

INTRODUZIONE

Massimo Valsecchi

L'interesse della prevenzione sanitaria nei confronti dell'assetto urbanistico degli abitati vanta una lunga storia che è, però, cambiata moltissimo negli ultimi decenni.

In tempi passati l'interesse specifico della prevenzione sanitaria nei confronti dell'urbanistica era concentrato sugli aspetti del vivere collettivo che direttamente od indirettamente potevano influenzare la nascita e la diffusione delle malattie infettive: collocazione delle abitazioni in zone salubri, presenza di acquedotti e fognature, salubrità delle abitazioni rispetto all'illuminazione, irraggiamento solare, umidità.

Si trattava di una situazione epidemiologica molto diversa da quella attuale; in Italia, ad esempio, nel 1950 morivano ancora 32.000 persone per malattie infettive; cinquant'anni più tardi questo numero si è ridotto a 7.373.

Agli inizi del 2000 il quadro epidemiologico è ulteriormente mutato e le malattie infettive rendono conto, ormai, solo dello 0,5 % della mortalità generale - che è invece dominata da patologie cronicodegenerative (quali le malattie cardiovascolari, l'obesità, il diabete ed i tumori) nei confronti delle quali non abbiamo a disposizione armi farmacologiche decisive, come i vaccini e gli antibiotici che ci hanno permesso di ridurre enormemente il peso delle malattie infettive.

Anche contro le patologie croniche abbiamo, in realtà, strumenti di contrasto molto efficaci, ma questi risiedono in un insieme di stili di vita che non possono essere "somministrati" come farmaci. Siccome però lo stile di vita è per definizione altamente modificabile, l'"epidemia" di malattie croniche attualmente in corso è fortunatamente prevenibile.

In particolare uno dei problemi di salute pubblica di massima rilevanza attualmente è rappresentato dalla sedentarietà (v. nota a lato), che costituisce uno dei più rilevanti fattori di rischio per le principali malattie e su cui è necessario intervenire con urgenza.

Per questo motivo la promozione dell'attività fisica è parte integrante (insieme a quella della sana alimentazione e alla lotta al fumo e all'abuso di alcolici) del DPCM *Guadagnare Salute* del 2007, che l'ha inserita tra le attività di routine delle istituzioni sanitarie e anche del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 e del Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 (prorogato anche per il 2008). Più di recente la Conferenza Stato-Regioni del 25 marzo 2009 ha introdotto l'attività fisica fra gli obiettivi prioritari del prossimo Piano Sanitario Nazionale.

È però indispensabile non limitarsi ad intervenire sulla motivazione delle singole persone a modificare i propri comportamenti, ma realizzare anche nel contempo un intervento efficace e tempestivo su quelli che sono definiti "determinanti ambientali della salute", rappresentati da un lato dalla struttura urbanistica metropolitana e dall'altro dai vari fattori di tipo sociale (come il capitale sociale e la rete di relazioni di cui un individuo può disporre, il livello socioeconomico, la scolarità, il livello culturale).

Questi ultimi non rientrano nello spettro di argomenti affrontati nella presente pubblicazione, ma è ormai dimostrata la loro importanza nel condizionare i livelli di attività della popolazione e più in generale l'accesso agli interventi preventivi (Stahl T. e al., *The importance of the social environment for physically active lifestyle*, Social Science and Medicine, vol. 52, 2001, pp. 1-10; Donald Acheson, *Independent Inquiry into Inequalities in Health*, 1998); ad esempio, un'indagine condotta in Inghilterra su 2.728 famiglie ha evidenziato che i soggetti con stato socioeconomico più basso praticano meno attività fisica oltre a fumare di

più e a consumare giornalmente meno frutta e verdura rispetto alle famiglie con stato economico più elevato (Wardle J., Steptoe A., *Socioeconomic differences in attitudes and beliefs about healthy lifestyles*, Journal of Epidemiology and Community Health, vol. 57, 2003, pp. 440-443).

Per quanto riguarda invece i determinanti di tipo urbanistico, è ormai riconosciuto che la presenza nel territorio urbano di aree verdi, piste ciclabili e zone pedonali o a velocità limitata, la disponibilità e il costo dei mezzi di trasporto e il prezzo e l'accessibilità degli impianti sportivi sono alcuni dei fattori che influenzano maggiormente i livelli di attività della popolazione.

Quindi i nuovi stili di vita devono in ogni caso avere come attori consapevoli i cittadini, ma possono essere sviluppati e sostenuti solo se il palcoscenico urbano è pronto a sostenere questo nuovo modo di vivere. Sappiamo, ad esempio, con certezza che se riusciamo a far camminare la popolazione almeno mezz'ora al giorno per almeno 5 giorni alla settimana avremo una diminuzione della mortalità cardiovascolare che può giungere fino al 30-40% del totale!

Per arginare efficacemente i problemi connessi con la sedentarietà è inoltre necessario far sì che l'attività fisica diventi una componente integrante della vita quotidiana.

È infatti impensabile proporre alla popolazione, almeno per quanto riguarda la fascia giovane-adulta, di praticare del movimento 30 minuti al giorno (tali sono i livelli minimi indicati dalle agenzie internazionali di medicina preventiva) esclusivamente presso strutture dedicate, mentre è molto più agevole pensare che almeno una parte di questa attività sia praticata sotto forma di cammino e uso della bicicletta per i trasporti quotidiani.

Tali interventi sono di dimostrata efficacia: ad esempio, anche dopo aver controllato i valori per gli altri fattori di rischio e per l'attività fisica nel tempo libero, i soggetti che andavano al lavoro in bicicletta avevano un tasso di mortalità più basso del 39% (Copenhagen Heart Study, *All-Cause Mortality Associated With Physical Activity During Leisure Time, Work, Sports, and Cycling to Work*, Arch. Int. Med., vol. 160, 2000, pp. 1621-1628).

Va quindi sottolineata l'importanza di focalizzare l'attenzione (più che sullo sport e sul movimento praticato nel tempo libero) sull'incremento di attività come camminare, andare in bicicletta, fare le scale, che presentano molti vantaggi perchè non richiedono tempo in quanto si sostituiscono semplicemente al tempo trascorso in automobile o in ascensore, non sono costose e sono quindi accessibili anche alle fasce sociali più svantaggiate; inoltre consentono di ridurre l'inquinamento e il traffico stradale, con le patologie correlate, ed i consumi energetici.

Sono quindi le più indicate per i programmi di sanità pubblica, come sottolineato da tutte le principali agenzie internazionali di medicina preventiva.

Ragionamento analogo si può fare, per quanto riguarda i bambini, per la possibilità di giocare liberamente nelle strade e nelle piazze cittadine. Tutto ciò richiede però un assetto del territorio urbano che faciliti anziché ostacolare questi comportamenti.

Di conseguenza la responsabilità per la scelta di stili di vita attivi non può essere lasciata esclusivamente ai singoli individui, ma deve diventare una responsabilità condivisa dall'intera comunità: non solo le aziende sanitarie, ma anche e soprattutto le amministrazioni comunali e tutti coloro che sono coinvolti nella pianificazione urbanistica del territorio.

Le condizioni ambientali devono quindi essere opportunamente pianificate e se necessario modificate tenendo presenti anche queste necessità connesse con la difesa della salute.

Far muovere con continuità la gran parte della popolazione è un risultato che si può ottenere solo in presenza di una qualità di contesto e di organizzazione urbana e dei trasporti che al momento, purtroppo, nella maggior parte dei casi non c'è.

Da qui la nostra attenzione a come organizzare lo spazio urbano in modo da favorire fortemente modalità di trasporto che privilegino gli spostamenti a piedi e in bicicletta anche attraverso modalità di trasporto integrato con nodi di interscambio in modo da sfavorire il trasporto motorizzato individuale, che tra l'altro è responsabile di circa il 50% dell'inquinamento aereo che colpisce l'intera pianura padana, collocandoci ben al di sopra delle concentrazioni degli inquinanti aerei che recano danni alla salute.

È per questo insieme di motivi che è urgente dar vita, in modo diffuso, ad una nuova cultura del trasporto urbano e a modifiche urbanistiche, anche su piccola scala, che vadano verso una riqualificazione del tessuto urbano esistente che sia favorevole a stili di vita che migliorino la nostra qualità di vita e di salute.

Scopo di questo manuale è quindi fornire uno stringato inquadramento teorico dei problemi ed illustrare, di seguito, tutta una serie di esempi di interventi di miglioramento già operati e che possono, quindi, essere riprodotti ovunque.

Per ragioni di brevità l'attenzione è incentrata solo sull'aspetto della mobilità e della moderazione del traffico, strumento operativo che favorisce una maggior sicurezza per i pedoni e le bici.

Esistono anche altri aspetti urbanistici importanti che gli autori si riservano di affrontare in successive pubblicazioni: la dotazione di impianti e strutture dove praticare l'attività motoria e lo sport; gli spazi verdi, che sono fondamentali per l'attività fisica e che addirittura sono uno dei fattori in grado di condizionare la durata della vita dei residenti (Takano, K. e al., *Urban residential environment and senior citizens' longevity in megacity areas: the importance of walkable green spaces*, Journal of Epidemiology and Community Health, Dec. 2002); e di conseguenza l'individuazione di parametri urbanistici che possono costituire nuovi approcci per un progetto urbano favorevole alla salute.

La pubblicazione è indirizzata in particolar modo ai tecnici delle amministrazioni locali, che rivestono un ruolo fondamentale nel progettare la città - dando priorità all'uomo e non all'auto, scoraggiando per quanto possibile l'uso dell'auto, proteggendo il design tradizionale delle vecchie città, riducendo l'espansione urbana incontrollata, migliorando i trasporti pubblici i nodi di interscambio e le piste ciclabili, garantendo l'equità (presenza di spazi verdi e piste ciclabili in tutti i quartieri; attenzione agli aspetti della sicurezza), ed incrementando i limiti di velocità (Edwards P., Tsouros AD., *Promuovere l'attività fisica negli ambienti urbani - Il ruolo delle amministrazioni locali*, OMS, 2006. Tr. it. Armando Editore 2007).

Infine, non va dimenticato che l'intervento urbanistico è strettamente correlato con la percezione di benessere (o malessere) psico-fisico che a sua volta si intreccia strettamente con i livelli di attività della popolazione; ad esempio, quantità adeguate di attività fisica si correlano con una riduzione dell'ansia, della depressione (Blumenthal J.A. e al., Arch. Int. Med., vol. 159, 1999, pp. 2349-2356; Babyak M. e al., Psychosom. Med., vol. 62, 2000, pp. 633-638) e delle disfunzioni sessuali (Bacon CG. e al., *Sexual function in men older than 50 years of age: results from the health professionals follow-up study*, JAMA, n. 29, 2004, p. 3011) e possono addirittura influenzare significativamente lo stato di salute dei soggetti con problemi psichiatrici gravi (L. Chioffi, S. Morgante, L. Berti, L. Costa, L. De Noni, N. De Paoli, G. Faggionato, V. Rebonato, D. Soave, L. Valenari, M. Valsecchi, L. Burti, *Promozione della salute fisica. Un intervento di promozione della salute fisica nel centro di salute mentale di Verona Sud*, Dialogo sui farmaci, n. 5, 2008).

Viceversa riteniamo che la struttura urbanistica, il fatto che l'ambiente urbano appaia più o meno accogliente, sicuro, vivibile e, ultimo ma non meno importante, esteticamente piacevole (aree verdi, conservazione dei centri storici, riduzione del traffico a motore e limiti di velocità, ecc.) possa giocare un ruolo non indifferente nell'incoraggiare i comportamenti attivi e quindi la salute sia sul versante fisico che su quello psichico. Insomma, se la città diffusa è più brutta, fa anche più paura, e proporzionalmente diventa più forte la tentazione di proteggersi con uno scafandro metallico.

Secondo noi l'automobile è anche questo, e rappresenta anche da questo punto di vista un ostacolo ad una corretta interazione sociale e ad un'efficace promozione della salute.

Bibliografia generale

- Edwards P., Tsouros DA., *Promuovere l'attività fisica negli ambienti urbani - Il ruolo delle amministrazioni locali*, OMS 2006. Tr. it. Armando Editore, 2007.
- Edwards P., Tsouros DA., *A healthy city is an active city: a physical activity planning guide*, OMS, 2008. <http://www.euro.who.int/document/E91883.pdf>
- OMS, AA.VV., *Attività fisica e salute in Europa. Conoscere per agire*. Armando Editore, 2007.
- OMS, a cura di Wilkinson R. e Marmot M., *I determinanti sociali della salute. I fatti concreti - Dossier - Supplemento al n. 17 di "Punto Omega" - Quadrimestrale del Servizio sanitario del Trentino*. http://www.trentinosalute.net/context_biblioteca.jsp?ID_LINK=529&area=44
- OMS, AA.VV., *Physical activity and health in Europe: evidence for action*, 2006. <http://www.euro.who.int/document/e89490.pdf>
- F. Racioppi e al., *Una vita attiva con il trasporto di tutti i giorni, con particolare riferimento ai bambini e agli anziani e con iniziative ed esempi in Europa*, OMS, 2003 (testo in inglese). http://www.euro.who.int/transport/publications/20030122_1
- Morgante S. e al., *Attività fisica: prevenzione delle malattie croniche*, Dialogo sui Farmaci, n. 5, 2007, pp. 210-218. http://prevenzione.ulss20.verona.it/materiali_attmot.html
- *Attività fisica e tumori*, Dialogo sui Farmaci, n. 2, 2008, pp. 67-69. http://prevenzione.ulss20.verona.it/materiali_attmot.html
- L. Chioffi e al., *Promozione dell'attività fisica nei pazienti psichiatrici*, Dialogo sui Farmaci, n. 5, 2008, pp. 230-233. http://prevenzione.ulss20.verona.it/materiali_attmot.html
- M. Valsecchi e al., *Politiche per la promozione dell'attività fisica: interventi, attori ed efficacia*, Dialogo sui Farmaci, n. 5, 2007, pp. 220-223. http://prevenzione.ulss20.verona.it/materiali_attmot.html

Le dimensioni epidemiologiche del fenomeno sedentarietà: alcuni dati sul Veneto

In Veneto i dati più recenti sui livelli di attività fisica della popolazione sono quelli rilevati su adulti dai 18 ai 69 anni nel 2007 dallo studio Passi. Solo il 33% degli intervistati ha riferito livelli di attività fisica pari alle raccomandazioni (dato sovrapponibile a quello osservato a livello nazionale) mentre il 20% è risultato sedentario (contro un 28% nazionale); maggiori livelli di sedentarietà si sono osservati in anziani e persone con basso livello di istruzione e con difficoltà economiche. Secondo una ricerca telefonica effettuata a Verona nel 2006 solo 1/6 degli anziani praticava livelli sufficienti di attività fisica e il 30% si dichiarava completamente sedentario. Per quanto riguarda i ragazzi, lo studio HBSC dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (giovani tra 11 e 15 anni) ha evidenziato che nel 2006 svolgevano almeno 1 ora di attività fisica per 5 giorni alla settimana il 37% degli undicenni, il 34% dei tredicenni e il 28% dei quindicenni; i maschi erano più attivi delle femmine (42% a 11 e 13 anni) e anche il declino dell'attività fisica con l'età era maggiore per le ragazze.

Per quanto riguarda il peso corporeo, il 40% delle persone intervistate nello studio Passi erano in sovrappeso o obese, con valori crescenti nelle età più avanzate, nelle fasce sociali basse e negli uomini rispetto alle donne (51 e 29%); solo il 23% delle persone con eccesso ponderale hanno riferito di aver adottato una dieta consona e il 77% un'attività fisica moderata. Per i giovani i dati HBSC evidenziano un rischio di sovrappeso di oltre il 21% e di quasi il 5% per l'obesità negli undicenni, con valori decrescenti nelle altre due fasce d'età.

Prevenzione delle malattie croniche e movimento: alcuni dati della letteratura scientifica

Una recente revisione sistematica di tutti gli studi pubblicati (Darren E.R. Warburton et al., Health benefit of physician activity: the evidence, CMAJ vol. 174, 2006, pp. 801-9) conclude che esiste una evidenza irrefutabile riguardo all'efficacia dell'attività fisica nella prevenzione di diverse malattie croniche e della morte prematura. Ma qual è il livello di queste evidenze? Il primo interrogativo è se l'attività fisica allunghi o meno la vita, o meglio, se ciò avvenga nella persona sana che la pratica regolarmente. Effettivamente i numerosi studi sull'argomento portano alla conclusione che sì, l'attività fisica consente di

ridurre la mortalità per tutte le cause almeno del 30%, ed altrettanto vale per la mortalità cardiovascolare globale; per quanto riguarda la malattia coronarica il rischio diminuisce pure in modo significativo e cioè del 20-40% nei diversi studi:

- WHO, Physical activity, <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/pa/en>.
- Oguma Y., Shinoda-Tagawa T., Physical activity decreases cardiovascular disease risk in women: review and meta-analysis, Am. J. Prev. Med., vol. 26, 2004, pp. 407-18.
- S. Morgante e al., Attività fisica: prevenzione delle malattie croniche, Dialogo sui farmaci, n. 5, 2007.

Inoltre, l'attività fisica contrasta il rischio di ictus (dal 25 al 43%), abbassa la pressione arteriosa (da 2.5-4.5 mmHg), normalizza gli squilibri metabolici a carico di grassi e zuccheri circolanti. Per quanto riguarda in particolare il diabete, in uno studio (Knowler WC. et al., Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin, N. Engl. J. Med., n. 346, 2002, pp. 393-403) nel confronto con il placebo l'intervento per la modifica dello stile di vita ha ridotto addirittura del 58% la comparsa della malattia, contro il 31% ottenuto con i farmaci; per prevenire un caso di diabete in 3 anni è stato sufficiente trattare 7 persone in interventi sullo stile di vita e circa il doppio quando si utilizzava il farmaco. Infine, ad ogni età le donne che svolgono regolarmente attività fisica presentano una riduzione del 15-20% del rischio di tumore della mammella; l'effetto risulta proporzionale all'intensità con una riduzione del rischio del 6% per ogni ora/settimana di attività fisica svolta purché l'esercizio fisico sia sostenuto (camminare a passo spedito, corsa, ginnastica aerobica, tennis, nuoto, bicicletta).

L'attività fisica risulta ridurre il rischio di cancro del colon del 22% tra gli uomini e del 29% nelle donne. È stato ipotizzato anche un effetto protettivo nei confronti dei tumori del polmone, della prostata e dell'utero (endometrio). Il progetto veneto di promozione dell'attività fisica e l'intervento sui determinanti ambientali dell'attività fisica

Dal 2002 è stato attivato il progetto veneto di promozione dell'attività fisica. Il progetto è descritto in dettaglio sul sito web del Dipartimento di Prevenzione dell'ULSS 20 di Verona http://prevenzione.ulss20.verona.it/att_motoria.html. Nell'ambito del progetto sono stati realizzati numerosi interventi sui determinanti ambientali dell'attività fisica:

- una campagna di marketing sociale,
- la collaborazione con il progetto regionale di urbanistica del piano triennale dei servizi di Igiene e Sanità Pubblica,
- numerosi interventi di comunità nelle Ulss venete: nel comune di Isola Vicentina ("Isola in forma"), nell'ulss 4 ("Alta salute") e in numerose altre ulss (ulss 6, 7, 18, 19 e 20),
- la convenzione con la Facoltà di Architettura di Venezia che ha dato origine al presente manuale,
- progetti locali di intervento sui determinanti urbanistici dell'attività fisica (tra cui quelli dell'ulss 2 - sistemazione di percorsi per il cammino e mappatura di attività e percorsi ciclopedonali; ulss miglioramento segnaletica e percorsi pedonali; ulss 15 - censimento percorsi; ulss 18 - censimento delle attività del territorio e successivo intervento urbanistico; ulss 20 - interventi urbanistici in collaborazione con i comuni),
- nei procedimenti di redazione dei piani urbanistici generali contributi informativi e raccomandazioni per delineare nuovi indicatori per favorire una mobilità sostenibile,
- la campagna di promozione dell'uso delle scale al posto dell'ascensore,
- numerose iniziative per la promozione dell'attività fisica, del cammino e della bicicletta per i giovani e le loro famiglie e per gli anziani.