II

I DETERMINANTI DELLA SALUTE

4. DETERMINANTI SOCIOECONOMICI

La povertà – nell'opinione condivisa dalla maggior parte degli osservatori e studiosi del settore – può essere considerata come "il singolo fattore più importante che determina cattive condizioni di salute", essendo associata ad una maggiore mortalità infantile, a più malattie, ad una crescente tendenza all'uso di sostanze (fumo, alcol, droga), ad una più elevata esposizione a fattori di rischio ambientali (abitativi, lavorativi, sociali). In Italia, diversi milioni di individui sono al disotto del reddito adatto ad assicurare condizioni di sufficienza.

La mortalità, in diversi paesi europei, è fino a 5 volte più elevata nel 20% della popolazione più povera rispetto al 20% della popolazione più ricca. Queste disparità nel nostro Paese sono state ben dimostrate in ricerche condotte in alcune Regioni, come Piemonte e Lazio. Questi dati sono certamente estensibili alle altre, dove il fenomeno non è stato ancora indagato.

Le popolazioni aventi un più basso stato economico sono esposte a maggiori fattori di rischio ambientali e legati agli stili di vita. L'ambiente di vita e di lavoro è meno salubre. Si stima che oltre il 10% della popolazione europea non abbia accesso all'acqua potabile, mentre una percentuale ancor maggiore non è servita da impianti fognari idonei. Questo fenomeno interessa particolarmente il Sud del nostro Paese, ma anche alcune aree e città del Nord sono carenti sotto questo profilo. E' evidente che di ciò fanno le spese soprattutto i meno abbienti e coloro che vivono in abitazioni e quartieri disagiati.

A condizioni socio economiche medio-basse corrispondono – come risulta da indagini svolte nel Regno Unito e nei paesi membri dell'UE (Unione Europea), assimilabili al nostro – obesità, maggiori livelli di colesterolemia, scarsa attività fisica, tanto negli uomini che nelle donne.

Gli individui appartenenti alla classi sociali meno agiate mostrano una maggiore tendenza all'uso del tabacco e dell'alcol. In diversi paesi (USA, Canada, Regno Unito, Polonia) al fumo di sigaretta si imputa la metà della differenza di mortalità tra i ceti agiati e quelli disagiati. Ad esso ugualmente sarebbe attribuito l'ampliamento della differenza nella speranza di vita tra benestanti e poveri. Anche in questo campo si sono rovesciate le parti. L'abitudine al fumo viene progressivamente abbandonata dai ceti medio-alti, mentre la si vede aumentare in quelli disagiati. Al consumo di alcol – in paesi come Inghilterra, Scozia, Galles e Svezia – è stata correlata una mortalità da 7 a 20 volte superiore negli operai non specializzati e in condizioni di non lavoro, rispetto alle classi professionali. In questi soggetti risulta una maggiore incidenza di infarto del miocardio.

Da numerose ricerche condotte nei paesi europei, risulta una maggiore incidenza di depressione nei ceti poveri di diversi paesi del Nord-Centro Europa e degli USA, pur essendo ritenuta tale patologia tradizionalmente delle classi agiate. I dati sui suicidi mostrano un trend identico. Inoltre, una maggiore incidenza di infarto del miocardio è stata riscontrata nel Regno Unito nelle classi socio-economicamente svantaggiate. Infine, nelle donne di basso ceto sociale è stata rilevata una maggiore incidenza di tumori del seno. Molte di queste differenze sono legate direttamente al rapporto con il servizio sanitario e riguardano sia l'accesso alle prestazioni che al trattamento ricevuto.

All'interno di un permanente squilibrio tra Centro-Nord e Mezzogiorno, la distribuzione dei servizi sul territorio è fortemente discriminante, anche all'interno delle tre aree, per le popolazioni che vivono in periferia rispetto a quelle residenti nei centri urbani, per quelle che abitano in zone decentrate dei comuni, province e regioni, con una disomogeneità dell'offerta che limita fortemente l'accesso alle strutture sanitarie. Ad esempio nella Regione Lazio la densità di strutture specialistiche presenta un range da 31 a 60 branche per centomila abitanti in 10 ASL, fino a 150-273 branche in sole 3 ASL. Le circoscrizioni del Comune di Roma ugualmente oscillano tra i due estremi sopra ricordati, ma solo le quattro centrali hanno i valori più elevati e ben 14 (su un totale di 20) sono al disotto di 100 branche per centomila abitanti. Secondo i dati presen-

tati dalla Lega Italiana per la Lotta contro i tumori ai "Primi stati generali dei malati di tumore", solo il 6% delle donne tra i 50 ed i 69 anni, che vivono nel Sud del nostro Paese, è stato inserito in un'attività di screening, a fronte di una crescita considerevole nelle regioni del Centro-Nord.

Sono noti già da qualche tempo i risultati, sempre nel Lazio, di ricerche che dimostrano disparità di trattamento terapeutico e nella riuscita delle cure in ospedale tra i ricoverati di classi agiate e di ceti socio-economicamente inferiori.

Si potrebbe ancora insistere con altri dati ma questi, nel loro ampio spettro, mostrano inequivocabilmente le disuguaglianze tuttora esistenti e le disparità notevoli che colpiscono i più poveri nella salute.

Dunque, nel lento processo del nostro Paese si è assistito alla attenuazione delle tradizionali differenze, soprattutto quelle geografiche e culturali, mentre resistono più pervicacemente quelle razziali e di censo.

A queste se ne sono aggiunte di nuove che si realizzano attraverso diverse forme quali:

- la disponibilità di strutture, per un'insufficiente distribuzione delle stesse ed una solo parziale omogeneizzazione nel funzionamento e negli standard assistenziali;
- l'accesso rallentato ed a volte impedito, per la ragione precedente e per motivi di disponibilità economica, difficoltà di spostamento e di trasporto, deficit culturali e conoscitivi, carenza di informazioni.

I soggetti colpiti da queste nuove povertà, oltre i tradizionali, costituiscono una lunga lista di svantaggiati (i giovani, i vecchi, le donne, i malati cronici, i detenuti, gli immigrati, le prostitute, i rimpatriati) per i quali evidentemente già si registrano, o sono da attendersi, peggiori condizioni nello stato di salute.

Riferimenti bibliografici

R. Bertollini et alii. Environment and Health1: overview and main European issues. Who regional officie for Europe. European series n. 68, Copenhagen, 1996.

P. Carlsson, D. Vagero. The social pattern of heavy drinking in Russia during transition. European Journal of public Health, 1998.

Comune di Bologna. Il profilo di salute della città di Bologna, in Verso il Piano per la salute della Città di Bologna. Quaderno n. 2, Bologna, 2002.

Provincia di Torino. La Provincia per la salute. Lo stato di salute nella provincia di Torino anno 2001, Provincia di Torino, 2002.

J. A. Martinez et alii. Variables independently associated with self-reported obesity in the european Union. Public Health Nutrition, 1999.

A. Petrelli, C. Saitto et alii. Il sistema dell'offerta di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale nella regione Lazio. Epidemiologia e prevenzione, 2002.

OMS. Comitato regionale per l'Europa, 51° sessione, Madrid 10-13 settembre 2001. Povertà e salute. Ufficio città sane, Comune di Padova, 2002.

A. Romelsjo, M. Lundberg. The changes in the social class distribution of moderate and high alcohol consumption and of alcohol related disabilities over time in Stockolm County and in the whole Sweden. Addiction, 1996.

N. Segnan. Socio-economic status and cancer screening. Iarc. Sci. Publ., 1997.

WHO The European Health Report 2002 www.euro.who.int/europeanhealthreport.

5. STILI DI VITA

5.1. Nutrizione

I consumi alimentari sono in diminuzione in Italia. L'introito energetico medio pro-capite nel periodo 1994-'96 è stato di circa 2.162 kcal/giorno ed è più basso di circa il 15%-20% rispetto al periodo 1980-'84. Il divario è rilevante. L'entità di energia ingerita nel 1994-'96 copre appena il fabbisogno del campione studiato per uno stile di vita sedentario; se lo stile di vita fosse leggermente più attivo – moderatamente attivo come auspicabile – l'energia ingerita risulterebbe più bassa del 6% circa. La copertura del fabbisogno energetico nel 1980-'84 era più ampia. Anche il fabbisogno energetico medio degli italiani è cambiato negli ultimi 40 anni. Infatti, calcolato sulla base dei Livelli di Assunzione Raccomandati di Nutrienti per gli italiani, si osserva che esso è passato dalle circa 2.600 kcal/giorno del 1960, alle circa 2.300 kcal del 1996. Questo calo è attribuibile sia alla maggiore presenza di anziani nella nostra popolazione, sia alla ridotta attività fisica per il lavoro e il tempo libero.

Gli alimenti che hanno subito il maggior calo sono: il vino, i grassi da condimento, i formaggi, le carni, il latte intero. Mentre gli alimenti come il pesce, gli ortaggi, la pizza, il latte scremato e parzialmente scremato hanno subito un aumento di consumo. Questo profilo alimentare, rispetto a quello del 1984, è senz'altro più vicino alla tipologia alimentare consigliata dalle varie linee guida alimentari. Può essere, tuttavia, ancora molto migliorato per assicurare un maggior margine di sicurezza nell'assunzione di nutrienti non energetici. Sembra che l'italiano abbia acquisito cognizione dell'importanza dell'alimentazione e voglia avviarsi verso un comportamento più salutare.

In generale, la situazione alimentare italiana, per la sua più recente evoluzione, si presenta in una forma piuttosto complessa. I modelli alimentari sono vari e risentono dell'influenza di vari fattori socio-culturali, come ad esempio la diffusione dell'informazione, la varietà etnica della popolazione, le scelte vegetariane o altre scelte di nuovi stili di vita.

In questo quadro il consumatore appare diviso tra continuità e discontinuità nel mantenimento delle tradizioni alimentari tipiche italiane. In particolare egli conserva il piacere del mangiar bene, caratteristico della nostra tradizione, anche se calano alcuni consumi tipici come quelli della pasta e del vino rispetto ai livelli degli anni '70.

Quanto alle modalità dell'alimentazione giornaliera, è in aumento il numero di coloro che consumano la prima colazione, di preferenza a casa. Il luogo di consumo dei pasti principali resta la casa per circa il 90% dei consumatori. Resiste ancora il pranzo fatto in casa come pasto principale per oltre il 75% della popolazione. I consumi fuori casa, in crescita, sono prevalentemente dovuti ai bambini, utenti della mensa scolastica.

Alcuni atteggiamenti, che lasciavano ipotizzare una tendenza verso tipologie di consumo più consone alla tradizione nord americana, si sono rivelati più una occasione ludica che non una modificazione culturale.

Tra i mutamenti più rilevanti degli stili alimentari occorre, invece, segnalare un aumentato interesse da parte di un crescente numero di consumatori per una alimentazione di tipo vegetariano, più precisamente latto-ovo-vegetariano. I seguaci italiani di questo regime alimentare, che può essere dettato da ideologie o da salutismo, raggiungono oggi circa 1,5-1,8 milioni. L'opinione diffusa tra gli esperti circa una dieta latto-ovo-vegetariana è piuttosto equilibrata. Una dieta del genere è considerata compatibile con un buono stato di salute nell'adulto, a patto di scegliere e combinare opportunamente gli alimenti, il che, ovviamente, richiede una buona conoscenza del valore nutrizionale dei cibi comunemente consumati.

Tra i consumatori aumenta, in maniera significativa, la consapevolezza del cibo come fattore di promozione della salute e si diffonde il favore per i prodotti dell'agricoltura biologica, mentre è nato e sta aumentando il timore verso gli alimenti geneticamente modificati. Riguardo agli aspetti nutrizionali, l'alimentazione italiana, dopo quasi mezzo secolo di co-

stante aumento dell'introito calorico medio, ha registrato una inversione di tendenza. Ciò è in gran parte attribuibile all'invecchiamento della popolazione e alla sedentarietà dilagante, che riducono i fabbisogni nutrizionali. Ma nonostante i consumi alimentari si siano ridotti, le conoscenze nutrizionali siano aumentate, la prevalenza dell'obesità è ancora alta. Per evitare di continuare ad ingrassare, pur mangiando meno, l'unica via è quella di aumentare l'attività motoria.

Riferimenti bibliografici

G.P. Fabris. Comunicazione alla Seconda Conferenza Nazionale per l'Educazione Alimentare. (INRAN) FAO, Roma, febbraio 2001.

ISTAT. I Bilanci Alimentari Nazionali 1986. Annuario statistico italiano, Roma, 1988.

ISTAT. I Bilanci Alimentari Nazionali 1996. Annuario statistico italiano, Roma, 1998.

ISTAT. I Consumi delle famiglie 1986, Roma, 1988.

ISTAT. I Consumi delle famiglie 1996, Roma, 1998.

A. Saba et alii. Indagine nazionale sui consumi alimentari delle famiglie 1980-'84, alcuni principali risultati. Riv. Sc. Alim. 19, 1990.

L.L. Sabbadini. Comunicazione alla Seconda Conferenza Nazionale per l'Educazione Alimentare. (INRAN) FAO, Roma, febbraio 2001.

A. Turrini et alii. Food consumption patterns in Italy: the Inn-Ca Study 1994-1996. Eur. J. Clin. Nutr., July 2001.

5.2. Attività fisica

Le più recenti evidenze scientifiche hanno dimostrato gli effetti benefici sullo stato di salute prodotti da una attività fisica di moderata intensità, svolta con regolarità, modificando peraltro la convinzione che per conseguire una buona forma fisica fosse necessaria la pratica continuativa di un esercizio fisico intenso di tipo aerobico.

A fronte di questa evidenza, nel 2001 il 59,1% delle persone di 3 anni e più ha dichiarato di aver svolto nel proprio tempo libero uno sport o una qualche attività fisica durante l'anno. Tuttavia, in termini di attività fisica svolta con regolarità, la quota dei praticanti quasi si dimezza. Circa una persona su tre (33,6%), infatti, svolge regolarmente nel tempo libero uno sport o un'attività fisica una o più volte la settimana. Più precisamente il 19,2% ha dichiarato di praticare uno sport in modo continuativo e la restante quota del 14,4% ha riferito di fare passeggiate a piedi di almeno un chilometro, passeggiate in bicicletta, nuoto, ecc. con cadenza almeno settimanale. Il 10,6% ha dichiarato invece di praticare uno sport in modo saltuario. È quanto emerge dall'Indagine Multiscopo dell'ISTAT, condotta nel 2001, su un campione rappresentativo di circa 20.000 famiglie, distribuito su tutto il territorio nazionale.

La pratica di attività fisica nel tempo libero, condotta regolarmente, cioè con una frequenza almeno settimanale, presenta un andamento nettamente decrescente all'avanzare dell'età. La prevalenza più elevata si riscontra tra gli adolescenti (11-14 anni). Circa due ragazzi su tre (64,1%) praticano regolarmente un'attività fisica, mentre la quota più bassa, come prevedibile, si registra tra le persone di 65 anni e più (meno di una persona su quattro svolge un'attività fisica in maniera regolare).

Analizzando il fenomeno rispetto al genere, risultano complessivamente più attivi gli uomini (37,7% contro 29,6% delle donne). Già tra i 15 e i 17 anni, le donne fanno registrare un crollo della pratica regolare: solo il 48,0% delle ragazze di 15-17 anni svolge un esercizio fisico

regolare a fronte del 61,2% dei loro coetanei. Le differenze vanno attenuandosi tra gli adulti, ma si incrementano nuovamente tra gli anziani (29,7% tra gli uomini di 65 anni e più contro il 15,9% delle donne anziane) (tab. 13).

Le donne, quindi, sono generalmente più sedentarie dei loro coetanei. In particolare merita evidenziare che ben il 46,1% ha dichiarato di non svolgere alcuna attività fisica nel tempo libero contro il 34,2% degli uomini, con scarti in media di circa 10 punti percentuali rispetto ai loro coetanei. Gli scarti aumentano nell'età anziana: tra gli uomini di 65 anni e più, uno su due è "sedentario", cioè dichiara di non svolgere alcuna attività fisica nel tempo libero, tra le coetanee lo sono più di due su tre. Negli ultimi cinque anni, se complessivamente si registra un aumento delle persone definite sedentarie (dal 35,5% del 1997 sono aumentate al 40,3%), assume particolare rilievo

Tab.13 Persone di 3 anni e più che praticano uno sport o un'attività fisica regolare e persone di 3 anni e più che non praticano alcuna attività fisica o sport nel tempo libero, per classe di età e sesso. Anni 1997-2001 (per 100 persone con le stesse caratteristiche) (val.%)

Classi di età per sesso	Attività fisica regolare		Nessuna attività fisica		Classi di età per sesso	Attività fisica regolare		Nessuna attività fisica	
	1997	2001	1997	2001		1997	2001	1997	2001
maschi					**femmine**				
3-5	32,5	29,6	42,6	49,0	35-44	26,6	26,6	37,0	41,3
6-10	64,5	63,6	14,6	18,7	45-54	25,0	26,4	44,5	46,3
11-14	69,8	68,9	8,4	10,4	55-59	26,3	27,8	49,4	49,9
15-17	61,6	61,2	12,6	14,9	60-64	26,1	26,2	52,5	54,9
18-19	53,4	49,5	14,4	20,5	65 e più	17,4	15,9	68,3	72,6
20-24	46,2	45,8	19,2	21,2	Totale	30,0	29,6	41,7	46,1
25-34	39,8	37,9	21,7	27,5					
35-44	32,7	31,4	25,4	33,1	**maschi e femmine**				
45-54	28,7	29,2	32,3	38,6	3-5	30,0	29,5	46,3	49,5
55-59	31,4	30,7	36,0	40,6	6-10	60,5	60,0	17,1	21,6
60-64	34,6	36,0	37,7	40,9	11-14	65,0	64,1	11,5	13,6
65 e più	31,6	29,7	50,0	53,3	15-17	55,9	54,7	15,6	18,5
Totale	39,2	37,7	28,8	34,2	18-19	47,6	44,5	18,1	24,3
femmine					20-24	41,8	42,0	22,1	26,0
3-5	27,4	29,5	50,1	49,9	25-34	36,0	35,4	25,9	31,4
6-10	56,2	56,1	19,8	24,7	35-44	29,7	29,0	31,2	37,1
11-14	60,1	58,8	14,6	17,0	45-54	26,8	27,8	38,5	42,5
15-17	49,5	48,0	19,0	22,3	55-59	28,7	29,3	42,9	45,2
18-19	41,3	39,3	22,0	28,1	60-64	30,2	30,9	45,2	48,1
20-24	37,5	38,1	24,9	30,9	65 e più	23,3	21,7	60,7	64,6
25-34	32,1	32,9	30,1	35,3	Totale	34,4	33,6	35,5	40,3

Fonte: Ministero della Salute – D.G. della Programmazione Sanitaria

Fig.7 Persone di 3 anni e più che non praticano alcuna attività fisica o sport nel tempo libero per regione e ripartizione. Anno 2001 (quozienti standardizzati* per 100 persone delle stessa zona)

l'aumento del fenomeno nelle fasce di età giovanili. Tra i giovani di 18-19 anni, infatti, la quota di persone completamente inattive era del 18,1% nel 1997, mentre nel 2001 ha raggiunto il 24,3%.

Anche nella fascia di età tra i 6 e i 10 anni aumentano i comportamenti sedentari: più di un bambino su 5 non svolge alcuna attività fisica nel tempo libero (21,6%), e nel 1997 era il 17,1%. In particolare diminuisce (dal 31% al 18,6%) la quota di quanti svolgevano almeno un'attività fisica di tipo destrutturato (passeggiate in bicicletta, a piedi lunghe almeno 2 chilometri, ecc.), solo parzialmente compensata da lievi incrementi dell'attività sportiva, sia continuativa che saltuaria (in media di 1 punto e mezzo). In questa fascia d'età gli stili di vita dei genitori influenzano in modo rilevante quello dei figli. Infatti, tra i bambini che non praticano alcuna attività fisica, ben il 57,4% ha entrambi i genitori che non svolgono alcuna attività fisica regolare.

Rispetto al territorio, emerge con evidenza un gradiente Nord-Sud. La prevalenza dell'abitudine a svolgere regolarmente attività fisica decresce notevolmente passando dal Nord (38,4%) al Sud e Isole (27,2%).

Confrontando le diverse Regioni al netto della diversa distribuzione per età, la Regione più sedentaria, cioè in cui è maggiore la percentuale di quanti hanno dichiarato di non svolgere alcuna attività fisica nel tempo libero, è la Sicilia (57,2%), immediatamente seguita dalla Campania (56,3%). Ad esse si contrappongono invece Trentino Alto Adige (17,7%) e Friuli Venezia Giulia (26,1%), Valle D'Aosta (27,4%) e Veneto (28,1%) (fig. 7).

In Campania, tra gli anziani residenti, l'81% non svolge alcuna attività fisica, mentre in Trentino Alto Adige la quota è meno della metà (39,1%). Invece tra i bambini di 3-14 anni sono soprattutto quelli residenti in Puglia i più sedentari (39,2%), mentre sono sempre i coetanei alto-atesini a presentare le più basse quote (7,2%).

E negli ultimi cinque anni, confrontando i tassi standardizzati rispetto alla popolazione del

Tab.14 Persone di 3 anni e più che praticano uno sport o un'attività fisica regolare e persone di 3 anni e più che non pratica no alcuna attività fisica o sport nel tempo libero per regione e ripartizione. Anni 1997-2001 (per 100 persone con le stesse caratteristiche) (val.%)

Regioni	Attività fisica regolare		Nessuna attività fisica	
	1997	2001	1997	2001
Piemonte	37,0	37,3	29,7	31,4
Valle d'Aosta	34,7	32,7	25,8	28,0
Lombardia	38,9	36,5	28,6	32,9
Prov. Aut. di Bolzano	51,2	49,6	9,8	16,7
Prov. Aut. di Trento	41,0	46,8	19,1	17,7
Veneto	42,9	41,4	22,7	28,4
Friuli Venezia Giulia	39,0	42,3	29,1	27,4
Liguria	32,6	36,0	33,4	37,3
Emilia Romagna	42,2	38,6	28,4	34,8
Toscana	36,3	36,2	33,5	37,7
Umbria	26,7	30,0	45,5	46,3
Marche	33,5	34,1	38,4	39,2
Lazio	31,7	33,4	39,3	40,4
Abruzzo	28,6	32,2	42,9	44,5
Molise	25,6	28,1	49,2	49,9
Campania	28,4	24,9	43,7	53,2
Puglia	29,8	27,9	42,0	50,8
Basilicata	34,1	28,3	38,4	47,7
Calabria	31,0	25,5	40,3	50,8
Sicilia	23,3	26,1	52,0	55,1
Sardegna	41,5	34,4	31,0	42,5
Ripartizione geografica				
Italia nord-occidentale	37,6	36,6	29,4	32,9
Italia nord-orientale	42,5	41,0	24,9	29,7
Italia centrale	33,0	34,1	37,8	39,8
Italia meridionale	29,4	26,8	42,5	51,0
Italia insulare	27,8	28,2	46,8	52,0
Italia	34,4	33,6	35,5	40,3

Fonte: Ministero della Salute
D.G. della Programmazione Sanitaria

2001, emerge che gli incrementi di comportamenti sedentari interessano ancora una volta quelle regioni che già presentavano i tassi più elevati. Ad eccezione del Molise che non evidenzia variazioni, l'incremento riguarda la Sardegna, la Calabria (10 punti percentuali) e la Campania (9 punti percentuali). Incrementi si riscontrano anche in Emilia Romagna, Veneto e Liguria, anche se in misura più contenuta (tab. 14).

In sintesi, dunque, l'abitudine allo svolgimento regolare di un'attività fisica, diversamente dagli anni '80, non mostra un trend di tipo crescente. Anzi, negli ultimi cinque anni, sembra comunque in lieve ascesa il numero di sedentari, mentre è sostanzialmente stabile la quota di coloro che svolgono regolarmente un'attività fisica.

Riferimenti bibliografici

U.S. Department of Health and Human Services, Physical Activity and Health, a Report of the Surgeon General. Washington, DC, Hhs, 1996.

C. Bouchard, R.J. Shepard, T. Stephens. Physical activity, fitness and health. The consensus statement in Physical activity, fitness and health, Champaign, Ill: Human Kinetics, 1994.

European Heart Health Initiative. Children and young people – the importance of physical activity. European heart network. Brussels, 2001.

Institute of European food studies. A pan-EU survey on Consumer Attitudes to Physical Activity, Body-weight and Health, European Commission, 1998.

ISTAT. Fattori di rischio e tutela della salute. Volume Informazioni n. 26, 2002.

ISTAT. Cultura, socialità e tempo libero. Volume informazioni n. 2, 2002.

J. Shephard Roy. Attività fisica, invecchiamento e salute. McGraw-Hill Libri Italia, 1998.

U.S. Department of Health and Human Services. Physical Activity Fundamental to preventing disease, 2002.

B. Wicklin. Sport and Recreation for Healthy life in World Health Forum, Vol. 13, World Health Organization. Ginevra.

World Health Organization. Diet, physical activity and health. Ginevra, 2002.

WHO The European Health Report 2002, www.euro.who.int/europeanhealthreport.

5.3. Tabacco

Gli ultimi dati disponibili, relativi agli anni 1999-2000 (ISTAT: Indagine Multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari"), indicano che nella popolazione italiana i fumatori stimati sono circa 12 milioni e 330 mila. La percentuale di fumatori totale (>14 anni) è pari al 24,9%; per gli uomini la prevalenza è maggiore, con una percentuale del 32,2%, mentre per le donne la percentuale è del 18,2%. Tra le donne, tuttavia, la percentuale ha subito un aumento passando dal 17,3% del 1997 al 18,2% del '99/2000. Tra gli uomini, dal 1980 in poi, si nota una graduale diminuzione fino alla metà degli anni novanta (54,3% nel 1980; 34,1% nel 1994). Successivamente, soprattutto dal 1997, la percentuale di fumatori maschi si è stabilizzata.

Il fenomeno è maggiormente concentrato nelle fasce di età dai 25 ai 54 anni, con un massimo tra i 25-34 anni per gli uomini (40,6%) e tra i 35-44 anni per le donne (27,8%).

La più alta percentuale di fumatori si osserva nell'Italia nord-occidentale e centrale (26,2%), seguita dall'Italia insulare (24,5%), meridionale (23,8%) e nord-orientale (23,5%). Al Sud e nelle Isole si osserva la più alta prevalenza di fumatori tra gli uomini (33,9% e 33,4%) e la più bassa fra le donne (14,2% e 16,2%).

L'abitudine al fumo è più diffusa nelle aree urbane ed appare correlata al livello di istruzione, sia pure con andamento differenziato nei due sessi. Infatti, negli uomini la prevalenza di fumatori aumenta al decrescere del titolo di studio passando dal 27,4% tra i laureati, al 36,8% tra coloro che hanno conseguito la licenza media. Nelle donne il rapporto con il livello di istruzione è diversificato in funzione dell'età. Tra le donne più giovani (25-44 anni) l'abitudine al fumo è caratterizzata da una prevalenza di fumatrici crescente al diminuire del titolo di studio, analogamente agli uomini (20,4% tra le laureate, 23,5% tra le diplomate, 28,7% tra chi ha la licenza media). Tra le donne più anziane (65-74 anni) si osserva un andamento opposto alla quota di donne fumatrici, tra le laureate, tripla (20%) rispetto a

quella tra le donne con licenza media (6%).
Un altro aspetto interessante è quello relativo alla dose giornaliera di tabacco fumato. Il 91,9% dei fumatori dichiara di fumare tutti i giorni (il 93,3% dei fumatori e l'89,6% delle fumatrici). I fumatori abituali di sigarette rappresentano il 90,9% dei fumatori abituali. La quota restante di fumatori abituali fumano per lo più il sigaro o la pipa. Si possono distinguere tre tipologie di fumatori, rispetto al numero di sigarette fumate mediamente al giorno: i "forti fumatori" (20 e più sigarette al giorno) pari al 40,9% dei fumatori abituali di sigarette, i "fumatori medi" (da 10 a 19 sigarette) sono il 40,1% e i "fumatori moderati" (da 1 a 9 sigarette) sono il 19%. Oltre la metà dei fumatori ha dichiarato di fumare da 20 anni e più; tale dato è preoccupante, considerato che i rischi per la salute crescono con l'aumentare degli anni di esposizione al fumo di tabacco.
Età di inizio. Il 43,5% dei fumatori ha iniziato a fumare tra i 14 e i 17 anni ed il 38,2% tra i 18 e i 21 anni, con un'età media di inizio del consumo, maggiore negli uomini (19,7) che nelle donne (17,6). L'età di inizio nelle donne varia, tuttavia, con l'età anagrafica: le anziane (65 anni e più) hanno iniziato in media a 26-27 anni, le più giovani (25-44 anni) a circa 18 anni. L'inizio precoce (prima dei 14 anni) è maggiore per gli uomini (6,9%) che per le donne (3,4%), con una maggiore prevalenza di fumatori precoci nelle regioni dell'Italia meridionale ed insulare (rispettivamente 6,9 e 6,3%).
I giovani ed il fumo. I dati ISTAT indicano che i giovani tra 14 e 24 anni che dichiarano di fumare sono il 22,2% (pari a circa 1 milione e seicentomila persone), con una maggiore concentrazione nelle Regioni del Nord e del Centro Italia. La quota dei ragazzi fumatori è superiore a quella delle ragazze fumatrici (27,5% contro 16,6%). Tale differenza è particolarmente evidente nell'Italia meridionale ed insulare (24,8% contro 10,5% nel Sud e 27,5% contro 12,5% nelle Isole).
Fumatori passivi in famiglia. Coloro che non fumano, ma convivono con almeno un fumatore sono in Italia circa 12 milioni e 500mila, pari al 21,9% della popolazione. Soprattutto per i bambini e le persone anziane, si può ipotizzare che i familiari adottino comportamenti di tutela della salute ed evitino o riducano l'abitudine di fumare in casa. Si potrebbe, quindi più correttamente, parlare di "potenziali fumatori passivi". Tre quarti di essi (73,1%), comunque, sono potenzialmente esposti al fumo di un solo familiare, il 23,4% al fumo di due familiari ed il 3,5% al fumo di tre o più persone.
Ex Fumatori. In Italia gli ex fumatori sono 9 milioni e 466 mila (pari al 19,1% della popolazione di età superiore a 13 anni), di cui 6 milioni e 294 mila uomini (26,4%) e 3 milioni e 172 mila donne (12,4%). La quota di ex-fumatori aumenta con l'età fino a raggiungere il 56,9% tra gli anziani di età 70-74 anni. Fra le donne la quota delle ex-fumatrici raggiunge il massimo tra i 35 e i 44 anni (17,8%), ma presenta una minore variabilità tra le differenti classi d'età. Dai dati emerge che in Italia i fumatori in media smettono di consumare tabacco intorno ai 40 anni; le donne fumatrici in media a 37,1 anni, gli uomini fumatori a 41,7 anni.

5.4. Alcol

Secondo un trend, iniziato dai primi anni ottanta, continua in Italia il calo del consumo medio annuo pro-capite di alcol (individuabile come consumo medio dell'alcol contenuto nel complesso di tutte le diverse tipologie di bevanda alcolica consumate), stimato per l'anno 2000 in 7,5 litri. Il calo dei consumi complessivi di alcol è da attribuirsi per buona parte al calo dei consumi di vino, e in parte dei superalcolici, mentre in aumento appaiono i consumi di birra.
Nonostante ciò, il livello del consumo medio pro-capite è ancora notevolmente al di sopra di quello ritenuto auspicabile dall'OMS nella Regione europea per l'anno 2015, individuato – nell'ambito del Programma "Health 21/1999 Target 12" – in 6 litri l'anno per tutta la popolazione al di sopra dei 15 anni e in 0 litri per quella di età inferiore. Rimane inoltre

alta, benché in calo, la prevalenza del consumo quotidiano di vino in quantità eccedenti nei maschi (nel 1998 è stato rilevato un consumo quotidiano superiore al litro nel 9,7% dei maschi, contro il 12,2% nel 1995) .

I soggetti che abusano di alcol, individuati come coloro che si sono ubriacati più di una volta negli ultimi tre mesi, crescono dallo 0,9 del 1993 all' 1,4 del 2000. La Società italiana di alcologia ha stimato in una cifra superiore a 50.000 il numero dei nuovi alcolisti per anno. Secondo la stessa fonte è del 10% la prevalenza di patologie alcolcorrelate in medicina generale, ed anche nell'ambito dei ricoveri ospedalieri il 10% è attribuibile a problemi alcolcorrelati.

Dai dati rilevati dal Ministero della sanità sulle schede di dimissione ospedaliera nell'anno 2000, risultano dimessi dagli ospedali con diagnosi totalmente attribuibile all'alcol, 99.321

Tab.15 Distribuzione regionale dei tassi di ospedalizzazione per diagnosi totalmente attribuite all'alcool. Anno 2000 (dimessi per 100.000 abitanti)

Regioni	≤ 14 anni		15-35 anni		36-55 anni		> 55 anni		Totale
	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	
Piemonte	3,8	3,6	84,3	27,4	379,3	130,9	483,1	96,2	174,2
Valle d'Aosta	0,0	13,6	264,6	66,1	626,2	239,5	1.283,5	319,8	398,0
Lombardia	3,8	2,1	163,0	42,4	434,8	136,1	664,0	123,1	215,8
Prov. Aut. di Bolzano	14,9	7,8	343,6	100,3	1.050,7	285,0	1.370,6	317,1	448,0
Prov. Aut. di Trento	14,0	0,0	203,7	43,7	904,0	217,4	1.481,5	275,4	421,1
Veneto	4,9	4,1	124,2	37,6	523,3	191,0	851,2	194,0	263,9
Friuli Venezia Giulia	1,5	0,0	86,3	29,6	599,8	199,8	903,5	221,4	300,0
Liguria	4,6	0,0	272,8	87,5	748,5	189,3	521,7	108,2	279,2
Emilia Romagna	3,5	0,9	138,6	49,7	390,1	126,5	449,3	80,8	180,2
Toscana	1,4	5,0	143,7	45,2	301,6	116,6	291,9	85,2	143,2
Umbria	0,0	0,0	48,8	12,6	182,0	45,9	610,3	125,6	153,7
Marche	4,1	0,0	183,8	49,0	490,3	148,5	459,4	86,5	200,9
Lazio	3,4	1,7	131,3	33,3	334,2	82,9	350,0	71,6	137,4
Abruzzo	1,1	4,5	256,4	51,3	554,8	133,2	667,3	104,6	243,2
Molise	8,1	0,0	208,3	21,4	632,4	138,8	605,2	103,1	234,2
Campania	2,6	0,4	68,1	18,4	228,4	46,5	219,6	74,3	80,3
Puglia	5,0	0,9	153,7	31,0	337,9	63,2	316,8	67,4	125,4
Basilicata	9,8	2,1	183,3	48,8	397,5	69,4	496,3	126,9	177,2
Calabria	6,6	1,2	111,2	20,0	354,2	55,6	473,0	122,6	145,3
Sicilia	1,9	0,2	67,8	13,9	248,5	31,9	160,4	43,6	72,5
Sardegna	10,5	2,6	154,3	28,0	434,9	75,0	420,2	81,4	161,1
Italia	3,9	1,8	131,6	34,5	396,4	109,5	486,9	104,8	172,2

Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario