

STILI DI VITA E DISUGUAGLIANZE



Gli stili di vita insalubri sono fattori di rischio che possono causare disuguaglianze di salute. Come dimostrano diversi studi, abitudini e comportamenti malsani contribuiscono notevolmente ad aumentare il rischio di insorgenza di diverse patologie e a peggiorare il loro decorso. A ricorrere a stili di vita insalubri sono soprattutto gli individui appartenenti alle fasce di popolazione meno istruite e/o più povere.

▼ Dipendenze

La ricerca dimostra come la dipendenza dal fumo – l'avvio, il grado di dipendenza e la capacità di cessazione – dipendano non solo dalla volontà individuale, ma anche dall'influenza familiare e sociale. Per la dipendenza da sostanza, una povertà di contesto favorisce l'iniziazione, quella individuale ne limita la cessazione, ma i fattori più importanti sono le norme sociali e comportamentali, il sostegno e le relazioni.



Fumo

Le persone con minori risorse e, a parità di risorse, quelle con più basso livello di istruzione hanno più probabilità di iniziare a fumare precocemente, maggior grado di dipendenza (forti fumatori) e minore capacità di smettere.

La *figura 1* mostra che in Italia queste affermazioni valgono per gli uomini, meno per le donne, in cui le differenze nella prevalenza tra le fumatrici di alta e bassa istruzione sono minime. Si sta assistendo, nei periodi più recenti, ad una inversione di tendenza, fenomeno presente già da tempo in quasi tutti i paesi del nord Europa.



Figura 1. Prevalenza di fumatori per livello di istruzione e andamento temporale, per macro-area di residenza. Sistema di Sorveglianza PASSI, periodo 2008-2012.

In generale, dopo l'introduzione della legge antifumo, si è notato un calo della prevalenza dei fumatori, una lieve crescita solo tra il 2005 e il 2008, anno di inizio della crisi economica. Negli anni successivi è ripreso il trend in calo (*figura 2*).

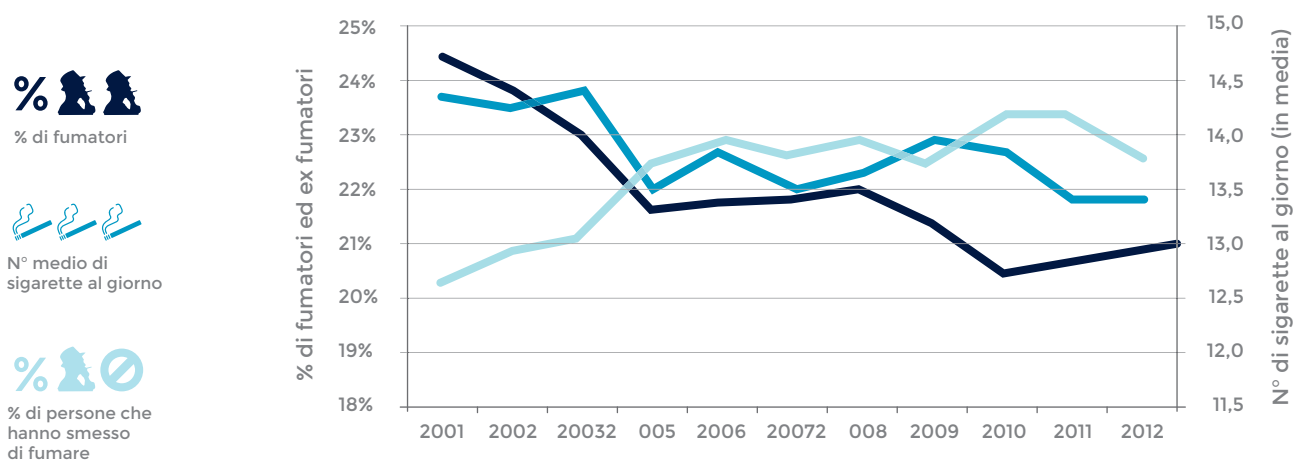


Figura 2. Andamento dell'abitudine al fumo in Italia dal 2001 al 2011 nei dati dell'indagine Istat multiscopo "Aspetti della vita quotidiana".

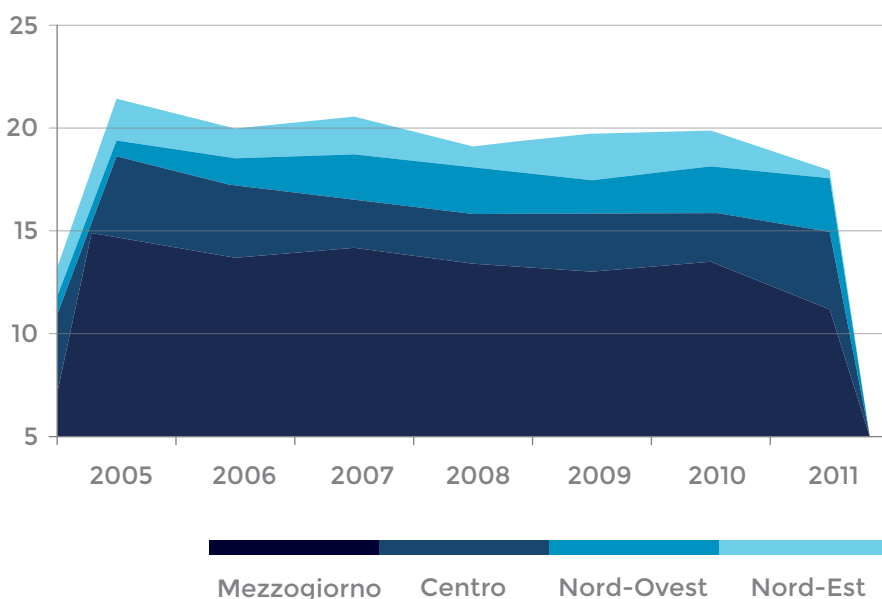
L'indagine Passi segnala invece che i tentativi di smettere di fumare sono in calo: si è passati dal 41% nel biennio 2008-2009 al 36% in quello successivo. Si registra anche un calo nelle vendite complessive del tabacco soprattutto delle marche più costose. Aumenta il ricorso al tabacco sfuso, soprattutto tra i giovani, che consente di abbassare di circa la metà il costo. Le disuguaglianze sociali nel fumo hanno un impatto sulle disuguaglianze sociali nella salute molto evidente: negli anni Novanta, in tutti i paesi europei esaminati (Italia inclusa), il 15% - 30% delle morti che si sarebbero potute evitare tra gli uomini di bassa posizione sociale era attribuibile al fumo, e **oggi è ancora più del 10%**.

Alcool

Un profilo simile a quello del tabacco si osserva per la **dipendenza da alcool, che colpisce gli uomini più svantaggiati che ne abusano di più, sviluppano un maggior grado di dipendenza e hanno esiti di salute peggiori**; anche in questo caso le donne di bassa posizione sociale rappresentano un'eccezione, con un maggior numero di bevitrici a rischio nelle classi sociali più elevate.

I dati dell'indagine Istat multiscopo mostrano una diminuzione costante nelle diverse forme di abuso di alcool già a partire dalla metà degli anni 2000 (figura 3). Una diminuzione che si interrompe tra il 2008 e il 2010 in corrispondenza dei primi anni della crisi per poi riprendere nel 2011 in tutte le aree del paese.

Figura 3. Consumatori di alcool a rischio nell'indagine Istat multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" 2005 - 2011. Sono presi in considerazione il consumo giornaliero non moderato di vino, birra o altri alcolici (più di 2-3 unità alcoliche al giorno per l'uomo, di 1-2 unità per la donna e di 1 sola unità alcolica per gli anziani, da consumarsi durante i pasti) e gli episodi di ubriacatura concentrati in singole occasioni (binge drinking) che comportano comunque un'assunzione di quantità eccessive di alcool.



Sistemi di sorveglianza locali sugli adolescenti hanno misurato nel 2011 una **tendenza all'aumento tra ragazzi di età compresa tra i 14 e i 19 anni del binge drinking¹** (+5% rispetto al 2008) ma non sono in grado di distinguere il contributo della crisi da quello dell'andamento storico.

Stupefacenti

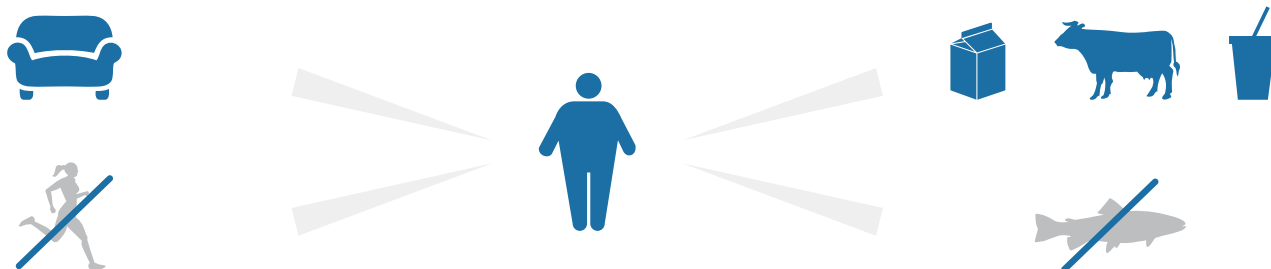
Diversi studi hanno dimostrato che l'alta condizione socioeconomica e l'alta istruzione sono protettive per l'abuso di **eroina e cocaina**, influenzato anche dall'ambiente familiare e sociale.

I dati piemontesi dello studio Vedette mostrano che le persone dipendenti da eroina hanno un livello di istruzione più basso rispetto alla popolazione generale. Si osserva una diminuzione nell'utilizzo di sostanze illegali, che si inserisce nella tendenza alla diminuzione vista per l'alcol e il tabacco.

▼ Alimentazione e sedentarietà

I comportamenti alimentari squilibrati e la sedentarietà interessano con maggiore frequenza e gravità le persone di bassa posizione sociale e i loro figli. Dai dati dell'indagine Multiscopo Istat, emerge un maggior consumo di latticini, carni rosse e grassi animali da parte delle persone più svantaggiate, e un minor consumo di pesce. La crisi economica ha riequilibrato alcune differenze causando una diminuzione dei consumi sia delle carni rosse sia dei latticini. E' invece aumentato l'uso di condimenti a base di grassi animali saturi ed è diminuito il consumo di pesce. Non si sono osservate differenze nel consumo di frutta e verdura tra i gruppi sociali e nei periodi pre e post crisi.

Dati nazionali confermano un **eccesso significativo di persone che non fanno alcun tipo di attività fisica tra gli operai e le operaie (85% e 72% in più) rispetto alle classi dirigenti**. Non sono disponibili stime sull'impatto delle disuguaglianze sulla sedentarietà e sull'alimentazione scorretta, tuttavia è ragionevole ritenere che esse abbiano un ruolo nel determinare la differenza nell'esposizione ai fattori di rischio per le malattie correlate: patologie metaboliche, cardiovascolari, tumorali, osteoarticolari.



In Italia, secondo i dati dell'indagine Passi del triennio 2007-2009, la differenza per livello d'istruzione è forte in tutte le fasce d'età: negli uomini la sedentarietà diminuisce progressivamente al crescere del titolo di studio, **ad esempio tra chi ha un'età compresa tra i 35 ei 49 anni si passa dal 42% di chi ha una licenza elementare o nessun titolo d'istruzione al 18% di chi ha una laurea**; nelle donne il gradiente per livello d'istruzione è evidente in tutte le classi d'età, **per esempio tra le donne di età compresa tra i 50-69 anni si passa dal 48% delle donne con un titolo elementare o assente al 22% delle laureate** (figura 4).

¹ **Binge drinking** : "abbuffate alcoliche" il cui scopo è l'ubriacatura immediata e la perdita di controllo.

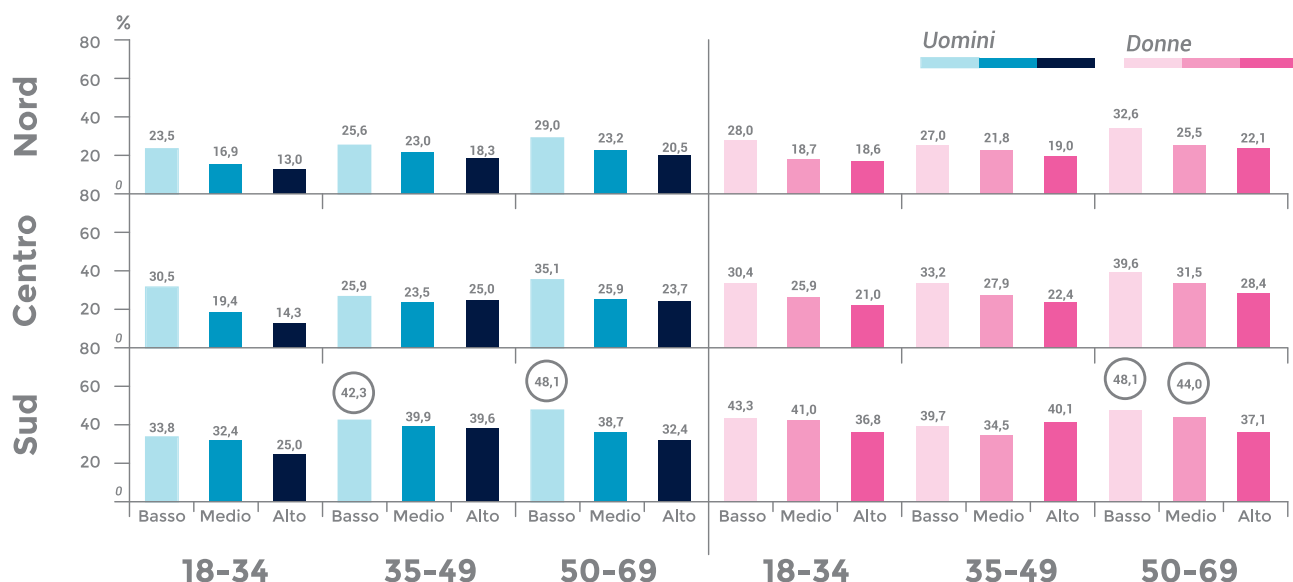


Figura 4. Prevalenza di persone sedentarie per livello socioeconomico, classe d'età e ripartizione geografica - Pool PASSI 2007-09

L'attività fisica ha un'importanza fondamentale sulla salute.

L'inattività può favorire l'obesità, quest'ultima è una delle 10 principali cause di morte.

Accresce il rischio di malattie croniche: diabete, malattie cardiovascolari, tipologie di tumori, depressione e ansietà e genera anomalie di pressione e di colesterolo.

Vari studi consigliano almeno 30 minuti di moderata attività fisica 5 volte la settimana e un'ora di attività fisica vigorosa alla settimana ma maggiori benefici sulla salute si hanno con un'ora al giorno di attività fisica leggera e un'ora al giorno di attività fisica vigorosa (dopo averne parlato col proprio medico).

Chi svolge attività fisica riduce del 50% il rischio di malattie croniche e del 20-30% di morte prematura.



30
MINUTI
DI ATTIVITÀ FISICA
5
VOLTE LA SETTIMANA
PER **BAMBINI,**
ADULTI E ANZIANI.

Le famiglie più povere e coloro che risiedono nelle aree più deprivate sono più spesso sedentari.

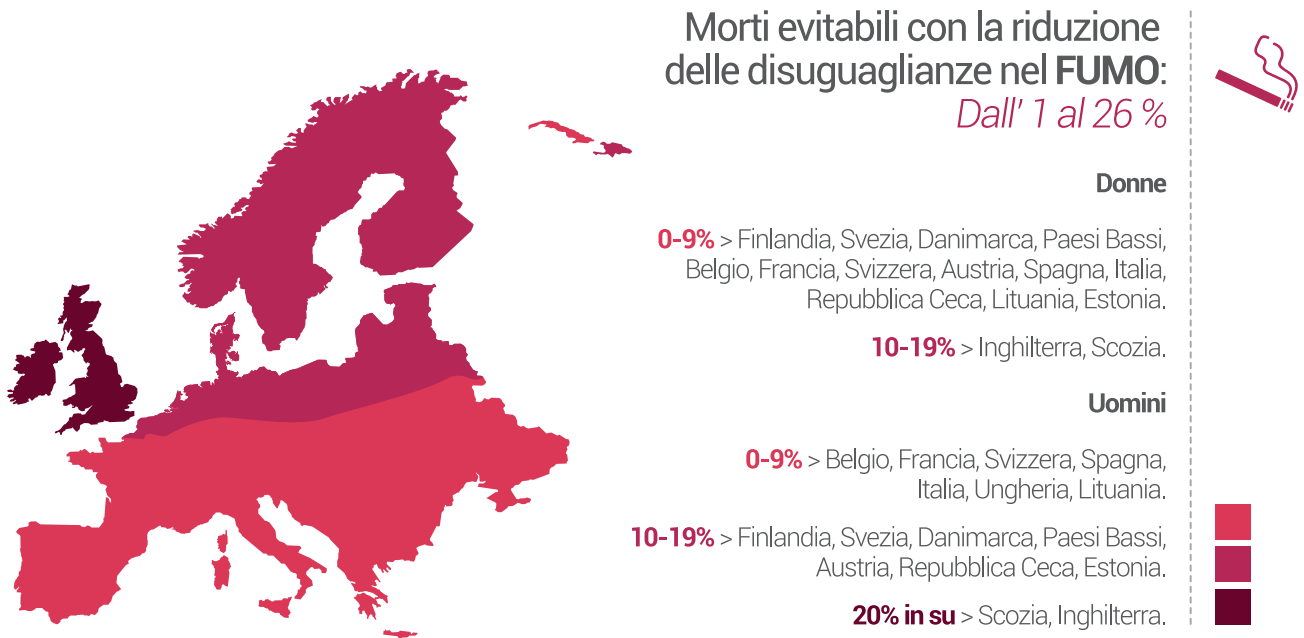
L'accesso e la facilità di utilizzo di aree verdi, la disponibilità di percorsi sicuri per passeggiare o andare in bicicletta, di aree gioco, si associano a una maggiore propensione a fare dell'attività fisica e quindi a **limitare il rischio di obesità**. I bambini praticano di più queste attività dove i genitori percepiscono che sono sicure.

Le ragazze di tutte le età hanno meno probabilità di camminare e andare in bicicletta rispetto ai maschi. Tipicamente le donne svolgono meno attività fisica degli uomini, perché devono superare diverse barriere, come il ricoprire ruoli multipli che le porta ad avere pochissimo tempo per se stesse, o l'essere più sensibili alle insicurezze dell'ambiente (camminare nel quartiere). Sono più facilmente incoraggiate all'esercizio fisico, se vedono un analogo utilizzo del quartiere da parte di altri residenti.

▼ In conclusione: quante morti premature si potrebbero evitare agendo sugli stili di vita?

Il progetto Euro-GBD-SE² ha misurato la quota di mortalità attribuibile alle differenze di istruzione che poteva essere spiegata dalle disuguaglianze di esposizione ad una serie di fattori di rischio. Le figure seguenti mostrano le morti evitabili, nei diversi paesi europei, se si riducessero le disuguaglianze nell'esposizione a tre fattori di rischio: **fumo, sedentarietà, sovrappeso e obesità.**

L'impatto sulla mortalità evitabile dovuto agli stili di vita insalubri ha dimensioni variabili nei diversi paesi a seconda delle variazioni geografiche nella frequenza dell'esposizione agli stessi fattori di rischio. ritenere che esse abbiano un ruolo nel determinare la differenza nell'esposizione ai fattori di rischio per le malattie correlate: patologie metaboliche, cardiovascolari, tumorali, osteoarticolari.



I dati relativi gli Stati sottoelencati derivano da studi realizzati nello specifico:

in Italia: Toscana, Torino;

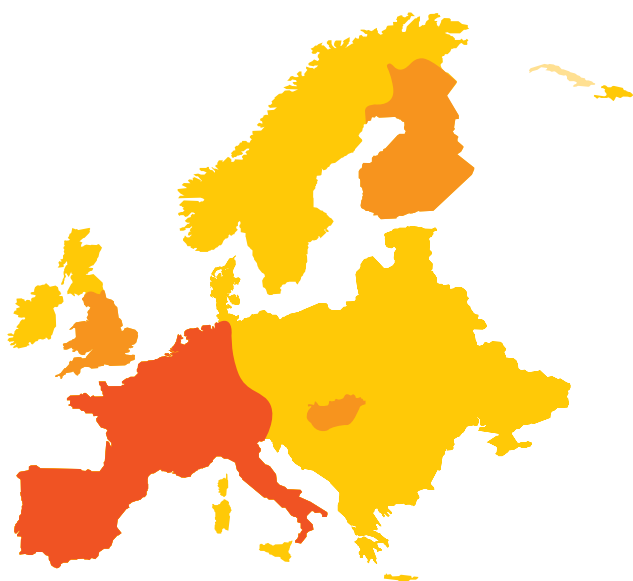
in Belgio: Bruxelles;

in Spagna: Barcellona, Madrid, Paesi Baschi.

²Euro-GBD-SE project : www.euro-gbd-se.eu/ , 2012.

Morti evitabili con la riduzione delle disuguaglianze nel BMI>25 (Body Mass Index):

Dallo 0 al 39 %



Donne

0-9% > Svezia, Norvegia, Danimarca, Scozia, Repubblica Ceca, Lituania, Estonia.

10-19% > Ungheria, Inghilterra, Finlandia.

20% in su > Paesi Bassi, Svizzera, Belgio, Francia, Spagna, Italia.

Uomini

0-9% > Finlandia, Norvegia, Svezia, Danimarca, Inghilterra, Scozia, Repubblica Ceca, Paesi Bassi, Belgio, Svizzera, Ungheria, Francia, Spagna, Italia, Lituania, Estonia.



Morti evitabili con la riduzione delle disuguaglianze nell' ESERCIZIO FISICO:

Dall' 1 al 16 %



Donne

0-9% > Finlandia, Norvegia, Repubblica Ceca, Lituania, Estonia.

10-19% > Danimarca, Paesi Bassi, Belgio, Svizzera, Spagna, Italia.

Uomini

0-9% > Finlandia, Norvegia, Repubblica Ceca, Lituania, Estonia, Danimarca, Paesi Bassi, Belgio, Svizzera, Spagna, Italia.



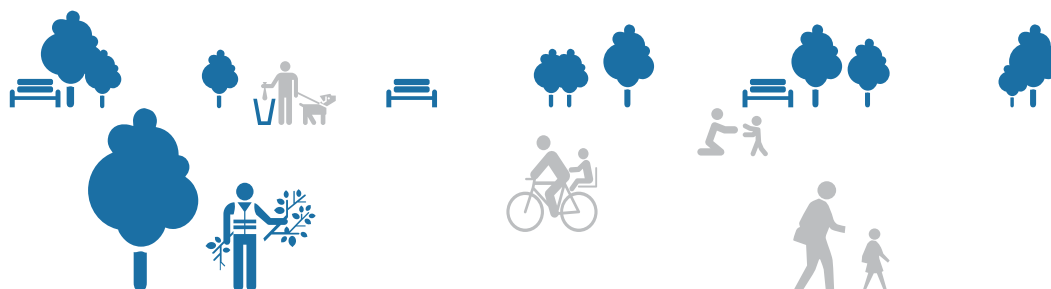
SOMMANDO IL CONTRIBUTO DELLA RIDUZIONE DELLE DISUGUAGLIANZE DOVUTE AI DIVERSI STILI DI VITA INSALUBRI, LA MORTALITÀ ATTRIBIBILE AD ESSE SI RIDURREBBE CONSIDEREVOLMENTE IN TUTTI I PAESI (MAI MENO DEL 20% NEL CASO DELLA SOMMA DI FUMO E SOVRAPPESO).

Interventi

La Marmot¹ review identifica 4 tipi di azioni:

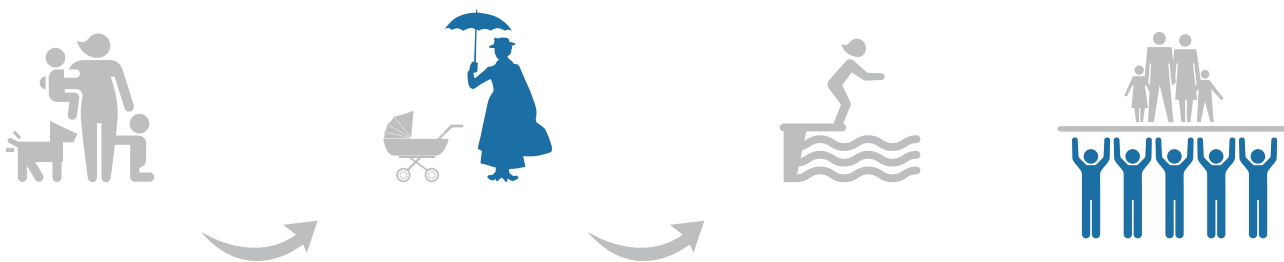
Aumentare opzioni positive per la salute

Ad esempio introdurre pasti equilibrati nelle mense scolastiche e misure per aumentare l'attività dei bambini per combattere l'obesità infantile. Possono essere costose per i contribuenti, ma possono portare vantaggi di salute nel lungo periodo. L'investimento pubblico potrebbe anche aprire spazi per il mercato privato su queste attività. Per l'attività fisica, i cambiamenti dell'ambiente fisico per favorire piste ciclabili e luoghi per camminare sono più efficaci nelle aree deprivate, ne è prova per esempio Glasgow, dove in alcune aree le misure di riduzione del traffico hanno portato ad un aumento del 20% del movimento a piedi.



Influenzare le preferenze

Ad esempio, le azioni di etichettatura degli alimenti, o la costituzione di gruppi di professionisti multidisciplinari che supportano fasce di popolazione nelle scelte di salute oppure tecniche di marketing sociale, per segmentare il mercato e influenzare le preferenze e quindi i comportamenti. Si possono anche utilizzare politiche dell'inversione del comportamento standard, come nel caso del fumo: se fosse necessario chiedere un permesso ad inizio anno per fumare, si creerebbe un registro per i fumatori a cui associare un costo legato alle ricadute sociali del maggior rischio di malattia, o per individuare quelli verso cui indirizzare azioni preventive o curative specifiche come cerotti gratuiti, ecc. Per contro, questa azione potrebbe creare un incentivo per il mercato nero, nonché il rischio di legittimare chi fuma, che avrebbe anche un permesso regolarmente acquistato. Per l'attività fisica poiché i poveri e le donne, soprattutto quelle con figli a carico, sono i gruppi che ne fanno meno, occorre offrire servizi e occasioni legate all'attività nel tempo libero a basso costo o gratuite.



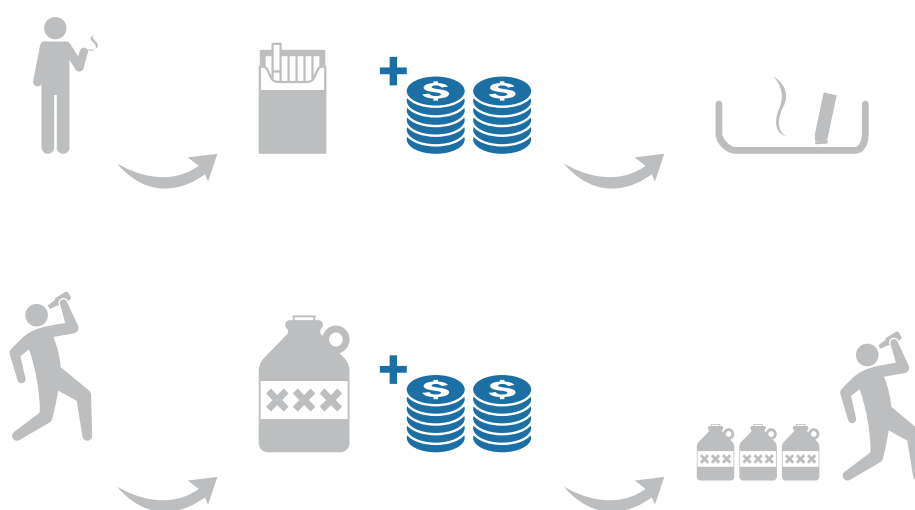
³ www.marmotreview.org

Controllare consumi, prezzi, sussidi e imposte

Nel caso della dipendenza da alcool, è documentato che il comportamento dei grandi bevitori è molto meno sensibile al prezzo rispetto a quello dei bevitori moderati; un forte aumento del prezzo dell'alcool potrebbe avere notevoli benefici sulla popolazione, ma la relazione è complessa e c'è il rischio che i più poveri spendano in alcool una quota maggiore di reddito per continuare a bere, causando un peggioramento della propria condizione complessiva.

Nel caso del fumo l'intervento studiato meglio è quello sul prezzo del tabacco.

Se costasse come in Irlanda – paese in cui il prezzo è più alto – la riduzione delle disuguaglianze di mortalità sarebbe modesta in Gran Bretagna dove il prezzo è già alto, mentre potrebbe essere significativa nell'Europa Meridionale, dove il prezzo è basso, e nell'Europa del Nord dove la mortalità attribuibile al fumo è più alta.



Porre restrizioni e divieti

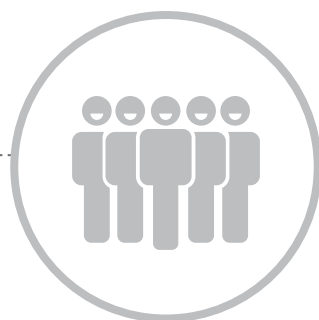
Il caso più importante è il divieto di fumo in pubblico adottato in vari paesi europei in tempi diversi (in Italia a partire dal gennaio 2005) valutato nell'ambito di una revisione Cochrane⁴.

L'efficacia era misurata in termini di riduzione dell'esposizione al fumo passivo, diffusione del fumo, consumo di tabacco nella popolazione e ospedalizzazioni. In questa revisione sono stati inclusi ben 50 studi e sono state riscontrate prove consistenti che i divieti di fumo riducono l'esposizione al fumo passivo nei luoghi di lavoro, ristoranti, pub e nei luoghi pubblici. La prevalenza di fumatori e il consumo di tabacco non calano sempre in tutti i Paesi che adottano i divieti. Ci sono prove, basate su 25 studi, di una riduzione dei ricoveri ospedalieri per eventi cardiaci attribuibili alla messa in atto del divieto, nonché di un miglioramento in alcuni indicatori di salute, inclusi sintomi respiratori e funzione polmonare.



⁴ www.cochrane.org

INFINE POICHÉ I COMPORAMENTI DANNOSI PER LA SALUTE TENDONO AD ESSERE GEOGRAFICAMENTE CONCENTRATI, SIA PERCHÉ LE PERSONE TENDONO A REAGIRE A CIRCOSTANZE SIMILI IN MODO SIMILE, SIA PERCHÉ ESISTE UN'INFLUENZA DEL GRUPPO, POTREBBE ESSERE PIÙ EFFICACE ATTUARE POLITICHE DI COMUNITÀ, PIUTTOSTO CHE PER I SINGOLI INDIVIDUI.



Fact sheet realizzato e stampato nel febbraio 2015

SI AUTORIZZA LA RIPRODUZIONE PARZIALE O TOTALE DEL CONTENUTO DEL PRESENTE DOCUMENTO



licensed under a Creative Commons Attribution - Non commerciale -
Condividi allo stesso modo 3.0 Italia License.
Based on a work at www.dors.it.

Si può richiedere copia del factsheet rivolgendosi al Centro di Documentazione per la Promozione della salute (Dors) Regione Piemonte, via Sabaudia 164 – 10095 Grugliasco (TO), tel. 01140188510, fax 01140188201, e-mail: info@dors.it.

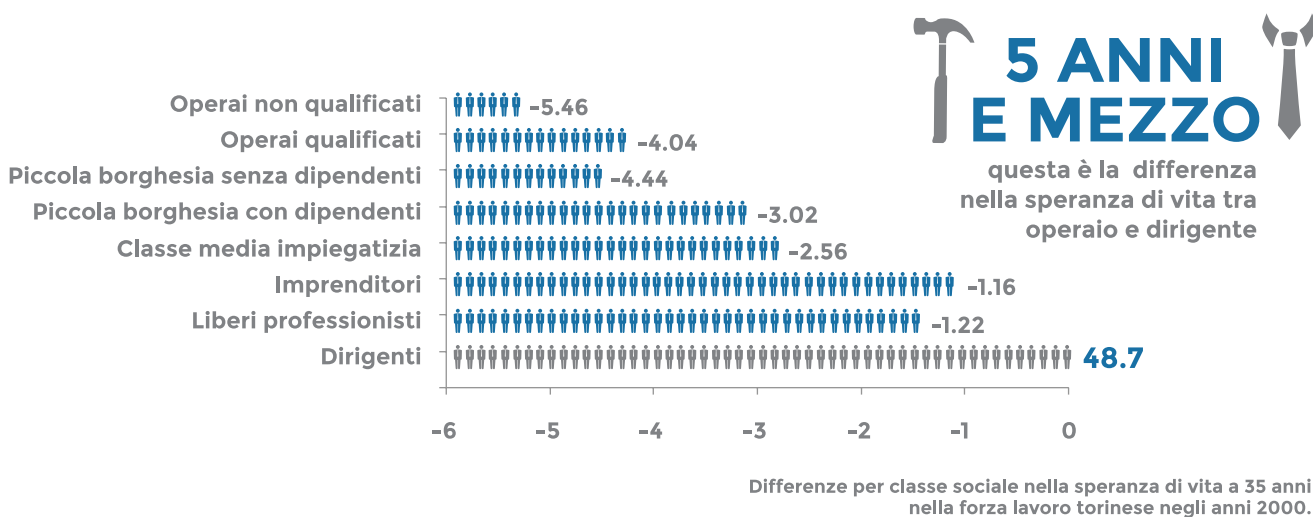


Il presente factsheet deriva dal volume:
Costa G., Bassi M., Marra M. et al (a cura di), L'equità in salute in Italia.
Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità,
edito da Fondazione Smith Kline, presso Franco Angeli Editore, Milano, 2014.



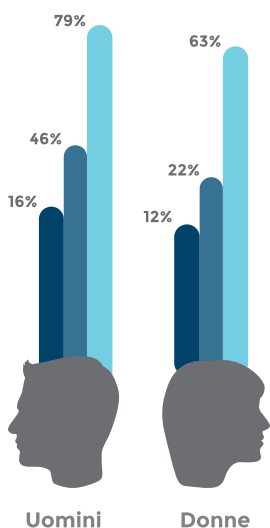
LE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE A COLPO D'OCCHIO

Il livello di salute di una società non dipende unicamente dalle capacità del sistema sanitario di erogare cure universali e appropriate e di tutelare il benessere fisico e mentale dei cittadini ma anche - e in buona parte - dalle condizioni di vita in cui gli individui nascono, crescono, vivono, lavorano ed invecchiano.



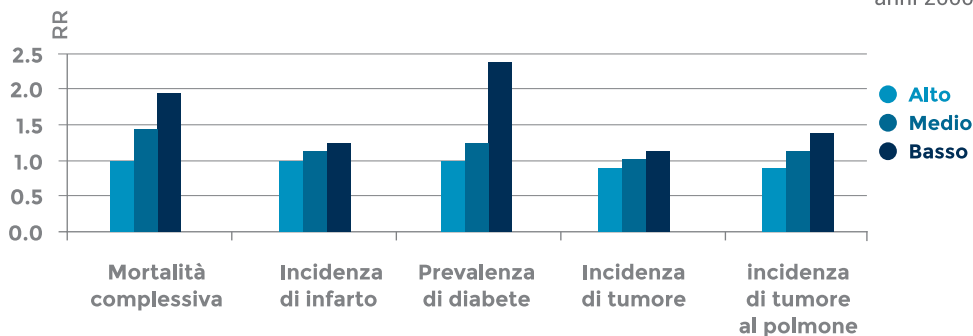
I cittadini che hanno condizioni di svantaggio sociale si ammalano di più, guariscono meno, perdono auto-sufficienza e tendono ad essere meno soddisfatti della propria salute e a morire prima.

In Italia, negli anni Duemila, il rischio di morire cresce con l'abbassarsi del titolo di studio.



- Diploma di maturità
- Media inferiore
- Elementari

Rischi relativi (RR) per livello d'istruzione a Torino anni 2000



Tali differenze sono chiamate disuguaglianze sociali nella salute e presentano tre caratteristiche:



Tendono a colpire sistematicamente gli stessi gruppi sociali.



Non riguardano unicamente i più sfortunati: mano a mano che si risale lungo la scala sociale gli indicatori di salute hanno valori più favorevoli, secondo quello che viene gradiente sociale.



Sono socialmente costruite e quindi ingiuste.