

A cura di: Mauro Palazzi
Nicoletta Bertozzi
Patrizia Vitali
Francesca Righi
Elizabeth Bakken
(Dipartimento di Sanità Pubblica Azienda Sanitaria di Cesena)

Bruna Zani
Luca Pietrantoni
(Facoltà di Psicologia Università di Bologna)

Hanno collaborato alla realizzazione dello studio:

Giampiero Battistini
Antonella Bazzocchi
Giuseppe Brighi
Francesca Castoldi
Marinella Franceschini
Emilia Giorgi
Sabrina Guidi
Roberto Quadalti
Vannia Ricci
Renata Zanchini
(Dipartimento di Sanità Pubblica Azienda Sanitaria di Cesena)

Indice

Presentazione.....	5
Introduzione.....	6
Metodi.....	7
Sintesi.....	8
Descrizione del campione.....	11
Stato di salute e qualità di vita percepita.....	15
Attività fisica e motoria.....	21
Abitudine al fumo.....	25
Sovrappeso e obesità.....	28
Alimentazione.....	32
Canali comunicativi.....	37
Fattori di rischio e disuguaglianze.....	41
Alcune considerazioni conclusive.....	45
Note metodologiche e definizioni.....	46
Bibliografia.....	48

Presentazione

Le attuali conoscenze scientifiche indicano che le principali patologie (malattie cardiovascolari, tumori, malattie respiratorie, diabete...) che affliggono la nostra popolazione, sono determinate dallo stile di vita adottato dalle persone.

Lo sviluppo di programmi per contrastare la sedentarietà, il sovrappeso, l'alimentazione scorretta, il tabagismo e il consumo eccessivo di alcol sono quindi tra gli interventi più auspicati per ottenere i maggiori risultati in termini di impatto sulla salute e sulla qualità di vita della nostra popolazione.

Cambiare il proprio stile di vita purtroppo non è un processo facile, ma è un percorso spesso lungo e complesso che, pur partendo da una presa di coscienza individuale dei rischi e dei benefici associati ad un determinato comportamento, è sostenuto od ostacolato da molti fattori, interni ed esterni all'individuo, sui quali, per intervenire efficacemente, occorre uno sforzo organizzato dei diversi settori della comunità orientati verso un comune obiettivo: la prevenzione e la promozione della salute.

Il punto di partenza per la costruzione di un programma di intervento efficace è la disponibilità di conoscenze sulle caratteristiche locali del fenomeno. Questa indagine sugli stili di vita e la percezione della salute, condotta intervistando un campione rappresentativo della nostra popolazione, mette a disposizione delle preziose informazioni sulle dimensioni locali del fenomeno e sulle caratteristiche delle persone (sesso, età, condizione sociale..) verso le quali è bene orientare le nostre azioni.

L'indagine è stata pensata e realizzata con l'obiettivo di produrre uno strumento di informazione soprattutto per gli amministratori pubblici, gli operatori dei servizi e gli altri attori sociali della nostra comunità al fine di fornire loro informazioni e stimoli per la programmazione di azioni di tutela della salute.

Ci auguriamo che questa lettura possa rappresentare anche per il cittadino una occasione di riflessione sul proprio stile di vita e uno stimolo a fare scelte di salute.

Questo lavoro rappresenta un prodotto concreto dell'attività di descrizione epidemiologica dei rischi e dei bisogni di salute che il Dipartimento di Sanità Pubblica può e deve sempre di più realizzare per la Direzione dell'Azienda USL, la Conferenza Sanitaria e Sociale Territoriale e l'intera collettività.

dott. Luigi Salizzato
*Direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica
Azienda USL di Cesena*

Introduzione

La realizzazione del percorso dei Piani per la Salute prevede l'elaborazione di un profilo di salute in grado di fornire una serie di informazioni utili a sottolineare le problematiche in ambito socio-sanitario nel nostro territorio.

In questo senso appare sempre più importante integrare gli indicatori tradizionali sia socio-demografici, sia sanitari (mortalità, malattie, offerta e domanda di servizi sanitari) con informazioni relative alla percezione individuale della qualità della vita e agli stili di vita che tanto condizionano la salute (sedentarietà, sovrappeso, abitudine al fumo).

Lo studio "Dioniso" si è orientato in questa direzione, perseguendo l'obiettivo di analizzare lo stato di salute percepito e gli stili di vita in un campione rappresentativo della popolazione residente nell'Azienda Sanitaria di Cesena e di individuare "tipologie di soggetti vulnerabili" in base alla presenza dei principali fattori di rischio.

I risultati dello studio arricchiscono il quadro delle informazioni necessarie per la progettazione e la valutazione nel tempo di interventi mirati di prevenzione e promozione della salute.

Metodi

Lo studio sullo stato di salute e lo stile di vita nella popolazione residente nel territorio dell'Azienda Sanitaria di Cesena è stato condotto prevedendo una suddivisione in 3 aree territoriali: l'Area di Cesena (Comuni di Cesena e Montiano), la Comunità Montana (Comuni di Bagno di Romagna, Mercato Saraceno, Sarsina, Roncofreddo, Verghereto, Borghi e Sogliano al Rubicone) e l'Area Rubicone-Mare (Comuni di Cesenatico, Gambettola, Gatteo, Longiano, S. Mauro Pascoli e Savignano sul Rubicone).

L'indagine si è focalizzata sui seguenti aspetti:

- Salute percepita e qualità di vita
- Attività fisica
- Abitudine al fumo
- Sovrappeso e obesità
- Alimentazione
- Valutazione dei fattori di rischio e dell'esposizione ai canali comunicativi

Lo studio ha coinvolto 443 persone con un'età \geq ai 18 anni estratte, attraverso un campionamento casuale, dall'anagrafe sanitaria dei residenti nel territorio dell'Azienda Sanitaria di Cesena (159.800 persone \geq ai 18 anni).

L'indagine è stata condotta nel periodo dal 1 aprile al 30 maggio 2003.

Le informazioni sono state raccolte tramite un questionario somministrato durante un'intervista telefonica; lo strumento è stato predisposto dall'Unità Operativa Epidemiologia e Comunicazione in collaborazione con la Facoltà di Psicologia dell'Università di Bologna, sulla base di questionari già validati a livello nazionale e internazionale.

Nel caso in cui la persona selezionata sia risultata irreperibile o abbia rifiutato l'intervista, si è proceduto alla sostituzione attraverso una lista di rimpiazzo appositamente predisposta.

Il livello di partecipazione all'indagine complessivamente è risultato buono: il tasso di sostituzione è stato del 15%, leggermente più alto nell'Area di Cesena (17%) rispetto all'Area Rubicone-Mare (13%) e alla Comunità Montana (10%). Tra le motivazioni della sostituzione delle persone campionate la più ricorrente è stata il rifiuto (44%), seguita dal mancato reperimento (20%). Negli anziani (\geq 65 anni) il tasso di sostituzione è stato più alto rispetto alle altre classi di età (26% vs. l'11%).

SINTESI

Stato di salute e qualità di vita percepita

Poco più della metà degli intervistati (53%) definisce la propria salute in modo positivo (buona o molto buona), il 40% la giudica discreta, mentre il 7% la ritiene cattiva o molto cattiva.

Le persone che giudicano cattivo il proprio stato di salute sono soprattutto le donne (8% rispetto al 4% degli uomini) e gli anziani (16% degli oltre sessantacinquenni).

Circa un intervistato su quattro (24%) riferisce di avere difficoltà a svolgere le proprie attività quotidiane per un problema di salute. La presenza di limitazioni è maggiormente avvertita dalle donne (28%) rispetto agli uomini (20%).

Il problema principale limitante le attività quotidiane dichiarato è l'artrite/artrosi (33%), seguito da lombalgia/mal di schiena (17%), problemi cardiaci (10%) e difficoltà motorie (8%).

Attività fisica e motoria

L'84% degli intervistati dichiara di praticare una attività fisica abitualmente, compresa quella condotta in ambito lavorativo o domestico, mentre il 16% ha uno stile di vita sedentario.

La differenza tra i due sessi appare rilevante: tra le donne l'inattività sale al 21% a fronte del 9% negli uomini.

Un anziano su tre (32%) conduce uno stile di vita sedentario.

Un uomo su tre (35%), pur praticando attività fisica, la effettua per un periodo di tempo troppo limitato; tra le donne il rapporto è di una su due (53%).

Gli indici di qualità della vita appaiono globalmente migliori nelle persone con stile di vita attivo.

I sedentari appaiono poco motivati ad attivarsi: solo la metà di loro pensa di voler incrementare l'attività fisica in futuro.

Abitudine al fumo

Circa un quarto degli intervistati fuma (26%): gli uomini sono in percentuale maggiore rispetto alle donne (33% vs il 21%); con l'aumentare dell'età diminuisce il numero di fumatori (oltre i 65 anni solo il 9% fuma).

Si tratta prevalentemente di fumatori "medi" (42%) o "moderati" (28%).

L'intenzione di sospendere il fumo è abbastanza diffusa: il 60% dei fumatori dichiara di "volere smettere" e il 44% pensa di sperimentare questo cambiamento entro un anno.

Sovrappeso e obesità

Il 31% degli intervistati è in sovrappeso e l'11% è obeso. Il sovrappeso riguarda più gli uomini che le donne (38% contro 25%), così come l'obesità (13% contro il 9%).

Il sovrappeso aumenta con l'età: tale condizione riguarda il 17% delle persone della fascia 18-44 anni contro il 47% degli anziani.

Per quanto concerne l'obesità la classe di età più colpita è quella tra i 45 e i 64 anni (18%).

Alimentazione

Nonostante la vocazione agricola del territorio, si mangia poca frutta e verdura: solo un intervistato su cinque consuma le cinque porzioni al giorno consigliate (14% a Cesena, il 23% nel Rubicone-Mare e il 37% nella Comunità Montana).

Il consumo di carne avviene in media tre volte a settimana, quello di salumi due volte; il consumo è più frequente tra i residenti nell'Area della Comunità Montana.

L'80% del campione consuma pesce almeno una volta alla settimana, anche se una persona su dieci dichiara di non mangiarlo mai.

Un terzo del campione dichiara di consumare quotidianamente il vino, ma in quantità moderata (poco più del 50% negli anziani). Il consumo della birra è prevalente nella fascia di età 18-44 anni.

Canali comunicativi

Il medico di medicina generale rappresenta un'importante fonte di informazioni sanitarie specialmente per gli anziani e le persone meno istruite che si rivolgono a lui in proporzione doppia rispetto ai diplomati e laureati.

Tra gli strumenti di comunicazione utilizzati per ottenere informazioni sanitarie, la televisione è maggiormente diffusa tra gli anziani (circa 80%) e tra le persone con un basso titolo di studio (74%).

Le riviste o internet sono invece consultati dalle persone più giovani e con un titolo di studio alto.

Fattori di rischio e disuguaglianze

I dati raccolti evidenziano una correlazione tra titolo di studio posseduto e salute della persona negli aspetti indagati.

La percezione relativa al proprio stato salute appare correlata al livello di istruzione. La percentuale di intervistati che giudicano positivamente il proprio stato di salute aumenta al crescere del titolo di studio conseguito: tra i laureati è dell' 81% , tra le persone in possesso di licenza media superiore è pari al 63% e con licenza media inferiore al 54%. Si scende al 41% tra gli intervistati con la sola licenza elementare e al 28% tra coloro che non hanno conseguito alcun titolo di studio (in questo caso si evidenzia che si tratta essenzialmente di persone anziane).

A bassi livelli d'istruzione corrispondono inoltre medie di giorni percepiti in cattiva salute più alte: dai 6 giorni al mese nelle persone con alto titolo di studio si passa infatti ai 10 giorni nelle persone con basso titolo di studio.

Tra le persone con basso titolo di studio la percentuale di persone con stile di vita sedentario sale al 24%, mentre è del 14% tra quelle con titolo alto.

Tra le persone con un titolo di studio alto la percentuale gli obesi è del 7%, mentre sono più del 15% tra quelle con al massimo la licenza elementare; lo stesso andamento si osserva per il sovrappeso.

La percentuale dei fumatori, in entrambi i sessi, è più alta tra le persone con la licenza media (36% vs 22% tra i laureati).

Si evidenzia una disuguaglianza tra le persone più o meno istruite rispetto alle fonti di informazione sanitaria: circa il 74% delle persone con un livello di istruzione più basso individua nella televisione la principale fonte di informazioni sanitarie (contro il 38% delle persone con titolo di studio alto).

Anche il ricorso al medico di famiglia appare diverso tra le persone più o meno istruite: queste ultime si rivolgono per informazioni sanitarie al proprio medico in misura doppia rispetto a diplomati e laureati (44% contro 22%).

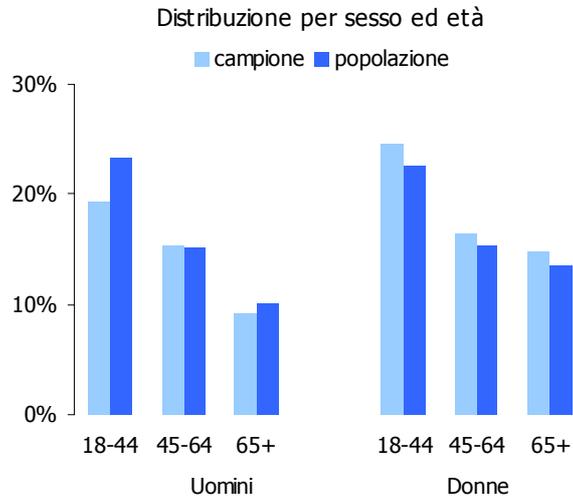
All'aumentare del livello di istruzione raggiunto cresce progressivamente il numero di persone senza fattori di rischio: si passa dal 20% delle persone con basso titolo di studio al 43% delle persone con alto titolo.

Le persone con più di due fattori di rischio presenti contemporaneamente sono il 33% tra coloro con basso titolo di studio e 14% tra coloro con alto titolo di studio.

DESCRIZIONE DEL CAMPIONE

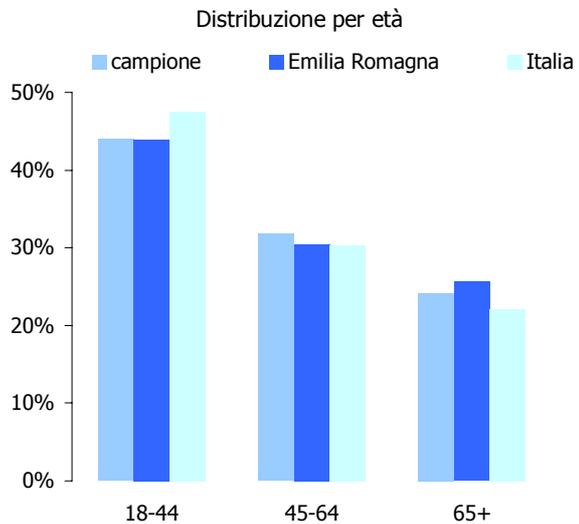
Quanto il campione somiglia alla popolazione dell'Azienda Sanitaria di Cesena ?

- Il campione Dioniso è caratterizzato, rispetto alla popolazione dell'Azienda Sanitaria di Cesena, da una percentuale minore di uomini e maggiore di donne nella fascia d'età 18-44 anni; tali differenze sono comunque di lieve entità (circa 3%).



Quanto il campione somiglia alla popolazione della Regione e dell'Italia?

- Il campione Dioniso presenta una percentuale inferiore di uomini tra 18-44 anni rispetto alla regione Emilia-Romagna e all'Italia ed una maggiore presenza di donne in questa classe d'età. Le differenze appaiono minime.
- La popolazione del campione, così come quella della regione, è più anziana rispetto a quella italiana.
- Le donne anziane sono in maggior numero rispetto all'Italia, in linea con il dato regionale.

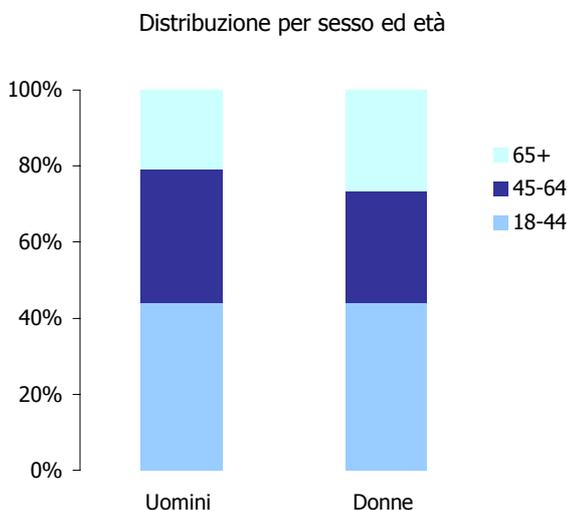


DESCRIZIONE DEL CAMPIONE

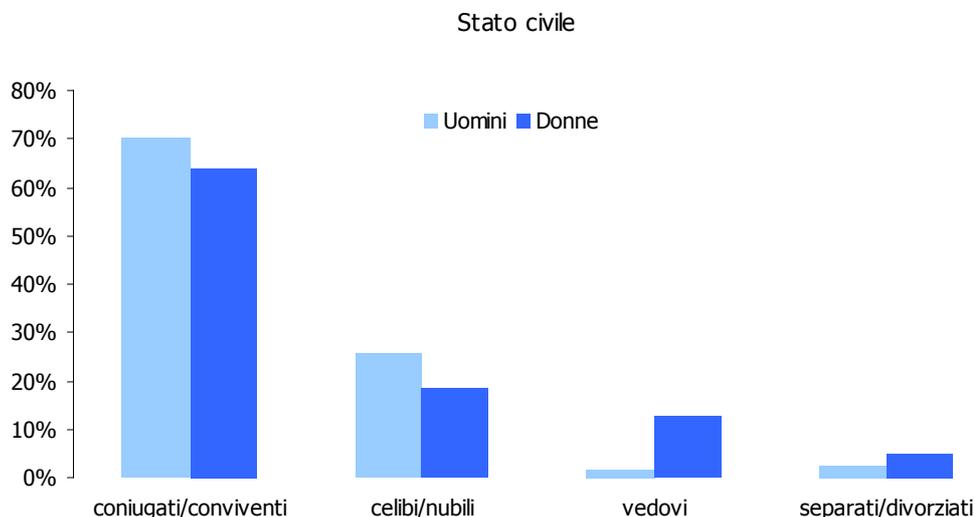
Chi abbiamo intervistato?

Sesso ed età

- Il 56% delle persone intervistate sono donne; di queste il 44% appartiene alla fascia d'età 18-44, il 29% alla fascia 45-64 anni ed il 27% a quella sopra i 65 anni.
- Tra gli uomini intervistati il 44% si colloca tra 18-44 anni, il 35% nella fascia di età intermedia e il 21% tra gli ultrasessantacinquenni.
- La percentuale di persone anziane è leggermente inferiore nell'Area Rubicone mare (17%) rispetto a Cesena (30%) e alla Comunità Montana (24%).



Stato civile

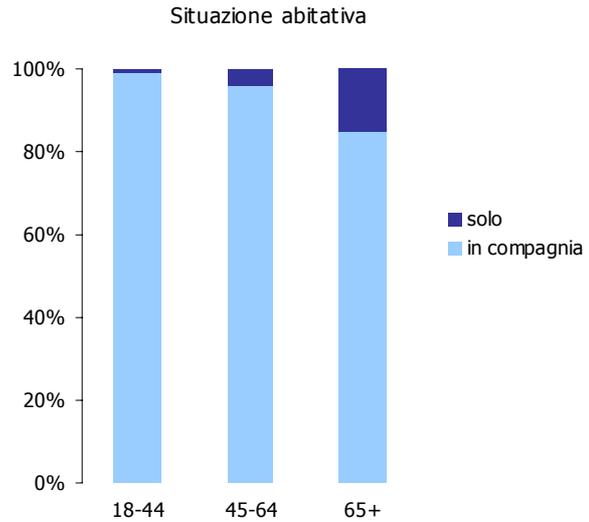


- Due terzi del campione sono costituiti da persone coniugate, il 22% da celibi/nubili, l'8% da vedovi/e ed il restante 4% da persone separate e/o divorziate.
- Il 70% degli uomini intervistati è coniugato a fronte di un 63% delle donne.
- Il quadro nelle tre Aree territoriali è simile: nella Comunità montana si registra una percentuale di celibi più alta (31% vs. 21%) a discapito dei coniugati (59% vs. 68%).
- Nel campione Dioniso il 39% delle donne con oltre 65 anni è vedova rispetto al 5% degli uomini della stessa età; il 50% degli uomini di 18-44 anni è celibe contro il 34% delle donne della stessa età.

DESCRIZIONE DEL CAMPIONE

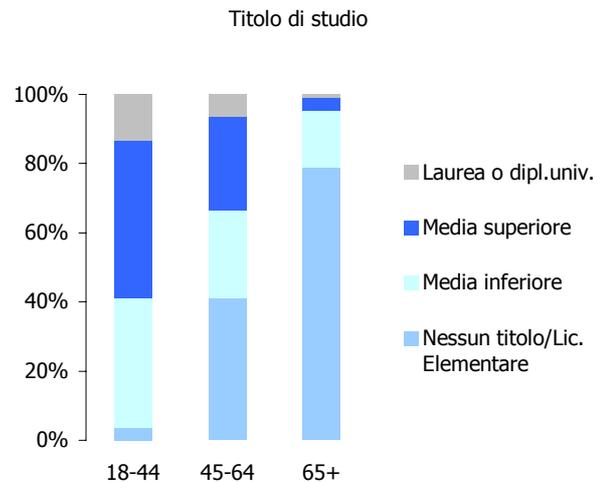
Situazione abitativa

- Il 94% delle persone del campione vive con altre persone, il 6% da solo; la distribuzione è analoga in ogni Area territoriale.
- Vive solo il 9% delle donne contro il 3% degli uomini.
- Ben un quarto delle donne oltre i 65 anni vive sola.



Istruzione

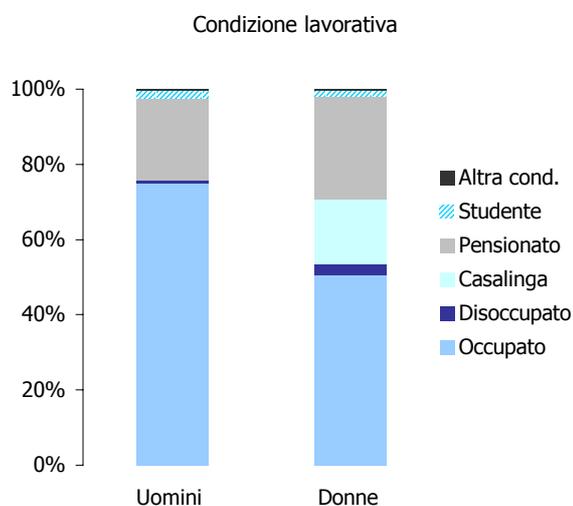
- Sotto il profilo dell'istruzione si conferma la vulnerabilità degli anziani rispetto alla popolazione complessiva: il 79% degli anziani raggiunge al massimo la licenza elementare (70% degli uomini e 84% delle donne).
- Il 29% del campione presenta un livello di istruzione media, il 30% di istruzione superiore e l'8% è laureato.
- Nella classe di età 18-44 la percentuale di donne laureate è superiore a quella degli uomini (17% contro 8%).



DESCRIZIONE DEL CAMPIONE

Condizione lavorativa

- Il 61% degli intervistati lavora: 75% degli uomini contro il 50% delle donne.
- Nelle tre fasce d'età si registra una percentuale di casalinghe variabile dal 15% al 20%.
- La percentuale di ritirati dal lavoro differisce nelle tre Aree: 34% a Cesena contro percentuali variabili da 15 a 17 nelle altre Aree.



STATO DI SALUTE E QUALITÀ DI VITA PERCEPITA

In diversi studi condotti su scala internazionale **la percezione soggettiva del proprio stato di salute** è risultata essere un predittore di salute più significativo rispetto a indicatori tradizionali quali mortalità e morbosità; in particolare lo stato di salute autopercepito si è mostrato correlato non solo alla qualità della vita, ma anche al ricorso ai servizi sanitari da parte della popolazione.

Pur essendo il concetto di "qualità della vita" difficilmente definibile, sono stati messi a punto alcuni metodi per misurarla: nello studio Dioniso si è utilizzato il Metodo dei "giorni in salute" (Healthy Days Methods), validato a livello internazionale proprio per indagini di tipo telefonico e basato su 4 domande relative a:

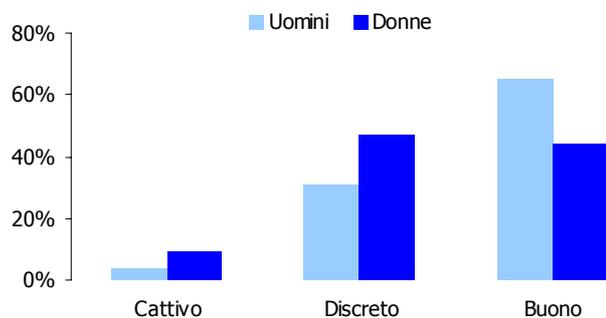
- stato di salute percepito
- numero di giorni nell'ultimo mese avvertiti con problemi fisici
- numero di giorni nell'ultimo mese avvertiti con problemi mentali o psicologici
- numero di giorni nell'ultimo mese avvertiti con limitazioni nelle proprie attività

Da questi dati si ricava anche un indice globale della qualità di vita percepita ("Summary Index"), formato dalla somma dei giorni con problemi fisici e quelli con problemi mentali.

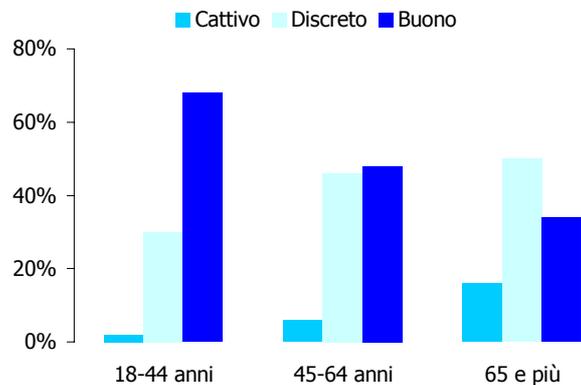
Quale percezione del proprio stato di salute?

- Il 53% degli intervistati definisce il proprio stato di salute in modo positivo (buono o molto buono), il 40% discreto e il 7% in modo negativo (cattivo o molto cattivo).
- La percezione negativa del proprio stato di salute appare maggiore nelle donne (9%) rispetto agli uomini (4%).
- La percezione negativa cresce con l'età: nella fascia 18-44 anni solo un 2% giudica cattiva la propria salute, mentre si sale al 6% in quella 45-64 e al 16% sopra i 65 anni. Si stima pertanto che nell'Azienda Sanitaria di Cesena circa 6.000 anziani valutino sfavorevolmente il proprio stato di salute.

Percezione del proprio stato di salute per sesso



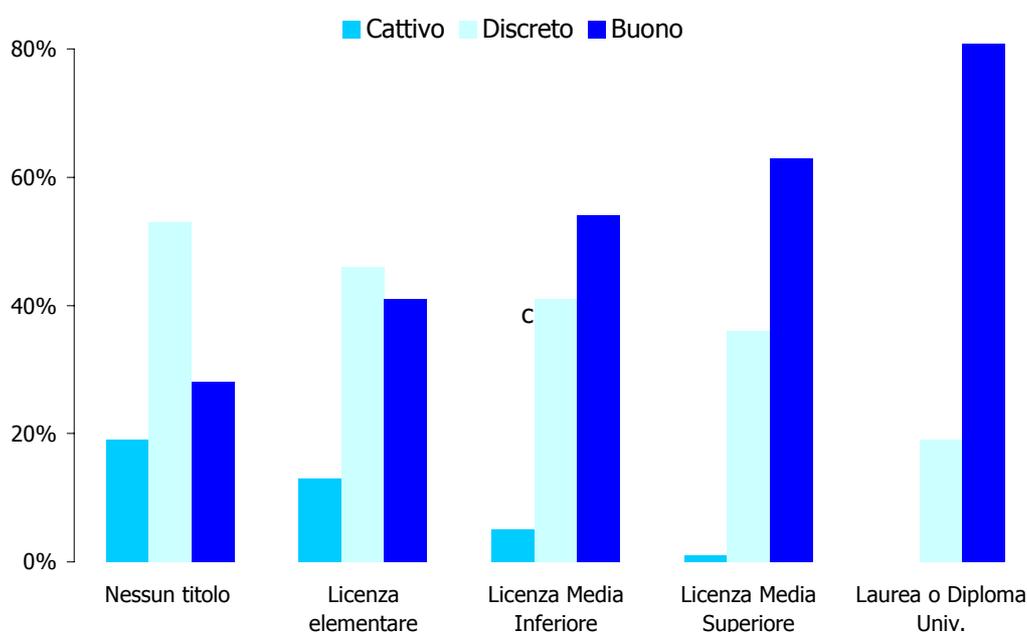
Percezione del proprio stato di salute per età



STATO DI SALUTE E QUALITÀ DI VITA PERCEPITA

- Nell'Area di Cesena l'8% degli intervistati definisce sfavorevolmente il proprio stato di salute, in quella del Rubicone-Mare il 6%, mentre solo il 2% nella zona della Comunità Montana.
- I dati rilevati circa la percezione negativa del proprio stato di salute sono sovrapponibili a quelli dell' Indagine Multiscopo dell'Istat (1999-2000): 7% sia nella popolazione italiana sia in quella emiliano-romagnola.
- La percezione relativa al proprio stato di salute appare correlata al livello di istruzione. La percentuale di intervistati che giudicano positivamente il proprio stato di salute aumenta al crescere del titolo di studio conseguito: tra i laureati è dell' 81% , tra le persone in possesso di licenza media superiore è pari al 63% e con licenza media inferiore al 54%. Si scende al 41% tra gli intervistati con la sola licenza elementare e al 28% tra coloro che non hanno conseguito alcun titolo di studio (in questo caso si evidenzia che si tratta essenzialmente di persone anziane).

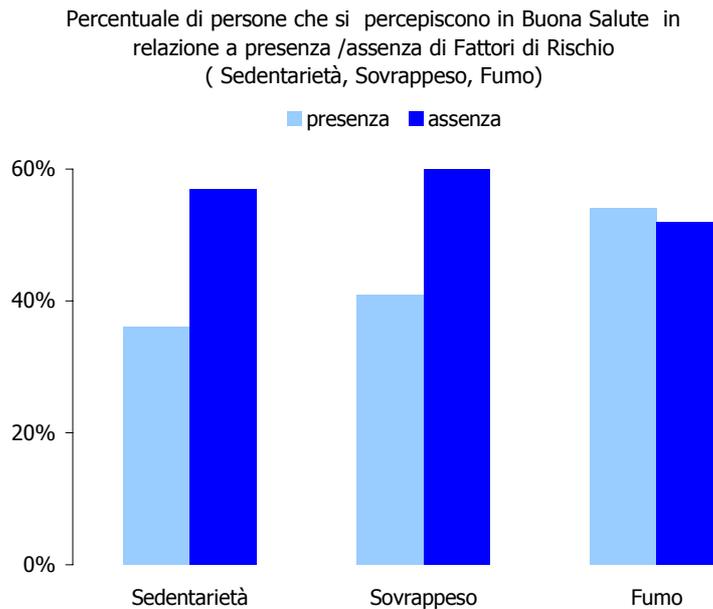
Percezione del proprio stato di salute per titolo di studio



STATO DI SALUTE E QUALITÀ DI VITA PERCEPITA

La presenza di fattori di rischio influenza la percezione del proprio stato di salute?

- Tra le persone sedentarie giudicano favorevolmente il proprio stato di salute solo il 36% degli intervistati, mentre tra coloro che praticano attività fisica si sale al 57%.
- Il 41% dei soggetti in sovrappeso ed il 43% dei soggetti obesi si dichiara in buona salute contro il 60% dei soggetti normopeso.
- Non si sono riscontrate differenze significative nella percezione del proprio stato di salute tra fumatori, non fumatori ed ex fumatori.



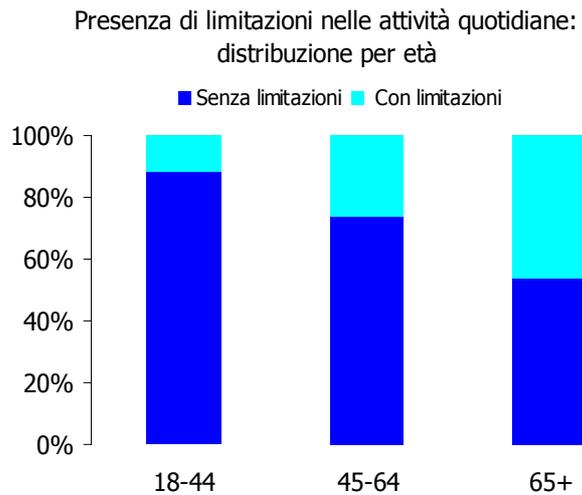
Si avvertono limitazioni nelle proprie attività per problemi di salute?

- Circa un intervistato su quattro (24%) riferisce di avere problemi a svolgere le proprie attività quotidiane per un problema di salute. Tale limitazione incide sulla percezione del proprio stato di salute: tra le persone che riferiscono questi problemi ben il 23% giudica cattivo il proprio stato di salute a fronte del solo 1% tra coloro che non riferiscono alcuna limitazione.
- La presenza di limitazioni è maggiormente avvertita dalle donne intervistate (28%) rispetto agli uomini (20%).



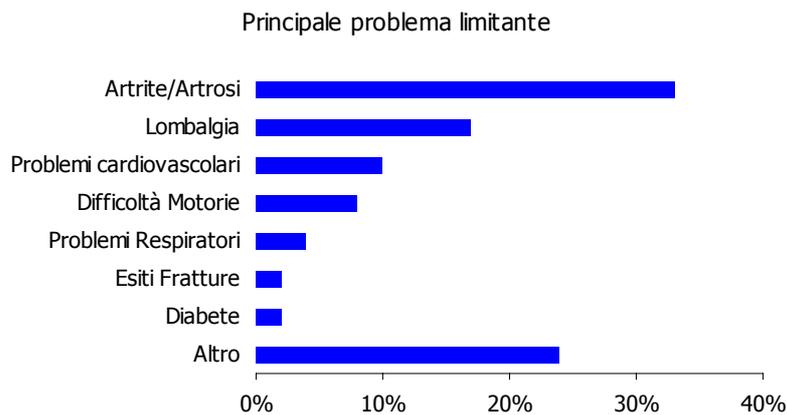
STATO DI SALUTE E QUALITÀ DI VITA PERCEPITA

- Con l'età cresce notevolmente la proporzione di persone che dichiarano di avere limitazioni nelle proprie attività quotidiane: dal 12% della fascia 18-44 anni si passa al 27% in quella 45-64 ed al 46% sopra i 65 anni (circa un anziano su due).
- La percentuale di persone che riferisce limitazioni è maggiore nell'Area di Cesena e di quella Rubicone-Mare (25% e 26% rispettivamente) rispetto all'Area della Comunità Montana (20%).



Qual è il principale problema di salute avvertito come limitante le proprie attività quotidiane?

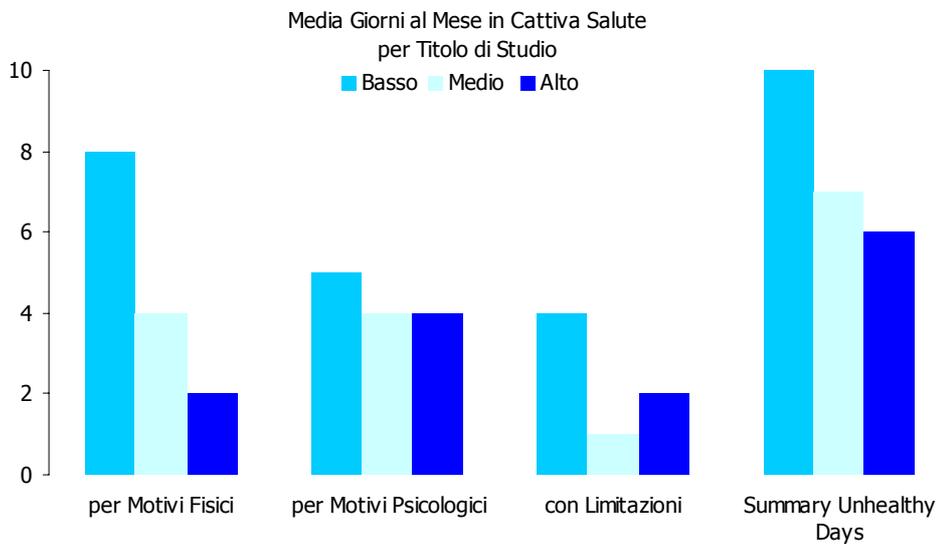
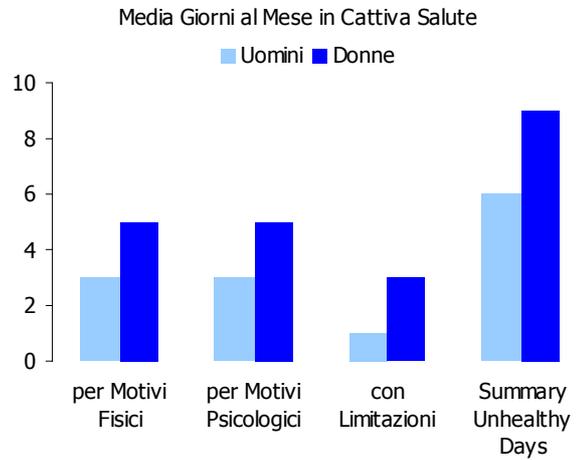
- Il problema principale limitante le attività quotidiane è individuato in artrite/artrosi (33%), seguito da lombalgia/mal di schiena (17%), problemi cardiovascolari (10%) e difficoltà motorie (8%).



STATO DI SALUTE E QUALITÀ DI VITA PERCEPITA

La media dei giorni al mese percepiti in cattiva salute è un indicatore sintetico e validato a livello internazionale per valutare la qualità della vita in una popolazione.

- Le persone intervistate riferiscono una media di giorni in cattiva salute pari a 8 giorni al mese.
- Le donne presentano indici di qualità della vita meno favorevoli, con valori medi di giorni al mese in cattiva salute o con limitazioni funzionali sensibilmente più elevati rispetto agli uomini ("Summary Index" pari a 9 giorni vs 6).
- Col crescere dell'età aumenta leggermente il valore di questo indice.
- Nell'Area di Cesena l'indice è pari a 6 giorni al mese considerati in cattiva salute, in quella del Rubicone-Mare è 8, mentre nell'area della Comunità Montana si sale a 9 giorni.



- A bassi livelli d'istruzione corrispondono medie di giorni percepiti in cattiva salute più alti: dai 10 giorni delle persone con basso titolo si passa infatti ai 6 giorni delle persone con titolo di studio alto.
- La presenza di patologie limitanti condiziona questi indici: tra coloro che riferiscono la presenza di limitazioni nelle attività il "Summary Index" sale a 14 giorni al mese.
- Le persone sedentarie riferiscono una media di giorni in cattiva salute maggiore rispetto alle persone che svolgono attività fisica (10 giorni vs 7).

STATO DI SALUTE E QUALITÀ DI VITA PERCEPITA

- La presenza di fattori di rischio quali fumo e sovrappeso non varia la media dei giorni percepita come in cattiva salute.

Salute Percepita: principali indicatori

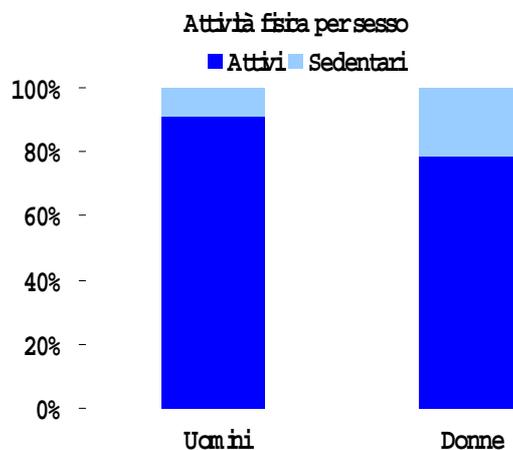
	Salute Percepita Buona (%)	Media Giorni al Mese Percepiti Cattivi			Summary Unhealthy Index
		per motivi fisici	per motivi psicologici/mentali	per limitazioni	
Sesso					
Donne	44%	5	5	3	9
Uomini	65%	3	3	1	6
Età					
18-44 anni	68%	3	5	2	7
45-64 anni	48%	5	4	2	7
Oltre 65 anni	34%	6	4	4	8
Area Territoriale					
Cesena	52%	4	4	2	6
Rubicone-Mare	52%	5	5	2	8
Comunità Montana	63%	4	6	1	9
Livello istruzione					
Basso	38%	8	5	4	10
Medio	54%	4	4	1	7
Alto	66%	2	4	2	6
Attività fisica					
Sedentari	36%	7	5	5	10
Attivi	56%	4	4	2	7
Peso					
Sovrappeso/Obesi	41%	5	4	2	8
Normopeso	60%	3	4	2	7
Fumo					
Fumatori	54%	4	4	2	7
Ex Fumatori	52%	4	4	2	6
Non Fumatori	53%	4	5	2	8
Limitazioni					
Presenti	26%	2	7	6	14
Assenti	62%	10	4	1	6
Totale	53%	4	4	2	8

I benefici per la salute indotti da un'attività fisico-motoria svolta con regolarità sono ormai noti: l'esercizio fisico regolare ha un ruolo protettivo rispetto a numerose e frequenti malattie (cardiopatie ischemiche, ipertensione, diabete, obesità e malattie osteo-articolari) ed ha una ricaduta positiva sull'umore e sui livelli di autostima individuali. Condurre uno stile di vita sedentario costituisce, pertanto, un fattore di rischio per la salute di grande rilevanza.

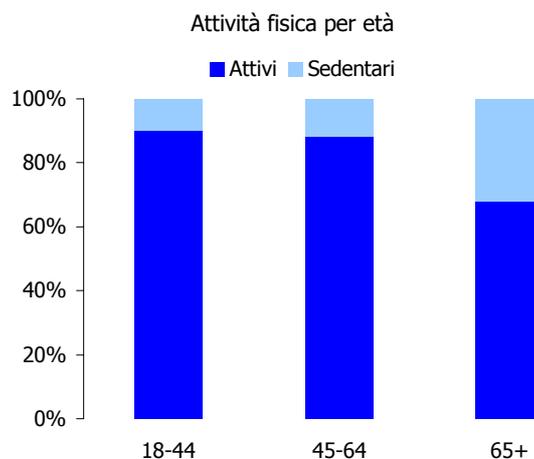
Nello Studio Dioniso sono state considerate con uno stile di vita attivo, le persone che praticano regolarmente esercizio fisico-motorio oppure svolgono in casa o al lavoro attività che presuppongono un impegno fisico marcato; sono state classificate come sedentarie le persone che hanno dichiarato di non praticare attività fisica regolare e di non effettuare abitualmente sforzi fisici neppure in ambito lavorativo o domestico.

Quanti hanno effettuato attività fisica?

- L'84% degli intervistati dichiara di praticare un'attività fisica abitualmente, compresa quella condotta in ambito lavorativo o domestico, mentre il 16% è sedentario. Si stima pertanto che la presenza di questo importante fattore di rischio coinvolga nell'Azienda Sanitaria di Cesena ben 25.600 persone al di sopra dei 18 anni.
- La differenza tra i due sessi appare rilevante: tra le donne l'inattività sale al 21% a fronte del 9% negli uomini, con una stima pari a 18.200 e 7.400 persone rispettivamente.



- Con l'età varia la prevalenza del movimento: nella fascia 18-44 anni il 90% degli intervistati conduce uno stile di vita attivo, in quella 45-64 anni l'88%, mentre si scende al 68% sopra i 65 anni. Circa un anziano su tre (32%) conduce pertanto uno stile di vita sedentario.
- Relativamente alle aree territoriali considerate, la percentuale più alta di persone attive si trova nell'Area della Comunità Montana (90% vs 83% nel restante territorio).



ATTIVITÀ FISICA E MOTORIA

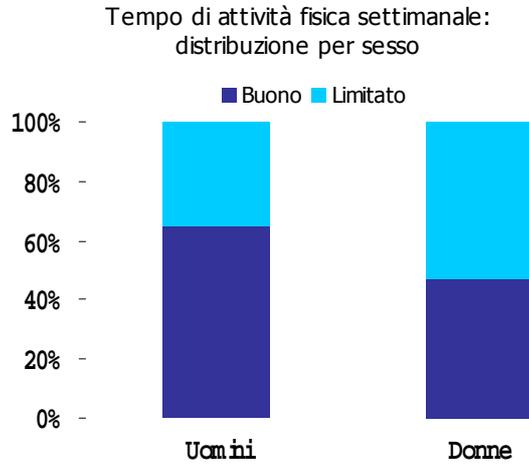
- Tra le persone con basso titolo di studio la percentuale di persone con stile di vita sedentario sale al 24%, mentre è del 14% tra quelle con titolo alto.
- La percentuale di persone con stile di vita sedentario nel territorio dell'Azienda Sanitaria di Cesena (16%) appare minore rispetto ai dati raccolti nell'Indagine Multiscopo dell'Istat (2000): le stime relative all'Italia e alla regione Emilia-Romagna sono pari rispettivamente al 38% e al 27%.

Quale tipo di attività fisica è stata effettuata abitualmente nell'ultimo anno ?

- Il 47% degli intervistati riferisce di aver praticato **un'attività fisica di tipo leggero**, senza marcato impegno fisico (ad esempio camminare per un chilometro): la percentuale è del 49% nelle donne e del 44% negli uomini. Scende al 41% nelle persone sopra ai 65 anni.
- Il 38% riferisce di praticare abitualmente **un'attività fisica moderatamente più intensa** della precedente, comportante movimento fino al punto da sudare (es. camminata intensa, corsa, passeggiata in bicicletta..); nelle donne la percentuale è solo del 35%, mentre negli uomini sale al 53%. L'attività moderatamente intensa è praticata dal 44% delle persone nella fascia d'età 18-44 anni, dal 35% in quella 45-64 e dal 33% sopra i 65 anni.
- Il 19% dichiara di praticare **un'attività con allenamenti intensivi** (es. sport agonistici); la percentuale scende al 15% nelle donne, mentre è del 24% negli uomini. La scelta di questo tipo di attività appare correlato con l'età: nella fascia più giovanile viene praticata dal 37% degli intervistati, mentre nella fascia 45-64 si scende al 6% e al 4% sopra i 65 anni.
- Il 20% degli intervistati svolge un'attività lavorativa caratterizzata da attività fisica intensa. Tra le donne la percentuale risulta pari al 14%, mentre sale al 26% tra gli uomini. Nella fascia 18-44 anni svolge un'attività lavorativa di questo tipo il 26% degli intervistati, in quella 45-64 il 19% e sopra i 65 anni il 9%. Si evidenziano differenze territoriali: nell'Area di Cesena solo il 15% svolge un lavoro impegnativo dal punto di vista dello sforzo fisico, nell'area Rubicone-Mare il 22% e in quella della Comunità Montana ben il 28%.
- Il 23% svolge attività domestica caratterizzata da attività fisica pesante, in particolare il 31% delle donne e solo il 13% degli uomini. Nella fascia 18-44 anni svolge un'attività domestica di questo tipo il 19%, in quella 45-64 il 34% e sopra i 65 anni il 17%. Non si evidenziano differenze a livello territoriale.

Quanta attività fisica nella settimana?

- 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) condotta per almeno 30 minuti, preferibilmente tutti i giorni della settimana. Tra le persone praticanti attività fisica, il 56% dichiara di effettuarla per un numero di ore settimanali pari o superiore a quattro, mentre il 44% presenta un livello limitato di attività motoria settimanale.
- Circa un uomo su tre (35%), pur praticando attività fisica, la effettua per un periodo di tempo troppo limitato; tra le donne il rapporto è di una su due (53%).
- Per quanto riguarda l'età, la maggiore prevalenza di attività limitata si ha nella fascia dei 45-64 anni (50%) a fronte del 42% in quella 18-44 e del 43% sopra i 65 anni.



Qual è il motivo principale per cui si pratica attività fisica abitualmente?

- Si pratica attività fisica:
 - per mantenersi in forma (40%)
 - per svago (40%)
 - a scopo terapeutico (11%)
 - per altro motivo (9%)
- Nella fascia d'età 18-44 anni ben il 47% dichiara di praticare attività fisica per tenersi in forma ed il 44% per svago, mentre solo il 4% a scopo terapeutico. Tra gli anziani invece lo svago diventa il motivo principale (32%), seguito dal mantenersi in forma (25%) e per scopo terapeutico (25%).
- Tra le persone con un titolo di studio basso ben il 25% dichiara di praticare attività fisica principalmente a scopo terapeutico, mentre tra quelle con un titolo di studio alto solo il 5% riferisce questa motivazione.



ATTIVITÀ FISICA E MOTORIA

Quale motivazione ad incrementare la loro attività fisica?

- Tra le persone definite già attive, circa una su tre (36%) si ritiene comunque motivata ad incrementare la propria attività fisica nel prossimo anno.
- Tra gli intervistati con uno stile di vita sedentario, circa uno su due (49%) dichiara di non pensare di incrementare la prossima attività fisica.

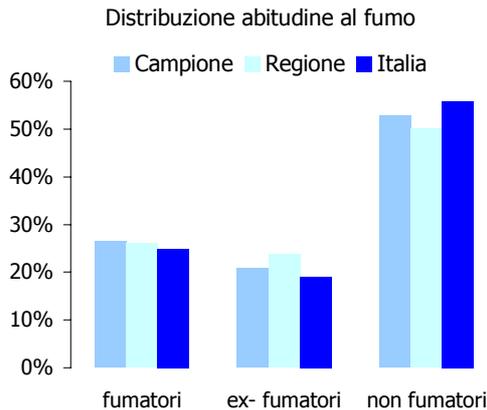


La presenza di fattori di rischio influenza l'attività fisica e motoria praticata?

- Tra le persone normopeso la percentuale di sedentari è del 14%; si sale al 15% in quelle in sovrappeso e al 26% tra gli obesi. Le evidenze epidemiologiche sottolineano le implicazioni positive dell'esercizio fisico sulla salute tra le persone in sovrappeso ed obese.
- La sedentarietà è meno diffusa tra gli ex-fumatori (10%) rispetto ai fumatori (16%) e ai non fumatori (18%).
- Gli indici di qualità della vita appaiono globalmente migliori nelle persone con stile di vita attivo.

Numerosi studi epidemiologici hanno evidenziato la forte relazione esistente tra esposizione al fumo di tabacco e salute. Il fumo rappresenta, infatti, uno dei principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose malattie cronico-degenerative come ad esempio il tumore polmonare, l'enfisema, le malattie cardiovascolari, etc.

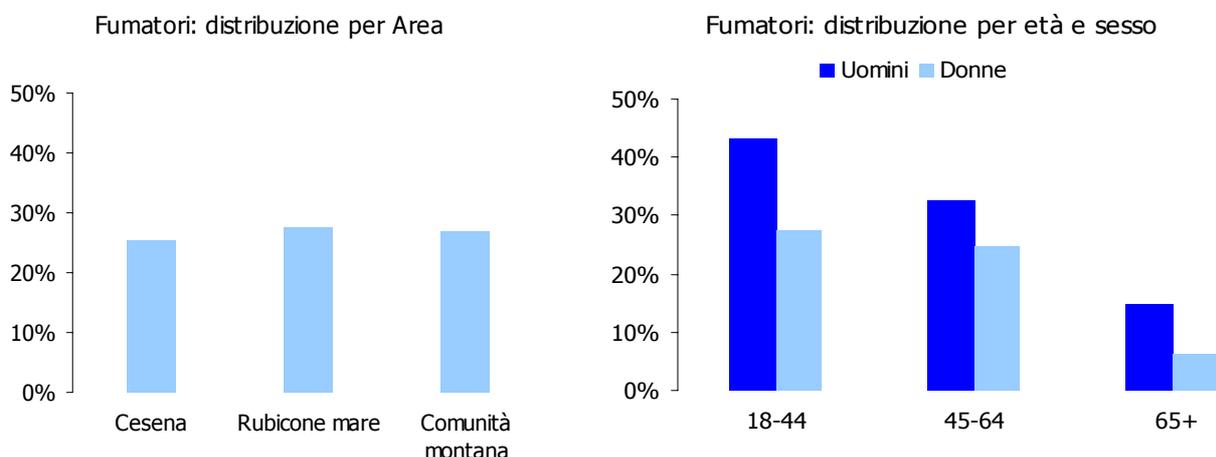
Quanti sono i fumatori?



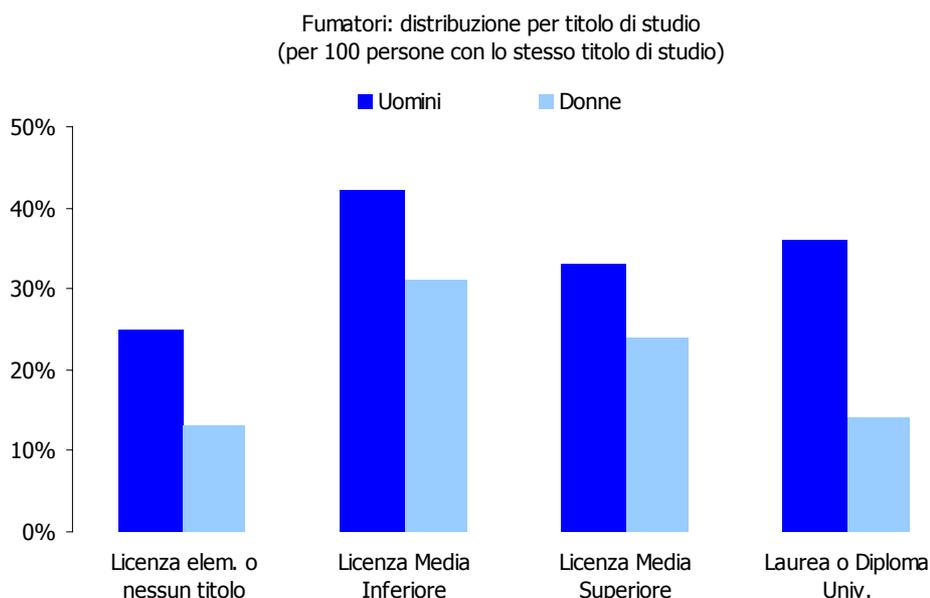
- Nello studio condotto il 26% degli intervistati dichiara di essere fumatore abituale; si stima pertanto che la presenza di questo fattore di rischio coinvolga nell'Azienda Sanitaria di Cesena ben 42.200 persone al di sopra dei 18 anni.
- La prevalenza di fumatori è fortemente differenziata in base al sesso: i fumatori uomini sono infatti più delle donne (il 33% contro il 21%). Questi valori risultano leggermente superiori a quelli nazionali e regionali (32% e il 28% per gli uomini, il 18% e 19% 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 (Istat 1999-2000) si riferiscono alla popolazione con più di 14 anni.
- Il fenomeno è maggiormente concentrato nella fascia di età dei giovani adulti (18-44 anni), specialmente uomini, e decresce con l'aumentare dell'età.

ABITUDINE AL FUMO

- Considerando le tre aree di studio, non si rilevano marcate differenze: la percentuale di fumatori risulta del 27% nella Area Rubicone-mare e nella Comunità montana e del 25% nell'area di Cesena.

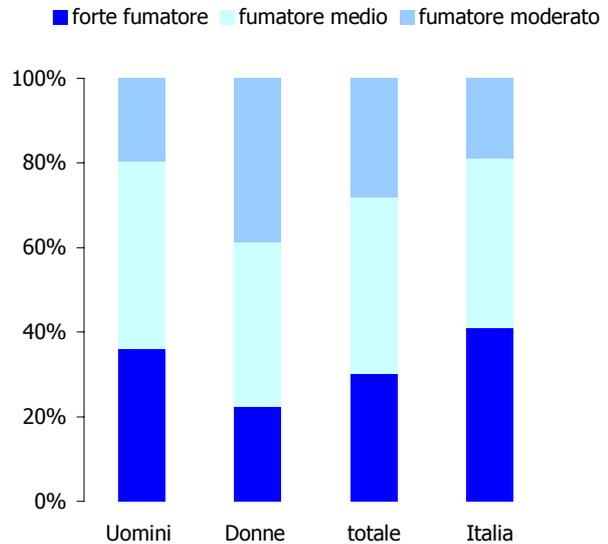


- L'abitudine al fumo appare in relazione al livello d'istruzione, aumentando al decrescere del titolo di studio conseguito: tra i laureati è pari al 22% e sale al 36% tra coloro con la licenza media inferiore. La bassa percentuale di fumatori tra le persone con nessun titolo di studio o la licenza elementare appare correlata con la maggior numerosità, in questo gruppo, di persone anziane (classe di età con una bassa quota di fumatori).



Quanto fumiamo?

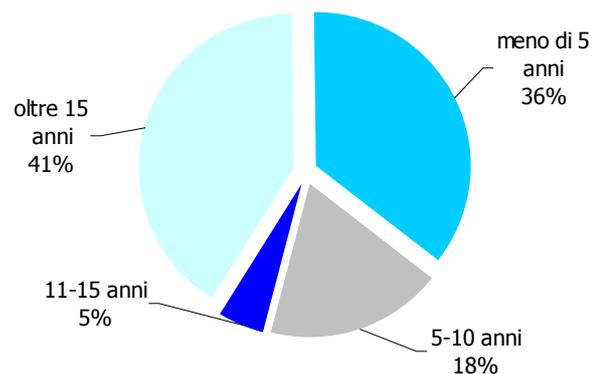
- Un altro aspetto interessante riguarda la quantità giornaliera di sigarette fumate in base alla quale si possono distinguere tre tipologie di fumatori:
 - i *forti fumatori* (20 e più sigarette al giorno) che rappresentano il 30% dei fumatori abituali di sigarette (vs il 41% del dato nazionale)
 - i *fumatori medi* (da 10 a 19 sigarette) sono il 42% (40% il dato nazionale)
 - i *fumatori moderati* (da 1 a 9 sigarette) sono il 28% (19% il dato nazionale).
- La quota dei forti fumatori è più alta tra gli uomini (36%) che tra le donne (22%) e cresce con l'età: dal 24% nella fascia 18-44 anni al 43% sopra i 65 anni.



Quanti sono gli ex-fumatori?

- Per un ex-fumatore il rischio di contrarre patologie croniche è tanto più basso quanto minori sono gli anni di esposizione al fumo e l'età di interruzione e quanto maggiori sono gli anni trascorsi dal momento della cessazione. Dall'indagine emerge che il 41% degli ex-fumatori ha smesso da più di 15 anni: il 27% delle donne e il 49% degli uomini. Mediamente gli anni trascorsi dall'ultima sigaretta sono circa 13.

Tempo trascorso dall'ultima sigaretta fumata



- Tra i fumatori ben il 60% dichiara di aver intenzione di smettere, con valori fino all'80% tra i residenti dell'area Rubicone; le persone che riferiscono di voler smettere di fumare entro un anno dalla data dell'intervista sono pari al 44%.

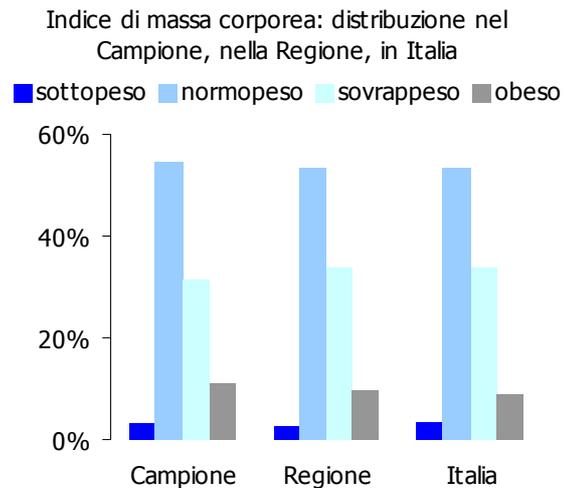
SOVRAPPESO E OBESITÀ

Il sovrappeso e l'obesità rappresentano un importante fattore di rischio per la salute. L'eccesso di peso comporta complicanze cardiovascolari e dell'apparato muscoloscheletrico; forte è l'associazione con ipertensione, diabete e alcuni tipi di neoplasie.

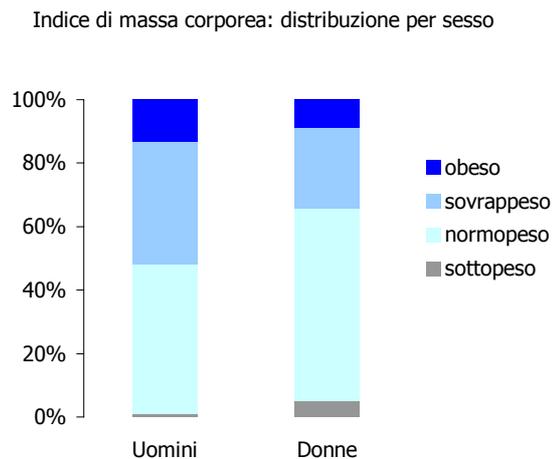
Fattori di tipo genetico e fisiologico predispongono all'insorgenza dell'obesità, associati ad altri di tipo comportamentale ed ambientale, quali una scorretta alimentazione con assunzione di eccessive quantità di zuccheri e di grassi ed uno stile di vita sedentario.

Qual è il nostro indice di massa corporea?

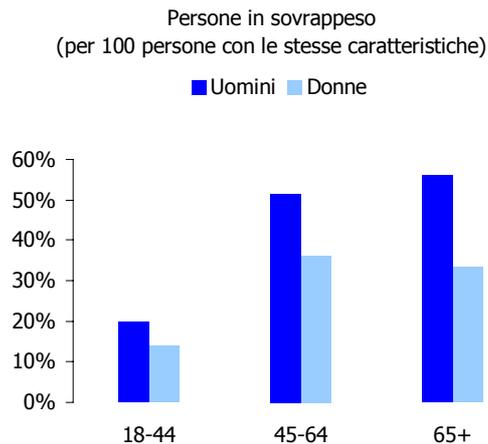
- Tra le persone intervistate il 55% è in condizioni di normopeso, il 30% risulta in sovrappeso e quasi l'11% è obeso; una quota molto bassa risulta sottopeso (3%).
- Si stimano pertanto nella popolazione dell'Azienda Sanitaria Cesena la presenza di 49.500 persone in sovrappeso, 17.600 persone obese e 4.800 persone sottopeso.



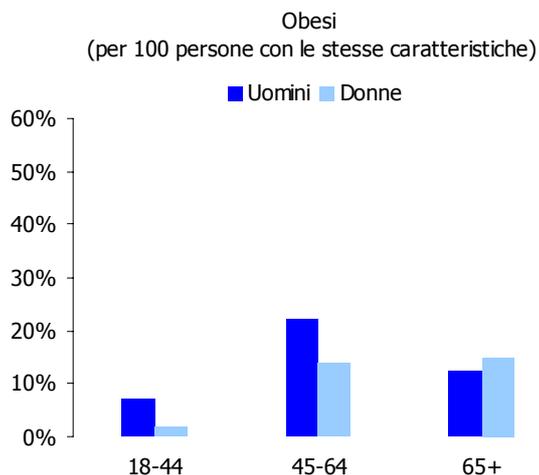
- Le differenze tra i sessi sono molto marcate: risultano in sovrappeso il 38% degli uomini contro il 25% delle donne e obesi rispettivamente il 13% e il 9%. Ancor più rilevanti, con segno opposto, sono le differenze per il sottopeso: il 5% delle donne è in questa condizione a fronte dell'1% tra gli uomini.



- Con l'età aumenta la quota dei soggetti in sovrappeso: 17% nella fascia 18-44 anni (al di sotto del valore nazionale pari al 24%), 43% tra i 45-64 anni e sopra i 65 anni (con valori nazionali simili).



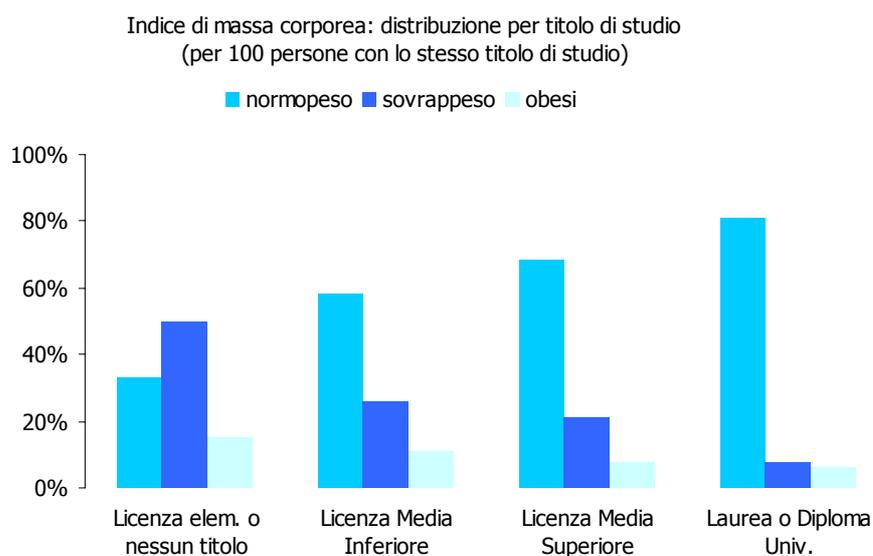
- La stessa relazione tra eccesso di peso ed età si riscontra nelle persone obese: sono solo il 4% nella fascia 18-44 anni, crescono al 18% in quella tra i 45-64 anni e al 14% tra gli anziani.



- Nella fascia maggiormente coinvolta dal problema (45-64 anni) un uomo su due è in sovrappeso (51%) e circa uno su cinque è obeso (22%); tra le donne una su tre è in sovrappeso (36%) e circa una su dieci è obesa (14%).

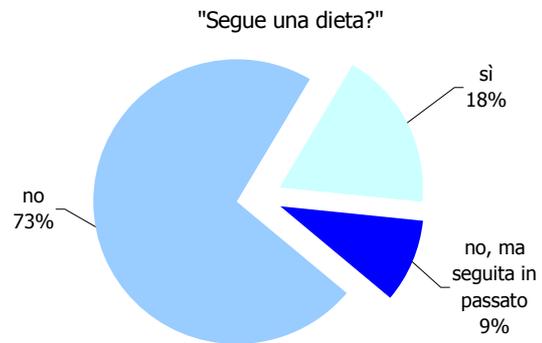
SOVRAPPESO E OBESITÀ

- Esiste una stretta relazione tra condizione di sovrappeso/obesità e livello di istruzione. Si osserva un trend crescente di soggetti **sovrappeso** al decrescere del titolo di studio: sono in questa condizione l'8% dei laureati, il 21% dei diplomati, il 26% delle persone con licenza media e per il 50% di quelle con licenza elementare.
- Anche per le persone **obese** si mantiene la relazione inversa tra livello di istruzione ed eccesso di peso: tra le persone con un titolo di studio alto la percentuale di obesi è del 7%, mentre supera il 15% tra le persone che hanno conseguito al massimo la licenza elementare.



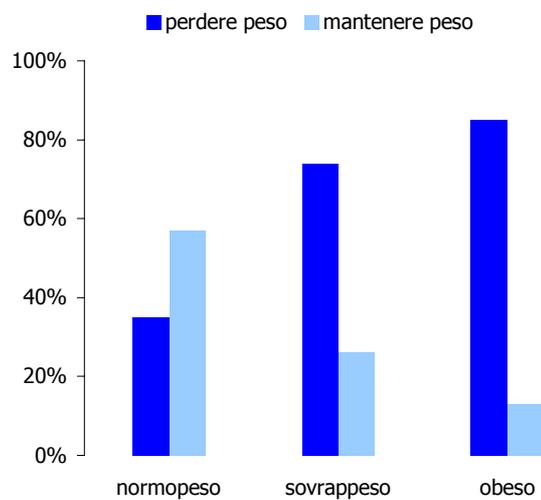
Quanti seguono una dieta?

- Quasi due persone su dieci (18%) si sottopongono a una dieta o seguono un regime dietetico particolare. La percentuale sale tra i soggetti in sovrappeso (19%) ed obesi (25%). Il regime dietetico prevalente è quello ipocalorico, seguito da quello iposodico.
- Più del 70% delle diete risultano prescritte da un medico.



Qual è la percezione della propria immagine corporea?

- Riguardo alla percezione della propria immagine corporea emerge un'alta percentuale di persone obese che desidererebbe perdere peso (85%); ma si sottolinea una quota non trascurabile di persone normopeso (35%) con la stessa percezione.



ALIMENTAZIONE

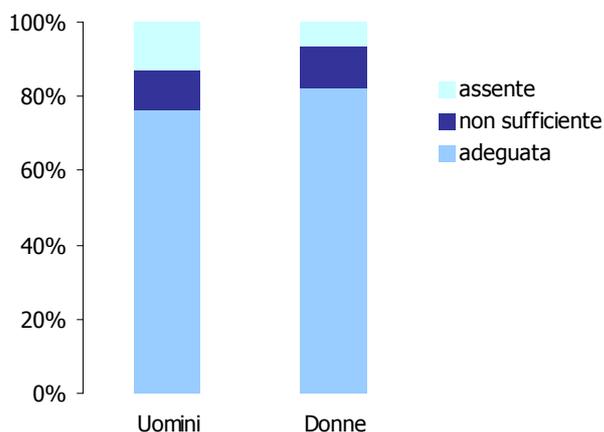
Tra gli stili di vita legati alla salute l'alimentazione ricopre un ruolo fondamentale: una dieta non corretta contribuisce in misura determinante all'insorgenza di molte malattie cronicodegenerative.

Nel campione Dioniso le abitudini alimentari sono state analizzate considerando la frequenza settimanale di assunzione di alcuni alimenti quali pesce, salumi, carne (di qualsiasi tipo) e le porzioni di frutta e verdura assunte mediamente in una giornata; è stata valutata anche l'abitudine a fare la prima colazione e il consumo di bibite e bevande alcoliche.

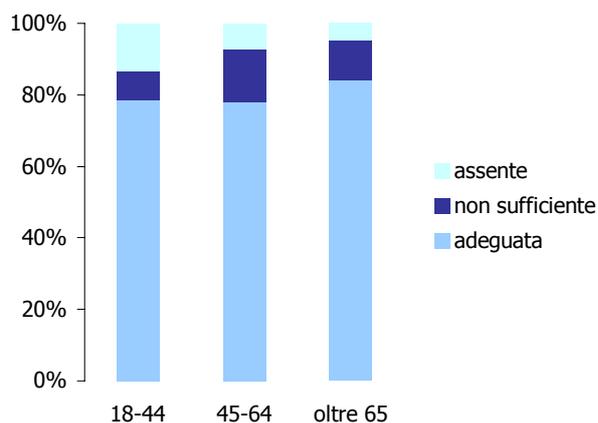
Quali sono le nostre abitudini alimentari?

- Nel campione in studio quasi l'80% degli intervistati dichiara di fare una **colazione** adeguata, assumendo the, caffè o latte e mangiando qualcosa. Tale abitudine è più diffusa nelle donne (82%) che negli uomini (76%) e tra gli anziani (84%) rispetto alla fascia 18-44 anni (78%).

Colazione abituale: distribuzione per sesso

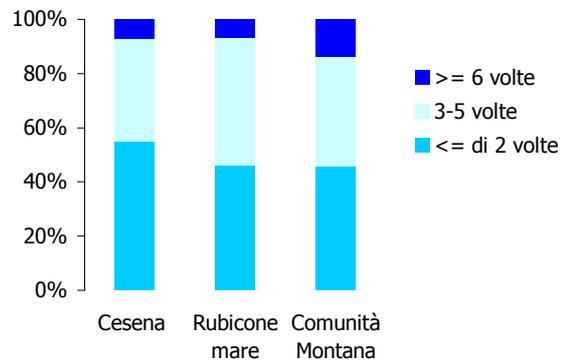


Colazione abituale: distribuzione per età



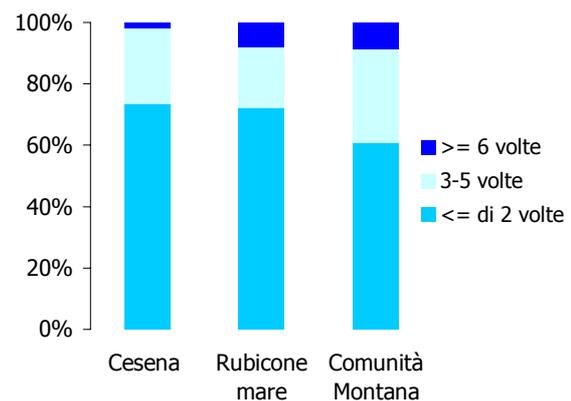
- L'assunzione di **carne** avviene in media tre volte alla settimana. Circa la metà degli intervistati consuma la carne non più di 2 volte a settimana, l'8% la consuma giornalmente (14% nella Comunità Montana). Nella fascia 18-44 anni si riferisce un consumo di carne più elevato rispetto a quella sopra i 65 anni: 53% vs 38% consuma carne 3 o più volte alla settimana.

Consumo di carne: frequenza settimanale per area



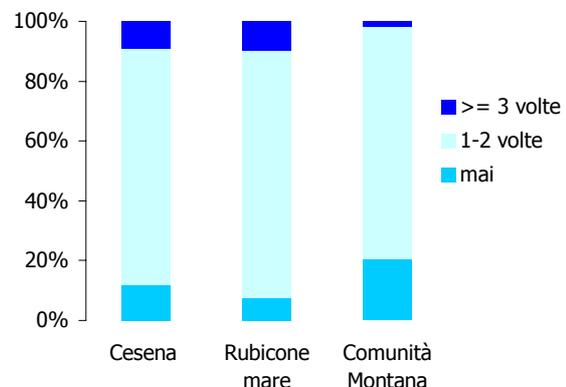
- I **salumi** vengono consumati mediamente 2 volte a settimana; circa il 70% degli intervistati dichiara di mangiarne con una frequenza pari o inferiore a 2 volte a settimana, mentre il 5% li consuma quotidianamente (2% nell'Area di Cesena e quasi il 9% in quella della Comunità Montana) soprattutto nella fascia 18-44 anni (8%)

Consumo di salumi: frequenza settimanale per area



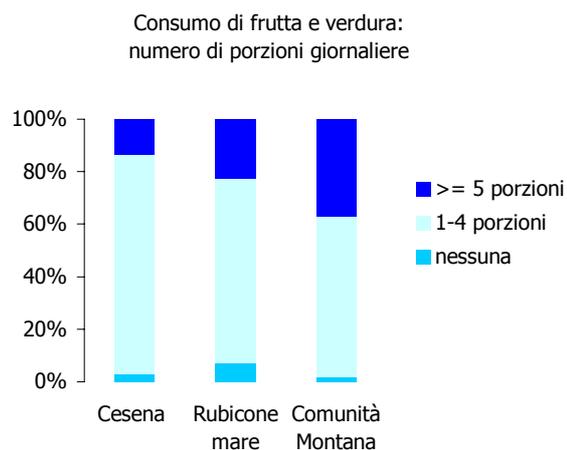
- Il **pesce**, considerato un alimento protettivo per la salute, viene consumato 1 o 2 volte a settimana dall'80% degli intervistati; tuttavia un 11% riferisce di non mangiarlo "mai", con quote del 20% tra i residenti nell'Area della Comunità Montana.

Consumo di pesce: frequenza settimanale per area



ALIMENTAZIONE

- Le porzioni di **frutta** e **verdura** consumate sono mediamente 3,5 al giorno. Il 77% degli intervistati ne consuma da 1 a 4 porzioni al giorno; una quota considerevole (20%) ne consuma 5 o più porzioni al giorno con valori che sfiorano il 40% nell'Area della Comunità Montana.

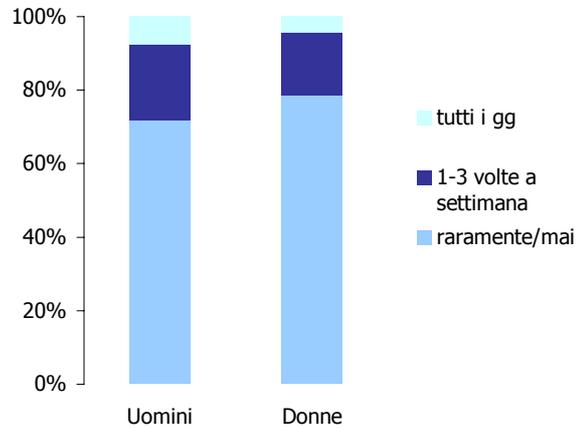


- Riguardo al giudizio espresso sulla qualità della propria alimentazione la maggior parte del campione la considera "abbastanza sana", più del 30% la definisce "sana" e il 10% la definisce "poco sana".

Cosa e quanto beviamo?

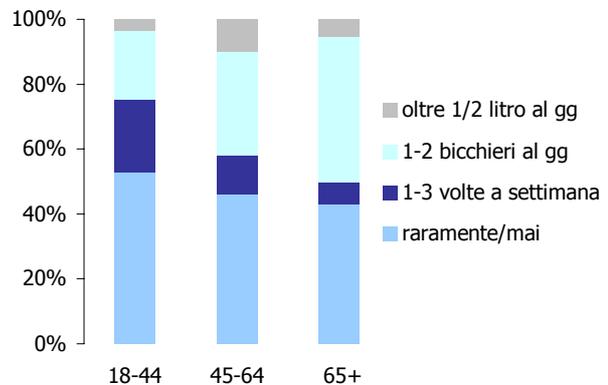
- Il consumo di **bibite** non è molto diffuso: solo il 6% riferisce di berle quotidianamente (l'8% degli uomini e il 4% delle donne).

Consumo di bibite: frequenza per sesso



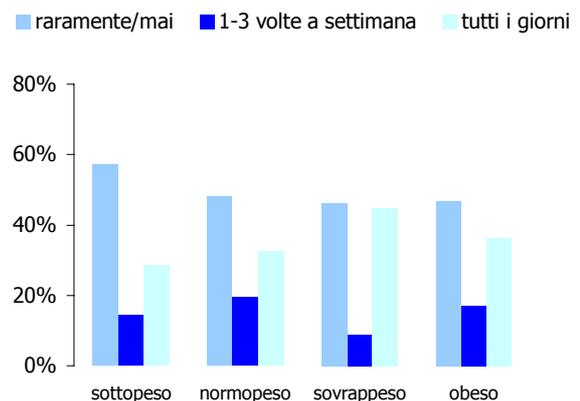
- Il 36% degli intervistati riferisce di consumare quotidianamente **vino**.
- Si tratta prevalentemente di bevitori moderati: il 30% riferisce di bere 1-2 bicchieri al giorno e solo il 6% più di mezzo litro di vino (rispettivamente il 2% delle donne e l'11% degli uomini).
- Il consumo quotidiano di vino è largamente diffuso negli anziani (più del 50%), anche se si tratta per lo più di bevitori moderati (1 o 2 bicchieri al giorno). I consumatori occasionali (qualche volta a settimana) sono più concentrati nella fascia 18-44 anni: 23% contro il 12% in quella 45-64 anni e il 6% tra gli anziani.

Consumo di vino: frequenza per età



- Tra i soggetti in sovrappeso e obesi sono presenti un maggior numero di bevitori quotidiani di vino (45% e 36%) rispetto ai soggetti normopeso (32%).

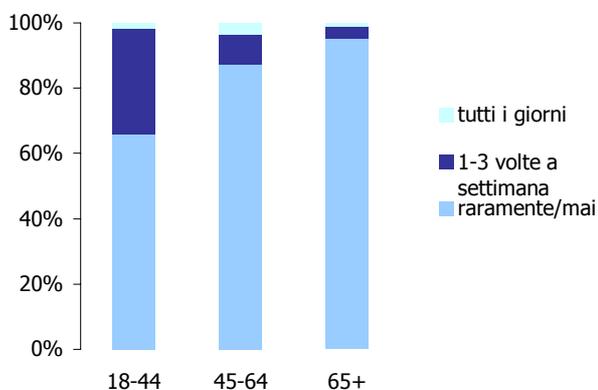
Consumo di vino: frequenza per indice di massa corporea



ALIMENTAZIONE

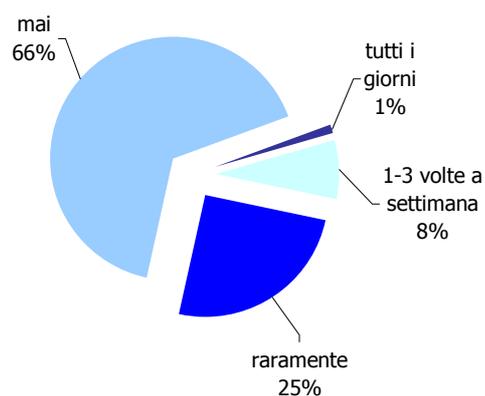
- L'uso quotidiano di **birra** riguarda una quota modesta di intervistati (2%); il consumo saltuario (1-3 volte a settimana) coinvolge il 18% del campione, soprattutto la fascia tra i 18 e i 44 anni: il 33% vs il 9% della classe di età 45-64 anni e il 4% degli anziani

Consumo di birra: frequenza per età



- I **superalcolici** sono consumati tutti i giorni solo dall'1% degli intervistati e qualche volta a settimana dall'8% (nella fascia 18-44 anni si sale al 13%).

Consumo di superalcolici: frequenza



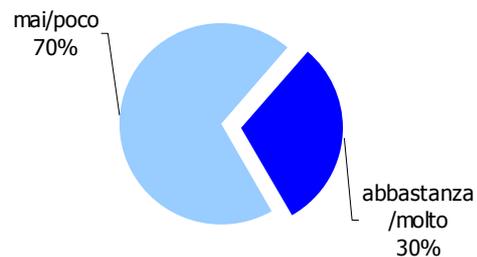
L'accesso a mezzi di comunicazione efficaci nel veicolare informazioni sanitarie può essere importante nell'adozione di uno stile di vita sano; per questo la conoscenza dei canali comunicativi più consultati da un determinato target di popolazione rappresenta un elemento rilevante al fine di migliorare l'efficacia degli interventi.

Quanto spesso ottiene informazioni di tipo sanitario.....

...dal medico di medicina generale?

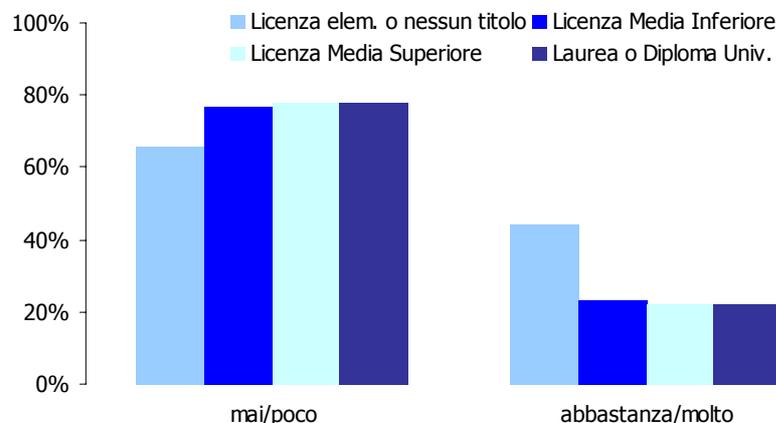
- Il medico di famiglia viene consultato raramente ("mai" o "poco") dal 70% degli intervistati per ottenere informazioni di carattere sanitario.
- Con l'aumentare dell'età cresce la quantità di scambi informativi relativi alla salute con il medico di medicina generale: le persone nella fascia 45-64 anni e ancor più gli anziani si rivolgono al proprio medico più spesso rispetto a quelle di 18-44 anni (33% e 48% vs il 18%)

Informazioni dal medico di medicina generale



- Il ricorso al medico di famiglia varia con il titolo di studio posseduto: le persone meno istruite si rivolgono al proprio medico in misura doppia rispetto a quelle più istruite (44% vs 22%). Questo dato evidenzia l'importante ruolo che il medico di famiglia può giocare nei confronti di questa fascia di popolazione.

Informazioni dal medico di medicina generale per titolo di studio



CANALI COMUNICATIVI

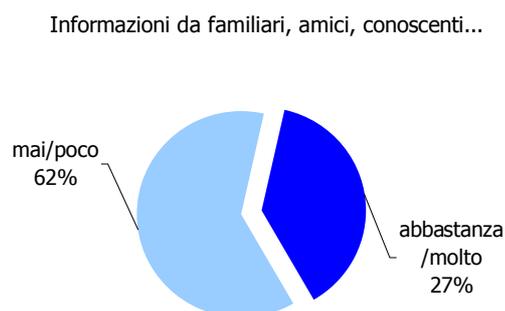
... dal medico specialista?

- La maggior parte degli intervistati riceve informazioni di carattere sanitario dal medico specialista in maniera saltuaria o non ne riceve affatto (73%).
- La consultazione dello specialista maggiormente diffusa tra le donne che tra gli uomini (34% vs 19%).



...da familiari, amici, conoscenti?

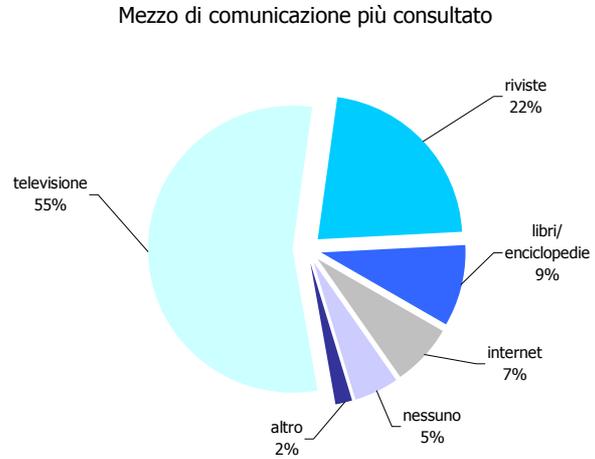
- Le reti familiari e amicali sembrano più coinvolte: il 38% del campione si rivolge spesso a un amico o un parente per ottenere informazioni di carattere sanitario.
- Il circuito "prossimale-informale" è più consultato dalle persone con elevato titolo di studio (45%) rispetto a quelle con titolo medio (30%) e basso (38%).



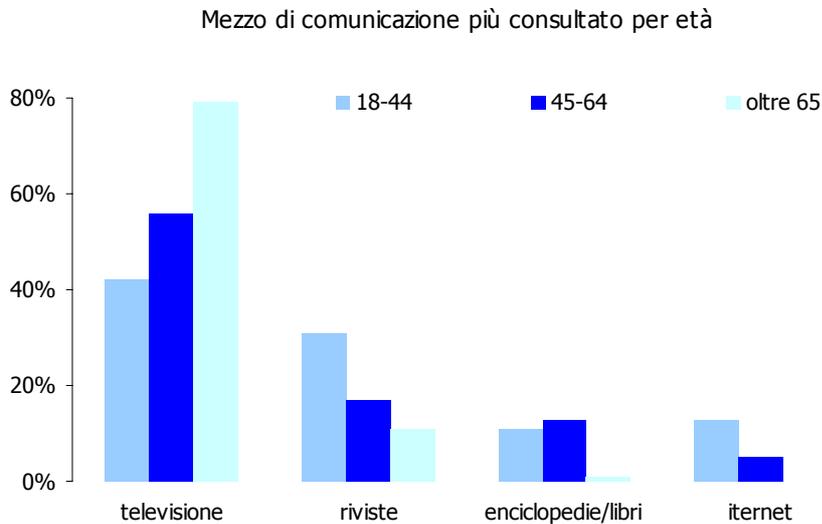
- I residenti nell'Area della Comunità Montana consultano più spesso il medico specialista (58% vs 23% nelle altre aree) o la rete parentale/amicale (61% vs 35%) per avere informazioni sanitarie.

Qual è il mezzo di comunicazione più importante per ricevere informazioni di tipo sanitario?

- La televisione appare il mezzo di comunicazione più consultato (55%), seguita dalle riviste (22%).
- Le categorie "Internet" ed "enciclopedie" si rivelano poco seguite (16%).

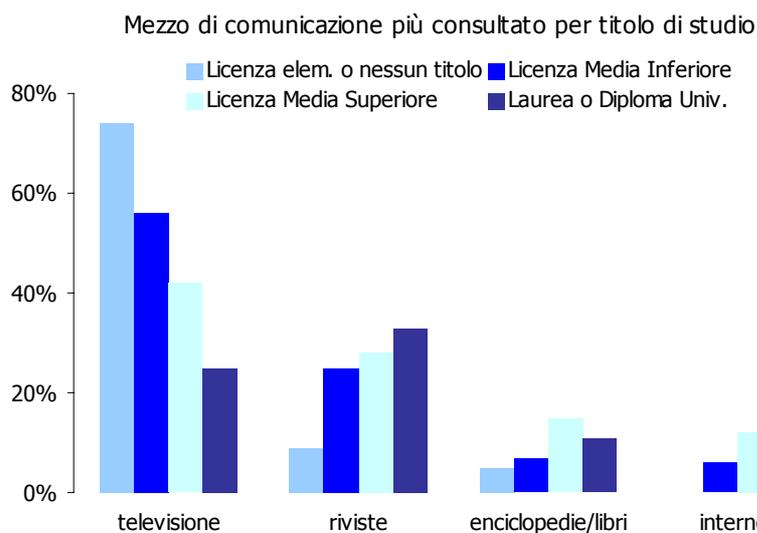


Con l'aumentare dell'età prevale il ricorso alla "televisione" come mezzo per la ricerca informativa; invece l'uso di "internet" e di "riviste" è preferito nella fascia 18-44 anni.



CANALI COMUNICATIVI

- Relativamente al titolo di studio, si evidenzia che il 74% delle persone con un livello di istruzione basso individua la televisione come principale fonte di informazione sanitaria (a fronte del 38% di quelle con titolo di studio alto).
- Le "riviste" sono considerate principale canale di informazione sanitaria dal 29% delle persone con un titolo di studio alto e solo dal 9% di quelle con basso livello di istruzione.
- "Internet" è utilizzato soprattutto da persone laureate e le "enciclopedie e/o i libri" da persone con istruzione medio-alta.



FATTORI DI RISCHIO E DISUGUAGLIANZE

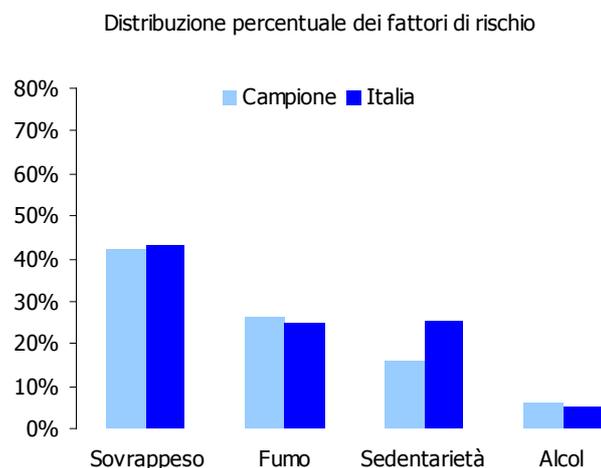
I fattori di rischio per la salute, considerati in questo studio (sedentarietà, sovrappeso, abitudine al fumo, consumo eccessivo di alcool), sono tra i maggiori responsabili delle cause di morte e malattia più diffuse nella nostra popolazione (malattie cardiovascolari, tumori, malattie broncopolmonari...).

La compresenza di più fattori in uno stesso individuo aumenta la percentuale del rischio per la salute.

L'adozione di un particolare stile di vita non è legata semplicemente ad una scelta individuale, prodotto di conoscenze, credenze, valori, ma è condizionata anche da diversi fattori socioeconomici e ambientali (reddito, relazioni sociali, leggi e norme vigenti, disponibilità di risorse per la salute) che possono pertanto determinare disuguaglianze nella popolazione.

Prevalenza di fattori di rischio nella popolazione

- Dallo studio Dioniso emerge una diversa prevalenza dei fattori di rischio indagati.
- Il fattore di rischio maggiormente diffuso risulta essere il sovrappeso (42%), seguito dal fumo (26%), dalla sedentarietà (16%) e dall'alcol (6%).
- Questi dati appaiono in linea con quelli dell'indagine multiscopo ISTAT (1999-2000) riferita a tutto il territorio nazionale, con eccezione di quello relativo alla sedentarietà che risulta più basso.
- In base ai risultati ottenuti nel campione si possono stimare nel territorio dell'Azienda Sanitaria di Cesena la presenza di circa 25.600 sedentari, 49.500 persone in sovrappeso e 17.600 obese, 42.200 fumatori e 9.700 persone con eccesso di consumo di alcool.
- Si sottolinea inoltre che una quota elevata di intervistati (84%) dichiara di fare attività fisica, ma una buona parte non la effettua in quantità sufficiente (almeno 30 minuti al giorno) e in modo costante, per cui il numero di persone a rischio per sedentarietà, può essere stimato come ancora più elevato.



FATTORI DI RISCHIO E DISUGUAGLIANZE

Compresenza di più fattori di rischio

- Circa un terzo degli intervistati dichiara di non avere alcun fattore di rischio tra quelli considerati; il 67% ne presenta almeno uno, il 21% almeno due e il 4% almeno tre; nessun intervistato presenta tutti e quattro i fattori esaminati.
- In base ai risultati ottenuti, si possono stimare nella popolazione dell'Azienda Sanitaria di Cesena 106.400 persone con almeno 1 fattore di rischio, 33.200 con due e 7.000 con tre. Non si sono riscontrate differenze territoriali significative.

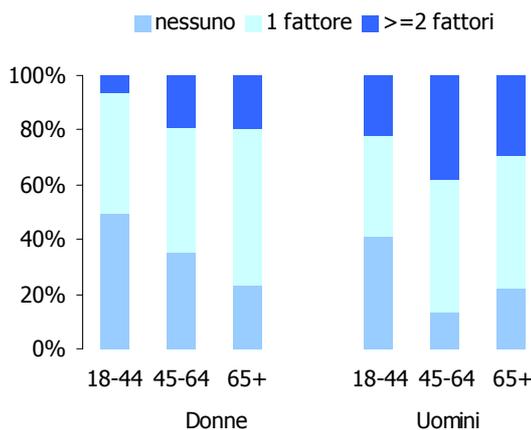
Compresenza dei fattori di rischio nel campione:
valori percentuali e stime assolute nella popolazione di riferimento

		Popolazione stimata
Nessun fattore di rischio	33%	53.400
Almeno 1 fattore di rischio	67%	106.400
Almeno 2 fattori di rischio	21%	33.200
Almeno 3 fattori di rischio	4%	7.000

Donne e Uomini

- Le donne intervistate adottano uno stile di vita più sano rispetto agli uomini: questi presentano due o più fattori di rischio in una percentuale più alta rispetto alle donne in tutte le età della vita.
- Nella fascia tra i 45 e i 64 anni gli uomini senza fattori di rischio sono circa un terzo rispetto alle donne (13% vs 35%) e quelli con più di due fattori di rischio sono il doppio (38% vs 19%).
- Le donne presentano invece indici di qualità di vita percepita globalmente peggiori rispetto agli uomini.

Distribuzione percentuale dei fattori di rischio per sesso e classi di età



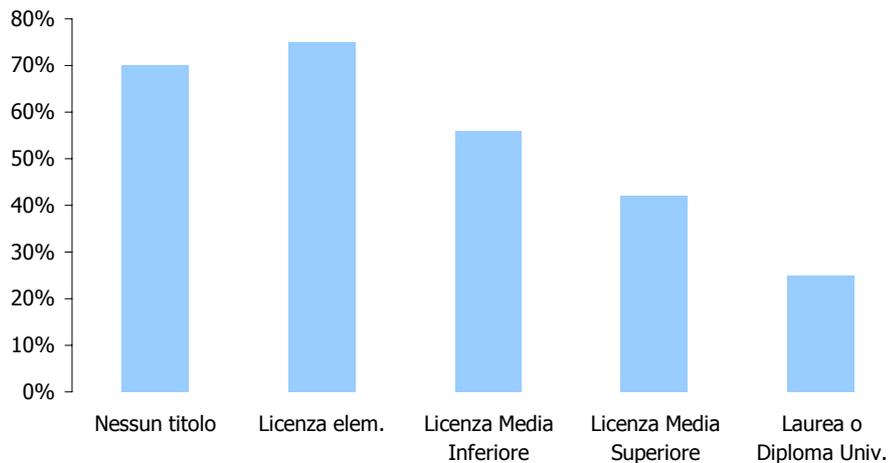
Livello di istruzione

Per valutare lo stato socio-economico degli intervistati è stato utilizzato come indicatore proxy di questa condizione il livello di istruzione raggiunto, non potendo disporre di dati sulle risorse economiche complessive del soggetto.

Come evidenziato nei capitoli precedenti, i dati sottolineano la correlazione tra titolo di studio posseduto e salute della persona:

- La percezione positiva del proprio stato di salute migliora al crescere del livello di istruzione.
- Le persone con basso titolo di studio riferiscono una media di giorni al mese in cattiva salute maggiore rispetto a quelle con titolo alto.
- La percentuale dei fumatori è più elevata tra la popolazione con titolo di studio basso, come pure la prevalenza di sovrappeso, obesità ed inattività fisica.
- Una disuguaglianza tra le persone più o meno istruite emerge anche rispetto alle fonti di informazione sanitaria consultate: circa il 74% delle persone con un livello di istruzione basso riconosce la televisione quale principale fonte di informazioni sanitarie.

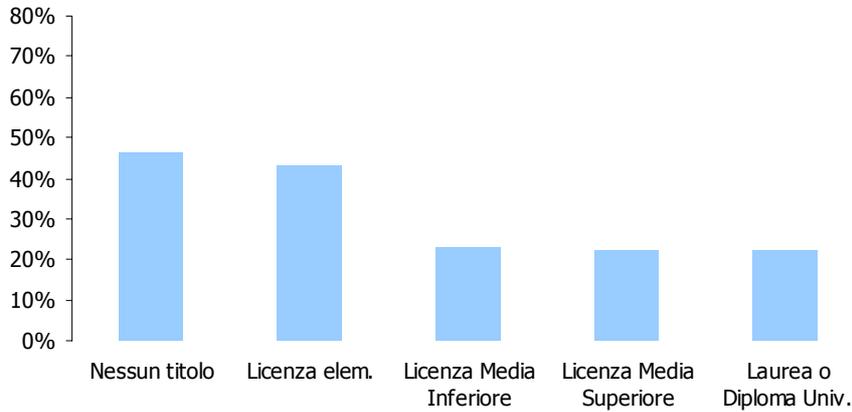
"Televisione" quale mezzo di informazione più consultato: distribuzione percentuale per titolo di studio



FATTORI DI RISCHIO E DISUGUAGLIANZE

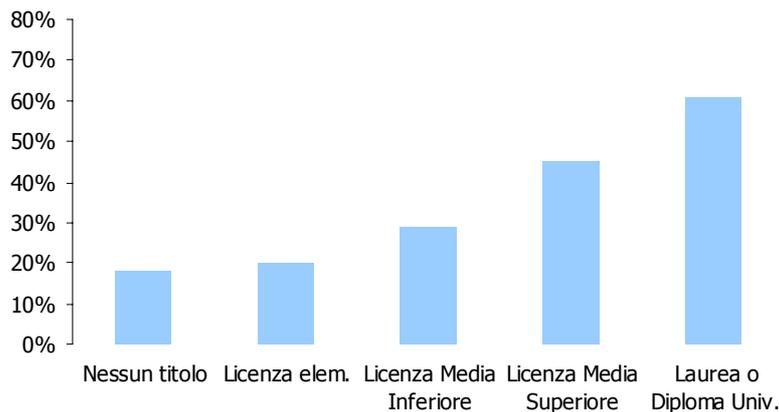
- Le persone con livello di istruzione basso ricorrono "spesso" al proprio medico per avere informazioni di carattere sanitario in misura doppia rispetto a diplomati e laureati.

"Medico di famiglia" quale persona più consultata:
distribuzione percentuale per titolo di studio



- All'aumentare del livello di istruzione raggiunto, cresce progressivamente il numero di persone senza fattori di rischio e calano le persone con compresenza di più fattori.

Assenza di fattori di rischio:
distribuzione percentuale per titolo di studio



Considerazioni finali

Uno degli obiettivi dello studio Dioniso era quello di sperimentare, con una modalità riproducibile in altri contesti, la raccolta di informazioni sulla percezione di salute e lo stile di vita della nostra popolazione per migliorare la progettazione e la valutazione degli interventi di tutela della salute.

La modalità scelta (intervista telefonica su un questionario strutturato) ha consentito di raggiungere il risultato atteso con un impegno di risorse contenuto (ridotto ulteriormente grazie alla collaborazione con l'Università che ha messo a disposizione laureandi e tirocinanti per l'attività di raccolta dei dati).

L'effettuazione del pre-test e l'applicazione sul campo dello strumento per la raccolta ha permesso di migliorare il questionario per eventuali utilizzi futuri.

Le informazioni raccolte consentono di delineare un profilo della nostra popolazione, declinato su tre aree territoriali, fino ad ora mancante in quanto i dati precedenti, provenienti in particolare dall'ISTAT, descrivevano la situazione solo a livello regionale o provinciale.

In base ai dati raccolti si è stimata la presenza di uno stile di vita con almeno un fattore di rischio (sedentarietà, sovrappeso, fumo ed alcol) nei due terzi della popolazione (circa 106.000 persone), con il possibile sviluppo di diverse patologie responsabili delle principali cause di morte e malattia.

Si ravvisa pertanto la necessità di sviluppare, nella nostra comunità, specifici interventi finalizzati a promuovere l'adozione di uno stile di vita più sano.

La modifica di un comportamento non dipende solo da fattori individuali (conoscenze, credenze, valori...), ma è condizionata anche da fattori socio economici e ambientali: gli interventi da attuare devono pertanto coinvolgere, oltre ai Servizi Sanitari, tutti i settori della comunità che possono intervenire a vari livelli in modo efficace (Pubbliche Amministrazioni, Scuola, Volontariato, Mondo Produttivo, MassMedia...).

Un altro dato emergente con forza dallo studio è quello riguardante le disuguaglianze di salute presenti nella nostra popolazione. I dati raccolti dimostrano che le persone con un basso livello di istruzione riferiscono una media di giorni al mese di cattiva salute maggiori rispetto a quelle con titolo di studio alto. La percentuale di fumatori, persone in sovrappeso, obese e sedentarie è più elevata tra le persone meno istruite.

Queste persone per ricevere informazioni sanitarie ascoltano principalmente la televisione, evitando altri canali informativi quali stampa, riviste, internet. Si rivolgono inoltre al loro medico di famiglia, che diventa pertanto l'operatore sanitario fondamentale in qualunque intervento rivolto alle persone maggiormente svantaggiate e più a rischio.

Per concludere si può affermare che questo studio dimostra la presenza nella nostra realtà di ambiti di miglioramento dello stato di salute attraverso interventi di promozione di stili di vita sani. Tali interventi devono prevedere la partecipazione dei diversi settori della comunità ed essere prioritariamente rivolti alla parte di popolazione che, pur essendo la più a rischio e bisognosa, è quella più difficilmente raggiungibile e la più spesso trascurata.

NOTE METODOLOGICHE E DEFINIZIONI

Sostituzioni

Le motivazioni alla base della sostituzione della persona inclusa nel campione sono state le seguenti:

- rifiuto
- non rintracciato
- istituzionalizzato
- ricoverato
- vive temporaneamente fuori da un comune dell'Ausl
- deceduto
- altro (specificare)

Età

Espressa in anni compiuti. Le classi d'età considerate sono le seguenti:

- 18-44 anni: giovani adulti
- 45-64 anni: adulti
- oltre 65 anni: anziani

Titolo di studio:

Viene considerato quello più elevato conseguito ed aggregato come segue:

- Titolo "alto": comprende la licenza di scuola media superiore, il diploma e la laurea
- Titolo "medio": comprende la licenza di scuola media inferiore
- Titolo "basso": comprende nessun titolo o la licenza elementare

Salute percepita e qualità della vita

Stato di salute percepito:

Viene rilevato sulla base del quesito: "Come definirebbe complessivamente il suo stato di salute?". Le modalità predefinite di risposta sono cinque: molto cattivo – cattivo- discreto – buono – molto buono.

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:

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

Attività Fisica

Attività fisico-motoria regolare:

Si intende l'esercizio di attività fisica (sportiva o motoria) praticata con regolarità settimanale durante tutto il corso dell'anno in modo intensivo, moderato o leggero (da Indagine Multiscopo Istat)

NOTE METODOLOGICHE E DEFINIZIONI

Indice di inattività fisica:

È stato calcolato considerando tutte le persone che, oltre a non praticare nessun tipo di attività fisico-motoria regolare, svolgono un'attività lavorativa o domestica che richiede uno sforzo fisico di entità modesta o scarsa.

Tempo settimanale di attività motoria:

Viene suddiviso in:

- Buono = 4 ore settimanali
- Limitato = - 4 ore settimanali
- Nullo = nessuna attività motoria dichiarata

Abitudine al fumo

Le definizioni utilizzate sono quelle dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e dell'ISTAT:

- "Fumatore abituale": persona che fuma almeno una sigaretta al giorno tutti i giorni
- "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

Alimentazione ed obesità

BMI (Body Mass Index) o IMC (Indice di Massa Corporea):

è un indice dato dal rapporto tra il peso corporeo di un individuo (in Kg) e la sua statura al quadrato (in metri).

La classificazione utilizzata è quella dell'Organizzazione Mondiale della Sanità:

- "sottopeso": persona con valori di BMI inferiori a 18,5;
- "normopeso": persona con valori di BMI compresi nell'intervallo 18,5-24,9;
- "sovrappeso": persona con valori di BMI compresi nell'intervallo da 25-29,9;
- "obeso": persona con valori di BMI ≥ 30

Colazione adeguata:

Si intende una colazione in cui non si assumano soltanto tè o caffè, ma si beva latte e/o si mangi qualcosa (ISTAT)

Fattori di rischio

I fattori di rischio qui considerati sono:

- Sovrappeso e obesità: "BMI ≥ 25 "
- Fumo: "fumatori abituali"
- Sedentarietà: "soggetti inattivi" (vedi definizione)
- Consumo di bevande alcoliche: consumo quotidiano di vino in quantità \geq a ½ litro

BIBLIOGRAFIA

1. ISTAT Indagine Multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" Anni 1999-2000
2. ISTAT Indagine Multiscopo sulle famiglie Aspetti della vita quotidiana "Stili di vita e condizioni di salute" Anno 2001
3. Domenighetti G., Quaglia J., Inderwildi Bonivento L., "I determinanti eco-socio-economici della salute" Bellinzona, novembre 2000
4. Vannoni F., Cadum E., Demarca M., Gnani R., Costa G. "Salute, stili di vita e ricorso ai servizi sanitari nelle famiglie piemontesi 1994-1995" Regione Piemonte Osservatorio epidemiologico regionale. Settembre 1999
5. Center for Disease Control and prevention. Measuring healthy days. Atlanta, GA: CDC, November, 2000. <http://cdc.gov/hrgol/index.htm>
6. WHO Physical Activity: direct and indirect health benefits
<http://www.who.int/hpr/physactiv/health.benefits.html>
7. Center for Disease Control and Prevention, 1996 Physical Activity and health: a report of the surgeon general Atlanta Increasing Physical Activity: a report recommendation of the task force on Community Preventive Services MMWR Vol.50 N. RR/18 October 26, 2001
8. World Cancer Report 2003 – International Agency for Research on Cancer
9. Department of health. Five a day programme. <http://www.doh.gov.uk/fiveaday>
10. INN Linee Guida per una sana alimentazione, 2003 <http://www.inn.ingrm.it/LG2003.htm>
11. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Ginevra giugno 1997
12. Tello E. et al. I Costi sanitari dell'obesità in Italia. Igiene e Sanità Pubblica LVI 2.2000: 105-114
13. Forastiere F., Lo Presti E., Agabiti N., Rapiti E., Perucci C.A. Impatto sanitario dell'esposizione a fumo ambientale in Italia Epidemiologia e Prevenzione 2002, 26:18-29
14. Doll R., Peto R., Wheatley K., Gray R., Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years' observation on male British doctors. British Med. J. 1994; 309: 901-911
15. Bosio C.A. La prevenzione primaria dei fattori di rischio: quale spazio per la Psicologia della Salute? Psicologia della Salute 1999; 3-4:11-24
16. Fabbris L. L'indagine Campionaria, NIS 1989
17. Cicchitelli G, Herzel A, Montanari G E, Il campionamento statistico, Il Mulino 1997
18. Cochran W G, Sampling Techniques, Wiley 1977
19. Regione Emilia Romagna La vita quotidiana in Emilia Romagna, Franco Angeli 1998