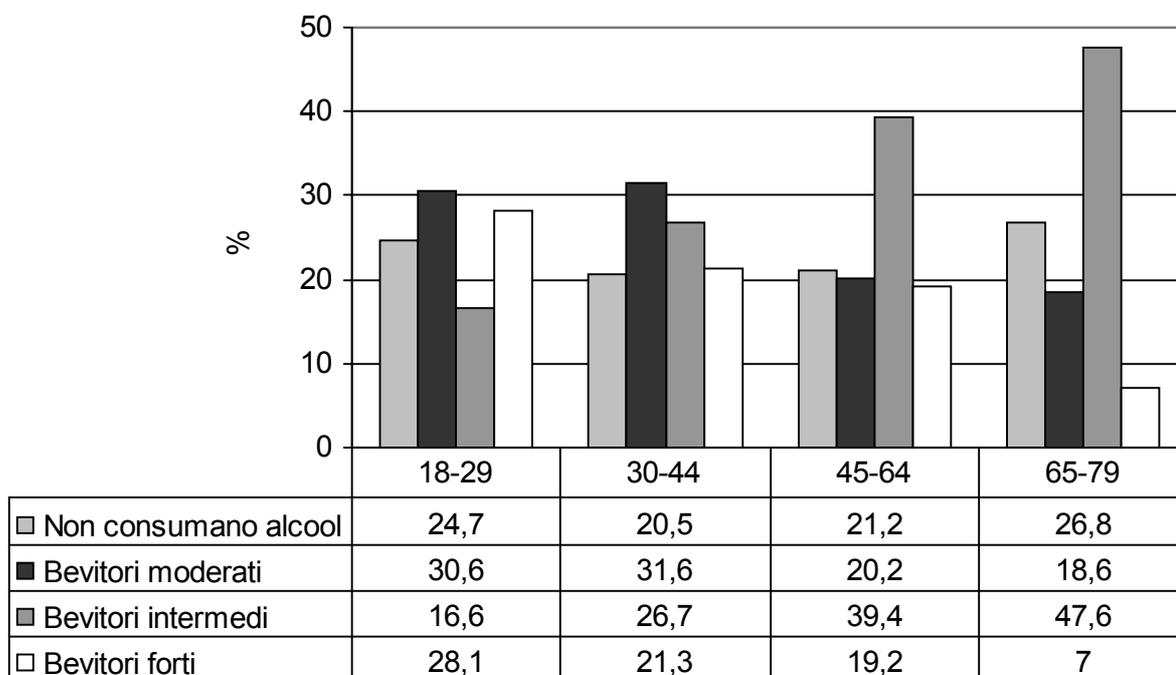
Tabella 7.3 – Distribuzione delle tipologie di consumo di alcolici, per sesso, %

	Femmine	Maschi	Totale
Non consumano alcool	34,1	10,7	22,8
Bevitori moderati	28,7	19,8	24,4
Bevitori intermedi	31	38,7	34,7
Bevitori forti	6,2	30,8	18,1
Totale	100	100	100

La maggioranza dei ferraresi rientra nella categoria dei consumatori intermedi (35%), con una lieve differenza tra maschi e femmine. Tra i maschi è presente una percentuale consistente di bevitori forti (30,8%).

Età dei consumatori di alcool

Figura 7.1 - Tipologie di consumo di bevande alcoliche per classe di età



La percentuale più elevata di bevitori “forti” si osserva nella classe di età tra 18 e 29 anni.

Tabella 7.4 – Distribuzione delle tipologie di consumo di alcolici, per distretto, %

	Distretto Centro-Nord	Distretto Ovest	Distretto Sud-Est	Provincia
Non consumano alcool	23,3	22,5	22,1	22,8
Bevitori moderati	24,4	24,6	24,2	24,4
Bevitori intermedi	35	34,2	34,7	34,7
Bevitori forti	17,4	18,6	18,9	18,1

Non emergono sostanziali differenze territoriali nel consumo di alcool.

Quali sono i gruppi a rischio per consumo inadeguato di alcol?

- **età**

I giovani sono i maggiori consumatori di bevande alcoliche, nelle categorie “bevitori intermedi e forti”.

- **titolo di studio**

I laureati sono i più rappresentati tra i forti bevitori (11,2%).

- **reddito**

Tabella 7.5 – Distribuzione delle tipologie di consumo di alcolici, per fascia di reddito, %

	<1000	1000-1500	1500-2500	>2500
Non consumano alcool	32,3	24,2	20,5	17,1
Bevitori moderati	22,6	20,9	26,1	26,8
Bevitori intermedi	37,2	42,1	30,5	31,1
Bevitori forti	8	12,8	22,9	25,1

La disponibilità economica condiziona in modo evidente il consumo di alcool: la percentuale di persone che dichiarano di non bere bevande alcoliche è nettamente più elevata tra chi dispone di un reddito inferiore a 1000 euro. Le percentuali di bevitori intermedi e forti raddoppiano all'aumentare del reddito, a fronte di una sostanziale stabilità della percentuale di bevitori moderati in tutti gli scaglioni di reddito.

Suggerimenti

Il messaggio principale è: l'alcool non “fa bene” e non è un mezzo di prevenzione. Gli esperti non suggeriscono di bere bevande alcoliche per la prevenzione di alcuna malattia.

Se desideri consumare bevande alcoliche, chiedi consiglio al tuo medico.

Se desideri consumare bevande alcoliche, fallo con moderazione (non più di 1 unità alcolica per le donne e 2 unità alcoliche per gli uomini), durante i pasti secondo la tradizione italiana.

Fra tutte le bevande alcoliche, dai la preferenza a quelle a basso tenore alcolico (vino e birra).

Evita del tutto l'assunzione di alcol durante l'infanzia, l'adolescenza, la gravidanza e l'allattamento. riducila se sei anziano.

- Non consumare bevande alcoliche se devi metterti alla guida di autoveicoli o devi far uso di apparecchiature delicate o pericolose per te o per gli altri, e quindi hai bisogno di conservare intatte attenzione, autocritica e coordinazione motoria.

- Riduci o elimina l'assunzione di bevande alcoliche se sei in sovrappeso od obeso o se presenti una familiarità per diabete, obesità, ipercolesterolemia, ipertrigliceridemia.

8. Iperensione e ipercolesterolemia

Con questo capitolo l'indagine esce dallo studio descrittivo delle abitudini dei ferraresi e si addentra nel campo dei fattori di rischio. Infatti, la pressione arteriosa elevata ed il livello elevato di colesterolo LDL nel sangue costituiscono i due più frequenti fattori di rischio per le malattie cardiovascolari, ovunque nel mondo.

L'inserimento di questi due fattori di rischio in un'indagine che esplora le abitudini dei ferraresi è motivato dalla considerazione che il loro controllo può essere ottenuto, in quasi tutte le persone interessate, con stili di vita adeguati. L'iperensione è uno dei più importanti fattori di rischio per le malattie cardiovascolari e le malattie renali ed il più importante per le malattie cerebrovascolari. La sua importanza è aumentata dalla relativamente facile possibilità di modificare l'iperensione stessa, con adeguate modifiche dello stile di vita. Infatti una sana alimentazione con poco sale e un'attività fisica adeguata aiutano a mantenere ottimale il livello della pressione arteriosa.

Anche per il livello di colesterolo è stato rilevato uno stretto legame con gli stili di vita (alimentazione e attività fisica, in primis): chi conduce stili di vita sani ha una colesterolemia nei limiti, salvo casi con profili genetici particolari. I livelli di colesterolemia devono sempre essere valutati tenendo conto del livello di colesterolo HDL: solo una colesterolemia elevata per aumento del colesterolo LDL è un fattore di rischio causale per cardiopatia ischemica; invece la colesterolemia HDL è un fattore protettivo. È stato dimostrato che un moderato esercizio fisico aumenta il livello del colesterolo HDL.

Iperensione arteriosa

Il 25,2% degli intervistati ha riferito una diagnosi di iperensione da parte di un medico.

Il 21,2% (pari all'84% di chi ha ricevuto una diagnosi di iperensione) segue una terapia.

Una ricerca²² condotta in 5 paesi europei, tra i quali l'Italia, ha evidenziato che il 20% del campione assumeva farmaci anti-iperensivi.

- **Iperensione e fumo**

In almeno il 55% degli ipertesi si rileva l'azione del fumo: infatti il 17,5% di chi dichiara una diagnosi di iperensione è fumatore, mentre il 37% è ex fumatore.

Ipercolesterolemia

Il 21,5% delle persone intervistate ha riferito una diagnosi di ipercolesterolemia da parte di un medico.

Il 7,4% (pari al 34,3% delle persone che presentano tale condizione) segue una terapia. Una ricerca¹⁸ condotta in 5 paesi europei, tra i quali l'Italia, ha evidenziato che il 9% del campione seguiva una terapia medica per la diminuzione della colesterolemia.

Apparentemente pochi ferraresi assumono farmaci ipolipemizzanti. Con questa indagine si dispone di un'informazione generica, insufficiente per stabilire l'appropriatezza di un trattamento per la diminuzione del colesterolo: mancano, ad esempio, le informazioni sul livello di colesterolo HDL e sulla familiarità. La valutazione del livello di rischio assoluto individuale (con quale probabilità la persona potrà ammalare nei prossimi dieci anni in ragione della presenza di fattori di rischio) e dell'efficacia delle misure che rientrano in modifiche delle abitudini di vita costituiscono i cardini per la decisione di intraprendere la terapia farmacologica.

²² Erhardt & Hobbs Int J Clin Pract 2002; 56:632

Alimentazione, ipertensione e ipercolesterolemia

Tabella 8.1 - Chi è iperteso oppure ipercolesterolemico segue una alimentazione particolare?

	Ipertensione	Ipercolesterolemia
Nessuna dieta	81,1	80,1
Dieta ipocalorica	5	5,3
Dieta ipolipidica	3,2	6,1
Dieta iposodica	5,2	4,5
Altri tipi di dieta	5,5	4

Solo il 6% delle persone con colesterolo alto riferisce di seguire un regime dietetico ipolipidico; questo fa propendere per un deficit di conoscenze sull'argomento a favore di un potenziale eccesso di trattamento farmacologico, in persone che non siano già malate.

Lo stesso discorso vale per l'ipertensione: solo il 5% degli ipertesi riferisce di seguire una dieta iposodica. Anche questa osservazione sostiene l'ipotesi di un potenziale eccesso di trattamento farmacologico e di un deficit di conoscenze sull'argomento, ovviamente tranne che per i casi di persone con malattie già conclamate.

Attività fisica, ipertensione e ipercolesterolemia

Tabella 8.2 – Ipertensione, ipercolesterolemia e attività fisica leggera

		Ipertensione arteriosa diagnosticata	Ipercolesterolemia diagnosticata
Abitudini sedentarie	Sì	55,9	59
	No	44,1	41

Tabella 8.3 – Ipertensione, ipercolesterolemia e indice di massa corporea

Fattore di rischio	I.M.C.>25	
Ipertensione arteriosa diagnosticata	No	24,6
	Sì	27,2
Ipercolesterolemia diagnosticata	No	25
	si	26,3

Quanto risulta dalla presente indagine offre una conferma di come l'attività fisica e la condizione di sovrappeso o obesità siano associate alla comparsa di ipertensione arteriosa e di ipercolesterolemia. Ovviamente, in questa sede si offre una lettura puramente descrittiva delle risposte raccolte e non un'analisi statistica fine.

Il quadro osservato nelle tabelle 8.2 e 8.3 è sufficiente a evidenziare l'importanza di interventi su questi due fattori (attività fisica e alimentazione) per modificare, almeno in parte, anche la prevalenza di ipertensione e ipercolesterolemia.

Alcool, ipertensione e ipercolesterolemia

Tabella 8.4 – Ipertensione, ipercolesterolemia e consumo quotidiano di alcool

		Di questi, consumano quotidianamente alcool * (percentuali di riga)
Ipertensione arteriosa diagnosticata	No	38,3
	Si	45,2
Ipercolesterolemia diagnosticata	No	38,3
	si	46,3

* per 100 persone nella medesima condizione (percentuale di riga)

Anche il consumo di alcool appare collegato alla comparsa di ipertensione e ipercolesterolemia. Tra chi è iperteso, ad esempio, vi è una percentuale maggiore di consumo di alcool (45,2%) rispetto a chi non è iperteso.

Ipertensione, ipercolesterolemia e qualità della vita

Tabella 8.5 - Percentuali di persone che hanno riferito una buona salute (buona, molto buona, eccellente) e corrispondente numero medio di giorni in cattiva salute e di giorni con limitazione dell'attività

	% che riferisce salute da buona a eccellente	Media di giorni in cattiva salute	Media di giorni di inattività
Diagnosi ipertensione			
Si	50,2	10,7	3,2
No	80,1	6,6	1,4
Diagnosi colesterolemia			
Si	56,4	11,6	2,6
No	77,0	6,5	1,7

Gli indicatori sulla qualità della vita correlata alla salute mostrano una relazione tra la presenza di queste due condizioni, che di per sé sono solo fattori di rischio, e la qualità della vita. Il fatto che gli indici siano peggiori nelle persone che hanno riferito la presenza dei due fattori di rischio conferma indirettamente l'attendibilità delle risposte fornite²³.

Questo risultato induce anche a ritenere che una parte consistente delle persone con diagnosi positiva del fattore di rischio non si trovino più nella condizione asintomatica, tipica dei fattori di rischio, bensì abbiano già iniziato a manifestare sintomi di malattie cardiovascolari.

Suggerimenti

La prevenzione dell'ipertensione e della colesterolemia inizia subito dopo la nascita: è dimostrato che l'assunzione di latte artificiale anziché del latte materno nell'infanzia aumenta i valori di pressione arteriosa e il rischio di sviluppare obesità²⁴.

Una ricerca²⁵ condotta in 5 paesi europei, tra i quali l'Italia, ha evidenziato una scarsa percezione nella popolazione del problema rappresentato dall'ipertensione e dall'ipercolesterolemia. Una maggiore consapevolezza dei fattori di rischio per le malattie cardiovascolari è il primo obiettivo da conseguire.

Una sana alimentazione e una attività fisica adeguata aiutano a mantenere ottimale il livello della colesterolemia e della pressione arteriosa. Occorre fare attenzione alla pressione arteriosa,

²³ Natarajan et al. Am J Prevent Med 2002; 23:13

²⁴ Singhal e al. The Lancet 2001;357:413

²⁵ Erhardt & Hobbs Int J Clin Pract 2002; 56:632

sia la sistolica (massima) sia la diastolica (minima). Nelle persone adulte, il valore desiderabile di pressione sistolica è inferiore a 140 mmHg, mentre quello della diastolica non deve superare i 90 mmHg. Un uso smodato di sale da cucina provoca l'ipertensione arteriosa. È consigliabile ridurre progressivamente l'uso di sale sia a tavola che in cucina.

Occorre tenere sotto controllo il valore del colesterolo. Il valore desiderabile della colesterolemia totale è inferiore a 200 mg/dl. Per questo è importante ridurre il consumo di insaccati e formaggi e limitare il consumo di carni rosse.

9. Prevalenza dell'esposizione a fattori di rischio per malattie cardiovascolari nei ferraresi

In questo capitolo è presentata una lettura integrata dell'insieme dei dati sulle abitudini di vita descritte fin qui, con l'intento di trasformarli in informazioni sulla situazione complessiva dei ferraresi in ordine alla presenza di fattori di rischio nelle loro abitudini di vita.

La situazione globale, descritta in dettaglio nei capitoli precedenti, è riassunta nella tabella 9.1. La categorizzazione qui utilizzata per quanto riguarda l'abitudine all'alcool e l'attività fisica è diversa rispetto alla descrizione precedente, in quanto elaborata per stimare i rischi per la salute in maniera omogenea con indicazioni di letteratura²⁶.

Tabella 9.1 - Prevalenze di esposizione a singoli fattori di rischio, nella popolazione in età 18-79 anni

		%	Frequenza stimata nella popolazione
Abitudine al fumo	Fumatori ed ex-fumatori	54,1	154049
	non fumatori	45,9	130700
Abitudini alimentari	Obesi/sovrappeso	48,6	138387
	Normopeso	51,4	146360
Attività fisica	Inattivi (< 5 volte)	86,8	247160
	Attivi	13,2	37586
Abitudine all'alcool	Bevitori ad alto rischio*	13,1	37301
	Bevitori a minor rischio	86,9	247445

*maschi > 14 Unità Alcoliche/settimana; femmine > 7 Unità Alcoliche/settimana

Il fattore di rischio maggiormente diffuso a Ferrara è la sedentarietà (86,8%), seguito dal sovrappeso (48,6%), dall'abitudine al fumo (48,4%) e dall'abitudine all'alcool (13,1). In base ai risultati dell'indagine, si può stimare che siano presenti nella popolazione complessiva dell'Azienda USL di Ferrara circa 247.000 persone sedentarie, circa 138.000 persone in sovrappeso, circa 137.000 persone esposte al fumo attivo attualmente oppure in passato, circa 37.000 persone con consumo eccessivo di alcool.

La suddivisione in categorie utilizzata per suddividere le abitudini di vita secondo il rischio per la salute che ne potrebbe derivare, impedisce un valido confronto con i risultati dell'indagine "Dioniso" di Cesena. Pertanto, la tabella successiva riporta i valori osservati nelle due indagini per i quattro comportamenti esaminati, ma eventuali differenze devono essere valutate con tutte le cautele del caso.

Tabella 9.2 – Confronto delle prevalenze di alcuni fattori di rischio nelle due indagini ("In linea con la salute" e "Dioniso")

		% ASL Ferrara	% ASL Cesena
Abitudine al fumo	Fumatori ed ex-fumatori	54,1	26% (mancano ex fumatori)
	Non fumatori	45,9	-
Abitudini alimentari	Obesi/sovrappeso	48,6	42%
	Normopeso	51,4	58%
Attività fisica	Inattivi (< 5 volte)	86,8	16%
	Attivi	13,2	(84% dichiara attività fisica, ma buona parte in quantità insufficiente)
Abitudine all'alcool	Bevitori ad alto rischio	13,1	6% (più di mezzo litro al giorno)
	Bevitori a minor rischio	86,9	94%

²⁶ Fine et al., 2004

Quanti ferraresi vivono con più fattori di rischio contemporaneamente?

La presenza simultanea in una stessa persona di più fattori di rischio aumenta considerevolmente il rischio al quale la persona è esposta. La tabella 9.3 riporta le percentuali di persone che presentano un ugual numero dei fattori di rischio (nessuno, 1, 2, 3, 4), senza distinguere il tipo di fattore di rischio presente.

Tabella 9.3 – Numero di fattori di rischio presenti simultaneamente: frequenze stimate nella popolazione ferrarese in età 18-79 anni, e distinte per distretto sanitario

Numero di fattori di rischio	Frequenza stimata	% ASL Ferrara	% distretto Centro-Nord	% distretto Ovest	% distretto Sud-Est
0	13.528	4,75	5,6	4,2	3,8
1	97.306	34,17	34,4	31,2	35,6
2	130.068	45,67	44,3	47,1	46,9
3	40.423	14,2	14,6	15,6	12,5
4	3.423	1,2	1	1,8	1,2
Totale	284.747	100	100	100	100

Solo il 5% circa dei ferraresi risulta non avere alcun fattore di rischio fra i quattro considerati. Si può stimare che circa 97.000 persone presentino almeno 1 fattore di rischio, 130.000 almeno 2 fattori di rischio e 40.000 persone presentino tre fattori di rischio contemporaneamente. Circa 3.000 persone, infine, presentano almeno 4 fattori di rischio. La prossima tabella (9.4) chiarisce quali fattori di rischio rivestano un ruolo maggiore.

La coppia costituita da inattività fisica e sovrappeso è presente in circa 83.000 ferraresi. Al secondo posto si colloca l'inattività considerata singolarmente, con 79.000 persone circa.

Il fumo, che interessa un gran numero di persone, si distribuisce un po' in tutti i raggruppamenti e non emerge vistosamente. Si colloca comunque al terzo posto, in coppia l'inattività fisica: interessa circa 28.000 persone. Fumo, sovrappeso e inattività si ritrovano uniti al quarto posto, con circa 23.000 persone interessate da ben tre fattori di rischio contemporaneamente.

Tabella 9.4 - Raggruppamento dei fattori di rischio multipli nella popolazione ferrarese 18-79 anni, distinta per singolo fattore di rischio (X=assente Y=presente)

Numero di fattori di rischio	Inattività	Sovrappeso	Fumo	Alcool	Gruppo	Frequenza stimata	Prevalenza percentuale	Rango
4	Y	Y	Y	Y	YYYY	3.423	1,20	10°
3	Y	Y	Y	X	YYYX	22.819	8,01	4°
3	Y	Y	X	Y	YYXY	9.128	3,21	8°
3	Y	X	Y	Y	YXYY	8.313	2,92	9°
3	X	Y	Y	Y	XYYY	163	0,06	15°
2	Y	Y	X	X	YYXX	83.289	29,25	1°
2	Y	X	Y	X	YXYX	28.361	9,96	3°
2	Y	X	X	Y	YXXY	12.713	4,46	7°
2	X	Y	Y	X	XYYX	3.423	1,20	10°
2	X	X	Y	Y	XXYY	652	0,23	14°
2	X	Y	X	Y	XXYX	1.630	0,57	12°
1	Y	X	X	X	YXXX	79.046	27,76	2°
1	X	Y	X	X	XYXX	13.854	4,87	5°
1	X	X	Y	X	XXYX	3.104	1,09	11°
1	X	X	X	Y	XXXY	1.304	0,46	13°
0	X	X	X	X	XXXX	13.528	4,75	6°

Un confronto con altre realtà aiuterebbe a valutare meglio i risultati ottenuti. Ma, purtroppo, non esistono dati italiani pubblicati e confrontabili con questa indagine. I risultati dell'indagine ferrarese sono stati comunque posti a confronto con l'indagine "Dioniso" di Cesena, come illustrato nella tabella 9.5.

Tabella 9.5 – Numero di fattori di rischio presenti simultaneamente: confronto tra Ferrara e Cesena (valori percentuali)

Numero di fattori di rischio	% AUSL Ferrara	% AUSL Cesena
0	4,75%	33%
1	34,17%	67%
2	45,67%	21%
3	14,18%	4%
4	1,2%	0

Il confronto della distribuzione nella popolazione delle diverse combinazioni di fattori di rischio è del tutto indicativo in quanto risente sia delle differenze nella formulazione delle domande sia delle diverse categorizzazioni utilizzate. Si consideri, ad esempio, la diversa scala di valutazione dell'attività fisica, in base alla quale a Cesena si osserva solo il 16% di persone sedentarie.

10. Disuguaglianze sociali e abitudini di vita

In questo capitolo viene presentata una prima lettura dei dati dello studio “In linea con la salute” incentrata sulla relazione tra aspetti socio-economici e fattori di rischio cardiovascolari. Vi è un accordo più o meno unanime sul fatto che le informazioni epidemiologiche sono utili alla pianificazione di interventi di prevenzione efficaci soltanto se tengono conto del contesto dei diversi livelli socio-economici. Questa affermazione è ancora più vera nel caso delle malattie croniche associate alle abitudini di vita, per le quali l’iniziale appellativo di “malattie del benessere” è oggi del tutto inappropriato, vista l’attuale alta prevalenza di queste malattie tra gli strati poveri della popolazione dei paesi ricchi e anche tra gli abitanti dei paesi poveri.

Questa semplice osservazione dimostra come l’adozione di abitudini di vita sane non sia legata semplicemente ad una scelta individuale ma sia condizionata da aspetti socio-economici. Per “livello socioeconomico” si intende oggi un insieme di più elementi comprendente reddito, titolo di studio e disponibilità di certi beni (come ad esempio l’abitazione) ma anche aspetti psicosociali come il ruolo all’interno della comunità e la rete di relazioni sociali²⁷.

Nei paesi economicamente avanzati, le malattie cardiovascolari sono più diffuse nei livelli socioeconomici più bassi²⁸. Anche in Italia questa associazione è confermata. I risultati dell’Osservatorio epidemiologico cardiovascolare²⁹ descrivono una prevalenza più elevata di fattori di rischio cardiovascolare nelle classi sociali più povere, che desta allarme soprattutto se si considera che in passato queste classi hanno “beneficiato” di un “vantaggio” legato alle abitudini alimentari di tipo mediterraneo.

Inoltre, gli stili di vita hanno un impatto sulla salute differito nel tempo in ragione del diverso rapporto con il rischio che caratterizza i diversi gruppi sociali: le persone più istruite hanno maggior fiducia nella propria capacità di governare gli eventi della vita e sarebbero pertanto più motivati ad investire nella salute.

Tabella 10.1 - Percentuali di persone che hanno riferito una buona salute (buona, molto buona, eccellente) e corrispondente numero medio di giorni in cattiva salute e di giorni con limitazione dell’attività

Caratteristica	% che riferisce salute da buona a eccellente	Media di giorni in cattiva salute	Media di giorni di inattività
Livello istruzione			
Nessun titolo o licenza elementare	50,7	10,0	3,2
Licenza media	76,3	7,2	1,9
Diploma	84,2	6,4	1,0
Diploma universitario, laurea o sup.	88,2	5,5	0,8
Reddito familiare mensile			
Meno di 1000 Euro	44,2	11,5	5,2
1000-1500 Euro	66,5	8,4	2,0
1500-2500 Euro	80,9	6,6	1,2
Oltre 2500 Euro	85,8	5,7	0,7
Non voglio rispondere	74,5	7,2	1,7
Condizione lavorativa			
Occupato	85,6	6,1	0,9
Disoccupato	90,0	7,1	4,7
Casalinga	56,0	11,6	2,1
Studente	94,3	4,4	0,5
Pensionato	52,7	9,3	3,3
Invalido	0,0	30,0	30,0

²⁷ Marmot M. Social determinants of health inequalities The Lancet 2005 ; 365 :1099

²⁸ Finkelstein et al. J Epidemiol Community Health 2005; 59:481

²⁹ Giampaoli S et al. Ital Heart J 2001; 2(suppl 3):294

Tabella 10.2 – Distribuzione delle abitudini di vita e dei fattori di rischio nella popolazione ferrarese, per titolo di studio

	Nessun titolo o licenza elementare	Licenza media inferiore	Diploma media superiore	Laurea e equivalenti	Totale
Sedentari *	32,1	32,4	29,4	6,1	100
Fumatori	18,6	34,9	39,5	7,0	100
Fumatori ad alto rischio**	41,3	32,5	22,5	3,6	100
Non consumano mai frutta e verdura	16,3	38,8	36,3	8,8	100
Sovrappeso/obesi	39,6	29,2	24,5	6,6	100
Forti consumatori di alcool***	13,6	37	35,4	13,9	100
Iperkesi	52,5	27	16,8	3,8	100
Ipercolesterolemici	45,2	24,2	21,8	8,8	100

Legenda:

* *sedentari: chi non fa mai attività fisica leggera*

** *fumatori ad alto rischio: fumatori con pack year > 20*

*** *forti bevitori: consumo superiore a 9 unità alcoliche la settimana*

Nella tabella 10.2 è presentata la distribuzione nella popolazione di alcune abitudini, in ragione del titolo di studio. Si tratta di proporzioni grezze, che non tengono conto della diversa composizione per età dei quattro gruppi di popolazione (gli anziani rientrano in gran parte nel gruppo senza titolo di studio o con licenza elementare).

Ogni confronto ha pertanto un valore puramente indicativo. L'analisi delle abitudini di vita secondo il titolo di studio evidenzia comunque due vistose disparità:

- 1) esiste una relazione piuttosto netta tra abitudini di vita che contengono rischi e titolo di studio: al diminuire di quest'ultimo, si assiste ad un netto, progressivo aumento del numero di persone con abitudini di vita contenenti rischi;
- 2) i laureati presentano abitudini di vita a rischio con una percentuale nettamente inferiore a tutti gli altri gruppi di popolazione.

Conclusioni

È noto che le abitudini alimentari inadeguate, l'inattività fisica e il fumo sono comportamenti confermati a rischio per le malattie croniche; ipertensione, obesità, ipercolesterolemia sono fattori di rischio ampiamente confermati per le malattie cardiovascolari.

Con l'indagine "In linea con la salute", la comunità ferrarese ha ora a disposizione un quadro aggiornato, e scientificamente attendibile, sulla prevalenza locale di questi fattori di rischio. L'indagine ha misurato l'elevata frequenza di numerosi fattori di rischio prevenibili associati alle malattie cardiovascolari. Il giudizio è confermato dal confronto con due recenti indagini: lo studio "Dioniso" effettuato nell'Azienda USL di Cesena e l'indagine multiscopo dell'ISTAT. Queste conoscenze saranno utili per meglio individuare e mirare interventi preventivi e migliorativi dello stato di salute e per verificare se gli interventi preventivi, una volta che siano stati attuati, abbiano avuto un impatto efficace.

Lo studio mostra l'esistenza di ampie possibilità di intervento verso fattori di rischio presenti nelle nostre abitudini di vita; tuttavia è importante ricordare che i comportamenti sono il prodotto di più elementi, individuali e sociali. In primo luogo va evitata la trappola di utilizzare le osservazioni sulle abitudini di vita come una colpevolizzazione delle persone.

Un elemento che si percepisce osservando i vari risultati dell'indagine è l'impressione che manchi tra la popolazione una sufficiente conoscenza dei fattori di rischio, della loro importanza nell'origine delle malattie cardiovascolari e, soprattutto, della possibilità di fronteggiarli con cambiamenti delle proprie abitudini. Per non fare che un esempio, i ferraresi seguono soltanto in minima percentuale le indicazioni nutrizionali nazionali, oggetto di campagne informative assai diffuse a livello nazionale. Una corretta informazione sui problemi di salute, sulle malattie e sui comportamenti più adatti a promuovere lo stato di salute, oltre che un diritto delle persone, costituisce la base di un aumento duraturo del benessere psico-fisico della comunità.

Dallo studio ferrarese emergono anche elementi a sostegno dell'ipotesi che esistano differenze nella capacità delle persone di tutelare la propria salute. Secondo Marmot lo stile di vita incide per meno del 30% sulla nostra salute; a fare davvero la differenza è la possibilità di esercitare un controllo sulla propria attività. Coloro che hanno maggiori possibilità culturali sanno meglio come controllare i rischi. Gli altri tendono maggiormente a "subire" la situazione.

La nostra salute è legata anche a fattori psicosociali e gli effetti del gradiente sociale non sono confinati ai poveri: le relazioni sociali contano quanto il denaro. A rischio sono dunque le persone sole, con un reddito modesto, per le quali il lavoro era l'unica opportunità per avere relazioni sociali. Negli interventi di prevenzione primaria sarà importante concentrare l'attenzione sulle classi sociali più povere in senso economico ma anche psico-sociale; per esempio, aiutare gli anziani a trovare un loro ruolo.

In definitiva, la promozione di comportamenti salutari finalizzata ad un migliore stato di salute complessivo della popolazione, oltre che alla riduzione dell'impatto globale delle malattie cardiovascolari, richiede un approccio multisettoriale che coinvolga tutti i settori della società.

Ogni considerazione sulla promozione di una corretta alimentazione vede, ad esempio, un ruolo preminente per l'agricoltura ed il settore alimentare; ma in tutto ciò non si possono trascurare gli aspetti psicologici: per non fare che un esempio, i messaggi sulla limitazione della massa corporea possono innescare il timore di ingrassare e pertanto causare una scarsa nutrizione nelle ragazze adolescenti.

Per garantire successo ed efficacia alle azioni di prevenzione sarà dunque indispensabile un approccio ai problemi basato sulla complessità. Solo in questo modo è possibile modificare l'ambiente nel quale si sono evoluti e si mantengono i comportamenti attuali, oggetto del cambiamento ricercato. Un esempio assai chiaro, a tal proposito, viene dalla Finlandia³⁰. Nella regione della Carelia del Nord i tassi di mortalità per malattie coronariche, standardizzati per età, sono diminuiti in modo rilevante fra il 1970 ed il 1995. L'analisi dei tre principali fattori di rischio

³⁰ Puska et al. Bulletin of WHO 1998 ; 76 :419

(fumo, ipertensione, ipercolesterolemia) indica che i cambiamenti della dieta – producendo un abbassamento del colesterolo e della pressione arteriosa – sono stati i principali responsabili di questa diminuzione importante delle malattie cardiovascolari. E' stato dimostrato che il contributo dei farmaci e dei trattamenti chirurgici è stato, per contro, veramente scarso. Piuttosto, la diminuzione era stata raggiunta in gran parte attraverso azioni comunitarie e grazie alla pressione esercitata dai consumatori sul mercato alimentare.

Lo studio "in linea con la salute" ha misurato la presenza a Ferrara di ampi margini per il miglioramento dello stato di salute della popolazione. Per mantenere una corretta prospettiva, bisogna anche ricordare che, se confrontata con il passato, la nostra salute non è mai stata migliore di quanto lo sia oggi.

Eppure, dalla qualità della vita legata alla salute fino alle frequenze elevate di certi fattori di rischio presenti nella popolazione in forma combinata, gli interventi di promozione di abitudini di vita più adeguate ad una vita sana trovano ampio spazio d'azione. Azione che dovrà indirizzarsi in primo luogo alla parte della popolazione a maggior rischio di discriminazione a causa della propria posizione sociale, e che dovrà attuarsi con un'azione il più possibile integrata tra i diversi settori della società.

Appendici

Parte prima. Note sui metodi seguiti per l'indagine

Disegno dello studio

Si tratta di un'indagine trasversale di prevalenza puntuale, condotta mediante intervista telefonica assistita al computer (CATI), su un campione rappresentativo della popolazione ferrarese.

Popolazione in studio

Lo studio è stato condotto sull'intero territorio della Azienda Sanitaria di Ferrara, secondo l'attuale suddivisione in 3 distretti sanitari:

- distretto Centro-Nord (Comuni di Ferrara, Vigarano Mainarda, Copparo, Masi Torello, Formignana, Tresigallo, Voghiera, Jolanda di Savoia, Berra, Ro),
- distretto Sud-Est (Comuni di Argenta, Portomaggiore, Ostellato, Comacchio, Codigoro, Mesola, Goro, Lagosanto, Migliarino, Migliaro, Massafiscaglia),
- distretto Ovest (Comuni di Cento, Bondeno, Mirabello, S.Agostino, Poggio Renatico).

La popolazione in studio comprende pertanto tutti gli iscritti all'anagrafe dell'Azienda USL di Ferrara al 31/12/2004 (corrisponde alla popolazione residente, pur con una certa approssimazione), di età compresa tra 18 e 79 anni al 31/12/2004.

Criteri di esclusione:

- residenza in casa di riposo, residenze assistite, etc.
- ricovero ospedaliero durante il periodo dell'indagine
- domicilio durante il periodo dell'indagine in comune non appartenente all'Azienda USL di Ferrara

Periodo in studio

L'indagine è stata condotta nei mesi di aprile e maggio 2005.

Il campione

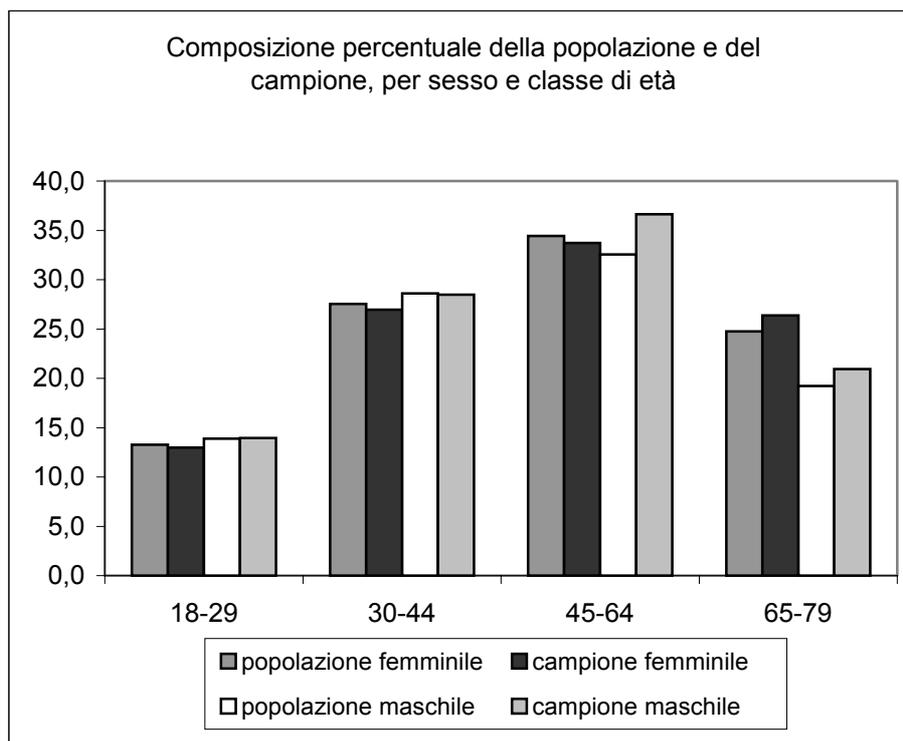
Per calcolare la numerosità del campione, si è stabilito di considerare accettabile un margine massimo di errore delle stime del +/- 2%, con α pari a 0,05 per un test a due code.

Come è prassi consolidata in questo tipo di studi, per effettuare tale tipo di calcoli, è stato preso come riferimento il dato relativo alla prevalenza dei fumatori, e segnatamente quella rilevata nel Comune di Ferrara nel 2003 (popolazione di età > 14 anni), pari al 25%.

Il campione è stato dapprima stratificato per sesso, per le classi di età prescelte (18-29 anni; 30-44 anni; 45-64 anni; 65-79 anni) e per i tre distretti sanitari (la stratificazione è stata effettuata col criterio dell'allocatione proporzionale), e quindi scelto con estrazione casuale dall'anagrafe sanitaria.

Descrizione della popolazione in studio e stratificazione del campione:

		Centro-Nord	Sud-Est	Ovest	Totale
Popolazione anagrafe sanitaria Azienda USL Ferrara (età 18-79 anni al 31/12/04)	Maschi	64.135	40.412	24.136	128.683
	Femmine	69.848	41.368	27.060	138.276
Campione	Maschi	423	264	157	844
	Femmine	458	269	176	903



Modalità di effettuazione dell'indagine e gestione dei rimpiazzati

Le informazioni sono state ottenute tramite intervista telefonica con somministrazione, previo assenso dell'intervistato, di un questionario. La telefonata è stata preceduta da una comunicazione scritta ufficiale dell'Azienda USL di Ferrara.

Ad ogni intervistatore è stato fornito l'elenco delle persone da intervistare e l'elenco delle riserve.

Per ogni distretto sono state preparate liste di rimpiazzo con i nomi di riserva; la persona che rifiutava l'intervista è stata sostituita dal primo di uguale sesso e della stessa classe di età disponibile nella lista delle riserve già suddivisa per area territoriale.

Qualora la persona rifiutasse l'intervista veniva sostituita dalla prima persona nella lista di rimpiazzo relativa al distretto di appartenenza della persona da sostituire.

Complessivamente, i rifiuti sono stati pari al 19,7% del campione: una quota piuttosto bassa rispetto allo standard delle indagini effettuate con interviste telefoniche.

Elaborazione dei risultati

Per l'elaborazione dei risultati è stato utilizzato il pacchetto statistico SPSS, versione 12.0.

Elenco delle variabili utilizzate nello studio e loro definizioni operative

Età: espressa in anni compiuti, è suddivisa in quattro classi d'età: 18-29; 30-44; 45-64; 65-79.

Titolo di studio: è stato considerato quello più elevato conseguito

I titoli di studio vengono aggregati in quattro categorie:

- 1. laurea. comprende: dottorato di ricerca o specializzazione post-laurea, laurea, diploma universitario,
- 2. diploma di scuola media superiore (4-5 anni);
- 3. diploma di scuola media inferiore
- 4. licenza elementare, comprende: licenza elementare, nessun titolo e sa leggere e scrivere, nessun titolo e non sa leggere e/o scrivere;

Stato civile: il criterio di riferimento scelto è lo status relativo all'istituto giuridico del matrimonio

Condizione lavorativa: è quella dichiarata come unica o prevalente

Salute percepita e qualità della vita legata alla salute

Per conoscere la salute percepita è stata utilizzata una domanda (tratta dal questionario SF-12^{31,32}), che offre possibilità di scelta tra cinque modalità: scadente, passabile, buona, molto buona, eccellente.

Per studiare la qualità della vita legata allo stato di salute è stato applicato il metodo dei "giorni in cattiva salute"³³.

Si tratta di un metodo diretto, in cui la stima viene effettuata chiedendo agli intervistati qual è stato il numero di giorni trascorsi in cattiva salute in un arco di tempo definito (per esempio il mese precedente l'intervista). Il metodo è articolato su 4 domande relative a:

- stato di salute percepito;
- numero di giorni nell'ultimo mese avvertiti con problemi fisici;
- numero di giorni nell'ultimo mese avvertiti con problemi mentali o psicologici;
- numero di giorni nell'ultimo mese avvertiti con limitazioni nelle proprie attività.

In questa indagine sono state utilizzate le domande n.2,3,4 relative al numero di giorni trascorsi nell'ultimo mese rispettivamente con problemi fisici o con difficoltà di natura psicologica o con limitazioni funzionali.

Giorni in cattiva salute per problemi fisici,

Giorni in cattiva salute per problemi mentali,

Giorni con limitazioni:

si considera la media dei giorni al mese ottenuta in ciascuna delle 3 variabili.

Summary Index (unhealthy days):

Si ottiene sommando i giorni in cattiva salute percepiti per problemi fisici e i giorni in cattiva salute percepiti per problemi mentali (con un massimo di 30).

Classificazione del livello di attività fisica³⁴

Le domande sull'attività fisica sono state formulate utilizzando il questionario IPAQ³⁵ che misura frequenza, durata e intensità dell'attività fisica svolta da una persona negli ultimi 7 giorni.

Per descrivere le frequenze di attività fisica sono stati distinti tre livelli di attività fisica, corrispondenti ad un progressivamente crescente dispendio energetico:

- leggera (esempio: camminare per un chilometro in 10')
- moderatamente più intensa ("fino al punto di sudare un po'")
- vigorosa ("che costringe a respirare in maniera molto più profonda e veloce del normale")

Non si può escludere che esista una sovrapposizione tra le risposte alle diverse domande in quanto il questionario non è strutturato per valutare le combinazioni dei diversi livelli di attività, che possono occorrere in giorni diversi, per esempio.

³¹ E' stata scelta la domanda sulla salute in generale del questionario SF-12 per due motivi: SF-12 è stato utilizzato anche nell'ultima indagine multiscopo ISTAT 1999-2000, perciò sono possibili confronti (con le dovute cautele interpretative) con i risultati nazionali e regionali; si tratta di un questionario sullo stato di salute con una traduzione validata (progetto IQOLA "International quality of life assessment" per l'adattamento culturale del questionario SF-36 e SF-12 al maggior numero possibile di paesi) e i termini utilizzati nel campo delle indagini sulla salute percepita hanno un ruolo delicatissimo.

³² SF-12 = sigla che identifica un questionario sullo stato di salute, validato a livello internazionale Apolone G. e al. Questionario sullo stato di salute SF-12 Guerini ed associati, 2001

³³ Center for disease control and prevention. Measuring Healthy Days. Atlanta, GA 2000

³⁴ le categorie sono riprese da: Special Eurobarometer 183-6 Physical activity december 2003

³⁵ IPAQ = International physical activity questionnaire - Short last days telephone format

Il numero di giorni durante i quali è stata praticata l'attività durante la settimana ha costituito il criterio per distinguere la regolarità dell'attività. L'esercizio fisico porta benefici per la salute quando è regolare. Nella categoria "esercizio fisico irregolare" sono state comprese le attività praticate per meno di 4 giorni la settimana, seguendo il criterio descrittivo utilizzato recentemente da Eurobarometer³⁶. Questa scelta consente confronti con i risultati del sondaggio europeo.

Nessuna attività = chi ha risposto di non avere effettuato mai attività fisica minima nell'ultima settimana (risposta alla domanda 2.1)

scarsa attività leggera = chi ha risposto di effettuare attività fisica minima (domanda 2.1) per meno di 4 giorni nell'ultima settimana

Sedentario = chi non fa mai nessuna attività + chi fa scarsa attività leggera

Sufficiente attività leggera = chi ha risposto di effettuare attività fisica minima (domanda 2.1) almeno 4 giorni nell'ultima settimana

Attività fisica moderata = chi ha risposto di effettuare attività fisica alla domanda 2.2

Attività fisica vigorosa = chi ha risposto di effettuare attività fisica alla domanda 2.3

- **Tempo settimanale di attività motoria:**

Viene suddiviso in 2 livelli:

- Eccellente = più di 1 ora per settimana
- Buono = fino a 1 ora settimanale

Abitudine al fumo di tabacco

La ricerca sull'abitudine al fumo ha utilizzato la parte riguardante l'abitudine al fumo del questionario per l'indagine dell'Unione Europea sui disturbi respiratori³⁷, già utilizzato a Ferrara per l'indagine I.S.A.Y.A³⁸ nel 2000 e ritenuto metodologicamente completo.

- **"Fumatore abituale"**: persona che fuma almeno una sigaretta al giorno tutti i giorni (definizione OMS)
- **"Forte fumatore"**: persona che fuma 20 o più sigarette al giorno;
- **"Fumatore medio"**: persona che fuma da 10 a 19 sigarette al giorno
- **"Fumatore moderato"**: persona che fuma da 1 a 9 sigarette al giorno
- **Ex fumatore**: chi ha sospeso l'abitudine al fumo da almeno 6 mesi

Abitudini alimentari:

Le abitudini alimentari analizzate sono state:

- abitudine a fare colazione al mattino;
- consumo (scarso:mai o eccessivo:tutti i giorni) di pesce, salumi, carne, formaggi;
- numero di porzioni di frutta e verdura consumate quotidianamente.

Per ognuno dei tre aspetti sono state individuate alcune abitudini alimentari scorrette.

Come criteri per l'individuazione delle soglie che contrassegnano un'alimentazione equilibrata si è fatto riferimento alle "Linee guida nazionali per una sana alimentazione³⁹".

Per il pesce è stata considerata poco sana la totale eliminazione di questo alimento dalla dieta.

Per i salumi è stato considerato consumo troppo frequente mangiarli tutti i giorni;

per la carne (sia rossa che bianca) è stato considerato il comportamento opposto, cioè non mangiare mai carne.

Per i formaggi il consumo è stato classificato come scarso quando è

inferiore a una volta alla settimana e come eccessivo nel caso di consumo quotidiano.

Per il consumo di verdura è stata ignorata la distinzione tra verdure in foglia e ortaggi.

³⁶ sondaggio speciale dell'Eurobarometro EB58.2 "Physical activity" dicembre 2003

³⁷ ECHRS (European community respiratory health survey)

³⁸ I.S.A.Y.A. (Italian study on asthma in young adults): studio sull'asma dei giovani adulti

³⁹ Istituto Nazionale Nutrizione

Frutta e verdura sono state unite in unico indice, distinguendo il consumo in base al numero di porzioni consumate giornalmente. La soglia di consumo considerata sufficiente è pari a cinque porzioni al giorno.

Obesità

Una delle misure più usate per valutare la presenza di obesità è costituita dall'indice di massa corporea.

L'IMC (indice di massa corporea) o, in inglese, BMI (Body Mass Index):

è un indice dato dal rapporto tra il peso corporeo di un individuo, espresso in chilogrammi, ed il quadrato della sua statura, espressa in metri.

Per valutare la massa corporea degli intervistati, sono state utilizzate le misure antropometriche riferite dagli intervistati e si è fatto riferimento alla classificazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Secondo l'OMS, il valore soglia dell'indice di massa corporea (IMC) è il seguente:

- una persona è obesa se il suo indice di massa corporea è uguale o superiore a 30;
- una persona si definisce in sovrappeso se il valore IMC è compreso tra 25 e 30,
- una persona è sottopeso per valori dell'indice che non raggiungono 18,5
- e normopeso per i valori intermedi tra 18,5 e 25.

Secondo i criteri stabiliti dall'Organizzazione mondiale della sanità il valore soglia del BMI per stabilire se un individuo possa considerarsi "obeso" è pari a 30 e l'obesità è distinta in tre livelli:

- di primo grado o lieve (BMI fino a 34,9);
- di secondo grado o moderata (BMI da 35 a 39,9);
- di terzo grado o grave (BMI con un valore di 40 e più).

Bevande alcoliche

Le domande sul consumo di bevande alcoliche contenute nel questionario "In linea con la salute" hanno carattere di rilievo dei caratteri più macroscopici del fenomeno, non entrano nel merito dei modelli di consumo e sono prive di modalità di controllo della qualità delle risposte fornite.

Le domande sul consumo di bevande alcoliche hanno indagato il tipo di bevande consumate e la frequenza di consumo, riferita a unità di volume standard, facilmente riconoscibili dall'interlocutore telefonico.

Le risposte di ciascun intervistato sono state accorpate ed è stata calcolata la corrispondente assunzione media di alcool espressa come unità alcoliche.

I consumi di alcool sono stati distinti in tre livelli:

moderato: da 1 a 4 unità alcoliche

intermedio: da 5 a 8 unità alcoliche

forte: 9 e più unità alcoliche

Ipertensione arteriosa

Normalmente l'ipertensione non dà sintomi e dunque è possibile sapere se si è ipertesi solo con la misurazione della pressione arteriosa. La proporzione di persone con ipertensione arteriosa nella popolazione ferrarese è stata indagata con due domande (studiate appositamente per un'indagine telefonica e tratte dal progetto della comunità europea per il monitoraggio dei fattori di rischio - EHRM⁴⁰):

Domanda 1 – *nell'ultimo anno, il suo medico le ha detto che lei è iperteso, cioè che ha la pressione del sangue alta?*

Domanda 2 – *lei sta seguendo una cura (prende farmaci) per la pressione alta?*

Dall'esame delle risposte si evince che gli intervistatori hanno unanimemente recepito la prima domanda come filtro per la seconda.

⁴⁰ EHRM = European health risk monitoring (<http://www.ktl.fi/publications/ehrm>)

Questa osservazione consente di interpretare le risposte ricevute come misura della prevalenza di ipertensione nella popolazione.

Ipercolesterolemia

Le domande dell'indagine su ipertensione e ipercolesterolemia sono appositamente studiate per un'indagine telefonica e sono tratte dal progetto della comunità europea per il monitoraggio dei fattori di rischio (EHRM).

La proporzione di persone con ipercolesterolemia nella popolazione ferrarese è stata indagata con due domande:

Domanda 1 – *nell'ultimo anno, il suo medico le ha detto che lei ha il colesterolo nel sangue troppo alto?*

Domanda 2 – *lei sta seguendo una cura (prende farmaci) per il colesterolo alto?*

Essendo lo schema seguito il medesimo, vale anche per queste domande quanto detto sopra a proposito delle due domande sull'ipertensione arteriosa.

Parte seconda. Tabelle aggiuntive

1. Percentuale di persone che riferiscono una salute percepita da buona ad eccellente, numero medio di giorni in cattiva salute e numero medio di giorni con limitazioni dell'attività, per caratteristiche demografiche e per abitudini di vita

Caratteristica	% che riferisce salute da buona a eccellente	Media di giorni in cattiva salute	Media di giorni di inattività
Totale	72,5	7,6	1,9
Distretto			
Centro-Nord	72,7	7,8	2,0
Ovest	74,5	7,1	1,6
Sud-Est	70,9	7,6	1,9
Sesso			
Maschi	78,8	5,1	1,4
Femmine	66,6	10,0	2,3
Età			
18-29	94,0	5,4	1,1
30-44	88,4	5,2	1,0
45-64	69,7	8,7	1,5
65-79	45,8	10,2	3,9
Livello istruzione			
Nessun titolo o lic.elem.	50,7	10,0	3,2
Licenza media	76,3	7,2	1,9
Diploma	84,2	6,4	1,0
D.U., laurea o sup.	88,2	5,5	0,8
Reddito familiare mensile			
Meno di 1000 Euro	44,2	11,5	5,2
1000-1500 Euro	66,5	8,4	2,0
1500-2500 Euro	80,9	6,6	1,2
Oltre 2500 Euro	85,8	5,7	0,7
Non voglio rispondere	74,5	7,2	1,7
Condizione lavorativa			
Occupato	85,6	6,1	0,9
Disoccupato	90,0	7,1	4,7
Casalinga	56,0	11,6	2,1
Studente	94,3	4,4	0,5
Pensionato	52,7	9,3	3,3
Invalido	0,0	30,0	30,0
Stato civile			
Coniugato-convivente	69,3	7,8	1,9
Separato-divorziato	78,8	8,3	1,3
Vedovo	45,8	12,8	3,7
Celibe-nubile	88,3	5,5	1,4

Caratteristica	% che riferisce salute da buona a eccellente	Media di giorni in cattiva salute	Media di giorni di inattività
Convivenza			
Con marito-moglie-partner	69,8	7,7	1,9
Con i figli	55,1	12,1	3,7
Con i genitori	91,6	5,1	1,1
Con fratelli-sorelle	53,8	5,7	0,2
Altro convivente	70,0	4,1	0,7
Da solo	63,0	10,5	2,9
Come si descriverebbe?			
Ottimista	79,2	6	1,4
pessimista	58,3	12	3,2
Non saprei	55	9,7	2,9
Diagnosi ipertensione			
Sì	50,2	10,7	3,2
No	80,1	6,6	1,4
Diagnosi colesterolemia			
Sì	56,4	11,6	2,6
No	77,0	6,5	1,7
Condizioni di peso			
Sottopeso	84,3	7,5	1,5
Normopeso	80,0	6,9	1,3
Sovrappeso	67,7	8,1	2,4
Obeso	55,5	8,6	2,5
Status rispetto al fumo			
Non ha mai fumato	72,2	8,0	2,3
Ex-fumatore	68,4	7,3	1,8
Fumatore	78,0	7,4	1,2
Meno di 1 pacchetto	74,0	7,4	1,7
1 pacchetto o più	70,5	7,1	1,2
Bevande alcoliche			
Bevitori forti	88,0	6,0	1,1
Bevitori intermedi	82,3	6,6	0,8
Bevitori moderati	72,0	7,2	1,7
Non bevitori	63,1	9,7	3,2
Attività fisica			
Attivo	73,5	6,9	1
Inattivo	71,9	8,1	2,5
Stato di salute percepito			
Eccellente	100,0	2,5	0,3
Molto buona	100,0	3,4	0,5
Buona	100,0	5,5	0,7
Passabile	0,0	13,0	2,7
Scadente	0,0	19,3	10,2

2. Salute percepita

Distribuzione percentuale della popolazione secondo il numero di giorni nell'ultimo mese con problemi fisici, per sesso

	femmine	Maschi	Totale
Sempre bene	41,7	61,3	51,2
1-7 giorni	32,3	25,8	29,2
8-14 giorni	5,6	2	3,9
15-21 giorni	9,1	4,9	7
22-29 giorni	1,2	0,2	0,7
Sempre male	9,1	5,6	7,4

Distribuzione percentuale della popolazione secondo il numero di giorni nell'ultimo mese con problemi fisici, per età

	18-29	30-44	45-64	65-79	Totale
Sempre bene	45,5	54,1	51,4	52	51,2
1-7 giorni	43,4	36	25	20	29,2
8-29 giorni	8,9	8,3	15,4	11,9	11,6
Sempre male	2,1	1,7	8,2	16,1	7,4

Distribuzione percentuale della popolazione secondo il numero di giorni nell'ultimo mese con problemi psicologici, per sesso

	femmine	maschi	Totale
Sempre bene	59,4	79,7	69,2
1-7 giorni	19,4	12,1	15,9
8-14 giorni	4,2	2	3,1
15-21 giorni	6,9	2,5	4,8
22-29 giorni	0,4	0,4	0,4
Sempre male	8,2	3,1	5,7

Distribuzione percentuale della popolazione secondo il numero di giorni nell'ultimo mese con problemi psicologici, per età

	18-29	30-44	45-64	65-79	totale
Sempre bene	64,7	74	67,6	71,3	69,2
1-7 giorni	26	16,7	15,5	10,3	15,9
8-29giorni	7,7	6,7	10,4	7,8	8,3
Sempre male	1,7	2,7	6,6	10,5	5,7

Distribuzione percentuale della popolazione secondo il numero di giorni in cattiva salute, per sesso

	Femmine	maschi	totale
Sempre bene	28,3	51,1	39,3
1-7 giorni	31,2	29,7	30,5
8-14 giorni	9,6	4,4	7,1
15-21 giorni	9,1	5,8	7,5
22-29 giorni	4,2	0,9	2,6
Sempre male	17,5	8,1	12,9

Distribuzione percentuale della popolazione secondo il numero di giorni in cattiva salute, per età

	18-29	30-44	45-64	65-79	totale
Sempre bene	30,6	43,6	38,6	40,3	39,3
1-7 giorni	47,2	35,7	27,2	19,8	30,5
8-29giorni	17,4	15,3	18,9	16,9	17,2
Sempre male	4,7	5,4	15,3	22,9	12,9

Distribuzione percentuale della popolazione secondo il numero di giorni con limitazioni nelle proprie attività, nell'ultimo mese	Campione totale
Sempre bene	84,9
1-7 giorni	8,1
8-14 giorni	1
15-21 giorni	2,2
22-29 giorni	0,2
Sempre male	3,6

3. Attività fisica

Tabella 1. Attività fisica leggera nell'ultima settimana

	% AUSL Ferrara
Mai	34,6
1 giorno	8,9
2 giorni	10,6
3 giorni	6
4 giorni	3,9
5 giorni	5,9
6 giorni	3
7 giorni	27,1

Tabella 2. Attività fisica moderata nell'ultima settimana

	% AUSL Ferrara
Mai	51,6
1 giorno	7,7
2 giorni	14,6
3 giorni	8,4
4 giorni	4,4
5 giorni	4,3
6 giorni	1,8
7 giorni	7,1

Tabella 3. Attività fisica vigorosa nell'ultima settimana

	% AUSL Ferrara
Mai	71,3
1 giorno	4,7
2 giorni	9,2
3 giorni	5,9
4 giorni	2,5
5 giorni	1,8
6 giorni	0,7
7 giorni	3,8

Tabella 4. tempo speso per praticare attività fisica vigorosa nell'ultima settimana

	% AUSL Ferrara
Mai	34,6
Fino a mezz'ora	10,6
Fino a un'ora	8,9
Fino ad un'ora e mezzo	2,7
2 ore	3,9
3 ore	1,1
4 ore	1

4. Consumi alimentari

Tabella 1. Consumo di pesce nell'ultima settimana

	% AUSL Ferrara
Mai	16,7
1 giorno	42,2
2 giorni	27,8
3 giorni	9,6
4 giorni	2,5
5 giorni	1
6 giorni	0,2
7 giorni	0,1

Tabella 2. Consumo di salumi nell'ultima settimana

	% AUSL Ferrara
Mai	13,7
1 giorno	25
2 giorni	21,5
3 giorni	16,7
4 giorni	8
5 giorni	5,2
6 giorni	2,7
7 giorni	7,2

Tabella 3. Consumo di carne nell'ultima settimana

	% AUSL Ferrara
Mai	2,6
1 giorno	11
2 giorni	23,8
3 giorni	22,8
4 giorni	14,5
5 giorni	9,5
6 giorni	5,9
7 giorni	9,8

Tabella 4. Consumo di formaggi nell'ultima settimana

	% AUSL Ferrara
Mai	11,7
1 giorno	21,1
2 giorni	21,6
3 giorni	14,8
4 giorni	6,6
5 giorni	7,5
6 giorni	3,7
7 giorni	12,9

Parte terza. Documentazione

Testo integrale del questionario somministrato durante l'intervista telefonica

Dipartimento di Sanità Pubblica - Unità di Epidemiologia - Piano per la salute di Ferrara

Indagine: IN LINEA CON LA SALUTE

Buon giorno, sono dell'Azienda USL di Ferrara.

Nei giorni scorsi le abbiamo inviato una lettera che la preavvisava essere stato/a estratto/a per partecipare ad un'indagine telefonica.

L'indagine ha l'obiettivo di conoscere qualcosa di più sullo stato di salute dei ferraresi e poter migliorare gli interventi sulla salute.

L'intervista non prende molto tempo: in genere circa 15 minuti.

Nel rispetto della Privacy, i dati che mi fornirà saranno trattati in forma anonima, cioè le risposte che mi darà non saranno associate al suo nome.

Inizierò chiedendole alcune informazioni sul suo stato di salute....

1.1 In generale, direbbe che la sua salute è: *(suggerire)*

- eccellente
- molto buona
- buona
- passabile
- scadente
- non saprei
- non voglio rispondere
- non voglio fare l'intervista (fine)

1.2 Nell'ultimo anno, il suo medico le ha detto che Lei è iperteso, cioè che ha la pressione del sangue alta?

- sì (vai 1.2.1)
- no
- non voglio rispondere

1.2.1 Lei sta seguendo una cura (prende farmaci) per la pressione alta?

- sì
- no
- non voglio rispondere

1.3 Nell'ultimo anno, il suo medico le ha detto che Lei ha il colesterolo nel sangue troppo alto?

- sì (vai 1.3.1)
- no
- non voglio rispondere

1.3.1 Lei sta seguendo una cura (prende farmaci) per il colesterolo alto?

- sì
- no
- non voglio rispondere

Ora vorrei farle alcune domande sul suo stato di salute durante l'ultimo mese.

1.4 Per quanti giorni, negli ultimi 30 giorni, NON si è sentito bene per motivi fisici?

(Consideri le sue condizioni fisiche, comprese eventuali malattie e conseguenze di incidenti)

- mai stato male

- sono stato male per giorni
- non ricordo
- non voglio rispondere
- voglio terminare qui l'intervista (fine)

1.5 Per quanti giorni, negli ultimi 30 giorni, NON si è sentito bene a causa di problemi di tipo psicologico? (ad esempio per problemi emotivi o per stress o ansia o depressione)

- mai stato male
- sono stato male per giorni
- non ricordo
- non voglio rispondere

1.6 Ora consideri le sue abituali attività (esempio: lavori di cucina, pulizie, salire le scale, camminare fuori casa, lavoro fuori casa, sport...).

Per quanti giorni, negli ultimi 30 giorni, non è stato in grado di svolgerle a causa del cattivo stato di salute fisico o psicologico?

- mai stato male
- per giorni
- non sono in grado di svolgere nessuna attività (vai alla 3.1)
- non ricordo
- non voglio rispondere

Adesso Le farò alcune domande sull'attività fisica, per favore risponda anche se Lei ritiene di essere una persona che non svolge attività fisica

2.1 Negli ultimi sette giorni, per quanti giorni ha fatto una passeggiata a piedi di almeno dieci minuti (cioè circa un chilometro)?

- mai
- per giorni
- non ricordo
- non voglio rispondere
- voglio terminare qui l'intervista (fine)

2.2 Negli ultimi sette giorni ha fatto regolarmente una o più attività fisiche fino al punto di sudare un po' (tipo: corsa, passeggiate in bicicletta, giardinaggio, ecc..)?

- sì (vai 2.2.1)
- no
- non ricordo
- non voglio rispondere

2.2.1 Quante volte?

.....

2.2.2 Per quanto tempo in media?

- ½ ora
- 1 ora
- 1 e ½ ore
- 2 ore
- 3 ore
- 4 ore
- non ricordo
- non voglio rispondere

2.3 Negli ultimi sette giorni ha fatto con continuità una o più attività fisiche che l'hanno costretta a respirare in maniera molto più profonda e veloce del normale (esempio: sollevare carichi pesanti, trasportare un oggetto molto pesante, vangare, lavare i pavimenti, fare ginnastica in palestra, nuotare in piscina ecc..)?

- sì (vai 2.3.1)
- no
- non ricordo
- non voglio rispondere

2.3.1 Quante volte?

.....

2.3.2 Per quanto tempo in media?

- ½ ora
- 1 ora
- 1 e ½ ore
- 2 ore
- 3 ore
- 4 ore
- non ricordo
- non voglio rispondere

2.4 Nel prossimo anno pensa che farà più attività fisica, rispetto alle sue abitudini attuali?

- sì
- no
- non saprei
- non voglio rispondere

2.5 Abitualmente svolge lavori in casa (es. pulizie, spesa, giardinaggio, lavori di manutenzione)?

- sì
- no
- non voglio rispondere

Passiamo ora ad alcune domande sul fumo di tabacco....

3.1 Nella sua vita, ha fumato per almeno un anno? (Si intende almeno una sigaretta al giorno - La domanda si riferisce ad un periodo complessivo di un anno, anche sommando periodi più brevi)

- sì
- no (vai 3.7)
- non voglio rispondere
- voglio terminare qui l'intervista (fine)

3.2 a che età ha iniziato a fumare?

.....

3.3 fuma attualmente? (cioè nell'ultimo mese ha fumato)

- sì (vai 3.5)
- no
- non voglio rispondere (vai 3.5)

3.4 a che età ha smesso di fumare?

.....

3.5 Quante sigarette fuma, o ha fumato, in media al giorno?

Sigarette al giorno

Da compilare solo se specificato dall'intervistato

Sigari al giorno

Pipa al giorno

3.6 In futuro ha intenzione di smettere di fumare?

- sì
- no
- ho già smesso di fumare
- non saprei
- non voglio rispondere

3.7 Qualcuno della famiglia fuma abitualmente all'interno di casa?

- sì
- no
- non voglio rispondere

Passiamo ora ad alcune domande relative alle abitudini alimentari.....

4.1 Ha l'abitudine di fare la prima colazione? (cioè al mattino NON beve solo un caffè, senza mangiare niente)

- sì
- no
- non voglio rispondere
- voglio terminare qui l'intervista (fine)

4.2 Quante volte alla settimana consuma:

Pesce (indicare quante volte alla settimana)

Salumi (indicare quante volte alla settimana)

Carne (indicare quante volte alla settimana)
(qualsiasi tipo di carne: bovina, di maiale, pollo, coniglio)

Formaggi (indicare quante volte alla settimana)

4.3 Quante volte al giorno mangia una porzione di frutta? (una porzione sono, ad esempio, una mela o un'arancia o due kiwi)

..... (numero di porzioni giornaliere)
oppure
..... (numero di porzioni settimanali 4.3.a)

4.4 Quante volte al giorno mangia una porzione di verdura? (una porzione sono, ad esempio, una porzione di insalata o di spinaci o di cavoli) (non considerare le patate)

..... (numero di porzioni giornaliere)
oppure
..... (numero di porzioni settimanali 4.4.a)

4.5 Attualmente, sta seguendo abitudini alimentari particolari (esempio una dieta dimagrante, o una dieta povera di sale, vegetariana, etc)?

- sì (specificare che tipo)
- no
- no, ma l'ho seguita in passato
- non voglio rispondere

4.6 Al momento attuale ...:

- vorrei perdere peso
- vorrei aumentare di peso
- vorrei mantenere il mio peso attuale
- non saprei
- non voglio rispondere

4.7.1 In quale quantità consuma le bevande che le elenco: vino (1 bicchiere = 1 bicchiere da vino)

- numero bicchieri al giorno
- un bicchiere più volte alla settimana
- occasionalmente
- mai
- non voglio rispondere

4.7.2 Birra (1 bicchiere =1 lattina)

- numero bicchieri al giorno
- un bicchiere più volte alla settimana
- occasionalmente
- mai
- non voglio rispondere

4.7.3 Bibite gassate (no acqua minerale) (1 bicchiere =1 lattina)

- numero bicchieri al giorno
- un bicchiere più volte alla settimana
- occasionalmente
- mai
- non voglio rispondere

4.7.3 Superalcolici, aperitivi alcolici, amari

- numero bicchieri al giorno
- un bicchierino più volte alla settimana
- occasionalmente
- mai
- non voglio rispondere

Abbiamo quasi finito. Le faccio le ultimissime domande.....

5.1 Mi sa dire il suo peso e la sua altezza?

(Le donne in gravidanza indichino il peso prima della gravidanza)

Peso Kg

Altezza Cm

5.2. Quale è il suo attuale stato civile?

- coniugato/convivente
- separato/divorziato
- celibe/nubile
- vedovo/a
- altro
- non voglio rispondere

5.3 Attualmente con chi vive?

- da solo
- con marito/moglie/partner
- con fratelli/sorelle
- con i genitori
- con i figli
- altro
- non voglio rispondere

5. 4 Quale titolo di studio ha conseguito?

- nessuno
- scuola elementare
- scuola media inferiore
- corso di formazione professionale
- scuola media superiore (diploma)
- laurea o diploma universitario
- non voglio rispondere

5. 5 Qual è la sua condizione lavorativa?

- occupato: professione
- disoccupato
- casalinga
- studente
- pensionato
- altro
- non voglio rispondere

5.6 fra quale delle seguenti categorie rientrano le entrate totali mensili della sua famiglia? (al netto dalle tasse) (leggere le risposte)

- meno di 1000 euro
- tra 1000 e 1500 euro
- tra 1500 e 2500 euro
- oltre 2500 euro
- non voglio rispondere

5.7 In generale, Lei pensa di essere una persona ottimista o pessimista?

- ottimista
- pessimista
- non saprei
- non voglio rispondere

5.8 E' disponibile ad essere inserito nell'elenco dei cittadini di riferimento per l'indagine sugli stili di vita. Se accetta, potrebbe ricevere una telefonata tra circa due anni.

- sì
- no

4. Lettera inviata alle persone selezionate per l'intervista



Ferrara, 29 marzo 2005

Indagine “in linea con la salute”

Gentile Signora, gentile Signore,

sono lieto di comunicarLe che il Suo nominativo è stato estratto insieme ad altri, dalle liste anagrafiche e dai tabulati telefonici di Ferrara e Provincia, disponibili per ricerche di utilità sociale.

Desidero chiedere la Sua disponibilità a collaborare all'indagine telefonica “**In linea con la salute**” che intende raccogliere informazioni e pareri in merito ai comportamenti quotidiani, così da delineare quali sono gli stili di vita dei ferraresi.

Le verranno proposte domande sul suo stato di salute, sull'attività fisica, sul fumo, sulle sue abitudini alimentari, e alcuni dati utili a fini statistici. La riservatezza è garantita dal nostro metodo di lavoro: le risposte sommate in tabelle di dati aggregati non consentiranno di risalire all'identità dei partecipanti, che resterà quindi anonima.

L'indagine “**In linea con la salute**” rientra nelle numerose attività del Piano per la Salute dell'Azienda U.S.L. di Ferrara, attivo dal 2003 e che ha il compito di raccogliere, analizzare e facilitare la risposta ai bisogni di salute dei cittadini. L'importante progetto del Piano per la Salute vede la collaborazione dell'Azienda U.S.L. di Ferrara con l'Azienda Ospedaliera, le Amministrazioni provinciale e comunali, le Associazioni, impegnati a promuovere insieme la salute dei cittadini.

Come partecipante all'indagine “**In linea con la salute**” nei prossimi giorni riceverà una telefonata da parte di un intervistatore incaricato dall'Azienda USL, con il quale potrà concordare il momento migliore per la risposta alle domande del questionario.

Confidiamo che le informazioni raccolte possano consentire una risposta ancora più aderente ai bisogni di salute della popolazione ferrarese. La salute è infatti un bene prezioso che ha bisogno di essere curato: per raggiungere questo obiettivo, contiamo sulla Sua collaborazione.

Il responsabile dello studio è il dott. Aldo de Togni, dell'Unità di Epidemiologia dell'Azienda USL di Ferrara, al quale potrà rivolgersi per ogni verifica e notizia in merito a questa indagine, telefonando al numero 0532-250915.

Ringraziandola per l'attenzione e la collaborazione, Le invio i miei più cordiali saluti

Il Direttore Generale
dott. Fosco Foglietta

Bibliografia

- Alevizos et al. Physical activity and stroke risk *Int J Clin Pract* 2005; 59:922
- Apolone G. et al. Questionario sullo stato di salute SF-36 versione italiana. Guerini e associati, 1997
- Apolone G. et al. Questionario sullo stato di salute SF-12 versione italiana. Guerini e associati, 2001
- CDCP. Measuring healthy days. Atlanta (GA), November 2000
- Eyre H et al. Preventing cancer, cardiovascular disease and diabetes. *Diabetes care* 2004; 27:1812
- Eurobarometer. Physical activity. Bruxelles, December 2003
- Fine et al. Prevalence of multiple chronic disease risk factors *Am J Prev Med* 2004;27:18
- Finkelstein et al. Environmental inequality and circulatory disease mortality gradients. *J Epidemiol. community health* 2005; 59:481
- Gargiulo e Sebastiani Le condizioni di salute della popolazione. ISTAT, Informazioni n.12, 2002
- Gargiulo e Sebastiani Fattori di rischio e tutela della salute. ISTAT, Informazioni n.26, 2002
- Hobbs F Primary prevention of cardiovascular disease: managing hypertension and hyperlipidaemia *Heart* 2004; 90(suppl iv):22
- Homer & Milstein Optimal decision making in a dynamic model of community health in: Proceedings of the 37th Hawaii International conference on System Sciences – 2004
- Jacobson D. et al. Physical Activity Counseling in the Adult Primary Care Setting - Position Statement of the American College of Preventive Medicine *Am J Prev Med* 2005;29:158
- Istituto Nazionale di ricerca per gli alimenti e la nutrizione – Linee guida per una sana alimentazione italiana. Revisione 2003 Roma,2003
- Marmot M. Social determinants of health inequalities *The Lancet* 2005;365:1099
- Ministero della Salute – Piano Sanitario Nazionale 2003-2005
- Organizzazione Mondiale della Sanità – Dieta, nutrizione e prevenzione delle malattie croniche Quaderni di sanità pubblica settembre 2003
- Palazzi M. e al. Indagine Dioniso - Studio sugli stili di vita e la percezione della salute. Azienda USL di Cesena, novembre 2003
- Palmieri L. e al. Distribuzione del rischio cardiovascolare globale nella popolazione italiana. *Ital Heart J Suppl* 2005; 6:279
- Pearson T. et al. AHA guidelines for primary prevention of cardiovascular disease and stroke : 2002 update *Circulation* 2002 ; 106 :388
- Regione Emilia Romagna Agenzia sanitaria regionale - Promozione dell'attività fisica e sportiva. Dossier 80, 2003
- Yusuf S. et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study) : case-control study *The lancet* 2004 ; 364 :937
- Zuccaro P. e al. Fumo e patologie respiratorie. Le carte del rischio per BPCO e tumore del polmone. Istituto Superiore di Sanità, maggio 2004