

Appendice 4

Disuguali nei comportamenti a rischio per la salute

Michele Marra, Servizio sovrazonale di epidemiologia, ASLTO3, Regione Piemonte

Aldo Rosano, Istituto superiore di sanità

Alessandro Migliardi, Servizio sovrazonale di epidemiologia, ASLTO3 Regione Piemonte

Giuseppe Costa, Università di Torino

Le condizioni socioeconomiche individuali e famigliari, così come i contesti in cui le persone nascono, crescono, lavorano, vivono ed invecchiano, influenzano fortemente l'adozione di stili di vita scorretti lungo l'intera traiettoria biografica (CSDH, 2008). In particolare, nei Paesi ad alto reddito, le fasce più svantaggiate della popolazione, vuoi perché meno istruite o di classe occupazionale meno qualificata, vuoi perché dotate di minori competenze e risorse economiche o, vuoi, ancora, perché residenti in media in contesti più deprivati e meno salutogenici, tendono a mostrare una esposizione maggiore ai fattori di rischio comportamentali (Costa, 2014). In Europa questo è stato ampiamente documentato nel consumo di tabacco, di alcol e di altre sostanze, nei livelli di sedentarietà e di inattività fisica, nelle scelte più frequenti di modelli alimentari poco nutrizionali e, infine, nella maggior prevalenza di obesità e sovrappeso (European Commission, 2013). Ciononostante, l'impatto delle disuguaglianze sociali sugli stili di vita non è predeterminato ed esistono ampie e mutevoli variazioni nella forza dell'associazione tra posizione socioeconomica e rischi comportamentali, dovuto ad esempio alla possibile presenza di altri fattori che ne mediano la relazione, alla modifica dei comportamenti insalubri nel tempo, così come alla (socialmente differente) efficacia delle eventuali azioni di prevenzione e di sanità pubblica. L'Italia rappresenta in questo senso un interessante scenario, in quanto alcune abitudini chiaramente influenzate dallo svantaggio sociale coesistono con altre in cui invece non sembra apparire un nesso così marcato. Ed altre ancora che invece presentano una forte connotazione sociale soltanto in alcune aree territoriali o in uno dei due sessi.

Obiettivo del presente studio è quello di analizzare l'associazione tra status socioeconomico e comportamenti a rischio per la salute, valutandone inoltre il trend temporale, considerando contemporaneamente il potenziale impatto che la crisi economica può aver avuto nel modificarne l'intensità e l'andamento.

Materiali e metodi

I dati sono tratti dall'indagine europea sulla salute (EHIS) del 2015 e delle indagini multiscopo sugli Aspetti della vita quotidiana (AVQ) condotte dall'ISTAT negli anni dal 2005 al 2014 (tranne il 2011, escluso per la cattiva qualità delle informazioni rilevate).

L'indagine europea sulla salute viene condotta in tutti gli Stati dell'Unione europea con l'obiettivo di confrontare la situazione nei diversi Paesi riguardo i principali aspetti delle condizioni di salute della popolazione ed il ricorso ai servizi sanitari. I risultati derivanti da questo tipo di indagine campionaria consentono di monitorare i principali indicatori di salute utili alla programmazione sanitaria nel Paese e permettono una corretta comparazione a livello europeo. L'indagine è stata condotta nel 2015 su un campione di circa 16.000 famiglie, distribuite in 562 comuni italiani di diversa ampiezza demografica.

L'indagine campionaria AVQ fa parte invece di un sistema integrato di indagini sociali – le indagini multiscopo sulle famiglie - e rileva informazioni fondamentali relative alla vita quotidiana degli individui e dei nuclei famigliari. Le informazioni raccolte consentono di conoscere le abitudini dei cittadini e i problemi che essi affrontano ogni giorno. Una sezione è dedicata alla salute e agli stili di vita, ed è quella che viene analizzata in questo studio attraverso i dati delle indagini condotte dal 2005 al 2014. Ogni anno sono intervistate circa 20.000 famiglie campione, per un totale di circa 50.000 individui.

Le frequenze degli stili di vita presi in considerazione (fumo, inattività fisica, basso consumo di frutta e verdura, sovrappeso, obesità, consumo di alcol a rischio) sono analizzate per livello di istruzione

riclassificata in tre categorie (laurea o diploma di scuola media superiore, diploma di scuola media inferiore o licenza professionale, licenza elementare o nessun titolo di studio) e ripartizione geografica. Sono inoltre analizzate le tendenze temporali delle prevalenze di tali fattori e delle loro disuguaglianze. Tutti gli indicatori sono standardizzati per età, utilizzando come popolazione standard la popolazione pesata dell'indagine.

I fattori di rischio considerati sono invece definiti come segue:

Tabella 1. Definizione dei comportamenti a rischio

Indicatore	Definizione
Fumo	Fumatori abituali
Inattività fisica	Coloro che praticano attività fisica nel tempo libero o vanno in bicicletta per meno di 10 minuti al giorno
Basso consumo di frutta e verdura	Coloro che consumano meno di 3 porzioni di frutta e verdura al dì
Sovrappeso	Persone con Indice di massa corporea (IMC) maggiore di 24 e inferiore a 30
Obesità	Persone con IMC superiore o uguale a 30
Consumo di alcol a rischio	Coloro che consumano al giorno oltre 2 unità alcoliche tra gli uomini e 1 unità alcolica tra le donne

Per verificare l'andamento temporale dei fenomeni in studio, sono stati selezionati e riaggregati gli anni delle rilevazioni in due periodi, 2005-2007 e 2009-2014, pre e durante la crisi economico-finanziaria, considerandone come anno di inizio il 2008. Da una parte si è dunque messa a confronto in uno stesso grafico la prevalenza nel primo periodo, con la sua variazione relativa nel secondo periodo, dall'altra invece l'intensità delle disuguaglianze nel 2005-2007 con la variazione della stessa avvenuta nel 2009-2014. In questo secondo caso, al fine di valutare il contributo delle disuguaglianze sociali all'adozione di stili di vita insalubri nel tempo si è utilizzata la frazione attribuibile nella popolazione (PAF) aggiustata per età, ovvero la misura di quanto si potrebbe ridurre in termini percentuali l'esposizione ad un modello comportamentale a rischio (secondo la dicotomizzazione già citata), se si assumesse che tutta la popolazione avesse la prevalenza osservata tra i più avvantaggiati, in accordo al titolo di studio posseduto. Ne sono derivati, dunque, PAF positivi nel caso i cui i meno istruiti avessero un'esposizione superiore a quella dei più istruiti, e negativi nei casi in cui si è invece osservato un gradiente inverso. Infine, la variazione relativa del PAF è stata utilizzata come misura di aumento o riduzione delle disuguaglianze sociali nel tempo, e in particolare prima e dopo la crisi.

Al fine di distinguere effetti dovuti potenzialmente all'impatto della crisi da fenomeni attribuibili a trend di lungo periodo, è stato utilizzato il metodo delle serie temporali interrotte, testando il trend annuale dal 2005 al 2012 e ponendo il 2008 come anno di inizio della crisi (Wagner, 2002).

Risultati

La tabella 2 presenta le frequenze in Italia dei fattori di rischio citati per livello di istruzione, a parità di età, stratificate per genere e ripartizione geografica, così come rilevate dall'indagine European Health Interview Survey e, solamente per il consumo alcolico, dall'indagine multiscopo Istat Aspetti di vita quotidiana. I grafici 1 e 2 mostrano per le stesse variabili, e stratificati per sesso, rispettivamente l'andamento temporale della frequenza di esposizione a questi fattori di rischio in tutta la popolazione italiana e l'andamento delle disuguaglianze sociali nella frequenza misurate attraverso la frazione attribuibile. Nello specifico vengono messe a confronto frequenze e disuguaglianze sociali osservate nel periodo 2005-2007 con quelle del 2008-2014, discriminando in particolare quei fattori di rischio il cui andamento e la cui distribuzione è variata per ragioni di andamento temporale di lungo corso da quelli in cui invece gli eventuali cambiamenti sono associabili all'impatto della recessione economica iniziata nel 2008, indicati in grassetto.

Per quanto riguarda il fumo, i dati della Tabella 2 mostrano un andamento differente per genere, ripartizione geografica e per titolo di studio. Tra gli uomini, che fumano in generale di più al Centro e al Sud, si nota un chiaro gradiente sociale: a parità di età, le persone con un minor titolo di studio consumano tabacco in misura maggiore e la differenza tra coloro con licenza elementare o meno e i diplomati e laureati è quasi del doppio nel Nord ed è di oltre 10 punti percentuali nel resto del Paese. Tra le donne, invece, la situazione è differente: oltre a fumare di meno rispetto agli uomini e con meno variazioni geografiche, si rileva un minor differenziale sociale. Al Sud addirittura le donne più istruite presentano un maggior attitudine alla sigaretta, anche se questo è riscontrabile prevalentemente nelle classi di età più anziane. Tra le giovani, anche in Meridione si è giunti oramai all'ultima fase della curva epidemica del consumo di tabacco, in cui a fumare sono in misura maggiore le donne più svantaggiate, trend tra l'altro confermato dall'aumento delle disuguaglianze tra prima e dopo il 2008. Un aumento peraltro ascrivibile proprio a ragioni di modifiche socioculturali di lungo periodo piuttosto che all'impatto della crisi economica come invece sembra avvenire tra gli uomini.

Meno complesso invece il profilo degli eccessi nell'indice di massa corporea (BMI): in entrambi i sessi, sussistono preoccupanti livelli complessivi di sovrappeso e di obesità, specialmente in Meridione. Per quanto le prevalenze risultino minori rispetto a quanto avviene in Europa le disuguaglianze sono tra le più importanti e intense (OECD, 2017). In tutte le ripartizioni sono infatti le persone con minor istruzione, specie se donne, a presentare eccessi in questi due indicatori. Si tratta peraltro di un problema in forte incremento, cresciuto negli ultimi anni di circa il 10% sia in termini di frequenza sia, tra gli uomini, di disuguaglianze e dovuto a ragioni di lungo periodo: il test delle serie temporali interrotte per testare l'eventuale cambio di pendenza del trend prima e dopo il 2008 risulta infatti non significativo. Parte di questo andamento è peraltro spiegato dall'inattività fisica: in tutte le ripartizioni e in entrambi i generi, a parità di età, i meno istruiti presentano livelli di sedentarietà molto più alti. Particolarmente preoccupante risulta la situazione delle donne nel Sud, dove oltre a percentuali molto alte di inattività fisica, si uniscono importanti disuguaglianze sociali: addirittura l'89% delle donne del campione rivela di non praticare attività fisica nel tempo libero e di non andare in bicicletta per almeno 10' giornalieri. A livello temporale si assiste ad una sostanziale tenuta nella percentuale di individui inattivi, con disuguaglianze tuttavia in leggera ascesa (circa +15% in entrambi i generi).

La minor prevalenza generale di obesità e sovrappeso, rispetto al resto del continente, è in parte spiegata dalla diffusione in Italia (e dalla sostanziale tenuta) della dieta mediterranea e dalla sua piuttosto equa distribuzione sociale. In realtà, la situazione è leggermente più complessa e non è sempre così rosea: per molte abitudini alimentari scorrette non prese in considerazione in questo studio, è infatti stata dimostrata l'esistenza di importanti disuguaglianze, come ad esempio nel consumo eccessivo di carni rosse, di grassi (e specialmente di oli non pregiati) e in quello carente di pesce (Marra, 2015). Qui basti osservare che, al contrario di quanto ci si potrebbe aspettare, l'assunzione giornaliera di meno di 3 porzioni di frutta e verdura è relativamente frequente, specialmente in Meridione e tra gli uomini, mantenendo, anche per questo fattore, un divario sociale.

Il consumo di alcol a rischio, e quindi di più di due unità alcoliche giornaliere tra gli uomini e di una tra le donne, è sostanzialmente poco prevalente e non presenta marcate connotazioni sociali. Si tratta di un profilo che ben riflette una cultura del bere più sana di quella osservata in altre aree europee e che, peraltro, non sembra a grave rischio, come dimostrato dalla riduzione nel tempo della frequenza generale e delle disuguaglianze associate.

Infine, considerando gli stili di vita malsani riassunti fino ad adesso (fumo, inattività fisica, scarso consumo di frutta e verdura) e la condizione di sovrappeso, presentano almeno 3 comportamenti insalubri circa il 25% e il 17% rispettivamente degli uomini e delle donne più istruiti (con un chiaro eccesso nel Sud Italia), contro oltre il 40% e quasi il 30% della popolazione maschile e femminile con minor titolo di studio.

Discussione

Il quadro che emerge della distribuzione degli stili di vita malsani risulta piuttosto variegato e offre differenti spunti alle politiche di prevenzione. In alcune casi siamo di fronte a problemi molto prevalenti e con scarse disuguaglianze sociali, come ad esempio lo scarso consumo di frutta e verdura tra gli uomini. In questi casi converrebbe tendere a colpire maggiormente tout court e senza particolari calibrizioni sociali, privilegiando semmai le aree e i target demografici che presentano frequenze più alte. In altri casi si dovrebbero invece considerare in particolare i problemi di equità, in modo da modulare gli interventi sulla base delle esigenze specifiche di differenti sottogruppi sociali di popolazione particolarmente a rischio (come ad esempio la sedentarietà e l'obesità in entrambi i sessi o il consumo eccessivo di alcol tra gli uomini). Ad ogni modo un invito al contrasto delle disuguaglianze arriva anche dallo studio della compresenza di più fattori di rischio negli stessi individui.

I dati sul consumo di fumo riflettono la nota curva epidemica per questo fattore di rischio (Trama, 2017): normalmente e se non affrontati da politiche di contrasto, molti stili di vita malsani vengono adottati dapprima dalle fasce più avvantaggiate della società, in particolare per ragioni di status e di maggior accessibilità a nuovi comportamenti, per poi diffondersi successivamente nel resto della popolazione; una volta diffusasi la consapevolezza circa la loro insalubrità, lo stesso fattore di rischio viene invece abbandonato più in fretta dai primi che lo avevano iniziato, per rimanere invece stagnante tra le persone con meno risorse. Mentre tra gli uomini italiani questo passaggio è già avvenuto, tra le donne è invece ancora in corso: soltanto nelle fasce medio-giovani a fumare sono ormai le più svantaggiate, mentre tra le più anziane e soprattutto in Meridione il vizio della sigaretta sembra rappresentare ancora un'obsoleta immagine di emancipazione. Ad ogni modo il consumo di tabacco è in lenta e costante riduzione nel tempo con disuguaglianze in leggero aumento in entrambi i sessi.

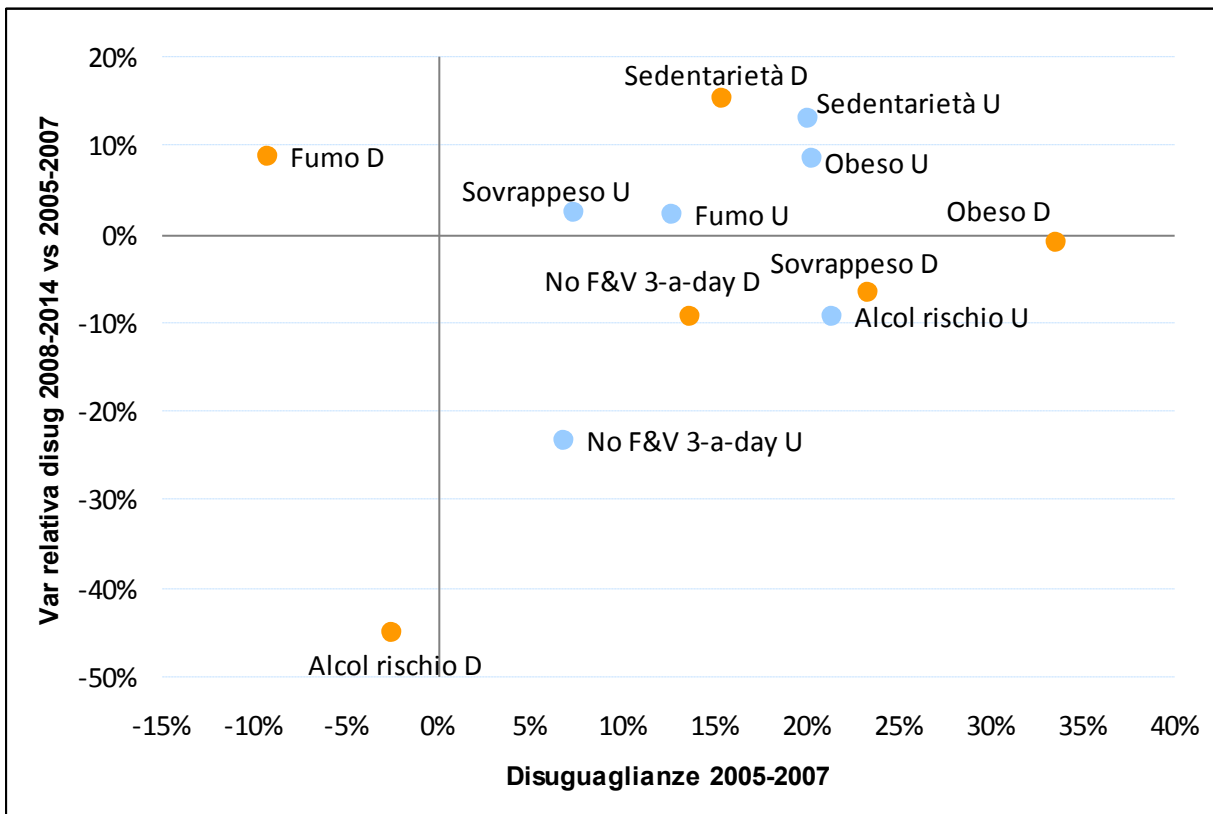
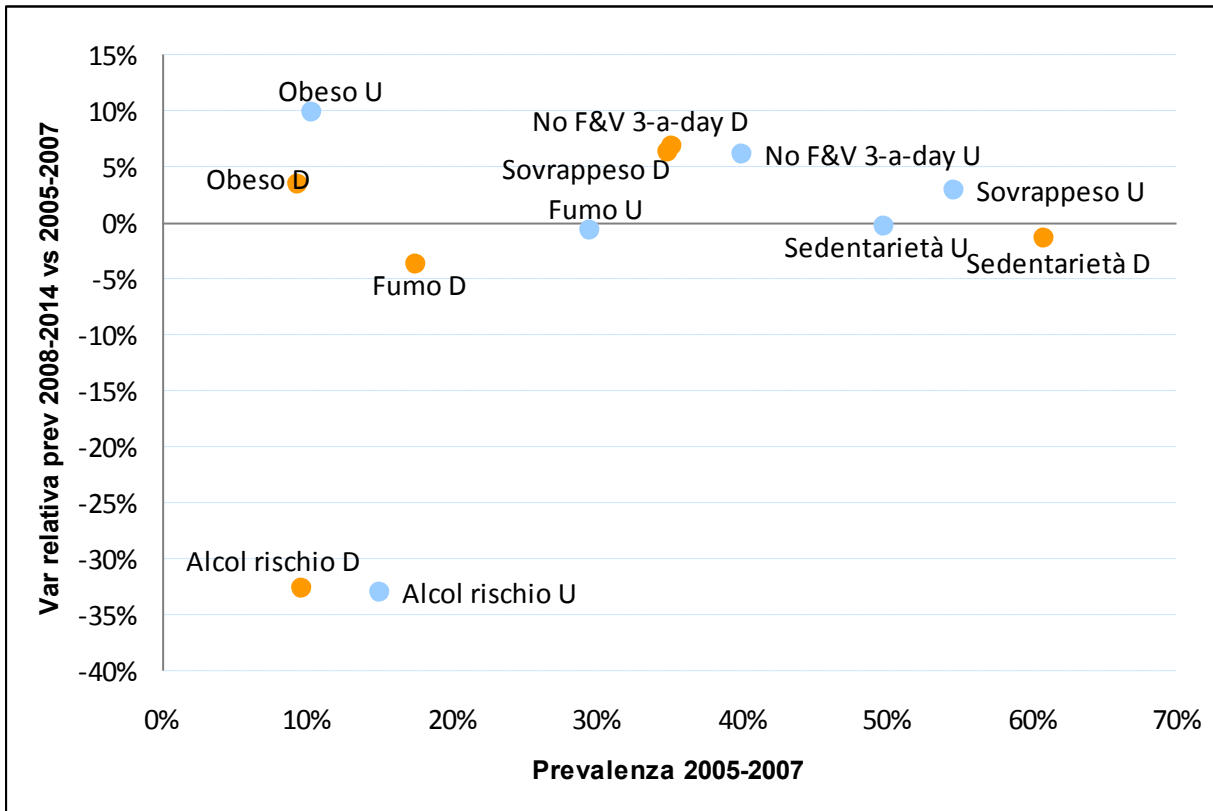
Per quanto riguarda l'impatto della crisi sulle abitudini comportamentali degli italiani, al netto dell'andamento di lungo periodo, risultano significativi unicamente da una parte la riduzione del fumo e delle disuguaglianze ad esso associate negli uomini (ed in particolare dei forti fumatori) e quella della prevalenza e delle disuguaglianze nel consumo eccessivo di alcol. Risulta importante l'aumento significativo della percentuale di individui che ha diminuito il consumo di frutta e verdura, specialmente tra le fasce più istruite, con una corrispondente riduzione delle disuguaglianze sociali associate.

Tabella 2. Prevalenze standardizzate per fumo, inattività fisica (% di individui che non praticano attività fisica nel tempo libero o vanno in bicicletta per meno di 10 minuti al giorno), meno di 3 porzioni giornaliere di frutta e verdura, sovrappeso, obesità, consumo a rischio di alcol (più di 2 unità e 1 unità alcoliche giornaliere rispettivamente per uomini e donne e presenza di almeno 3 degli stili di vita precedenti (meno l'obesità)

	Fumo				Inattività fisica				No 3 a day frutta e verdura				Alcol consumo a rischio			
Livello di istruzione	Maschi				Maschi				Maschi				Maschi			
	Nord	Centro	Sud	Italia	Nord	Centro	Sud	Italia	Nord	Centro	Sud	Italia	Nord	Centro	Sud	Italia
Alto	13.1%	20.3%	16.4%	15.5%	39.6%	52.3%	56.5%	47.5%	42.0%	43.5%	57.3%	46.8%	8.0%	6.3%	3.6%	6.3%
Medio	18.9%	23.6%	20.4%	20.3%	47.4%	58.8%	67.6%	56.0%	52.4%	53.2%	66.1%	57.0%	8.0%	8.6%	6.6%	7.5%
Basso	25.8%	29.3%	29.5%	27.9%	55.4%	68.2%	78.9%	66.4%	57.2%	57.0%	71.6%	62.4%	9.0%	11.0%	7.8%	8.0%
	Donne				Donne				Donne				Donne			
	Nord	Centro	Sud	Italia	Nord	Centro	Sud	Italia	Nord	Centro	Sud	Italia	Nord	Centro	Sud	Italia
Alto	11.5%	12.7%	13.7%	11.2%	46.2%	59.1%	69.8%	55.5%	31.2%	33.7%	44.6%	35.7%	6.1%	5.6%	3.8%	5.2%
Medio	15.1%	17.3%	12.8%	14.8%	55.6%	71.8%	81.4%	66.8%	40.8%	43.1%	58.5%	46.5%	6.5%	8.1%	3.4%	5.5%
Basso	16.6%	17.5%	13.5%	15.5%	65.8%	82.8%	89.0%	78.1%	44.7%	47.8%	66.9%	53.6%	6.7%	6.0%	5.0%	5.7%

	Sovrappeso				Obesità				Compresenza di almeno 3 fattori di rischio			
Livello di istruzione	Maschi				Maschi				Maschi			
	Nord	Centro	Sud	Italia	Nord	Centro	Sud	Italia	Nord	Centro	Sud	Italia
Alto	40.4%	6.8%	21.1%	38.5%	34.7%	46.0%	7.4%	8.9%	7.6%	24.2%	31.0%	24.7%
Medio	43.1%	9.5%	32.6%	39.6%	40.3%	43.5%	7.1%	10.0%	9.9%	37.7%	48.4%	38.9%
Basso	44.5%	14.6%	37.9%	44.8%	43.1%	48.9%	14.4%	14.0%	13.7%	39.9%	51.2%	44.1%
	Donne				Donne				Donne			
	Nord	Centro	Sud	Italia	Nord	Centro	Sud	Italia	Nord	Centro	Sud	Italia
Alto	19.6%	5.1%	13.5%	16.2%	14.7%	18.1%	5.1%	5.1%	5.8%	15.5%	22.9%	16.5%
Medio	24.3%	6.8%	20.9%	19.9%	21.4%	24.7%	6.9%	7.5%	7.6%	25.6%	32.1%	25.8%
Basso	28.2%	14.0%	24.1%	30.1%	32.6%	33.2%	13.5%	16.5%	13.2%	25.0%	36.7%	30.8%

Grafici 1 e 2. Sopra, prevalenza standardizzata nel periodo 2005-2007 e variazione relativa rispetto al periodo 2008-2014 per stili di vita considerati. In azzurro gli uomini, in arancione le donne. Sotto stessi indicatori, ma calcolati sulle frazioni di esposizione attribuibili alle disuguaglianze sociali. In grassetto le variazioni nel trend dovute all'impatto della crisi economica e non all'andamento di lungo periodo



Bibliografia

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.

CSDH, Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2008

European Commission, Health inequalities in the EU — Final report of a consortium. Consortium lead: Sir Michael Marmot, Bruxelles, 2013.

OECD, Obesity Update 2017, OECD Better policies for better lives, 2017.

Marra M, Migliardi A., Costa G., Disuguali a tavola, ma non troppo: le differenze sociali nell'alimentazione in Italia prima e durante la crisi, *Epidemiol Prev* 2015; 39 (5-6): 322-331

Wagner AK, Soumerai SB, Zhang F, Ross-Degnan D. Segmented regression analysis of interrupted time series studies in medication use research. *J Clin Pharm Ther* 2002;27(4):299-309.