

Promuoviamo la nostra Salute



EMAPI

Ente di Mutua Assistenza
per i Professionisti Italiani



Occuparsi della Salute non significa intervenire solo quando questa viene a mancare ma anche agire sugli elementi che permettono di preservare questo nostro bene prezioso. Abbiamo perciò pensato, anche in occasione del primo decennale di Emapi, di predisporre questo sintetico opuscolo dedicato alla Promozione della Salute con l'intento di offrire, insieme a qualche semplice indicazione operativa, alcuni spunti di riflessione. Ci auguriamo che sia apprezzato dai colleghi e che possa fornire un piccolo contributo a questo tema centrale della nostra vita.

Demetrio Houlis
Presidente EMAPI

Indice

Promuoviamo la nostra Salute	pag. 1
Stili di vita e comportamenti a rischio	pag. 4
Attività fisica	pag. 4
Abitudini alimentari	pag. 7
Abitudine al fumo	pag. 11
Consumo/abuso di alcol e sostanze stupefacenti	pag. 13

Promuoviamo la nostra Salute

L'Organizzazione Mondiale della Sanità - OMS sin dal 1948 ha definito il concetto di Salute ponendo l'accento sulle risorse sociali e personali, così come sulle capacità fisiche della persona. Con tale definizione si supera il modello secondo cui la salute veniva considerata come la semplice assenza di sintomi, per arrivare ad una visione della **Salute** intesa come una **condizione di funzionamento positivo**.

Viene in tal modo superato il modello bio-medico e si introduce **il modello bio-psico-sociale**² che adotta una prospettiva sistemica nello studio della salute e che tiene in considerazione la molteplicità dei fattori coinvolti e sottolinea l'importanza **dell'interazione tra l'individuo e il suo ambiente nella definizione del benessere fisico, psicologico e sociale**. Per raggiungere uno stato di completa salute l'individuo deve essere capace di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, soddisfare i propri bisogni, agire sull'ambiente circostante.

Questa visione sistemica dei processi di salute e malattia è stata poi consolidata con il concetto di **"Promozione della Salute"** definito nella carta di Ottawa dell'OMS nel 1986³ come **"il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla"**.

Salute (Health)

La Costituzione dell'OMS del 1948 ha definito la salute come: "uno stato di completo benessere fisico, sociale e mentale, e non soltanto l'assenza di malattia o di infermità".

La salute viene considerata non tanto una condizione astratta, quanto un mezzo finalizzato ad un obiettivo che, in termini operativi, si può considerare una risorsa che permette alle persone di condurre una vita produttiva sul piano individuale, sociale ed economico. La salute è una risorsa per la vita quotidiana e non lo scopo dell'esistenza. Si tratta di un concetto positivo che valorizza le risorse sociali e personali, oltre alle capacità fisiche.

Fonte: Ottawa Charter for Health Promotion. OMS, Geneva, 1986



BUONA SALUTE

La trasformazione epidemiologica che ha caratterizzato il secolo, scorso con il passaggio da patologie a decorso acuto a malattie a decorso lento, la cui caratteristica saliente è costituita dalla cronicità, ha modificato profondamente il rapporto tra la persona e il sistema sanitario, oggi sempre più caratterizzato da un orizzonte temporale allargato, in cui l'aspetto saliente diventa la gestione della malattia, e non solo l'attenzione all'episodio acuto, che sempre più frequentemente si può risolvere.

Tali patologie possono cambiare la vita per lunghi periodi, con un forte impatto sulla quotidianità; in questo contesto assumono una maggior rilevanza nel valutare l'appropriatezza degli interventi, diversi fattori legati alla **capacità di adattamento** della persona alla nuova condizione, alla percezione del proprio stato generale di salute e alla soddisfazione della cura.

La Salute, è quindi la risultante attiva dell'interdipendenza tra fattori psicologici, cognitivi e comportamentali, valori individuali e sociali, influenze ambientali, che possono essere così descritti⁴. (Fig. 1).

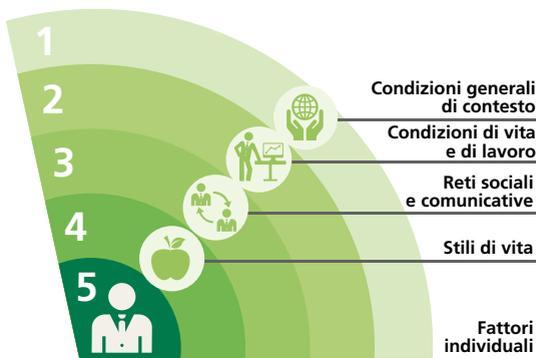


Fig. 1 - I determinanti della salute
(adattato da Dahlgren e Whitehead, 1991)

Analizzando la figura dall'esterno all'interno possiamo includere nel primo gruppo

1) **le condizioni che generano la stratificazione sociale** e che definiscono la posizione degli individui all'interno di gerarchie di potere e accesso alle risorse. Tra queste possiamo citare elementi generali di contesto, come le politiche sociali ed economiche, i valori culturali di riferimento o le condizioni ambientali. La letteratura scientifica è ricca di studi che documentano ad esempio l'effetto dell'inquinamento dell'aria sulla salute, con conseguenze quali sintomi respiratori, mortalità per cause cardiologiche e respiratorie, tumore al polmone.

Lo svantaggio sociale e la conseguente difficoltà ad intraprendere un percorso assistenziale appropriato e continuativo possono aumentare la velocità di transizione da uno stato di malattia conclamato ad un suo esito sfavorevole.

2) Ad un altro livello agiscono **le condizioni di vita e di lavoro**, l'accessibilità ai servizi, le caratteristiche abitative, il livello di istruzione.

Alcuni esempi dell'influenza di questi fattori riguardano il fatto che, ad esempio, lavorare e vivere in un contesto rumoroso costituisce una delle cause maggiori di discomfort e di stress, in particolare in termini di ridotta efficienza, perdita di concentrazione, conflittualità nei rapporti interpersonali.

Tra gli occupati sottoposti ad attività manuale, anche impegnativa il rischio di infortuni è circa tre volte superiore rispetto agli occupati che svolgono attività intellettuale.

Inoltre le indagini Istat sottolineano come le persone meno istruite tendano a riferire un peggior stato di salute e facciano meno ricorso ad accertamenti diagnostici specialistici.

3) **Le reti di supporto sociale e di comunità** rappresentano un importante fattore che può proteggere gli individui prevenendo la disregolazione immunitaria che può derivare da condizioni di vita stressanti o aumentando la resistenza immunitaria di base.

Tali elementi influenzano 4) **lo stile di vita individuale** e si traducono in comportamenti e scelte in grado di incidere sulle condizioni di salute.

Infine, 5) un ruolo significativo è giocato dalle **caratteristiche personali quali l'età, il genere, il patrimonio genetico, la personalità**.

Ad esempio, i soggetti caratterizzati da iperreattività e labilità emotiva più frequentemente sperimentano specifiche patologie somatiche come disturbi funzionali gastrointestinali, asma, sindrome metabolica, ipertensione, emicrania o dolore al collo.

Esistono poi una serie di patologie per l'insorgenza delle quali un ruolo significativo è esercitato dalla predisposizione genetica, tra le più note: la celiachia, l'emofilia o il favismo.

La responsabilità della salute si configura dunque contemporaneamente come **un bene collettivo e individuale**⁵.

Ulteriori sviluppi di questo approccio studiano l'interazione tra gli ecosistemi e il concetto di benessere umano, considerato un processo multidimensionale complesso che, nonostante la sua natura soggettiva, sembra essere rinforzato da alcune fondamentali componenti in relazione tra loro: soddisfacimento dei bisogni materiali di base, salute fisica e mentale, buone relazioni sociali, sicurezza e libertà di scelta⁶.

In questa direzione appare fondamentale fornire ai cittadini gli strumenti per la costruzione di un pensiero critico, che guidi il giudizio e le opinioni sul comportamento personale adottando scelte consapevoli per la propria salute.

Il presente opuscolo ha l'obiettivo di offrire un contributo per il raggiungimento di questi obiettivi⁷.



Stili di vita e comportamenti a rischio

Secondo i dati più recenti del Ministero della Salute, **malattie cardiovascolari, tumori, malattie respiratorie croniche, diabete mellito, problemi di salute mentale e disturbi muscolo scheletrici sono tra le principali cause, sia in Italia che in Europa, della perdita di anni di vita in buona salute, dei decessi e delle spese sanitarie. Tali patologie hanno alla base della loro manifestazione comportamenti e stili di vita individuali a rischio determinati, come detto, dall'interazione tra caratteristiche personali dell'individuo, relazioni sociali e condizioni di vita socio-economiche e ambientali.**

Questi modelli di comportamento possono avere un profondo effetto sulla salute di un individuo; essi sono continuamente interpretati e messi alla prova in diverse situazioni sociali e pertanto non sono fissi, ma soggetti al cambiamento. La modifica dei propri comportamenti può ridurre l'esposizione ai fattori di rischio⁸.

Tuttavia, la probabilità che un individuo, un gruppo di persone o un'intera comunità modifichino il proprio stile di vita dipende da un complessa gamma di fattori che vanno dal macroambiente fino a fattori individuali, tra i quali un ruolo fondamentale è esercitato dagli aspetti motivazionali⁹.

A tale proposito gli studi più recenti individuano **alcuni ambiti sui quali è necessario porre molta attenzione al fine di promuovere cambiamenti comportamentali:**

- **l'attività fisica**
- **l'alimentazione**
- **l'abitudine al fumo**
- **l'abuso di alcolici e sostanze stupefacenti**



Attività fisica

La letteratura scientifica sottolinea come **l'esercizio fisico rappresenti un fattore protettivo per la salute**, favorendo un armonico sviluppo psicofisico della persona e la costruzione di reti sociali¹⁰. A questo proposito le indicazioni del Ministero della Salute sostengono che, al contrario, **la scarsa attività fisica sia implicata nell'insorgenza di alcuni tra i disturbi e le malattie** oggi più frequenti: **diabete, malattie cardiocircolatorie, tumore del colon.**

La preoccupante diffusione del sovrappeso e dell'obesità nella nostra società è in parte attribuibile al fatto che la vita attuale promuove stili di vita estremamente sedentari, con livelli assai ridotti di attività fisica. Tra gli indici del sovrappeso si stima anche che un valore di circonferenza della vita



pari o superiore a 88 cm nella donna e a 102 cm nell'uomo sia associato ad un aumento del rischio di numerose malattie considerate complicanze metaboliche dell'obesità. Tali indici infatti rappresentano un valido indicatore della distribuzione del tessuto adiposo in sede viscerale, ed è quindi in grado di fornire utili informazioni sulla topografia del grasso corporeo.

Il fenomeno dell'obesità e del sovrappeso è rintracciabile già in età evolutiva, le statistiche suggeriscono che in Italia il 35% dei bambini trascorre mediamente, già all'età di 6 anni, oltre due ore al giorno di fronte alla televisione, il 16% dei bambini non svolge attività sportiva strutturata, pratica giochi passivi e trascura quei giochi all'aperto che sono fisicamente più impegnativi. I dati del 2016 del sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE 11 confermano livelli preoccupanti di eccesso ponderale nei bambini partecipanti allo studio: il 21,3% è risultato in sovrappeso e il 9,3% in condizioni di obesità, con percentuali più alte nelle regioni del centro e del sud.



Le linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'attività fisica 2016-2020 **suggeriscono che, negli adulti, almeno 150 minuti di attività fisica moderata alla settimana (che include ma non si limita allo sport)** riducano il rischio di **malattie cardiovascolari, e diabete, cancro del colon e della mammella**¹². Il rafforzamento muscolare e gli esercizi volti a migliorare l'equilibrio sembrano invece indicati per ridurre la possibilità di cadute e aumentare lo stato funzionale delle persone anziane.

Il Programma "Guadagnare Salute"¹³ suggerisce che, se possibile, il trasferimento a piedi al lavoro, a scuola o per le incombenze della vita quotidiana possa già costituire una eccellente opportunità, non ancora pienamente esplorata, per raggiungere la quantità di attività fisica moderata, raccomandata quotidianamente per mantenersi in buona salute.

Valori indicativi del dispendio energetico complessivo per ogni minuto di alcune attività

Attività	Kcal/minuto
Dormire	0,9
Stare seduto	1,0
Stare in piedi inattivo	1,1
Scrivere al computer	1,3
Montare circuiti elettronici	2,7
Camminare in piano (4Km/ora)	2,5 - 3,5
Lavare la biancheria a mano	3,0 - 4,0
Pulire i pavimenti	3,6
Stirare	3,5 - 4,2
Intonacare una parete	4,1 - 5,5
Fare lavori agricoli	5,5 - 7,0
Spalare	6,0
Andare in bicicletta (22 Km/ora)	11,1
Correre a piedi (12 Km/ora)	15,0

Fonte: Inran, 2003

Passare molte ore stando seduti (durante il lavoro o nel tempo libero) predispone all'obesità, tuttavia è importante distinguere tra una pratica sportiva calibrata sulle caratteristiche e i bisogni dell'individuo e possibili squilibri dell'allenamento indotto da un'attività fisica praticata così intensamente da non consentire all'organismo di recuperare (sindrome da

Fig. 2 - Proporzione di sedentari per regione di residenza.
Fonte: Passi 2013

■ % significativamente superiore al pool
■ % non significativamente diversa dal pool
■ % significativamente inferiore al pool



overtraining)¹⁴. Nel caso in cui l'individuo sviluppi una vera e propria "dipendenza da sport" è possibile che questa risulti associata a sintomi quali disagio fisico e psicologico in relazione alla riduzione o cessazione delle abitudini di allenamento, eccesso di attività, allenamento solitario, presenza di disturbi alimentari (anoressia, bulimia) o di comportamenti di controllo alimentare (diete restrittive, assunzione di integratori).

I dati del programma nazionale di sorveglianza sull'attività fisica della popolazione "Passi" (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) del 2013 riportano che la popolazione tra i 18 e i 69 anni che può essere considerata completamente sedentaria (non svolge alcuna attività fisica nel tempo libero e svolge un lavoro sedentario o che al più richiede un moderato sforzo fisico) ammonta al 30% in Italia, mentre il 36% può essere considerato parzialmente attivo, e solo il 33% può essere considerato attivo, ovvero svolge una attività fisica nel tempo libero o svolge un'attività lavorativa che richiede un notevole sforzo fisico.

Dal punto di vista territoriale in generale si rileva una maggior sedentarietà nel Sud Italia (Fig. 2), le Regioni con una più elevata percentuale sono la Basilicata (62,13%), la Calabria (44,06%) e la Campania (43,48%); al contrario in Friuli Venezia Giulia i sedentari ammontano al 20,54%, in Lombardia al 20,56, in Trentino sono il 20,9%.

L'EFSA (Autorità Europea per la Sicurezza Alimentare) ha fissato il fabbisogno medio di apporto energetico per adulti, neonati e bambini, nonché per donne in gravidanza e allattamento¹⁵. Il fabbisogno energetico è la quantità di energia proveniente dagli alimenti necessaria a mantenere un'adeguata massa corporea e a sostenere un livello di attività fisica tale da garantire a lungo un buono stato di salute. Il gruppo di esperti ha fissato alcuni valori indicativi del fabbisogno energetico medio per gruppi di età, basati su uno stile di vita moderatamente attivo e su un indice di massa corporea nella norma¹⁶.

Valori indicativi del fabbisogno energetico medio per gruppi di età

	Età	Fabbisogno energetico (Kcal/giorno)
Ragazze/ragazzi	6	1.500 - 1.600
	12	2.000 - 2.200
	17	2.300 - 2.900
Donne/uomini	30-39	2.000 - 2.600
	50-59	2.000 - 2.500
	70-79	1.800 - 2.300

Fonte: EFSA



Abitudini alimentari

La nutrizione è riconosciuta come uno dei maggiori determinanti di salute.

Un regime dietetico equilibrato permette infatti di garantire un apporto di nutrienti ottimale per soddisfare il fabbisogno dell'organismo e, in secondo luogo, per prevenire condizioni di carenza o di eccesso di nutrienti.

Inoltre, la buona alimentazione ha una valenza protettiva e/o preventiva nei confronti di determinate condizioni patologiche: ad esempio, **il sale iodato sembra ridurre il rischio di patologie tiroidee, gli acidi grassi omega 3 e 6 sembrano efficaci per il rischio cardiaco, l'acido folico per la spina bifida, probiotici e prebiotici per l'equilibrio della flora intestinale.**

Tuttavia il Ministero della Salute rileva una tendenza nella popolazione a consumare alimenti e bevande ad alta densità energetica e scarso potere nutrizionale, ed una quantità insufficiente di frutta e verdura. Tale tendenza sembra coinvolgere soprattutto i più giovani, anche nei Paesi mediterranei che sono stati in passato caratterizzati da un più elevato consumo di frutta, verdura, legumi, olio d'oliva e pesce.

Anche l'ambiente lavorativo può rappresentare un fattore di rischio per lo sviluppo di abitudini alimentari scorrette dal momento che, ad esempio, l'assenza di servizi di ristorazione collettiva o di tempi sufficienti per il consumo dei pasti può indurre all'assunzione di spuntini veloci ad alta densità energetica.

Nel 2015 il 35,3% degli adulti risulta in sovrappeso e il 9,8% risulta obeso¹⁷. Complessivamente quindi più di quattro persone su dieci risulta essere in eccesso ponderale.



Questa condizione sembra aggravarsi con l'aumento dell'età, è più frequente negli uomini che nelle donne, più diffusa tra le persone con più bassi livelli d'istruzione ed economicamente svantaggiate.

Le Regioni del Sud Italia registrano percentuali di persone in eccesso ponderale significativamente superiori alla media nazionale. Un dato interessante delle rilevazioni riguarda **la percezione della propria condizione da parte degli intervistati, dal momento che tale consapevolezza sembra essere un elemento significativo nella scelta di modificare il proprio stile comportamentale: tra le persone in sovrappeso più della metà ritiene che il proprio peso sia più o meno giusto;** tra gli obesi questa percentuale è del 9%.

Coloro che riferiscono di aver ricevuto il consiglio di perdere peso dal proprio medico seguono più frequentemente una dieta (37%) rispetto a chi non ha ricevuto questo consiglio (13%). **Il supporto sociale fornito dagli operatori sanitari può avere dunque un ruolo rilevante nell'aiutare i pazienti a mantenere abitudini salutari.**

L'obesità rappresenta il problema alimentare più diffuso e costoso del mondo occidentale dal momento che riguarda circa il 33% della popolazione dei paesi industrializzati,

tuttavia, anche i disturbi del comportamento alimentare, come ad esempio anoressia e bulimia nervosa, sono da considerarsi alla stregua di una malattia sociale in quanto coinvolgono due milioni di italiani e rappresentano la prima causa di morte per malattia nella popolazione femminile tra i 12 e i 25 anni¹⁸.

Secondo le indicazioni correnti, in un'alimentazione equilibrata **il 60% circa delle calorie della razione giornaliera dovrebbe provenire dai carboidrati**, dei quali almeno i tre quarti sotto forma di carboidrati complessi (contenuti ad esempio in cereali, legumi secchi e patate) e non più del quarto restante sotto forma di carboidrati semplici (contenuti in larga misura nella barbabietola, nella frutta, nel miele e nel latte).

L'introito raccomandato di fibra è intorno ai 30 grammi/giorno,

quantità superiore a quella che attualmente si assume in Italia.

Per raggiungere i livelli raccomandati è bene consumare alimenti ricchi in fibra quali: fagioli, fave, ceci, lenticchie, piselli, carciofi, cavoli, cicoria, carote, melanzane, funghi, finocchi, pere, mele, fichi, banane, kiwi, lamponi, fichi d'India, ribes, noci, nocciole, mandorle, frutta essiccata. Inoltre, la fibra alimentare facilita il raggiungimento del senso di sazietà, in quanto contribuisce ad aumentare il volume del cibo ingerito e a rallentare lo svuotamento dello stomaco.

Il consumo di frutta e vegetali può assicurare un apporto rilevante di alcuni minerali (quali selenio e zinco) che rientrano nei sistemi di difesa antiossidante dell'organismo. Come detto in precedenza, è importante considerare che l'equilibrio di un regime dietetico è sempre da valutarsi nell'ambito più generale dello stile di vita della persona, particolarmente per quel che riguarda il dispendio energetico dell'organismo. Per esempio, la quantità di grassi che assicurano un buono stato di salute varia a seconda del sesso, dell'età e dello stile di vita.

Una misura indicativa di grassi adeguata per l'adulto è quella che apporta dal 20-25% delle calorie complessive della dieta (per soggetti sedentari) **fino a un massimo del 35%** (per soggetti con intensa attività fisica).

Tuttavia, è bene considerare che **non tutti i grassi sono qualitativamente uguali** e hanno gli stessi effetti



CARBOIDRATI
FIBRE
FRUTTA
VEGETALI
ACQUA
VITAMINE

sull'organismo; **quelli saturi tendono a far innalzare il livello di colesterolo nel sangue** e si ritrovano soprattutto nei prodotti lattiero-caseari (formaggi, latte intero, panna, burro), nelle carni grasse e nei loro derivati e in certi oli vegetali (olio di palma e soprattutto olio di cocco), essi non dovrebbero superare il 7-10% delle calorie totali. **Quelli insaturi non fanno innalzare il livello di colesterolo** nel sangue e sono contenuti in alimenti come oli vegetali (di semi e di oliva), noci, nocciole, olive e pesce.

Una buona prassi per controllare l'apporto calorico contenuto negli alimenti è quella di leggere le etichette dei prodotti.

Anche **le vitamine sono nutrienti essenziali alla salute** la cui regolare assunzione, tramite gli alimenti, può avere effetti importanti nella prevenzione di numerose malattie, tra cui varie **forme di anemia, disturbi del sistema nervoso, fino ad alcuni tipi di cancro.**

Il fabbisogno di acqua per adulti e anziani è approssimativamente di 1 ml di acqua per ogni chilocaloria alimentare introdotta nel corso della giornata. Le linee INRAN raccomandano di assecondare sempre il senso di sete e anzi tentare di anticiparlo, **bevendo mediamente 1,5-2 litri di acqua al giorno.**

Per quanto riguarda gli zuccheri possono essere consumati come fonti di energia per l'organismo, nei limiti del 10-15% dell'apporto calorico giornaliero. Particolare attenzione va posta nei casi di diabete o in quelli di intolleranza (piuttosto diffusa quella al lattosio). Le bevande zuccherate costituiscono la maggiore fonte singola di calorie nell'alimentazione americana, ma hanno rilevanza anche in Europa, soprattutto per bambini e adolescenti. **L'eccessivo consumo di bibite zuccherate (2 volte al giorno vs 1 volta**

Alimenti ricchi di vitamine

Alimenti ricchi di triamina (B1): favorisce lo stato generale di nutrizione dei tessuti nervosi.	Cereali, legumi, carne di maiale, lievito di birra
Alimenti ricchi di riboflavina (B2): importante per lo stato di nutrizione della pelle e delle mucose	Lievito di birra, germe di grano, cereali integrali, fegato, carne, latte e uova
Alimenti ricchi di acido pantotenico (B5)	Fegato, tuorlo d'uovo, legumi e lievito di birra
Alimenti ricchi di piridossina (B6): precursore di un enzima importante nel metabolismo dei composti azotati	Carne, pesce e legumi
Alimenti ricchi di cobalamina (B12): si tratta di un gruppo di sostanze coinvolte nel metabolismo degli acidi grassi, degli amminoacidi e degli acidi nucleici	Fegato, carne, pesce, latte e uova
Alimenti ricchi di acido folico (B9): essenziale nella prevenzione delle malformazioni neonatali	Spinaci, broccoli, asparagi, lattuga, arance, legumi, cereali, limoni, kiwi, fragole, fegato
Alimenti ricchi di vitamina C: antiossidante, potenzia la risposta immunitaria, neutralizza i radicali liberi e inibisce la sintesi di sostanze cancerogene	Kiwi, agrumi, pomodori e peperoni (meglio freschi e crudi)
Alimenti ricchi di retinolo (vitamina A): costituisce uno dei fattori indispensabili per la vista	Fegato, formaggio, burro, uova, latte, pomodoro, carota, albicocche, anguria, frutti di bosco
Alimenti ricchi di Tocoferolo (Vitamina E): antiossidante che contribuisce al mantenimento dell'integrità cellulare	Olive, semi, germe di grano
Alimenti ricchi di calciferolo (Vitamina D): favorisce una corretta mineralizzazione dello scheletro	Olio di fegato di merluzzo
Alimenti ricchi di Vitamina K: svolge un ruolo importantissimo nel processo di coagulazione del sangue	Cavoli, spinaci, fegato

Fonte: Epicentro

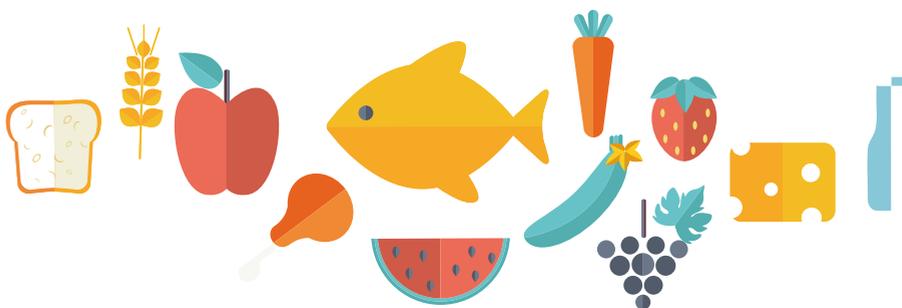
al mese) è risultato associato ad un aumento del rischio di *cardiopatia ischemica*, come pure è risultato associato al sovrappeso e allo sviluppo di *diabete di tipo 2*.

Studi recenti hanno confermato che un **consumo medio di sale al di sotto di 6 g al giorno**, corrispondente ad una assunzione di circa 2,4 g di sodio, rappresenta un buon compromesso tra il soddisfacimento del gusto e la prevenzione dei rischi legati al sodio (*tumori dello stomaco, maggiori perdite urinarie di calcio, maggiore rischio di osteoporosi, patologie delle arterie coronarie, ipertensione, infarto*).

Ridurre la quantità di sale che si consuma giornalmente non è difficile, soprattutto se la riduzione avviene gradualmente. Infatti il nostro palato si adatta facilmente, ed è quindi possibile ridurlo a cibi meno salati. Inoltre, alcuni alimenti come il succo di limone e l'aceto permettono di dimezzare l'aggiunta di sale e di ottenere cibi ugualmente saporiti, agendo come esaltatori di sapidità.



Un'altra strategia per ridurre l'apporto di sale può essere quella di insaporire i cibi con erbe aromatiche (aglio, cipolla, basilico, prezzemolo, rosmarino, salvia, menta, origano, maggiorana, sedano, porro, timo, semi di finocchio) e spezie (pepe, peperoncino, noce moscata, zafferano, curry).





Abitudine al fumo

L'abitudine al fumo (**tabagismo**) rappresenta uno dei più grandi problemi di sanità pubblica a livello mondiale ed è uno dei maggiori fattori di rischio nello sviluppo di **patologie neoplastiche, cardiovascolari e respiratorie**.

Secondo i dati dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) il fumo di tabacco rappresenta la seconda causa di morte nel mondo e la principale causa di morte evitabile. Secondo il rapporto Il fumo in Italia 2015¹⁹, realizzato in collaborazione con la Doxa dall'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga dell'Istituto Superiore di Sanità, **in Italia fumano circa 10,9 milioni di persone**. La classe di età più rappresentativa si trova fra coloro che hanno un'età compresa fra 25 e 44 anni con il 30,7% nei maschi ed il 22,4% nelle femmine.

La motivazione prevalente (oltre il 65% degli intervistati) per aver iniziato a fumare, sia per gli uomini sia per le donne, è l'influenza esercitata da amici o compagni di scuola che fumavano.

Diversi studi internazionali sottolineano che il rischio connesso al fumo sia associato alla quantità giornaliera di tabacco fumato, tuttavia **non è stato individuato un limite al di sotto del quale non si verificano effetti deleteri**. Anche la durata è importante e, per quanto il fumo di sigarette sia quello maggiormente diffuso, di fatto tutti i tipi di tabacco sono nocivi, comprese le sigarette a basso contenuto di catrame (le cosiddette "light"), le sigarette con filtro, i sigari e la pipa.

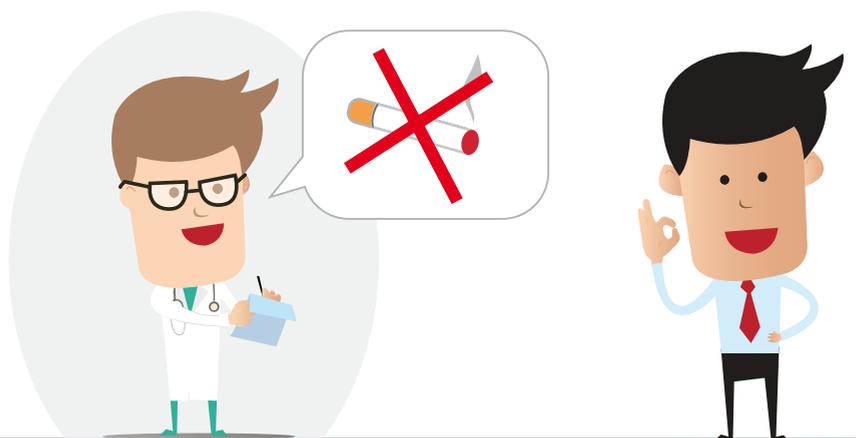


Anche il fumo passivo ha delle significative conseguenze negative: è stato stimato che un non fumatore che vive con un partner fumatore o è esposto al fumo passivo nel posto di lavoro ha un **rischio più alto del 30% per le malattie cardiovascolari**.

Alcune analisi degli studi in questo ambito sostengono che il fumo in gravidanza risulti associato a un aumentato rischio di mortalità perinatale, morte improvvisa del lattante, distacco placentare, rottura prematura delle membrane, gravidanza ectopica, placenta previa, parto pretermine, aborto spontaneo, basso peso alla nascita, sviluppo di labio-palatoschisi nel bambino²⁰.

Le linee guida europee sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari²¹ evidenziano come **la cessazione del fumo rappresenti un elemento imprescindibile per il miglioramento della salute cardiovascolare**. Tuttavia smettere di fumare è un processo complesso e difficile, dal momento che questa abitudine comporta una forte dipendenza psicologica e farmacologica. Il fattore predittivo più importante per il successo della cessazione è rappresentato dalla motivazione, che può essere rinforzata dall'assistenza di professionisti del settore. Per tale motivo ai clinici è raccomandato di esortare ad interrompere l'abitudine al fumo in maniera esplicita, forte e personalizzata, pianificando delle visite di controllo che possano accompagnare la persona in questo difficile percorso. E' importante anche che le persone siano informate che la conclusione di tale abitudine può provocare un aumento di peso pari mediamente a 5 kg, ma che i benefici per la salute derivanti dalla cessazione sono di gran lunga superiori ai rischi correlati a tale aumento.

Alcuni elementi sembrano essere d'aiuto nel definire un programma di cessazione del fumo: stabilire una data di inizio, informare la famiglia e gli amici e chiedere il loro sostegno, eliminare le sigarette/il tabacco, eliminare qualsiasi oggetto/articolo che possa indurre a fumare, pianificare alcune visite di controllo in cui il medico possa congratularsi in caso di successo, rafforzando la motivazione²².





Consumo/abuso di alcol e sostanze stupefacenti

Importanti studi di livello nazionale e internazionale confermano **la correlazione tra il consumo di alcol nella popolazione e il rischio di sviluppare patologie gastroenteriche, cardiovascolari, polmonari, tumorali, dello scheletro e muscolari, danni immunologici e prenatali.**

L'alcol risulta, in particolare, essere la principale causa di **cirrosi epatica.**

I danni associati all'abuso cronico di alcol riguardano diversi sistemi corporei. A carico del sistema nervoso centrale e periferico l'alcol provoca varie manifestazioni cliniche, che vanno **dalla neuropatia periferica al tremore, fino a stati più gravi quali allucinazioni, psicosi, demenza.**

A carico del sistema digerente l'abuso di alcol può provocare **gastriti acute e croniche, emorragie, ulcere, cirrosi epatica e danni al pancreas.** L'alcol agisce anche sul sistema cardiovascolare, contribuendo all'innalzamento della pressione arteriosa e facilitando la comparsa di vari tipi di **cardiopatìa.**

Il costituente fondamentale e caratteristico di ogni bevanda alcolica è l'etanolo, sostanza estranea all'organismo e non essenziale, anzi per molti aspetti tossica. Il corpo umano è per lo più in grado di sopportare l'etanolo senza evidenti danni, a patto che si rimanga entro i limiti di quello che si intende oggi come **consumo moderato, vale a dire non più di due-tre Unità Alcoliche (U.A.) al giorno per l'uomo, non più di una-due per la donna e non più di una per gli anziani.**

I risultati degli studi epidemiologici dimostrano anche che un consumo moderato di alcol esercita un effetto protettivo contro lo sviluppo di **malattie cardiovascolari,** le linee guida europee (2012) sulla prevenzione di queste patologie raccomandano di **limitare l'assunzione giornaliera di alcol a non più di un bicchiere di vino nelle donne (10-12 g di alcol) e non più di due bicchieri negli uomini (20-24 g di alcol),** essendo questo il livello di consumo alcolico associato con il più basso rischio di malattie croniche.

Una volta assorbito, l'etanolo entra nel sangue e da lì si diffonde in tutti i liquidi corporei; questo tipo di distribuzione è uno dei meccanismi fondamentali della diversa



Unità alcolica

Una unità alcolica (U.A.) corrisponde a circa 12 grammi di etanolo, una tale quantità è contenuta in un bicchiere piccolo (125 ml) di vino di media gradazione, in una lattina di birra (330 ml) di media gradazione o in una dose da bar (40 ml) di superalcolico.

Sulle etichette di qualsiasi bevanda alcolica è riportato il contenuto di alcol, ma è espresso in gradi, cioè in volume su 100 ml. Per ottenere i grammi di alcol in 100 ml bisogna moltiplicare tale valore per 0,8.

Fonte: INRAN 2003

tolleranza all'alcol nei diversi individui, nei due sessi e nelle diverse condizioni. Nelle Linee guida promosse dall'INRAN (2003) sono stabiliti alcuni valori indicativi di alcolemia (grammi di alcol per litro di sangue) in funzione della quantità di alcol ingerito e del tempo trascorso dall'ingestione a digiuno: **negli uomini l'assunzione di 3 U. A. (circa 375 ml di vino) comporta il superamento dei tassi di alcolemia consentiti dalla legge per la guida nelle due ore successive all'assunzione.** Per le donne sembrano essere sufficienti 2 U. A. per superare tale valore. Aver ingerito 5 U. A. comporta il superamento dei limiti alcolemici consentiti dalla legge per un periodo di oltre cinque ore dopo l'assunzione a digiuno per entrambi i sessi. Tuttavia, la concentrazione dell'etanolo nel sangue dipende da vari fattori oltre alla quota ingerita, alle modalità di assunzione (a digiuno o durante i pasti) e al sesso, come, ad esempio, la composizione corporea, il peso, fattori genetici, la quantità di acqua corporea, la capacità individuale di metabolizzare l'alcol, l'abitudine all'alcol.

Recenti indagini riportano alcuni dati preoccupanti che riguardano il consumo di alcol: si segnala un aumento percentuale dell'assunzione quotidiana dal 2007 al 2010 pari al 18,2% e un incremento della percentuale delle ubriacature del 200%, con una prevalenza passata dall'1% del 2007 al 3% del 2010.

Concentrazioni di sostanze nelle acque reflue

Sostanza	Consumi 2010	Consumi 2011
Eroina (dosi/die 1000 ab.)	2,98	2,05
Cocaina (dosi/die 1000 ab.)	7,57	5,91
Cannabis (dosi/die 1000 ab.)	34,21	36,62
Ecstasy (dosi/die 1000 ab.)	0,05	0,07
Amfetamine (dosi/die 1000 ab.)	1,10	0,0
Metamfetamine (dosi/die 1000 ab.)	3,27	0,25
Ketamina (grammi/die)	1,92	4,11

Fonte: Inran, 2003

Per quanto riguarda infine **l'uso/abuso di sostanze stupefacenti**, tali abitudini e gli stili di vita connessi rappresentano in Italia un evidente e significativo problema di salute pubblica, sia per gli effetti diretti sui soggetti consumatori (dipendenza patologica, overdose, comorbidità psichiatrica e patologie infettive droga correlate) che per la popolazione generale non direttamente esposta.

A tale proposito, per valutare la diffusione del fenomeno, può essere utile riportare i dati risultanti dall'indagine realizzata dall'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri di Milano che ha effettuato i prelievi e l'analisi di campioni di acque reflue rilevati nel 2011 presso 17 centri urbani distribuiti su tutto il territorio nazionale per la misura delle concentrazioni di residui di sostanze presenti nei campioni. Tale rilevazione ha permesso di osservare che, tra gli altri, il consumo più consistente di sostanze stupefacenti riguarda la cannabis, mediamente circa 36,6 dosi giornaliere ogni 1.000 abitanti nel 2011.

Fonti bibliografiche

- ¹ Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*, Parigi: PUF.
- ² Engel G.L. (1977). *The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine*. Science, 196(4286):129-36.
- ³ Carta di Ottawa per la promozione della salute (1986).
- ⁴ Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723-742.
- ⁵ Braibanti P., Strappa V., Zunino A. (2009). *Psicologia sociale e promozione della salute, vol. I: Fondamenti psicologici e riflessioni critiche*. Milano: FrancoAngeli.
- ⁶ Gremigni, P. (2013). Comportamenti di salute: modelli e teorie di riferimento. in P.E. Ricci Bitti, P. Gremigni (a cura di), *Psicologia della Salute. Modelli teorici e contesti applicativi* (pp.145-170). Roma: Carocci Editore.
- ⁷ I programmi di screening in Italia (2014) documento a cura del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie e del Ministero della salute. Scaricabile dal sito: www.osservatorionazionalecreening.it
- ⁸ Zani B., Cicognani E., (2000). *Psicologia della Salute*. Bologna: Il Mulino.
- ⁹ Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley; DiClemente, C. C. and J. O. Prochaska (1982). Self-change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addictive Behaviors* 7: 133-142; Schwarzer, R., & Fuchs, R. (1995). Changing risk behaviors and adopting health behaviors: The role of self-efficacy beliefs. In A. Bandura (Ed.), *Self-efficacy in changing societies* (pp. 259-288). New York: Cambridge University Press.
- ¹⁰ White, S.A., Duda, J.L. and Keller, M.R. (1998). The relationship between goal orientation and perceived purposes of sport among youth sport participants. *Journal of Sport Behavior*, 21(4), 474-483.
- ¹¹ Lamberti A., Buoncristiano, M. OKkio alla SALUTE: dati nazionali 2016. Documento scaricabile dal sito www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/
- ¹² World Health Assembly (WHA) (2004). Strategia Globale su Dieta, Attività Fisica e Salute; Commissione Delle Comunità Europee (2005). Libro Verde "Promuovere le diete sane e l'attività fisica: una dimensione europea nella prevenzione di sovrappeso, obesità e malattie croniche".
- ¹³ Ministero della Salute (2008). Programma Guadagnare Salute. Documento scaricabile dal sito http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf
- ¹⁴ Giombini, L., Di Cosmo, C., Zambianchi, M. (2013). Stili di vita e comportamenti a rischio. in P.E. Ricci Bitti, P. Gremigni (a cura di), *Psicologia della Salute. Modelli teorici e contesti applicativi* (pp.187-206). Roma: Carocci Editore.
- ¹⁵ <http://www.efsa.europa.eu/it/>
- ¹⁶ Candiani G., Daghini, Zadig R. (2011). Linee guida gravidanza fisiologica. Linea guida 20. Milano.
- ¹⁷ Rapporto "OSSERVASALUTE 2016" Indagine multiscopo ISTAT "Aspetti della vita quotidiana".
- ¹⁸ Giombini, L., Di Cosmo, C., Zambianchi, M. (2013). Stili di vita e comportamenti a rischio. in P.E. Ricci Bitti, P. Gremigni (a cura di), *Psicologia della Salute. Modelli teorici e contesti applicativi* (pp.187-206). Roma: Carocci Editore.
- ¹⁹ Il fumo in Italia 2012. Indagine effettuata per conto dell'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri. Documento scaricabile dal sito http://www.iss.it/binary/fumo/cont/Indagine_DOXA2012.pdf.
- ²⁰ Candiani G., Daghini, Zadig R. (2011). Linee guida gravidanza fisiologica. Linea guida 20. Milano.
- ²¹ Linee guida europee sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari
- ²² *Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo* (edizione 2008), documento scaricabile dal sito: <http://www.iss.it/ofad/fumo/index.php?lang=1&tipo=3>.
- ²³ Relazione annuale al Parlamento 2012 sull'uso di sostanze stupefacenti e sulle tossicodipendenze in Italia Dipartimento Politiche Antidroga Agosto 2012.

In collaborazione con il DiSFor dell'Università degli Studi di Genova e Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza Biologi

The logo for EMAPI, featuring the letters 'EMAPI' in a stylized, red, cursive font. The 'E' and 'M' are connected, and the 'A' has a dot above it. The 'P' and 'I' are also connected to the 'A'.

Ente di Mutua Assistenza per i Professionisti Italiani

EMAPI - Via Lombardia, 40 (00187) Roma

Telefono 0644250196 Fax 06 44252624

www.emapi.it - info@emapi.it