



COMPORAMENTI A RISCHIO E STILI DI VITA DEI GIOVANI TOSCANI

I risultati delle indagini EDIT 2005 - 2008 - 2011

Documenti dell'Agenzia Regionale
di Sanità della Toscana

Il contesto sociale
e ambientale
dei ragazzi toscani:
alimentazione, sport
e condizioni
di stress



I comportamenti
alla guida
dei ragazzi toscani



I fattori di rischio
dell'infortunistica
stradale: consumo
di tabacco, alcol
e sostanze



Gli altri
comportamenti
a rischio: gioco
d'azzardo, bullismo
e comportamenti
sessuali

64

Dicembre
2011

Comportamenti a rischio e stili di vita dei giovani toscani:

i risultati delle indagini EDIT
2005 – 2008 - 2011

**Il contesto sociale
e ambientale
dei ragazzi toscani:**
alimentazione,
attività fisica
e condizioni di stress

**I comportamenti alla
guida dei ragazzi
toscani**

**I fattori di rischio
dell'infortunistica
stradale:** consumo di
tabacco, alcol
e sostanze

**Gli altri comportamenti
a rischio:** gioco
d'azzardo, bullismo e
comportamenti sessuali

Collana dei *Documenti* ARS

Direttore responsabile: Francesco Cipriani

Registrazione REA Camera di Commercio di Firenze N. 562138

Iscrizione Registro stampa periodica Cancelleria Tribunale di Firenze N. 5498
del 19/06/2006

ISSN stampa 1970-3244

ISSN on-line 1970-3252

Comportamenti a rischio e stili di vita dei giovani toscani: i risultati delle indagini EDIT 2005 - 2008 - 2011

Coordinamento e Premessa

a cura di Francesco Cipriani

Direttore

Agenzia regionale di sanità della Toscana

La ricerca EDIT in sintesi e Il campione dell'indagine

a cura di Fabio Voller

Dirigente settore Epidemiologia dei servizi sociali integrati

Agenzia regionale di sanità della Toscana

Autori (in ordine alfabetico)

Laura Aversa¹

Alice Berti²

Francesca Ierardi³

Francesco Innocenti²

Nadia Olimpi¹

Cristina Orsini²

Caterina Silvestri⁴

Fabio Voller⁵

¹ Consulente Agenzia regionale di sanità della Toscana

² Funzionario di ricerca settore Epidemiologia dei servizi sociali integrati
Agenzia regionale di sanità della Toscana

³ Funzionario di ricerca Osservatorio per la qualità e l'equità
Agenzia regionale di sanità della Toscana

⁴ Responsabile PO Prevenzione e indicatori sullo stato di salute delle popolazioni
svantaggiate – settore Epidemiologia servizi sociali integrati
Agenzia regionale di sanità della Toscana

⁵ Dirigente – settore Epidemiologia servizi sociali integrati
Agenzia regionale di sanità della Toscana

Elaborazioni statistiche

a cura di Cristina Orsini

Funzionario di ricerca settore Epidemiologia dei servizi sociali integrati

Agenzia regionale di sanità della Toscana

Revisione editoriale

a cura di Elena Marchini

Osservatorio di epidemiologia

Agenzia regionale di sanità della Toscana

Indice

La ricerca EDIT in sintesi <i>(di F. Voller)</i>	7
Premessa <i>(di F. Cipriani)</i>	13
Il campione dell'indagine <i>(di F. Voller)</i>	15
1. Il contesto sociale e ambientale dei ragazzi toscani	17
1.1 I rapporti con la famiglia e gli amici <i>(di L. Aversa)</i>	19
1.2 L'andamento scolastico e le abitudini di vita <i>(di L. Aversa)</i>	29
1.3 L'attività fisica e i comportamenti alimentari <i>(di N. Olimpi)</i>	44
1.3.1 L'attività fisica	44
1.3.2 I comportamenti alimentari	56
1.4 La condizione di stress <i>(di C. Silvestri)</i>	84
1.4.1 Il distress psicologico dei giovani toscani	86
1.4.2 La messa in atto di comportamenti a rischio in condizioni di elevato grado di distress psicologico	90
2. I comportamenti alla guida dei ragazzi toscani <i>(di F. Innocenti)</i>	95
2.1 L'incidentalità stradale	97
2.2 Lo studio EDIT: i guidatori secondo genere e classe di età	101
2.3 Abitudini alla guida nei giovani toscani: i rischi di incidente	107
2.4 La sicurezza: le sanzioni comminate	113
2.5 La guida dopo l'assunzione di alcol o sostanze psicotrope illegali	116
2.6 I possibili determinanti degli infortuni stradali	131
3. I fattori di rischio dell'infortunistica stradale	137
3.1 L'abitudine al fumo <i>(di C. Orsini)</i>	139
3.1.1 Dal contesto nazionale e regionale all'indagine EDIT	139
3.1.2 Il consumo di tabacco per genere, età e AUSL di residenza	142
3.1.3 Il consumo di tabacco secondo l'istituto scolastico frequentato	152
3.1.4 Il consumo di tabacco secondo il livello di istruzione familiare e le abitudini dei genitori	156
3.1.5 Il fumo di sigaretta rispetto agli altri comportamenti a rischio	161
Conclusioni	166

3.2	Il consumo di bevande alcoliche <i>(di F. Voller)</i>	168
3.2.1	Il consumo di bevande alcoliche secondo il genere e l'età	170
3.2.2	Tipologie di consumo eccedentario	174
3.2.3	I consumi di alcol in relazione ad altri comportamenti a rischio	181
	Conclusioni	183
3.3	Il consumo di sostanze psicotrope <i>(di F. Voller e A. Berti)</i>	185
3.3.1	L'uso delle sostanze psicotrope per genere, AUSL ed età	186
3.3.2	I consumi per tipo di sostanza stupefacente	194
3.3.3	Il poli-consumo e il legame con gli altri consumi e comportamenti a rischio	203
4.	Gli altri comportamenti a rischio	211
4.1	La propensione al gioco d'azzardo <i>(di A. Berti)</i>	213
4.2	Il fenomeno del bullismo <i>(di C. Silvestri)</i>	222
4.2.1	I ragazzi che subiscono prepotenze	223
4.2.2	I ragazzi che mettono in atto comportamenti da bullo	227
4.2.3	Il comportamento da bullo in relazione ad altri comportamenti	232
4.2.4	Il comportamento di coloro che assistono ad episodi di bullismo	234
4.3	Il comportamento sessuale <i>(di C. Silvestri)</i>	237
	Appendice - Una <i>review</i> bibliografica delle ricerche che hanno esplorato il rapporto tra stili di vita e incidenti stradali	251
	I semafori del rischio	289
	Elenco delle scuole partecipanti	295

La ricerca EDIT in sintesi

È ormai largamente dimostrato che le abitudini di vita e le scelte individuali che assumiamo oggi condizionano significativamente la salute e il benessere di domani. Alimentarsi bene, non fumare, bere alcolici con moderazione, svolgere attività fisica e sportiva giusta per l'età, avere rapporti sessuali sicuri, guidare con prudenza sulle strade, affidarsi a interventi sanitari appropriati e solo quando serve, tanto per citare i più importanti, sono i fattori che maggiormente consentono di allungare la vita in salute. Obiettivo ambizioso, soprattutto per la Toscana che oggi già conta su di un'aspettativa di vita tra le più alte al mondo. Scelte individuali in parte consapevoli e libere. Spesso però condizionate da pressioni e aspettative sociali e della comunità di appartenenza, che pesano maggiormente su chi ha minori risorse culturali, economiche e sociali. Per intervenire con efficaci azioni di miglioramento delle abitudini di vita sono necessarie informazioni affidabili e ripetute nel tempo. L'Agenzia regionale di sanità della Toscana le produce sistematicamente con analisi di dati correnti e con ricerche. In particolare, lo studio EDIT si focalizza su di un periodo della vita sensibile e critico per molte scelte individuali. La densità, variabilità e rilevanza di ciò che accade e si sperimenta tra i 14 e i 18 anni non ha confronti nelle altre età. È in questo periodo che è più probabile iniziare a fumare, bere, guidare, usare droghe, avere i primi rapporti sessuali. Nonostante un fisico biologicamente forte, capace di neutralizzare le molte aggressioni chimiche da alcol, droghe, tabacco, cibi spazzatura e aria inquinata, i ragazzi non sono affatto al riparo dal rischio di morte o invalidità per incidenti, soprattutto stradali. La prima causa di morte, appunto, a questa età, in tutto il mondo. Per affrontare il problema dei comportamenti a rischio, lo studio EDIT raccoglie ogni tre anni informazioni sul mondo giovanile toscano, in evoluzione tra tradizione mediterranea e omologazione verso stili di vita internazionali.

Il presente Documento ARS racchiude i risultati dell'indagine 2011, comparati ai risultati delle precedenti rilevazioni. Nello specifico, il primo capitolo analizza il contesto sociale e ambientale degli intervistati. La maggioranza degli intervistati restituisce un'immagine positiva della propria condizione, a partire dai rapporti con i propri familiari e con il mondo dei pari; relativamente ai consumi

culturali, i giovani toscani sono legati all'utilizzo delle nuove tecnologie e la vita associativa sembra passare sempre di più attraverso l'utilizzo dei social network e delle chat. La posizione che un individuo occupa nello spazio sociale è strettamente connessa alle possibilità di cui dispone, in termini di capitale culturale, sociale ed economico: un esempio su tutti è la lettura di libri che è effettuata in numero maggiore dove il livello d'istruzione dei genitori è più alto. Parlando del disagio vissuto dai giovani adolescenti toscani, il livello di distress risulta in aumento, rispetto al 2008, interessando il 17,5% dei ragazzi coinvolti nello studio (16% nel 2008). A questo fa seguito un mutamento anche nella percezione dei rapporti vissuti sia con la propria famiglia sia con il gruppo dei pari. In entrambi i casi, infatti, soltanto il 10% dei ragazzi con elevato livello di distress ne dà una valutazione positiva. Le sensazioni che provano questi ragazzi risultano orientate prevalentemente verso il nervosismo (41,1%) e l'irrequietezza (37,4%), con una riduzione, però, del senso di inutilità (29,8% nel 2008 vs. 26,0% nel 2011) e di mancata speranza (28,7% nel 2008 vs. 23,2% nel 2011). Gli adolescenti rappresentano un gruppo nutrizionalmente a rischio, per le elevate esigenze di nutrienti, le caratteristiche degli stili di vita, la propensione a mettere in atto comportamenti a rischio, la suscettibilità alle influenze ambientali. Possono così presentarsi problematiche come malnutrizione per difetto e obesità. Riguardo alle abitudini alimentari, nell'indagine EDIT 2011 emerge l'elevata frequenza con cui vengono consumati snack dolci e/o salati e bevande zuccherate e/o gassate. Complessivamente, la maggior parte degli studenti risulta normopeso (75%). Il sovrappeso interessa il 12,7% del campione nel 2011, con un lieve trend in aumento nei tre anni (era il 9,9% nel 2005 e l'11,9% nel 2008).

Il secondo capitolo affronta il tema centrale dei comportamenti alla guida dei ragazzi toscani. I risultati dello studio EDIT rivelano che tra i "guidatori abituali", ovvero gli intervistati che hanno dichiarato di guidare con una certa regolarità un mezzo tra ciclomotore, moto e auto, il 47,1% ha riferito di essere stato coinvolto in un incidente stradale durante la guida del proprio veicolo nell'ultimo anno (maschi: 51,9%; femmine: 39,2%). In termini di trend temporale, il numero di incidenti è in lieve diminuzione nelle tre rilevazioni del 2005, 2008 e 2011. Per quanto riguarda le conseguenze degli incidenti stradali, il 28,7% dei soggetti coinvolti è dovuto ricorrere alle cure di un Pronto soccorso, il 13,6% ha avuto necessità di un ricovero

ospedaliero, mentre la restante parte, il 57,7%, non ha avuto conseguenze tali da richiedere un intervento medico. Rispetto alle edizioni precedenti non si mostrano sostanziali cambiamenti nella stima di chi incorre in un incidente stradale con conseguenze. Un altro argomento indagato dallo studio è stato quello della guida in stato di alterazione psico-fisica da parte del conducente; in questo ambito, il 23,6% dei guidatori abituali ha dichiarato che nei 12 mesi precedenti l'indagine ha guidato almeno una volta dopo aver bevuto troppo, mentre il 12,5% ha riferito di aver assunto sostanze psicotrope illegali prima di mettersi alla guida. Abbiamo indagato i possibili fattori associati all'incorrere in un incidente grave (e cioè che necessiti delle cure del Pronto soccorso o di un ospedale). I risultati indicano che coloro che hanno dichiarato di consumare sostanze psicotrope nell'ultimo anno hanno un rischio dell'80% maggiore rispetto ai non consumatori; un rischio più alto si evidenzia per i ragazzi che giocano a giochi che richiedono l'uso del denaro, che usano il cellulare durante la guida e che hanno avuto rapporti sessuali precoci.

Nel terzo capitolo vengono trattati i fattori di rischio dell'infortunistica stradale. Nel contesto toscano, in cui si è sperimentata una drammatica riduzione dei consumi dagli anni '50 in poi, a partire dalla fine degli anni '90 sembrano convivere adesso due modelli di consumo di alcol: uno giovanile, omologato sui comportamenti dei coetanei del Nordeuropa, e l'altro tipico della fascia adulta della popolazione, ancorato agli standard tradizionali. Peraltro, come sfondo a questi due tipi di condotta, vi è un ormai più che trentennale trend alla diminuzione del consumo di bevande alcoliche. La graduatoria delle bevande preferite dai giovani intervistati, elaborata sulla scorta del diario settimanale dei consumi, propone elementi di riflessione sulle loro abitudini alcoliche. In generale, sono gli aperitivi e gli spumanti le bevande preferite dal genere femminile per tutte le età (come nella rilevazione del 2008). Per quanto riguarda le quantità consumate nel 2011 si trova una diminuzione del consumo medio mentre, purtroppo, salgono i consumi eccedentari. Quasi la metà del campione totale (maschi: 53,8%; femmine: 48,7%) riferisce di aver avuto almeno un episodio di ubriacatura nell'ultimo anno. Questa percentuale cresce in modo preoccupante con il crescere dell'età, passando dal 23,6% dei 14enni al 67,4% di coloro che hanno 19 anni o più. Questa tipologia di consumo si riscontra maggiormente in chi ha un rendimento scolastico almeno mediocre, tra chi ha consumato altre sostanze psicotrope, tra chi ha un'abitudine

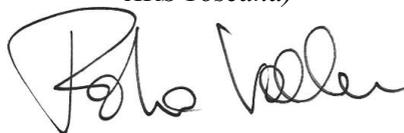
regolare al fumo e chi ha rapporti sessuali precoci, tra chi ha un elevato distress psicologico, tra chi mostra tendenze verso il gioco d'azzardo. Fenomeno ancor più allarmante è la maggiore propensione di chi ha comportamenti alcolici eccedentari ad essere coinvolto in un incidente stradale. Per quanto riguarda il consumo di sostanze stupefacenti, dai risultati dell'indagine emerge che in Toscana, nel 2011, il 36,4% degli studenti ha dichiarato di aver utilizzato almeno una volta nella vita una sostanza stupefacente con una rilevante attrazione di genere: il 31,9% delle femmine rispetto al 40,5% dei maschi. Gli studenti che hanno consumato almeno una sostanza nell'ultimo anno sono il 31,1% del totale del campione, mentre quelli che lo hanno fatto nell'ultimo mese sono il 24,8%. Anche per queste due variabili, le prevalenze d'uso si mantengono diverse nei due generi (anno: 35,5% nei maschi vs 26,5% nelle femmine; mese: 29,2% nei maschi vs 20,3% nelle femmine). Questi dati, rispetto a quelli emersi nella precedente rilevazione, non mostrano sostanziali differenze dei consumi nella vita e negli ultimi 12 mesi, se non dei modesti decrementi; al contrario, mostrano un netto aumento nei consumi relativi nell'ultimo mese. Dalla rilevazione del 2008 è stata inserita una sezione sul gioco d'azzardo con l'obiettivo di fornire una dimensione alla diffusione di questo fenomeno tra gli studenti toscani e alla loro propensione al gioco d'azzardo problematico (GAP). I ragazzi che sembrano avere questo nuovo tipo di dipendenze sono nel 2011 in tutto il 9,8%, con una discreta differenza tra maschi e femmine (16,3% vs 3,1%). Per quanto riguarda il consumo di tabacco, le tre edizioni EDIT confermano che le femmine superano i propri coetanei, sia nei consumi regolari sia in quelli occasionali: il 25,7% delle studentesse consuma regolarmente tabacco e il 15,3% lo fa occasionalmente contro, rispettivamente, il 22,6% e il 12,7% degli studenti maschi. Senza distinzione di genere, 15 anni è l'età in cui i ragazzi cominciano a fumare con regolarità. Il 42% dei maschi e il 30% delle femmine fumano più di 10 sigarette al giorno, mentre nel 2005 questi consumi si attestavano rispettivamente su proporzioni del 32,9% e 25,4%. Tra i determinanti del consumo di tabacco, l'abitudine al fumo dei genitori, il tipo di istituto frequentato e il livello di istruzione familiare giocano un ruolo rilevante. L'abitudine al fumo dei genitori non solo aumenta la curiosità dei figli, ma influenza sul consolidamento dell'abitudine: nelle famiglie in cui almeno uno dei

due genitori fuma il 30,9% dei ragazzi compra abitualmente le sigarette, contro il 19,3% degli studenti che vivono in ambienti “liberi” da tabacco.

Il quarto capitolo esplora altri comportamenti a rischio che non hanno diretta connessione con l’infortunistica stradale. Per quanto riguarda il fenomeno del bullismo, nonostante le prese in giro e le offese continuino a rappresentare le principali forme di violenza, rispetto al 2008 risultano diminuite le azioni svolte fuori dalla scuola o nei luoghi di ritrovo, mettendo la scuola stessa al centro delle dinamiche. In particolare, all’interno della scuola, i ragazzi subiscono molti furti (27,1% degli atti di bullismo), minacce (28,0%) ed estorsioni di denaro (27,1%), mostrando che l’istituzione scolastica ha perso quel ruolo protettivo ricoperto fino a non molti anni fa. Che cosa spinga i ragazzi a compiere azioni come queste sembra da ricercarsi nella forte necessità di risolvere efficacemente le cose (16% dei rispondenti), sottolineando la scarsa capacità di mediazione o di accettazione dei ragazzi di fronte al mancato raggiungimento del proprio desiderio. Per quanto riguarda i comportamenti sessuali, nonostante la diffusione delle malattie a trasmissione sessuale (MTS) nella popolazione giovanile risulti in costante aumento, la comunicazione sui rischi e sull’efficacia dei metodi di prevenzione si è ridotta nel corso degli anni. In realtà, il mondo giovanile, che instaura prevalentemente rapporti affettivi con i propri coetanei, sentendosi lontano ed estraneo da patologie come l’HIV/AIDS, risulta meno attento alla messa in atto di comportamenti preventivi. Ed è proprio in questa direzione che vanno i risultati dello studio EDIT 2011. A fronte di un aumento nel numero di ragazzi che si dichiarano sessualmente attivi (il 46% nel 2011 vs il 39,7% nel 2005), assistiamo ad una riduzione nell’utilizzo del profilattico nella fascia di età 14-19anni, passando dal 65% di utilizzatori nel 2008 al 60,1% rilevato nel 2011.

Fabio Voller

*(Dirigente settore Epidemiologia
dei servizi sociali integrati
ARS Toscana)*



Premessa

Gli incidenti stradali rappresentano un problema di assoluta priorità per la sanità pubblica, costituendo a livello mondiale la prima causa di morte nei giovani in età tra i 15 e i 19 anni e la seconda nei ragazzi di 10-14 anni e 20-24 anni. Senza interventi adeguati, nel 2020 rappresenteranno la terza causa di decessi e disabilità nel mondo. Ai costi sociali e umani, si aggiungono anche quelli economici, calcolati tra l'1 e il 2% del PIL di ciascun Paese, tanto da porre la questione della sicurezza stradale all'attenzione dell'agenda dei sistemi sanitari di tutti i paesi. I fattori causali degli incidenti stradali sono noti e riconducibili al comportamento del guidatore, allo stato di manutenzione del mezzo di trasporto, alle condizioni ambientali e della strada. Dai molti studi condotti sappiamo, però, che il fattore umano è quello decisivo: alcol, farmaci e droghe, guida distratta, aggressività, stress ed eccesso di velocità, mancato rispetto delle norme del Codice della strada, per citare le cause più comuni. Secondo i dati più aggiornati di mortalità regionale, in analogia alle statistiche nazionali e internazionali, in Toscana quasi il 40% di tutti i decessi dovuti a incidente stradale ha visto protagonisti soggetti con meno di 35 anni, in particolare i 15-19enni e i 20-24enni. A differenza di molte altre cause di morte, quelle dovute a incidenti stradali sono quasi totalmente evitabili e prevenibili. In ogni incidente stradale c'è sempre in gioco, infatti, una grave colpa individuale, ma anche una responsabilità collettiva legata all'inefficacia degli interventi di prevenzione e controllo. In una regione come la Toscana, che invecchia sempre più, la drammaticità di questi dati spiega il perché di una ricerca, a cadenza triennale, sul fenomeno dell'incidentalità stradale tra i giovani toscani, sui suoi determinanti e sulle conseguenze sanitarie che produce. Un monitoraggio che consente anche di verificare nel tempo l'efficacia delle politiche e degli interventi di contenimento e di prevenzione.

Questo documento contiene, in sintesi, i risultati dell'ultima edizione dello studio "Epidemiologia dei determinanti dell'infortunistica stradale in Toscana" (EDIT), realizzata nel 2011, con i confronti sistematici con le due indagini precedenti, effettuate nel 2005 e nel 2008. Le tre rilevazioni sono state svolte in campioni rappresentativi dei giovani che frequentano le scuole medie superiori

della Toscana, per rilevare gli aspetti degli stili di vita che li espongono ai più gravi rischi per l'incolumità personale, in primis per traumi stradali, ma più in generale anche per la salute. Si indagano perciò anche abitudini non strettamente correlate al rischio di incidente stradale: fumo, alimentazione, attività fisica, sesso, gioco d'azzardo, bullismo.

I risultati presentati sono frutto di una forte selezione tra tutti quelli che potevano essere proposti, per non disperdere in eccessivi dettagli le informazioni più utili alla comprensione dei determinanti fondamentali dell'infortunistica e della salute. Si è puntato, perciò, a fornire una sorta di istantanea dei comportamenti a rischio dei ragazzi.

Questa indagine non avrebbe potuto essere svolta senza la collaborazione dei dirigenti d'istituto e dei professori referenti dello studio EDIT, che ci hanno agevolato in ogni modo nella conduzione dell'indagine, ai quali va un sincero ringraziamento. Una nota di merito va anche agli studenti, a cui siamo riconoscenti per la cura e l'attenzione nella compilazione del questionario, che sono poi alla base della qualità e dell'affidabilità della ricerca.

Francesco Cipriani
(Direttore ARS Toscana)

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Francesco Cipriani', written in a cursive style.

Il campione dell'indagine

Al fine di restituire risultati sufficientemente rappresentativi a livello di Azienda unità sanitaria locale (AUSL), è stato deciso di selezionare circa 400 soggetti per ogni territorio, corrispondenti a 4 scuole, ad eccezione della AUSL di Firenze dove, per ragioni legate alla dimensione demografica, ne sono state selezionate 7. Per ogni AUSL gli istituti sono stati estratti con campionamento sistematico, con probabilità di estrazione proporzionale al numero di studenti per istituto, previo ordinamento della lista degli istituti per tipologia¹. Nel campione finale sono state quindi selezionate 51 scuole in base ai criteri descritti e ulteriori due istituti, utilizzati per monitorare particolari interventi di prevenzione implementati nel periodo intercorrente tra le rilevazioni del 2008 e del 2011. Le scuole così campionate avrebbero dovuto veder interessati 5.524 studenti toscani.

La rilevazione del 2011 ha avuto luogo nei quattro mesi tra febbraio e maggio in tutte le AUSL (Figura 1) della Regione, coinvolgendo 4.829 studenti delle scuole superiori (87,4% degli studenti previsti dal campione originario) di età generalmente compresa tra i 14 e i 19 anni: il 54,3% (N=2.621) maschi e il 45,7% (N=2.208) femmine, con una media di circa 91 studenti per scuola.

Presentiamo qui di seguito alcuni dati sul contesto di riferimento dell'indagine che si ritiene siano utili ad inquadrare le informazioni del campione intervistato. Al 31/12/2010 (ISTAT 2011) la popolazione residente in Toscana era di oltre 3.700.000 (3.749.813) abitanti, di cui il 48,1% maschi (1.805.132) e il 51,9% femmine (3.749.813). I giovani di età compresa fra i 14 e i 18 anni compiuti erano circa 150.463, di cui 51,5% maschi (77.531) e 48,5% femmine (72.932). I diciannovenni erano invece circa 31.577 individui, di cui il 52% maschi (16.413) e il 48% femmine (15.164). Secondo l'ultima rilevazione disponibile, coloro che hanno dovuto ripetere un anno scolastico in Toscana sono stati stimati in circa l'8,5% della popolazione scolastica delle scuole secondarie. Il tasso di scolarità, ossia il rapporto tra il numero di studenti e la popolazione residente della corrispondente età (nel caso specifico 14-18 anni) degli ultimi anni è stato calcolato essere, in Toscana, intorno al 97%, percentuale assai più alta rispetto alla media nazionale (92,4%)².

¹ Sono stati individuati i seguenti tipi di istituti scolastici medi superiori: liceo classico, liceo scientifico, liceo linguistico, liceo artistico, istituto professionale d'arte, liceo psico/socio-pedagogico, istituti tecnici e istituti professionali. Nel corso dell'analisi il livello di aggregazione considerato sarà maggiore.

² ISTAT (2010), Annuario Statistico Italiano, ISTAT, Roma.

Oltre ai comportamenti alla guida, gli argomenti indagati sono stati i rapporti con i pari e con la famiglia, l'andamento scolastico, l'attività sportiva, i comportamenti alimentari, i consumi di bevande alcoliche, sostanze stupefacenti e tabacco, i comportamenti sessuali e il fenomeno del bullismo. Inoltre, nel questionario somministrato quest'anno, sono stati aggiunti ulteriori argomenti d'indagine tra cui la condizione di stress, la propensione al gioco d'azzardo e l'utilizzo del tempo libero (impiego PC, lettura ecc.).

Figura 1
Distribuzione delle interviste nelle AUSL toscane - Anno 2011



Fabio Voller
*(Dirigente settore Epidemiologia
dei servizi sociali integrati
ARS Toscana)*

Capitolo 1

Il contesto sociale e ambientale dei ragazzi toscani

**I rapporti con la
famiglia e gli amici**
Laura Aversa

**L'andamento scolastico
e le abitudini di vita**
Laura Aversa

**L'attività fisica e i
comportamenti
alimentari**
Nadia Olimpi

Le condizioni di stress
Caterina Silvestri

Lo studio raccoglie informazioni sui comportamenti dei giovani studenti toscani, di età compresa tra i quattordici e i diciannove anni, allo scopo di descrivere le caratteristiche sociali e ambientali dei contesti in cui vivono i ragazzi e correlare i comportamenti a rischio ad essi associati.

Le consuetudini dannose, difficili da modificare, messe in atto in questo delicato periodo della vita, condizionano lo sviluppo delle giovani generazioni, poiché si strutturano nel vissuto di ciascuno e possono compromettere le future azioni consapevoli. La costruzione dell'identità giovanile è determinante per l'acquisizione di una serie di abilità e di saperi che, interiorizzati, consentono di fronteggiare le difficoltà esistenziali, evitando modelli comportamentali errati che possono compromettere, parzialmente o integralmente la salute. È infatti tra gli adolescenti che alcuni comportamenti a rischio si manifestano e si organizzano precocemente a seguito di una scarsa educazione o informazione sui danni che possono derivare alla propria salute dai comportamenti individuali, soggettivi (dipendenze da fumo, alcol, sostanze) od oggettivi (all'interno di particolari relazioni sociali).

Il primo capitolo di questo volume presenta e analizza l'insieme di elementi che caratterizzano lo sfondo culturale e sociale nel quale si trova inserito il giovane studente che compila il questionario. I dati descritti in questo capitolo, relativi allo specifico ambito indagato, si focalizzano sul contesto familiare, su quello scolastico e sui consumi culturali.

1.1 I rapporti con la famiglia e gli amici

La famiglia incide sull'evoluzione e sull'esistenza del sistema sociale, è l'area in cui vengono soddisfatti alcuni bisogni primari, ma è anche luogo della produzione culturale, nel senso che in essa nascono processi sociali in grado di condizionare anche le altre agenzie di socializzazione.

Negli ultimi anni, cambiamenti incisivi hanno investito le società contemporanee in merito al ruolo della famiglia e ai rapporti esistenti al suo interno. È andato in crisi il modello di società basato su di una visione autoritaria dei rapporti tra giovani e adulti, figli e genitori, fondato sulla trasmissione intergenerazionale di norme, valori, e comportamenti, a favore di una concezione più democratica e tollerante, nella quale ai giovani è consentito sperimentare

traiettorie fondate su scelte personali, su valori e comportamenti non necessariamente condivisi dai genitori.

Si è assistito, inoltre, a un processo di semplificazione delle forme familiari: considerando la specificità italiana, possiamo annoverare la riduzione dell'ampiezza familiare (numero di componenti), l'aumento delle famiglie unipersonali, la diminuzione di famiglie allargate o estese (con nonni o altri parenti). Dall'analisi dei diversi aspetti strutturali delle nostre famiglie, si riscontra la presenza di nuove tipologie familiari che rispecchiano il pluralismo culturale dell'odierna società, tra le quali le famiglie monogenitoriali, quelle ricostruite e anche le convivenze. Nonostante le modificazioni, ancora in atto, che hanno portato ad una sua ridefinizione e a una ristrutturazione dei ruoli al suo interno, lo studio della famiglia risulta sempre attuale e ricco di spunti di riflessione, poiché essa non ha perso la sua centralità nella società.

Anche in questa terza edizione dello studio EDIT è stato chiesto ai giovani di descrivere sinteticamente la propria struttura familiare e le relazioni in essa esistenti, per avere una maggiore conoscenza della loro esperienza, alla luce dei mutamenti sopra citati.

Riportiamo in Tabella 1.1 la distribuzione dello stato civile dei genitori dei giovani, da cui si evince la netta prevalenza di famiglie in cui entrambi i genitori vivono insieme, sono sposati o conviventi. Anche se, dal trend, notiamo negli anni un decremento dei valori percentuali; infatti, dall'88,3% di casi di sposati/conviventi del 2005, si è passati all'85,8% nel 2008, fino ad arrivare all'83,9% nel 2011.

Con il termine giuridico "convivenze di fatto" vengono indicate le coppie che vivono un'unione libera (in cui cioè non esiste un matrimonio come atto pubblico secondo un ordinamento giuridico vigente), avendo una certa stabilità e continuità nel tempo, con o senza figli. Le trasformazioni demografiche, sociali e culturali, hanno fatto sì che l'origine di queste forme familiari vada ricercata in scelte di vita consapevoli, individuali e di coppia.

Tabella 1.1

Distribuzione dello stato civile dei genitori dei soggetti facenti parte del campione - Confronto 2005-2008-2011

Stato civile dei genitori	2005 (N=4.857)	2008 (N=5.151)	2011 (N=4.664)
Sposati/conviventi	88,3	85,8	83,9
Separati/divorziati	11,7	14,2	16,1
Totale	100	100	100

Per cogliere i riflessi del mutamento della famiglia sul profilo epidemiologico, si rende necessario porre attenzione al concetto di posizione sociale, che implica lo spazio sociale entro cui gli individui trovano collocazione e si muovono nel corso della propria vita. La rappresentazione di classe sociale è dettata da un *continuum* di posizioni definite dall'ammontare di risorse che competono a coloro che le ricoprono. Di norma, un indice sintetico di status socioeconomico è basato su un modello in cui viene presa in considerazione la classe sociale, l'istruzione o il reddito, come elementi che qualificano le modalità con cui si determina l'accesso e gli eventuali spostamenti nel mercato del lavoro.

La persona giovane non ha una propria classe sociale, la sua appartenenza di classe è quella della famiglia di origine, fino al momento in cui non entra nel mercato del lavoro.

Per la costruzione della variabile “classe sociale” sono state rilevate otto classi occupazionali (imprenditori, liberi professionisti, dirigenti, classe media impiegatizia, piccola borghesia con dipendenti, piccola borghesia senza dipendenti, operai specializzati, operai non specializzati), si è proceduto seguendo un processo a due stadi, le professioni del padre e della madre sono state categorizzate in tre classi sociali: “bassa” se operai o lavoratori in proprio; “media” impiegati pubblici o privati, artigiani o commercianti; “alta” liberi professionisti o imprenditori e, infine, è stata assegnata la classe sociale più elevata tra quelle del padre e della madre¹.

¹ Erikson R (1984), Social class of men, women and families. *Sociology*, 18: 501-514.

Accanto all'occupazione, assume particolare rilievo la variabile "livello di istruzione familiare", costruita sulla base del titolo di studio dei genitori, classificato in "basso" (fino alla licenza media compresa), "medio" (diploma di scuola media superiore o professionale), "alto" (diploma universitario e laurea); anche in questo caso è stato scelto il titolo di studio più elevato tra i due genitori². Dove ritenuto necessario, il capitale culturale è stato utilizzato per effettuare analisi più puntuali dei dati derivanti dai diversi item delle sezioni successive.

Nelle rilevazioni precedenti, durante la compilazione del questionario, abbiamo spesso potuto constatare la difficoltà degli intervistati nel classificare la professione dei genitori. La presente edizione, curata da rilevatori esterni, non ci consente di avere ulteriori chiarimenti in merito, ma dall'analisi della rispondenza abbiamo verificato che il 25,9% dei ragazzi non ha risposto o ha dichiarato di non conoscere la posizione professionale della madre, mentre per la professione del padre il valore dei non rispondenti, sommato a quello di coloro che hanno risposto "non so", è pari all'11,5%. Sembra che tale informazione non sia disponibile ai giovani, per cui abbiamo preferito usare cautela, non effettuando confronti e analisi nel dettaglio.

Dalla distribuzione del 2011 (Tabella 1.2) si può osservare che la proporzione di studenti del campione che ha genitori separati/divorziati aumenta al crescere del livello di istruzione familiare, passando dal 12,2% per coloro che hanno i genitori con un livello di istruzione basso, al 19,2% di giovani che hanno genitori con un livello di istruzione alto.

² Cardano M, Marinacci C (2004), Measuring social position. *Epidemiologia e Prevenzione*, 28: 124-142.

Tabella 1.2

Distribuzione dello stato civile dei genitori dei soggetti facenti parte del campione, rispetto al livello di istruzione familiare - Anno 2011

Livello di istruzione familiare	I tuoi genitori sono separati o divorziati?		
	Sì	No	Totale (N=4.450)
Alto	19,2	80,8	100
Medio	15,9	84,1	100
Basso	12,2	87,8	100
Totale	16,1	83,9	100

p=0,037

Dalla letteratura emerge che una buona qualità delle relazioni instaurate con i genitori è associata spesso a comportamenti di salute; una positiva comunicazione può svolgere una funzione protettiva rispetto a scelte comportamentali, indirizzate o meno, verso il benessere, mentre relazioni difficoltose con i genitori sono associate, con maggiore probabilità, allo sviluppo di sintomi depressivi³ e all'uso di sostanze e possono influire sul rendimento scolastico⁴.

A tal fine, è stata approfondita l'analisi sul tipo di relazione esistente tra i giovani del campione intervistato e i loro genitori. Come si può osservare dai risultati riportati nella Tabella 1.3, nel 2011 la maggioranza dei giovani restituisce un'immagine positiva dei rapporti con i propri familiari, definendoli “Molto buoni” (47%) e “Abbastanza buoni” (38%). Le percentuali si modificano in base all'età, passando dall'87,9% nella classe d'età di quattordici anni o meno che dichiara di avere un rapporto positivo con i familiari, all'82,9% nei ragazzi di diciannove anni e più. Probabilmente, su questo aspetto influisce la sempre maggiore necessità di indipendenza da parte dei giovani nei confronti dei genitori, che li spinge forse a rapporti più conflittuali con il passar degli anni; quindi, con l'aumentare dell'età, diviene più difficile per i figli comunicare con i propri genitori. In linea generale, rispetto ai dati delle precedenti rilevazioni non vi sono differenze significative a tale riguardo, confermandone l'andamento. È decisamente importante sottolineare come i genitori abbiano un ruolo fondamentale nella vita degli intervistati, proprio

³ Kristin A, Guzman L, Hair E, et al. (2004), Parent-teen relationships and interactions. Far more positive than not. *Child Trends*, 25.

⁴ Zambon A, Lemma P, Borraccino A, et al. (2006), Socio economic position and adolescents' health in Italy: the role of the quality of social relations. *European Journal of Public Health*, 16: 627-632.

perché la famiglia è il primo vero microcosmo sociale fondamentale: essa rappresenta un punto di riferimento rassicurante, un valore condiviso, un momento di ritrovo e un luogo di protezione, nell'odierna società complessa⁵.

Tabella 1.3

Distribuzione della definizione dei rapporti con la famiglia per genere ed età - Confronto 2005-2008-2011

Età	Definizione dei rapporti familiari					Totale	
	Molto buoni	Abbastanza buoni	Così così	Poco buoni	Pessimi		
2005 (N=4.898)	≤14	51,1	38,3	8,3	0,9	1,4	100
	15	47,2	39,3	10,9	1,9	0,7	100
	16	46,5	41,2	9,8	1,5	1,0	100
	17	43,9	38,2	13,1	3,4	1,4	100
	18	40,0	43,7	12,8	2,3	1,2	100
	≥19	44,3	41,3	10,4	3,1	0,9	100
	Totale	45,3	40,3	11,1	2,2	1,1	100
2008 (N=5.178)	≤14	54,0	32,9	9,0	2,3	1,8	100
	15	48,2	37,5	10,3	2,7	1,3	100
	16	51,1	34,3	10,5	2,8	1,3	100
	17	49,4	35,3	11,6	2,1	1,6	100
	18	50,2	35,4	10,1	2,2	2,1	100
	≥19	44,3	40,5	11,4	2,4	1,4	100
	Totale	49,8	35,7	10,5	2,4	1,6	100
2011 (N= 4.711)	≤14	53,5	34,4	8,5	2,2	1,4	100
	15	50,8	35,7	9,6	2,4	1,4	100
	16	45,9	39,6	9,3	3,8	1,5	100
	17	46,0	38,2	10,6	3,0	2,1	100
	18	43,6	40,2	12,1	3,1	1,1	100
	≥19	43,3	39,6	12,8	3,8	0,5	100
	Totale	47,0	38,0	10,5	3,1	1,3	100

$p=0,033$

⁵ Cioni E, Tronu P (2007), *Giovani tra locale e globale*. Franco Angeli, Milano.

La famiglia è il luogo privilegiato per la costruzione di una sana maturazione affettiva e svolge compiti importanti legati alla socializzazione⁶. Quest'ultimo aspetto, sviluppato attraverso insegnamenti volti a far apprendere ai ragazzi una corretta comunicazione con il mondo esterno, risulta particolarmente importante quando i figli cominciano a confrontarsi in modo più autonomo con il gruppo dei pari. I giovani intervistati fanno parte della fascia d'età nella quale l'insieme dei coetanei rappresenta un agente di socializzazione fondamentale, avente forse un peso maggiore rispetto alla famiglia nel processo di iniziale definizione dei ruoli sociali degli individui⁷.

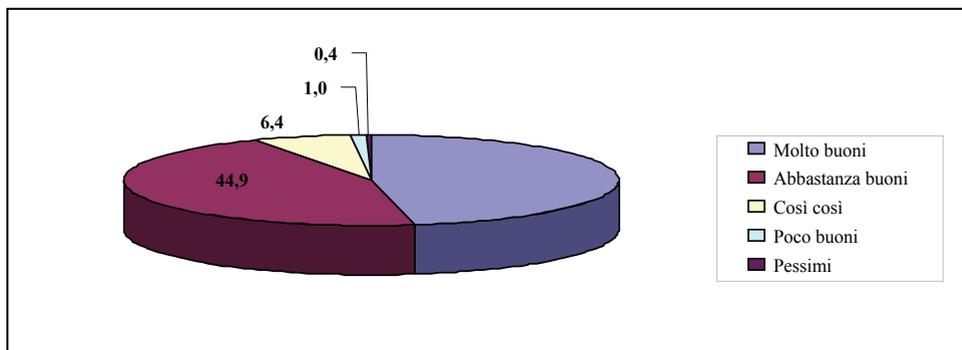
Il senso di appartenenza ad un gruppo e un buon rapporto con i coetanei possono contribuire ad attenuare gli svantaggi di un contesto sociale e familiare sfavorevole o influire sulle dinamiche relazionali che favoriscono il prevalere di tendenze antisociali e fenomeni di bullismo.

Sono state poste specifiche domande per indagare, dal punto di vista qualitativo, la percezione delle relazioni con il gruppo dei pari; la Figura 1.1 mostra la distribuzione delle risposte degli intervistati alla domanda: "Come definiresti i rapporti con i tuoi coetanei?". La percentuale di studenti che ritiene di avere un rapporto positivo con i coetanei, ovvero molto buono o abbastanza buono, è del 92,2%.

⁶ Field T, Diego M, Sanders C (2002), Adolescents' parent and peer relationships. *Adolescence*, 37: 121-130.

⁷ Cook E, Buehler C, Henson R (2009), Parents and peers as social influences to deter antisocial behaviour. *Journal of Youth and Adolescence*, 38: 1240-1252.

Figura 1.1
Distribuzione percentuale della definizione dei rapporti con i coetanei - Anno 2011



Se si effettua l'analisi per genere (Tabella 1.4), le differenze tra maschi e femmine non sono sostanziali (maschi 93,4% vs femmine 90,8%).

Inoltre, al crescere dell'età, tra le femmine, la quota percentuale di coloro che definiscono i rapporti con i coetanei "così così" aumenta, passando dal 6,8% a quattordici anni o meno al 10,2% a diciannove anni ed oltre. Questa tendenza può essere interpretata come una maggiore capacità da parte delle ragazze a dare una valutazione oggettiva all'amicizia.

L'andamento delle scorse rilevazioni (dati non mostrati) viene confermato, si evince il crescente peso dato dai giovani alle relazioni interpersonali, a quelle amicali e affettive, accanto a quelle familiari.

In sintesi, le relazioni amicali vengono vissute positivamente e rappresentano un elemento fondamentale nel processo di costruzione dell'identità personale dei giovani.

Tabella 1.4

Distribuzione della definizione dei rapporti con i coetanei per genere ed età - Anno 2011 (N=4.749)

Età	Come definiresti i rapporti con i tuoi coetanei?					Totale	
	Molto buoni	Abbastanza buoni	Così così	Poco buoni	Pessimi		
Maschi	≤14	53,5	41,4	3,8	0,6	0,7	100
	15	53,0	41,1	4,5	0,5	0,8	100
	16	48,6	44,1	5,8	1,4	0,1	100
	17	51,7	41,2	5,9	0,6	0,5	100
	18	46,6	45,0	7,4	0,7	0,3	100
	≥19	51,4	43,2	3,4	1,3	0,6	100
	Totale	50,7	42,7	5,2	0,9	0,5	100
<i>p=0,569</i>							
Femmine	≤14	50,6	40,5	6,8	1,6	0,6	100
	15	51,0	44,0	4,7	0,4	0,0	100
	16	45,9	48,3	4,6	1,1	0,2	100
	17	42,4	46,7	8,2	2,3	0,5	100
	18	35,0	52,8	10,7	0,8	0,7	100
	≥19	38,9	49,8	10,2	1,0	0,0	100
	Totale	43,7	47,1	7,6	1,2	0,3	100
<i>p=0,014</i>							
Totale	≤14	52,0	40,9	5,3	1,1	0,6	100
	15	52,0	42,5	4,6	0,5	0,4	100
	16	47,3	46,1	5,3	1,2	0,1	100
	17	47,2	43,8	7,0	1,4	0,5	100
	18	41,0	48,8	9,0	0,7	0,5	100
	≥19	45,1	46,6	6,9	1,2	0,3	100
	Totale	47,3	44,9	6,4	1,0	0,4	100
<i>p=0,021</i>							

I RAPPORTI CON LA FAMIGLIA E GLI AMICI IN SINTESI

- Il **16,1%** dei ragazzi intervistati ha genitori separati o divorziati
- I giovani intervistati considerano i rapporti familiari “molto buoni” nel **47,3%** dei casi e “abbastanza buoni” nel **44,9%** dei casi
- Il **92,2%** dei ragazzi intervistati ha rapporti “molto buoni” o “abbastanza buoni” con i coetanei

1.2 L'andamento scolastico e le abitudini di vita

Negli ultimi decenni, la partecipazione dei giovani all'istruzione primaria e secondaria ha raggiunto livelli molto elevati. In Italia, come nella maggior parte dei paesi europei, non vi sono differenze significative nella scuola primaria legate alle origini sociali: il background familiare dei genitori, sostanzialmente, ha un peso nullo sul rendimento scolastico. Infatti, quasi tutti i giovani, indistintamente dalle loro origini sociali, arrivano a concludere il ciclo di studi dell'obbligo.

Nella scuola secondaria, invece, esistono differenze, che si trascinano fino al conseguimento del titolo universitario, in base alle origini familiari, incentrate sulla scelta dell'istituto superiore e sul tipo di percorso di studio intrapreso. In generale, gli studenti con genitori più istruiti si iscrivono più frequentemente ai licei piuttosto che agli istituti tecnici e i tassi di abbandono dell'università sono diversi⁸; di conseguenza, gli studenti con origini svantaggiate hanno minori probabilità di laurearsi⁹.

Da non sottovalutare sono anche i forti condizionamenti e mutamenti legati alla riforma della scuola, da poco in vigore, che ha modificato le dinamiche di interazione fra i luoghi dedicati alla formazione e la famiglia, proponendo nuove tipologie di integrazione fra questi due universi.

Le famiglie non possono occuparsi dei figli se non adeguatamente sostenute dalle istituzioni scolastiche. Il ruolo della scuola è fondamentale, proprio perché rappresenta l'ambiente in cui i giovani trascorrono gran parte del tempo; essa non deve essere esclusivamente il contesto per apprendere nozioni, bensì diventare il luogo privilegiato per interiorizzare abilità utili nella vita.

Nel contesto scolastico, l'educazione e la formazione, definite come socializzazione metodica delle giovani generazioni, hanno il compito finale di costruire l'essere sociale, attraverso l'acquisizione di un sistema di idee e di abitudini di vita che incidono fortemente sul processo di crescita¹⁰.

Di seguito (Tabella 1.5) è riportato il confronto negli anni della distribuzione della percezione che hanno i giovani del campione intervistato del proprio rendimento scolastico.

⁸ Pisati M (2002), La partecipazione al sistema scolastico. In: Schizzerotto A (a cura di), *Vite ineguali*. Il Mulino, Bologna, pp.141-186.

⁹ Cobalti A (2006), *Globalizzazione e istruzione*. Il Mulino, Bologna, p. 296.

¹⁰ Reimann H (1982), *Introduzione alla sociologia*. Il Mulino, Bologna.

Nel 2011, il 59,8% degli intervistati definisce il proprio rendimento scolastico “molto buono” (11,5%) e “abbastanza buono” (48,3%).

Dall’analisi per genere, si nota che le ragazze dichiarano di avere un rendimento scolastico migliore rispetto ai ragazzi (femmine 66,5% vs maschi 53,5%). Anche in questa edizione, il dato conferma il risultato delle precedenti rilevazioni e, naturalmente, corrobora le ormai classiche evidenze sul miglior andamento scolastico delle femmine rispetto ai maschi¹¹; infatti, i dati delle distribuzioni del 2005 e del 2008 mostrano valori simili.

Tabella 1.5

Distribuzione percentuale del rendimento scolastico dichiarato dagli studenti per genere - Confronto 2005-2008-2011

Rendimento scolastico		Molto buono	Abbastanza buono	Così così	Poco buono	Pessimo	Totale
2005	Maschi	10,3	40,0	34,8	10,9	4,0	100
	Femmine	15,7	50,2	27,7	4,8	1,6	100
	Totale	13,3	45,6	30,8	7,6	2,7	100
2008	Maschi	9,9	41,0	35,2	9,4	4,5	100
	Femmine	15,7	50,2	27,7	4,8	1,6	100
	Totale	13,3	45,6	30,9	7,6	2,6	100
2011	Maschi	9,7	43,8	35,3	7,6	3,6	100
	Femmine	13,4	53,1	26,3	5,7	1,4	100
	Totale	11,5	48,3	30,9	6,7	2,5	100

p<0,001

A completamento dell’analisi per genere, se consideriamo i ripetenti (Tabella 1.6), notiamo che le percentuali delle femmine non ripetenti sono sempre più alte rispetto a quelle dei maschi, in tutte e tre le rilevazioni effettuate.

¹¹ French D (2005), School dropout as predicted by rejection and antisocial behaviour. *Journal of Research on Adolescence*, 11: 225-244.

Dall'analisi del trend si può osservare, inoltre, che aumenta la proporzione dei ripetenti negli anni, sia per i maschi sia per le femmine, passando dal 17,6% nel 2005 al 20,9% nel 2008, fino ad arrivare al 24,6% nel 2011.

Probabilmente, l'aumento dei ripetenti è dovuto alle riforme scolastiche attuate recentemente che hanno avuto ripercussioni inevitabili anche sul rendimento degli studenti.

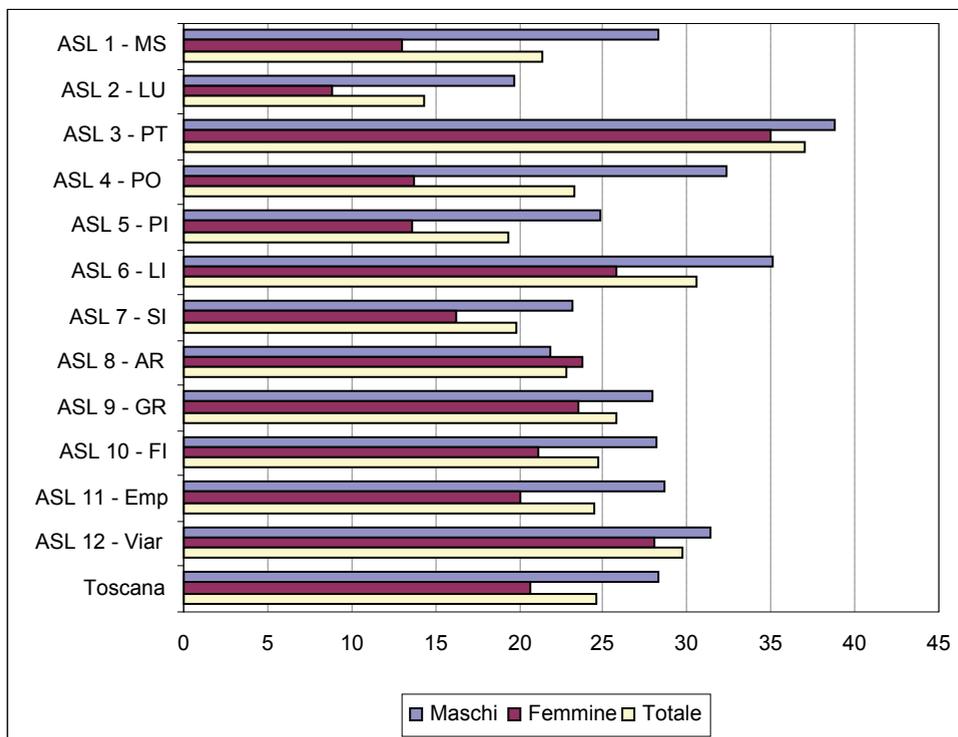
Tabella 1.6
Distribuzione degli studenti che hanno ripetuto almeno un anno scolastico per genere - Confronto 2005-2008-2011

Hai ripetuto almeno un anno scolastico?	2005 (N=4.919)			2008 (N=5.179)			2011 (N=4.742)		
	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot
Sì	22,4	13,7	17,6	26,1	16,7	20,9	28,3	20,7	24,6
No	77,6	86,3	82,4	73,9	83,3	79,1	71,7	79,3	75,4
Totale	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	<i>p<0,001</i>			<i>p<0,001</i>			<i>p<0,001</i>		

Volendo valutare le differenze territoriali dei ripetenti per AUSL (Figura 1.2), nella rilevazione del 2011 riscontriamo percentuali più alte nell'ambito dell'AUSL 3 di Pistoia (37%), seguita dall'AUSL 6 di Livorno (30,6%) e dall'AUSL 12 di Viareggio (29,7%).

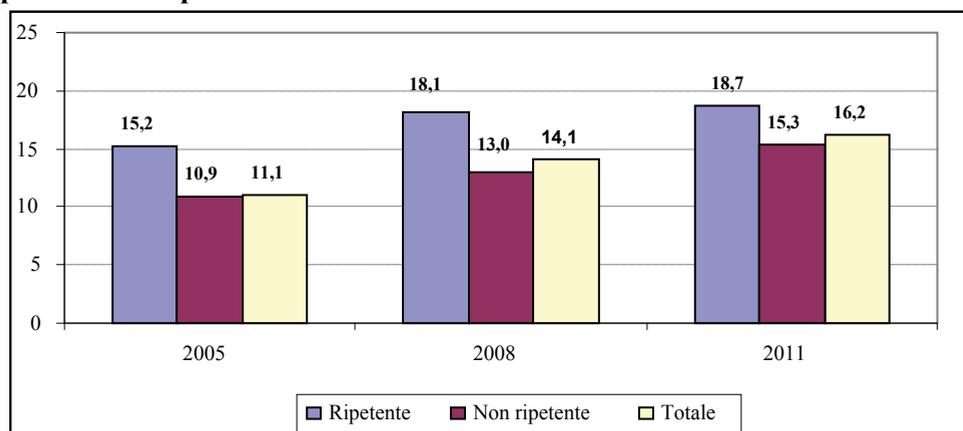
Rispetto alla scorsa rilevazione del 2008 (tabella non mostrata), emergono delle variazioni; precisamente, il più alto numero di ripetenti è stato registrato nell'ambito territoriale dell'AUSL di Livorno (30,1%), dell'AUSL di Lucca (28,5%) e dell'AUSL di Firenze (26,5%). Si può affermare che si è avuta un'inversione di tendenza la quale ha portato a una lieve diminuzione dei casi nei suddetti ambiti territoriali.

Figura 1.2
Distribuzione percentuale degli studenti che hanno ripetuto almeno un anno scolastico per AUSL e genere - Anno 2011



Mettendo in relazione lo stato civile dei genitori con l'insuccesso scolastico dei ragazzi (Figura 1.3), si osserva che la proporzione di studenti con i genitori separati o divorziati è superiore tra i ripetenti (18,7%) piuttosto che tra i non ripetenti (15,3%). Entrambe le proporzioni sono leggermente superiori a confronto con le rilevazioni del 2005 e 2008.

Figura 1.3
Distribuzione percentuale dello stato civile dei genitori (separati/divorziati)
per studenti ripetenti e non - Confronto 2005-2008-2011



Un ulteriore approfondimento sull'influenza esercitata dal contesto familiare sui giovani si evince dalla distribuzione degli insuccessi scolastici incrociata con il livello di istruzione dei genitori (Tabella 1.7). La percentuale più alta di ripetenti, pari al 38,7%, è ricondotta ai ragazzi che vivono in contesti familiari con livello di istruzione basso. Tale valore percentuale diminuisce al crescere del livello di istruzione familiare, infatti si attesta fino al 17,8% per i giovani ripetenti del campione intervistato che vivono in famiglie con un livello di istruzione familiare elevato.

I risultati del 2011 sono in linea con le rilevazioni del 2005 e 2008, per cui possiamo dedurre che il livello di istruzione familiare influenza gli episodi di disagio formativo avendo peso sul rendimento scolastico dei giovani.

A partire dalla scorsa edizione dello studio EDIT è stata effettuata una prima mappa generale di quelli che sono i consumi culturali giovanili. In una definizione più ampia, tali consumi comprendono tutti quei prodotti materiali o immateriali che hanno a che fare con la comunicazione, la condivisione di significati, di conoscenze, che danno contenuto ai processi individuali e collettivi di costruzione di identità. In questo senso, i consumi culturali comprendono una vasta gamma di prodotti e servizi, connessi al mondo della comunicazione e della riproduzione di significati, che i giovani utilizzano in veste di fruitori.

Lo sviluppo tecnologico e la complessità dei consumi rende la catalogazione dei prodotti culturali assai incerta, non essendo noto, quindi misurabile, il vasto mondo dei consumi fruibili nel tempo libero; pertanto, la nostra analisi è incentrata principalmente sulle modalità di utilizzo del computer, il quale si è diffuso capillarmente tra la popolazione¹², divenendo uno strumento indispensabile nella vita di ognuno. Nello specifico, riportiamo i risultati della distribuzione degli studenti del campione che riferiscono di utilizzare il computer (Tabella 1.9); come è facilmente intuibile, notiamo che ben il 97,5% dei giovani intervistati ha dichiarato di utilizzare il computer. Dall'analisi per genere non si evidenziano differenze significative.

Tabella 1.9
Distribuzione degli studenti che utilizzano il computer per genere - Confronto 2008-2011

Utilizzo del computer	2008			2011		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Sì	93,2	91,7	92,4	97,3	97,6	97,5
No, ma in casa c'è	5,1	5,7	5,4	2,3	1,8	2,1
No, ma in casa non c'è	1,7	2,6	2,2	0,4	0,5	0,5
Totale	100	100	100	100	100	100
	<i>p=0,043</i>			<i>p=0,489</i>		

¹² <http://www.censis.it>

Nonostante le competenze informatiche di base siano state acquisite dalla quasi totalità dei giovani, i tempi trascorsi ad utilizzare il computer sono differenti in relazione alle abitudini di ciascuno e al tipo di attività che si svolge¹³.

Le linee guida internazionali raccomandano agli adolescenti di evitare di utilizzare il computer per più di due ore al giorno¹⁴. Verifichiamo che, nel campione intervistato, il 47,4% dei giovani riferisce di impiegare più di due ore al giorno al computer. Dall'analisi per genere non si osservano sostanziali differenze: i tempi sono simili sia per i maschi sia per le femmine (Tabella 1.10). Notiamo, in particolare, l'incremento percentuale, negli anni, dei valori di coloro che utilizzano il computer per più di quattro ore al giorno; sono infatti passati dal 5,4% nel 2008 al 15,5% nel 2011.

Tabella 1.10
Distribuzione delle ore di utilizzo del computer per genere - Confronto 2008-2011

Utilizzo del computer	2008 (N=4.280)			2011 (N=4.632)		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Meno di 1 ora	2,8	3,5	3,2	1,4	1,2	1,3
1 ora	29,2	32,4	31,0	24,0	23,0	23,5
2 ore	32,0	29,4	30,6	27,6	27,9	27,7
3 ore	20,2	19,6	19,8	19,2	20,0	19,6
4 ore	10,6	9,5	10,0	11,7	13,1	12,3
Più di 4	5,2	5,6	5,4	16,1	14,7	15,5
Totale	100	100	100	100	100	100
	<i>p=0,018</i>			<i>p=0,425</i>		

Come mostrato in Tabella 1.11, l'appropriazione dei nuovi media da parte dei ragazzi rileva che, laddove Internet è presente, i principali usi tendono a raccogliersi attorno a tre attività: partecipare ai social network (60,8%), navigare in Internet nel tempo libero (18,1%) e scaricare da Internet musica, film, videogiochi o software (7,1%).

¹³ Buzzi C, Cavalli A, De Lillo A (2007), Rapporto giovani. Consumi medialti e nuove tecnologie. Il Mulino, Bologna.

¹⁴ Directgov, Your Child's Health and Safety. <http://direct.gov.uk/en/Parents/yourchildshealthandsafety>

Si evince, inoltre, che le ragazze partecipano con maggior frequenza ai social network rispetto ai ragazzi (femmine 70,2% vs maschi 52%).

La diffusione capillare di Internet è stata effettivamente segnata da una grande rivoluzione: l'esplosione dei social network, oramai una moda dilagante, una nuova frontiera della rete, in grado di conquistare a una velocità record un numero sempre crescente di persone, specialmente di giovani.

Dalla rilevazione del 2008, si evince che le ragazze utilizzano il computer principalmente per chattare (femmine 44,3% vs maschi 26,7%) e per navigare in Internet (31,6% per i maschi e 27,1% per le femmine).

I valori percentuali di coloro che utilizzano il computer per attività di tipo scientifico o culturale sono in netta minoranza, anzi diminuiscono sensibilmente negli anni passando dal 5,4% nel 2008 all'1,9% nel 2011.

Il computer, divenuto essenziale per tutti, è in grado di offrire la possibilità di intrattenimento e di arricchimento intellettuale e ha modificato le abitudini dei giovani, introducendo nuovi modelli esperienziali e relazionali che hanno ripercussioni sull'utilizzo del tempo libero, dello svago.

Le varie forme di interazione virtuale consentono di stabilire contatti immediati, a scapito dei rapporti interpersonali, tanto che si inizia a diffondere tra le giovani generazioni il cosiddetto *Tech Abuse*, un comportamento patologico, caratterizzato dall'uso eccessivo delle nuove tecnologie e dall'estrema difficoltà a relazionarsi al di fuori del mondo virtuale.

I techno-abuser socializzano attraverso i videogiochi di gruppo o i social network, conoscono il mondo e le persone attraverso la rete; quando viene superata la soglia d'allarme di utilizzo, si possono manifestare delle vere e proprie forme di dipendenza tecnologica. In ambito clinico, per le patologie sviluppatesi con l'arrivo delle nuove tecnologie viene utilizzato il termine *addiction* (dipendenza - *chat addiction*, *cyber relationship addiction*, *information overload addiction*, *muds addiction*), che indica una condizione generale in cui la dipendenza psicologica spinge l'individuo a ricercare un oggetto, senza il quale la sua esistenza perde significato¹⁵.

¹⁵ Ghezzi P (2007), Videogiochi minori e adolescenti, miti, valori e modelli di comportamento. Istituto Italiano Medicina Sociale, Roma.

Tabella 1.11**Distribuzione dell'attività prevalente per cui viene utilizzato il computer per genere - Confronto 2008-2011**

Attività prevalente al computer	2008 (N=4.659)			2011 (N=4.607)		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Social Network	-	-	-	52,0	70,2	60,8
Navigare in Internet nel tempo libero	31,6	27,1	29,2	21,3	14,7	18,1
Navigare in Internet o utilizzare un CD-ROM per studiare	3,9	6,8	5,4	1,9	1,9	1,9
Videogiocare	12,7	2,7	7,3	7,8	0,7	4,3
Scaricare musica, film, videogiochi o software da Internet	21,6	11,3	16,0	9,8	4,4	7,1
Scrivere/ricevere e-mail	1,4	4,0	2,8	0,7	1,3	1,0
Chattare	26,7	44,3	36,3	5,5	6,1	5,8
Scrivere su blog e/o partecipare a forum	1,5	3,7	2,7	0,6	0,5	0,6
Leggere quotidiani on-line	0,6	0,1	0,3	0,6	0,1	0,4
Totale	100	100	100	100	100	100
	<i>p<0,001</i>			<i>p<0,001</i>		

Passiamo ad analizzare la distribuzione del numero di libri letti dai giovani, riportata in Tabella 1.12, la quale mostra che il numero di coloro i quali non leggono per divertimento è notevolmente alto (28,7%), in proporzione è superiore tra i maschi (38,5%) rispetto alle femmine (18,3%).

Si conferma, ancora una volta, che le ragazze leggono più dei maschi; infatti, il 52,3% delle femmine legge da uno a quattro libri l'anno, contro il 46,5% dei maschi.

Solo il 2,7% dei ragazzi intervistati legge per divertimento più di 12 libri l'anno (un libro o più al mese), valore che, rispetto al dato del 2008 (4,3%), è ulteriormente diminuito.

Tabella 1.12
Distribuzione dei libri letti dagli studenti nell'ultimo anno per genere -
Confronto 2008-2011

Numero libri letti	2008 (N=5.089)			2011 (N=4.717)		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Non leggo per divertimento	42,0	18,8	29,3	38,5	18,3	28,7
1	15,5	13,3	14,3	17,4	14,7	16,1
2	12,7	16,1	14,5	12,9	15,8	14,3
3	9,0	15,1	12,3	11,0	12,3	11,6
4	6,0	10,5	8,5	5,2	9,5	7,3
5	3,9	6,6	5,4	4,6	7,4	6,0
6	2,7	4,7	3,8	2,7	5,3	3,9
7	1,1	1,9	1,6	2,1	3,1	2,6
8	0,8	2,1	1,5	0,9	2,9	1,9
9	0,4	1,1	0,8	0,5	0,9	0,7
10	1,5	3,4	2,5	1,6	3,5	2,5
11	0,4	0,6	0,5	0,2	0,4	0,3
12	0,6	0,8	0,7	0,9	2,0	1,4
Più di 12	3,4	5,0	4,3	1,6	4,0	2,7
Totale	100	100	100	100	100	100

p<0,001

p<0,001

Per verificare l'influenza del contesto familiare, dei condizionamenti ambientali, abbiamo messo in relazione il livello di istruzione familiare e il numero di libri letti dai ragazzi, classificandolo in tre categorie: "non leggo per divertimento", "1 o 2 libri", "più di 2 libri".

In Tabella 1.13 è riportata la distribuzione dei libri letti dagli studenti nell'ultimo anno; si osserva una maggiore propensione alla lettura al crescere del livello di istruzione familiare, per entrambi i generi. Infatti, nel 2011, il valore percentuale aumenta all'aumentare del livello di istruzione familiare, passando dal 33,6% di coloro che hanno famiglie con livello di istruzione basso al 50,7% di coloro che appartengono a famiglie con livello di istruzione alto.

Tabella 1.13**Distribuzione dei libri letti dagli studenti nell'ultimo anno secondo il livello di istruzione familiare, per genere - Confronto 2008-2011**

Livello di istruzione familiare		Non leggo per divertimento	1 o 2 libri	Più di 2 libri	Totale
2008 (N=4.888)					
Maschi	Basso	58,7	23,9	17,4	100
	Medio	41,2	29,5	29,3	100
	Alto	32,0	23,3	44,7	100
Femmine	Basso	24,9	31,2	43,9	100
	Medio	18,4	30,3	51,3	100
	Alto	10,3	21,0	68,7	100
Totale	Basso	39,1	28,1	32,8	100
	Medio	28,7	30,0	41,3	100
	Alto	20,6	22,1	57,3	100
2011 (N=4.501)					
Maschi	Basso	48,5	26,8	24,6	100
	Medio	38,7	30,6	30,7	100
	Alto	32,8	28,0	39,2	100
Femmine	Basso	22,6	35,3	42,1	100
	Medio	17,8	31,8	50,4	100
	Alto	16,3	17,7	66,0	100
Totale	Basso	35,3	31,2	33,6	100
	Medio	48,3	31,2	40,5	100
	Alto	25,7	23,6	50,7	100

Inoltre, dall'analisi per genere, si evince che la proporzione più alta è rappresentata dalle femmine appartenenti a famiglie con livello di istruzione alto (66%), a cui fanno seguito i maschi appartenenti ugualmente a famiglie con livello di istruzione alto (39,2%).

Quindi, la tendenza del 2008 è confermata; infatti, nel 2008, la proporzione di coloro che hanno letto più di 2 libri in un anno passa dal 32,8% per i ragazzi appartenenti a famiglie con un capitale culturale basso al 57,3% per coloro che vivono in famiglie con livello di istruzione alto.

Si può dedurre che esiste una propensione dei ragazzi alla lettura influenzata dal capitale culturale dei genitori. La lettura svolge un ruolo importante nel processo di crescita culturale e individuale dei giovani, non solo dal punto di vista della formazione dell'identità individuale, ma anche per la sua azione positiva sul rendimento scolastico (dati non mostrati).

In sintesi, si può concludere che i differenti comportamenti dei giovani sono la conseguenza delle loro particolari disposizioni, a loro volta condizionati dalle risorse delle famiglie di appartenenza. La posizione che un individuo occupa nello spazio sociale è strettamente connessa alle possibilità di cui dispone, in termini di: capitale culturale, sociale ed economico.

Al modello di identificazione delle generazioni degli anni passati, secondo il quale i giovani assumevano i ruoli familiari e professionali dettati dal nucleo di appartenenza, è subentrato il nuovo modello della sperimentazione, ove ogni individuo costruisce la propria posizione nella società assemblando elementi appresi da un numero sempre più ampio di agenzie di socializzazione.

In questo articolato panorama di mutamenti, oggi si assiste a una pluralizzazione di esperienze, a nuove forme di identificazione, che fanno parte di un processo il cui obiettivo è la costruzione dell'identità del giovane¹⁶.

Elementi variabili intervengono, in maniera contrastante, nello sviluppo dei ragazzi; talvolta richiedono un forte investimento emotivo, un dispendio di energie, e spesso necessitano del sostegno e degli stimoli provenienti dalla famiglia, dal gruppo amicale, dalla scuola.

¹⁶ Lucchini M, Schizzerotto A (2001), Mutamenti nel tempo delle transizioni alla condizione adulta: un'analisi comparativa. Polis: ricerche e studi su società e politica in Italia, 3: 431-452.

La possibilità di vivere questa fase della vita serenamente, con soddisfazione, risulta di fondamentale importanza perché incide significativamente sul benessere e sulla salute degli studenti.

L'ANDAMENTO SCOLASTICO E LE ABITUDINI DI VITA IN SINTESI

- Il **59,8%** dei ragazzi dichiara di avere un rendimento scolastico “poco buono” o “pessimo”.
- Il **24,6%** dei ragazzi ha ripetuto almeno un anno scolastico.
- Il **18,7%** dei ragazzi bocciati ha i genitori separati o divorziati e il **38,7%** degli stessi appartiene a famiglie con un livello di istruzione familiare basso.
- Il **97,5%** dei ragazzi intervistati utilizza il computer.
- Il **15,5%** utilizza il computer per più di quattro ore al giorno.
- Il **70,2%** delle ragazze partecipa a social network, per i maschi il valore decresce fino al **52%**.

1.3 L'attività fisica e i comportamenti alimentari

1.3.1 L'attività fisica

La pratica regolare dell'attività fisica e una sana alimentazione hanno un ruolo fondamentale nella prevenzione delle malattie croniche, come quelle cardiache, i tumori e l'ictus, tra le principali cause di decesso negli adulti. L'adozione nei bambini e negli adolescenti di sane abitudini rispetto a questi stili di vita può aiutare a ridurre il loro rischio di obesità e malattie croniche ad essa correlate nell'età adulta¹⁷. La pratica di attività fisica appropriata nei più giovani favorisce lo sviluppo sano dei tessuti muscoloscheletrici, del sistema cardiovascolare, del coordinamento e controllo del movimento e il mantenimento di un giusto peso corporeo. L'attività fisica è stata associata a benefici psicologici in questa fascia d'età, migliorando il controllo su sintomi di ansia e depressione. La partecipazione ad attività fisiche, inoltre, può contribuire allo sviluppo per quanto riguarda la socializzazione, offrendo opportunità di autoespressione e favorendo la costruzione della fiducia in se stessi, l'interazione sociale e l'integrazione. È stato anche suggerito che i giovani fisicamente attivi più facilmente adottano altri comportamenti sani (ad esempio, riguardo al consumo di tabacco, alcol e droghe) e conseguono un migliore rendimento scolastico¹⁸.

L'attività fisica viene definita come "qualsiasi movimento del corpo prodotto dalla contrazione dei muscoli scheletrici che incrementa il dispendio energetico al di sopra del livello basale di riposo". Nei più giovani, bambini e adolescenti, l'attività fisica comprende, ad esempio, il gioco, lo sport, gli spostamenti, l'educazione fisica svolta nel contesto familiare, a scuola, nelle strutture del territorio. Negli anni si è cercato di raggiungere un consenso generale sui livelli di attività fisica raccomandata. L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) ha pubblicato nel 2010 le raccomandazioni sui livelli e sul tipo di attività fisica da svolgere nelle diverse fasce di età per avere dei benefici per la salute¹⁹. I bambini e i ragazzi di età 5 - 17 anni, in particolare, dovrebbero compiere almeno 60 minuti

¹⁷ Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2011), School health guidelines to promote healthy eating and physical activity. MMWR, 60(RR-5): 1-76.

¹⁸ WHO (2011), Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health.
http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_young_people/en/index.html

¹⁹ WHO (2010) Global recommendations on physical activity for health.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf
http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/index.html

al giorno di attività fisica di intensità da moderata²⁰ a vigorosa²¹; la maggior parte dovrebbe essere di tipo aerobico²² e dovrebbero essere previste attività di intensità vigorosa, che comprendano quelle che rafforzano i muscoli e la salute delle ossa, almeno 3 volte a settimana.

Lo svolgimento regolare di attività fisica nei bambini e negli adolescenti è correlato a fattori demografici, personali, sociali e ambientali. I maschi svolgono in misura maggiore attività fisica rispetto alle femmine, e il trend continua ad essere tale nell'età adulta. L'appagamento e la soddisfazione personale influenzano la motivazione dei ragazzi e delle ragazze nell'essere fisicamente attivi. La percezione nei bambini e negli adolescenti della loro abilità nello svolgere attività fisica influenza la partecipazione. Anche fattori sociali come il supporto degli amici e della famiglia favoriscono il coinvolgimento dei giovani. L'ambiente fisico può rappresentare un elemento che favorisce od ostacola il mantenersi attivi. Elementi che possono rappresentare delle barriere sono la scarsa disponibilità di luoghi sicuri, il costo, i vincoli di tempo. Anche la scuola può avere un'influenza nella partecipazione dei ragazzi all'attività fisica: quando ne supporta la pratica, favorendo l'educazione fisica e svolgendo interventi educativi, anche con il coinvolgimento delle famiglie e del territorio, i bambini e gli adolescenti hanno maggiori probabilità di essere fisicamente attivi e mantenere uno stile di vita attivo²³.

In Toscana, secondo l'indagine Multiscopo ISTAT "Aspetti della vita quotidiana" relativa all'anno 2010, la pratica dell'attività sportiva interessa complessivamente il 35,9% della popolazione con età pari o maggiore a 3 anni; di questi, il 26,1% la svolge con continuità, mentre il 9,8% ha dichiarato di praticare sport saltuariamente (Tabella 1.14). In Italia, la percentuale globale risulta del 33,1%. Le persone in Toscana che, pur non praticando attività sportiva, hanno dichiarato di svolgere qualche forma di attività fisica (come fare passeggiate per

²⁰ Attività fisica di intensità moderata: su scala assoluta, corrisponde ad un'attività 3,0-5,9 volte più intensa dello stato di riposo; su scala relativa alle capacità personali di un individuo, l'attività fisica di intensità moderata è di solito identificata come un 5 o 6 su una scala di 0-10. Esempi: camminare velocemente, ballare.

²¹ Attività fisica di intensità vigorosa: su scala assoluta, corrisponde ad un'attività 6 o più volte più intensa dello stato di riposo per gli adulti, ed in genere 7 o più volte per bambini e giovani; su scala relativa alle capacità personali di un individuo, l'attività fisica di intensità vigorosa è di solito identificata come un 7 o 8 su una scala di 0-10. Esempi: correre, andare in bicicletta o nuotare a ritmo sostenuto, fare sport.

²² Attività fisica aerobica: chiamata anche attività di resistenza, migliora le funzioni cardiorespiratorie (esempi: camminare a ritmo sostenuto, correre, andare in bicicletta, saltare la corda, nuotare).

²³ V. nota n. 17 del paragrafo 1.3.

almeno 2 km o andare in bicicletta) sono pari al 33,8% (il 28,4% in Italia). La quota di coloro che non svolgono né attività sportiva, né attività fisica, è pari al 30,3% in Toscana e al 38,5% in Italia. È inoltre più elevata nelle donne. Come evidenziato in Tabella 1.14, la situazione toscana sembra essere migliore rispetto al panorama italiano. Le tendenze evidenziate dai dati ISTAT a partire dal 2000 indicano alcuni dati in miglioramento in Toscana: in entrambi i generi aumenta chi fa sport in modo continuativo e diminuisce la quota di chi non fa nessun tipo di attività fisica (dati non mostrati).

Tabella 1.14

Distribuzione percentuale delle persone con età ≥ 3 anni che praticano sport o attività fisica e persone che non ne praticano, per genere - Confronto Toscana - Italia - Anno 2010 - Elaborazioni ARS su dati ISTAT

Ambito territoriale	Praticano sport		Praticano qualche attività fisica	Non praticano nessun tipo di attività fisica
	In modo continuativo	In modo saltuario		
Toscana				
Maschi	31,8	11,6	30,5	26,1
Femmine	20,9	8,2	36,7	34,2
Totale	26,1	9,8	33,8	30,3
Italia				
Maschi	27,9	12,0	26,4	33,7
Femmine	18,2	8,5	30,2	43,1
Totale	22,9	10,2	28,4	38,5

L'indagine EDIT ha investigato alcune abitudini relative alla pratica dell'attività fisica nei giovani adolescenti toscani. La rilevazione del 2010 ha ripreso gli item di quella del 2008 che facevano riferimento allo svolgimento di sport e ha aggiunto un ulteriore quesito più generico sulla pratica dell'attività fisica. Il concetto di attività fisica, come abbiamo visto, è ampio, e comprende anche attività ricreative o legate alle abitudini quotidiane che mantengono l'individuo in movimento, che determinano, quindi, un dispendio energetico, senza necessariamente impegnarlo in veri e propri sport. Questo aspetto è stato analizzato chiedendo agli studenti quanti giorni, in una settimana normale, svolgono attività fisica per un totale di almeno un'ora al giorno, specificando con degli esempi che cosa si intende per attività fisica. La domanda è stata così formulata prendendo come riferimento le già citate

raccomandazioni OMS pubblicate nel 2010²⁴. Gli altri aspetti analizzati dal questionario sono stati la pratica dell'attività sportiva nell'ultimo anno, la tipologia e la frequenza di attività e la relazione con alcune variabili, quali il genere e il tipo di istituto scolastico frequentato; ulteriore obiettivo è stato quello di evidenziare eventuali disuguaglianze legate al capitale culturale familiare.

L'11,8% degli adolescenti intervistati ha dichiarato di non fare mai attività fisica (Tabella 1.15). La quota maggiore pratica attività fisica per almeno un'ora al giorno tre giorni a settimana (22,4%). Confrontando i due generi, i ragazzi fanno movimento di più delle ragazze. La percentuale di soggetti sedentari è più alta nelle femmine (16,7%) che nei maschi (7,2%). La prevalenza di pratica di attività fisica per almeno un'ora al giorno per tre o più giorni a settimana è maggiore nei maschi (69,8%) che nelle femmine (46,6%). Solo il 6,8% del campione raggiunge il valore raccomandato di pratica di attività fisica di almeno un'ora al giorno tutti i giorni (l'8,0% nei maschi ed il 5,5% nelle femmine). L'indagine *Youth Risk Behavior Surveillance* svolta nel 2009, negli Stati Uniti²⁵, ha evidenziato valori nettamente superiori: nella fascia di età 14-18 anni, ovvero degli studenti della *high school*, la percentuale di chi raggiunge i valori raccomandati è del 18,4% (24,8% nei maschi e 11,4% nelle femmine). Il confronto tra dati nazionali²⁶ nella popolazione di quindicenni e quelli dell'EDIT nei soggetti di età 14-19 anni mostra percentuali poco differenti di chi pratica attività fisica per almeno un'ora al giorno per più di tre giorni a settimana, sia nei maschi sia nelle femmine. I dati nazionali sopra citati e quelli internazionali²⁷ confermano le differenze di genere, che vedono i maschi più attivi delle femmine.

Dall'analisi emerge la necessità di favorire l'incremento della pratica dell'attività fisica nei giovani adolescenti, con particolare attenzione alle ragazze che risultano complessivamente più sedentarie.

La quota di soggetti intervistati nell'indagine EDIT che non svolge mai attività fisica tende ad aumentare al crescere dell'età (Tabella 1.16).

²⁴ V. nota n.19 del paragrafo 1.3.

²⁵ Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2010), *Youth Risk Behavior Surveillance — United States, 2009. Surveillance Summaries. MMWR, 59 (SS-5)*. <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/ss/ss5905.pdf>

²⁶ Gruppo di lavoro HBSC Italia, *Studio HBSC Italia 2010, Presentazione dei dati nazionali*. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_newsAree_1286_listaFile_itemName_15_file.pdf

²⁷ V. nota n.25 del paragrafo 1.3.

Tabella 1.15

Distribuzione percentuale dei soggetti che praticano attività fisica per almeno un'ora per numero di giorni a settimana, per genere - Anno 2011

Numero di giorni nella settimana in cui viene svolta attività fisica per almeno un'ora	Maschi	Femmine	Totale
Non faccio mai attività fisica	7,2	16,7	11,8
1 giorno	9,2	17,2	13,0
2 giorni	13,8	19,5	16,5
3 giorni	25,0	19,7	22,4
4 giorni	17,9	10,1	14,2
5 giorni	11,1	5,2	8,3
6 giorni	7,8	6,1	7,0
7 giorni	8,0	5,5	6,8
Totale	100	100	100

p=0,0000

Tabella 1.16

Distribuzione percentuale di soggetti che non svolgono mai attività fisica, per genere e per età - Anno 2011

Età	Maschi	Femmine	Totale
≤14 anni	4,6	12,0	8,3
15 anni	5,9	11,5	8,6
16 anni	6,3	14,7	10,3
17 anni	7,7	17,4	12,4
18 anni	9,7	23,4	16,2
≥19 anni e più	8,6	20,4	14,5
Totale	7,2	16,7	11,8

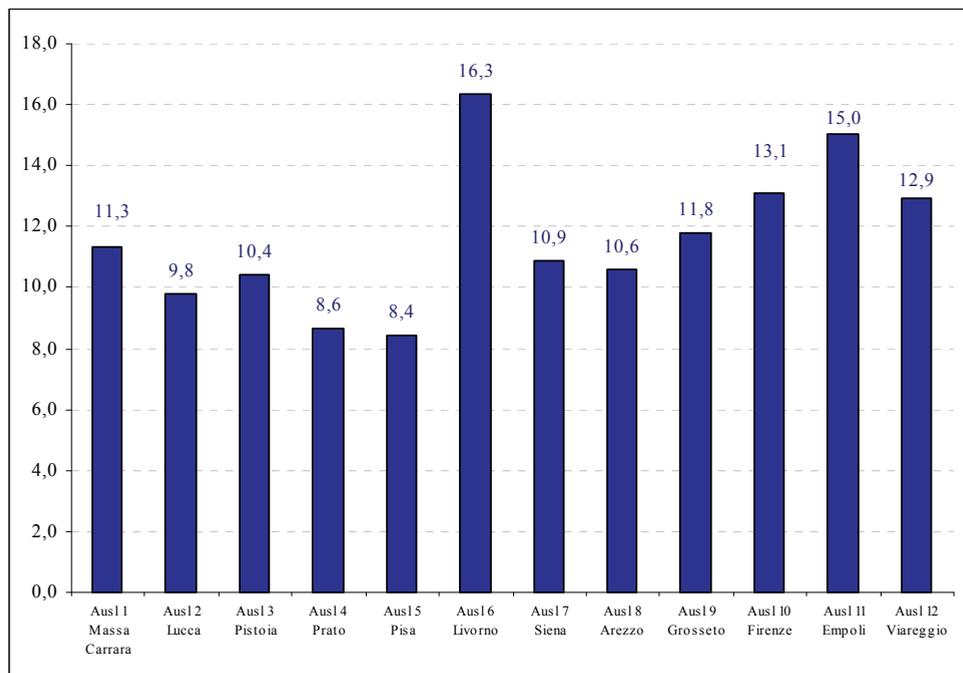
p=0,0714

p=0,0102

p=0,0003

L'analisi per AUSL indica che nei territori di Livorno, Empoli, Firenze e Viareggio si ha la più alta percentuale di adolescenti che non svolge mai attività fisica (Figura 1.4).

Figura 1.4
Distribuzione percentuale dei soggetti che non svolgono attività fisica per AUSL - Anno 2011



L'impegno nello sport è uno dei modi di essere fisicamente attivo. È stato evidenziato che le persone che fanno sport hanno maggiore probabilità di andare incontro alle raccomandazioni per l'attività fisica collegate alla salute rispetto a coloro che non sono attivi nello sport²⁸.

Nell'indagine EDIT, il 77,4% degli adolescenti ha dichiarato di aver praticato qualche attività sportiva nell'ultimo anno, l'84,8% nei maschi e il 69,5% nelle femmine. Il confronto tra le tre rilevazioni non mostra importanti cambiamenti dell'abitudine negli adolescenti (Tabella 1.17).

²⁸ Regional Office for Europe of the World Health Organization (2011), Promoting sport and enhancing health in European Union countries: a policy content analysis to support action.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/147237/e95168.pdf

Tabella 1.17**Distribuzione percentuale dei soggetti che hanno praticato sport nell'ultimo anno, per genere - Confronto 2005-2008-2011**

Genere	2005	2008	2011
Maschi	81,7	86,9	84,8
Femmine	68,6	71,8	69,5
Totale	74,5	78,6	77,4

Complessivamente, la quota maggiore del campione ha praticato sport con una frequenza da 3 a 5 volte a settimana (46,5%). I comportamenti variano nei due generi: nei maschi è presente una netta maggioranza di soggetti che l'hanno praticata prevalentemente da 3 a 5 volte a settimana (il 52,5%), mentre le femmine si dividono tra chi si è dedicata allo sport 1-2 volte a settimana (40,2%) e 3-5 volte a settimana (38,8%) (Tabella 1.18). I dati confermano la maggiore attitudine da parte dei maschi a praticare attività sportiva.

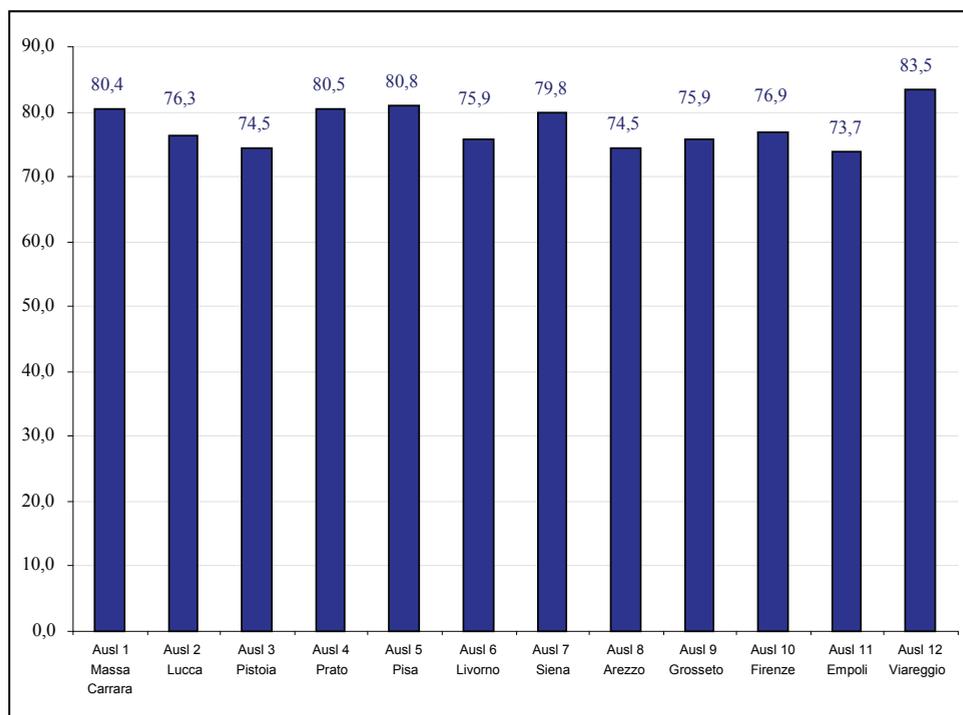
Tabella 1.18**Distribuzione percentuale della frequenza della pratica sportiva per genere - Anno 2011**

Frequenza della pratica sportiva	Maschi	Femmine	Totale
Tutti i giorni o quasi	15,6	13,9	14,9
3-5 volte la settimana	52,5	38,8	46,5
1-2 volte la settimana	25,1	40,2	31,6
1-3 volte al mese	3,2	2,6	3,0
Occasionalmente o Mai	3,6	4,5	4,0
Totale	100	100	100

p=0,0000

Anche per quanto riguarda l'attività sportiva, abbiamo elaborato una distribuzione territoriale dell'abitudine (Figura 1.5).

Figura 1.5
Distribuzione percentuale dei soggetti che hanno praticato sport nell'ultimo anno per AUSL - Anno 2011



Come per le indagini precedenti, la pratica sportiva risulta un'abitudine diffusa in maniera sostanzialmente omogenea su tutto il territorio regionale, senza marcate distinzioni nelle diverse AUSL. Nel 2011, le AUSL in cui le percentuali sono risultate più basse sono, tuttavia, Empoli, Arezzo e Pistoia. Anche l'analisi per AUSL conferma che i maschi praticano sport in una quota maggiore rispetto alle femmine (dati non mostrati).

Per comprendere meglio altri aspetti che potrebbero influenzare il comportamento degli adolescenti, abbiamo valutato la relazione tra la pratica dell'attività sportiva e il livello di istruzione familiare, che rappresenta un indicatore del contesto culturale in cui il ragazzo vive.

Si conferma anche nell'indagine 2011 che la percentuale di ragazzi che ha praticato sport nell'ultimo anno cresce all'aumentare del livello di istruzione familiare (Tabella 1.19).

Tabella 1.19**Distribuzione percentuale dei soggetti che hanno praticato sport nell'ultimo anno, per livello di istruzione familiare - Confronto 2005-2008-2011**

Livello di istruzione familiare	Pratica sport		
	2005	2008	2011
Basso	66,9	67,6	65,9
Medio	74,6	79,2	78,0
Alto	79,0	87,0	82,9
Totale	74,6	78,8	77,6

Nella rilevazione del 2011 sono gli studenti di liceo scientifico e degli istituti tecnici che in percentuale maggiore hanno svolto attività sportiva negli ultimi 12 mesi. Hanno praticato sport in quota minore gli studenti degli istituti professionali e dei licei artistici e istituti d'arte (questi ultimi hanno percentuali tra le più basse in tutti e tre gli anni dell'indagine) (Tabella 1.20).

Tabella 1.20**Distribuzione percentuale dei soggetti che hanno praticato sport nell'ultimo anno per tipologia di istituto frequentato - Confronto 2005-2008-2011**

Tipologia di istituto	Pratica sport		
	2005	2008	2011
Liceo classico	75,8	81,5	77,4
Liceo scientifico	77,5	88,7	82,3
Liceo linguistico, psico/socio-pedagogico, scienze sociali	66,2	64,3	71,2
Istituto professionale	71,7	73,9	68,9
Istituto tecnico	77,8	79,7	81,7
Liceo artistico e istituto d'arte	67,3	71,7	69,0
Totale	74,5	78,6	77,4

Abbiamo infine valutato quali fossero gli sport preferiti dagli studenti intervistati (Figura 1.6 e Figura 1.7). Nei maschi ha il primato il calcio/calciotto, seguito da ginnastica e palestra, quindi pallacanestro, mentre nelle femmine esso va a ginnastica e palestra, danza e aerobica, seguite da pallavolo.

Figura 1.6
Distribuzione percentuale della classifica degli sport praticati - Anno 2011 - Maschi

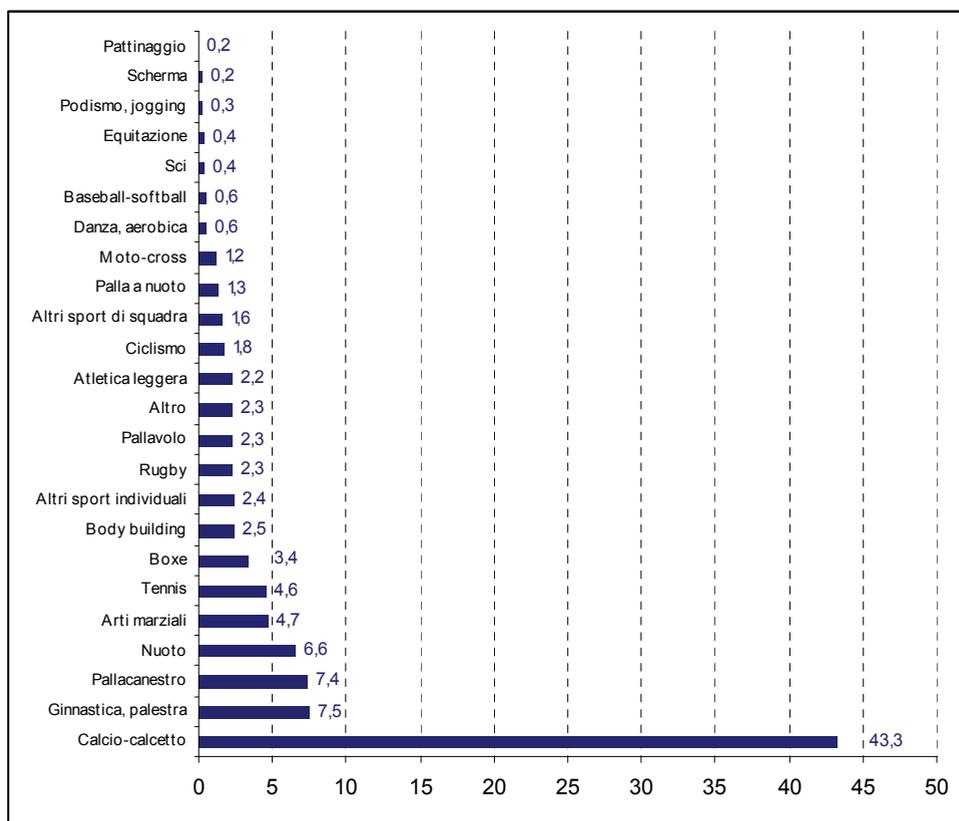
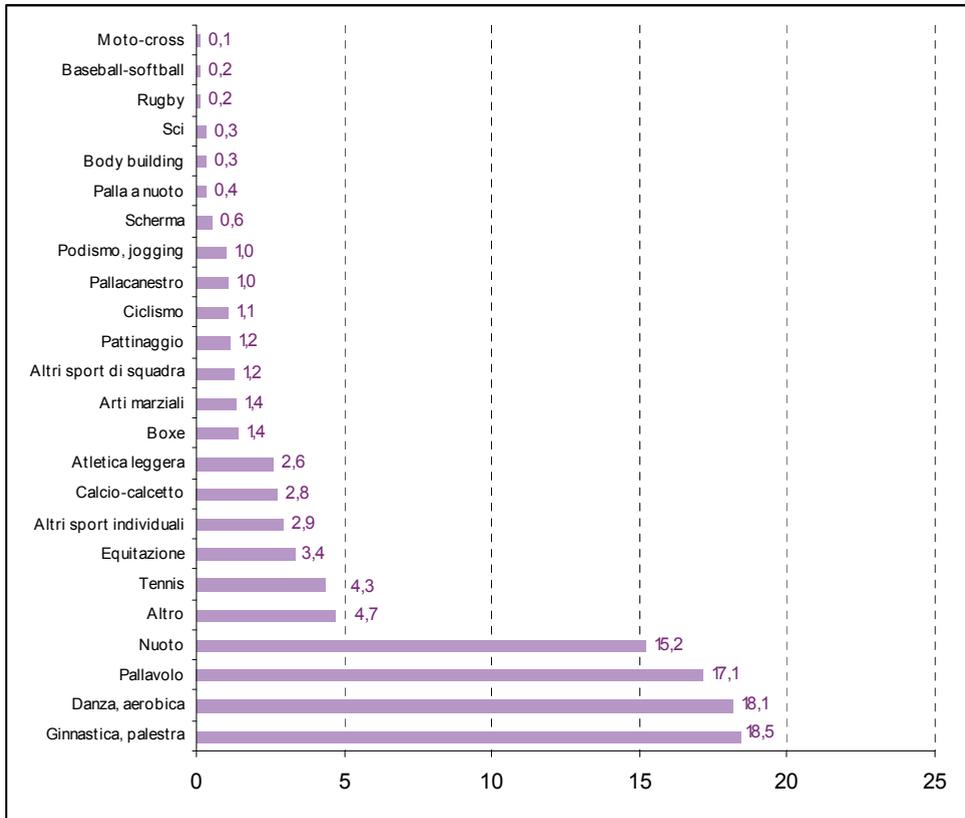


Figura 1.7
Distribuzione percentuale della classifica degli sport praticati - Anno 2011 -
Femmine



L'ATTIVITÀ FISICA IN SINTESI

- Solo il **6,8%** del campione raggiunge il valore raccomandato di pratica di attività fisica di almeno un'ora al giorno tutti i giorni
- L'abitudine a praticare attività fisica è un comportamento più frequente nei maschi rispetto alle femmine
- Il **77,4%** dei giovani intervistati ha praticato uno sport nei dodici mesi precedenti l'intervista
- Il capitale culturale familiare influenza il praticare o meno attività sportiva

1.3.2 I comportamenti alimentari

L'adolescenza, il periodo di transizione tra l'infanzia e l'età matura, offre l'opportunità di prepararsi a una vita sana e di prevenire l'insorgenza delle malattie croniche correlate alla nutrizione nell'adulto, affrontando nello stesso tempo problemi alimentari specifici di questa fase e, se possibile, correggendo problemi nutrizionali originati nel passato. Gli adolescenti rappresentano un gruppo vulnerabile dal punto di vista nutrizionale per una serie di ragioni specifiche: le loro elevate esigenze di nutrienti per la crescita, le caratteristiche delle abitudini alimentari e degli stili di vita, la propensione a mettere in atto comportamenti a rischio e la suscettibilità alle influenze ambientali²⁹. Possono così presentarsi problematiche come sottoalimentazione, malnutrizione per micronutrienti, obesità. I determinanti dei comportamenti alimentari nei bambini e negli adolescenti possono essere molteplici, come fattori demografici, personali, ambientali. Ad esempio, l'ambiente domestico e l'influenza dei genitori risultano associati ai comportamenti alimentari. La disponibilità nel territorio di fast-food, negozi di alimentari o altri esercizi analoghi influenzano l'accesso e la disponibilità di cibi più o meno sani. Anche la pubblicità e altre forme di marketing vanno ad influenzare le scelte alimentari dei giovani³⁰. Gli studi hanno evidenziato che una corretta alimentazione e sani stili di vita in generale risultano associati. Al contrario, tendono ad associarsi comportamenti poco salutari, come bere, fumare, praticare scarsa attività fisica, eccedere nell'introito calorico e compiere cattive scelte alimentari³¹.

Ai giovani intervistati nell'indagine EDIT è stato chiesto di esprimersi sulla frequenza di consumo di verdura cruda e cotta, frutta fresca, pesce fresco o congelato, snack dolci e/o salati, bibite zuccherate e/o gassate. Inoltre, nella rilevazione del 2011 abbiamo domandato come i ragazzi provvedessero a procurarsi la merenda di metà mattina. Le numerose modalità di risposta che i ragazzi avevano a disposizione per ogni singola domanda sulla frequenza di consumo sono state raggruppate in tre categorie: "almeno una volta al giorno" (corrispondente al consumo di una o più volte al giorno); "almeno una volta a

²⁹ WHO (2005), Nutrition in adolescence: issues and challenges for the health sector: issues in adolescent health and development, (WHO discussion papers on adolescence). http://whqlibdoc.who.int/.../9241593660_eng.pdf

³⁰ V. nota n.17 del paragrafo 1.3.

³¹ V. nota n.29 del paragrafo 1.3.

settimana” (corrispondente al consumo da 1 a 6 volte alla settimana); “raramente o mai” (corrispondente al consumo da 3 volte al mese a mai o quasi mai). In Tabella 1.21 sono riportate le modifiche nelle frequenze di consumo dei diversi alimenti, nei tre anni in studio, per i due generi. Nelle indagini del 2008 e del 2011 sono state aggiunte ulteriori domande al questionario riguardo agli alimenti consumati, per cui non tutte le informazioni sono disponibili per tutti gli anni in studio.

Il consumo di pesce è diminuito negli anni: è incrementata la percentuale di chi ne consuma raramente o mai (nei maschi, ad esempio, è passata dal 35,2% nel 2005 al 43,6% nel 2011). Per quanto riguarda gli snack, dal 2008 al 2011, in entrambi i generi, è aumentata la quota di chi ne consuma almeno una volta a settimana, mentre sono rimasti sostanzialmente stabili ed elevati i valori di chi ne mangia almeno una volta al giorno. Elevate sono le prevalenze di soggetti che bevono bibite zuccherate e/o gassate almeno una volta al giorno: il 46,3% nei maschi e il 37% nelle femmine. Il consumo di verdura, sia cruda che cotta, e di frutta è maggiore nelle femmine che nei maschi. Negli anni sembra ridursi il consumo di verdura cruda. I consumi di verdura cruda almeno una volta al giorno sono più frequenti rispetto a quella cotta. Il consumo almeno una volta a settimana è invece più frequente per quella cotta.

Nelle Tabelle 1.22, 1.23, 1.24, 1.25, 1.26 e 1.27 sono riportate le distribuzioni di frequenza di consumo per AUSL della Toscana.

Tabella 1.21
Distribuzione percentuale dei consumi di alimenti e bevande per genere -
Confronto 2005-2008-2011

Alimenti e bevande	Maschi			Femmine			
	Almeno una volta al giorno	Almeno una volta a settimana	Raramente o mai	Almeno una volta al giorno	Almeno una volta a settimana	Raramente o mai	
2005	Verdura cruda	36,5	44,9	18,6	49,1	38,3	12,6
	Verdura cotta	-	-	-	-	-	-
	Frutta fresca	52,6	33,7	13,7	60,9	28,0	11,1
	Pesce fresco o congelato	6,8	58,0	35,2	5,8	58,6	35,6
	Snack dolci e/o salati	-	-	-	-	-	-
	Bibite zuccherate e/o gassate	-	-	-	-	-	-
2008	Verdura cruda	38,1	43,6	18,3	52,0	36,5	11,5
	Verdura cotta	-	-	-	-	-	-
	Frutta fresca	52,0	32,1	15,9	61,1	25,2	13,7
	Pesce fresco o congelato	7,4	53,5	39,1	5,9	57,1	37,0
	Snack dolci e/o salati	49,3	36,9	13,8	49,6	33,2	17,2
	Bibite zuccherate e/o gassate	-	-	-	-	-	-
2011	Verdura cruda	30,8	40,2	29,0	40,1	38,1	21,8
	Verdura cotta	21,0	48,2	30,8	31,0	48,1	20,9
	Frutta fresca	53,4	34,8	11,8	58,2	30,5	11,3
	Pesce fresco o congelato	4,0	52,4	43,6	4,1	52,6	43,3
	Snack dolci e/o salati	51,5	41,6	6,9	51,0	39,5	9,5
	Bibite zuccherate e/o gassate	46,3	45,5	8,2	37,0	45,7	17,3

Tabella 1.22

Distribuzione percentuale del consumo di verdura cruda per AUSL - Anno 2011

AUSL	Almeno una volta al giorno	Almeno una volta a settimana	Raramente o mai	Totale
AUSL 1 - Massa-Carrara	32,7	40,4	27,0	100
AUSL 2 - Lucca	37,7	36,6	25,7	100
AUSL 3 - Pistoia	30,7	41,0	28,3	100
AUSL 4 - Prato	40,0	41,4	18,6	100
AUSL 5 - Pisa	33,4	38,8	27,8	100
AUSL 6 - Livorno	23,1	44,0	32,9	100
AUSL 7 - Siena	36,0	40,4	23,6	100
AUSL 8 - Arezzo	42,5	37,6	19,9	100
AUSL 9 - Grosseto	38,8	33,1	28,1	100
AUSL 10 - Firenze	37,6	39,5	22,9	100
AUSL 11 - Empoli	31,5	39,5	29,0	100
AUSL 12 - Viareggio	36,5	34,1	29,4	100
Regione Toscana	35,3	39,2	25,5	100

I territori in cui è più diffusa l'abitudine al consumo di verdura cruda almeno una volta al giorno sono quelli di Arezzo, Prato e Grosseto. Per quanto riguarda la verdura cotta, i valori più alti per la stessa variabile sono delle AUSL di Prato, Lucca e Firenze. Il territorio di Livorno ha i valori più bassi di consumo di entrambi gli alimenti almeno una volta al giorno (Tabelle 1.22 e 1.23).

Tabella 1.23

Distribuzione percentuale del consumo di verdura cotta per AUSL - Anno 2011

AUSL	Almeno una volta al giorno	Almeno una volta a settimana	Raramente o mai	Totale
AUSL 1 - Massa-Carrara	20,3	43,8	35,9	100
AUSL 2 - Lucca	30,2	47,1	22,7	100
AUSL 3 - Pistoia	22,7	51,5	25,8	100
AUSL 4 - Prato	30,7	52,9	16,5	100
AUSL 5 - Pisa	27,6	46,7	25,7	100
AUSL 6 - Livorno	15,9	47,8	36,3	100
AUSL 7 - Siena	28,5	45,2	26,3	100
AUSL 8 - Arezzo	27,2	48,0	24,8	100
AUSL 9 - Grosseto	22,9	43,0	34,1	100
AUSL 10 - Firenze	29,3	52,2	18,5	100
AUSL 11 - Empoli	23,4	44,0	32,6	100
AUSL 12 - Viareggio	26,0	44,1	29,9	100
Regione Toscana	25,9	48,1	26,0	100

Tabella 1.24

Distribuzione percentuale del consumo di frutta fresca per AUSL - Anno 2011

AUSL	Almeno una volta al giorno	Almeno una volta a settimana	Raramente o mai	Totale
AUSL 1 - Massa-Carrara	55,1	30,6	14,3	100
AUSL 2 - Lucca	54,8	31,4	13,8	100
AUSL 3 - Pistoia	53,4	35,1	11,5	100
AUSL 4 - Prato	59,6	31,7	8,7	100
AUSL 5 - Pisa	54,3	35,0	10,8	100
AUSL 6 - Livorno	48,9	36,8	14,3	100
AUSL 7 - Siena	60,8	28,0	11,2	100
AUSL 8 - Arezzo	59,7	29,6	10,7	100
AUSL 9 - Grosseto	54,8	37,2	8,0	100
AUSL 10 - Firenze	58,2	31,6	10,2	100
AUSL 11 - Empoli	50,5	35,6	13,9	100
AUSL 12 - Viareggio	52,3	32,9	14,8	100
Regione Toscana	55,7	32,7	11,5	100

Per quanto riguarda la frutta fresca, il consumo almeno una volta al giorno è più frequente nelle AUSL di Siena, Prato e Arezzo. Nei territorio di Livorno ed Empoli si hanno i valori più bassi per la stessa frequenza di consumo (Tabella 1.24).

Tabella 1.25

Distribuzione percentuale del consumo di pesce fresco o congelato per AUSL - Anno 2011

AUSL	Almeno una volta al giorno	Almeno una volta a settimana	Raramente o mai	Totale
AUSL 1 - Massa-Carrara	2,4	48,2	49,4	100
AUSL 2 - Lucca	4,4	59,2	36,4	100
AUSL 3 - Pistoia	4,0	47,9	48,1	100
AUSL 4 - Prato	4,0	53,7	42,3	100
AUSL 5 - Pisa	4,8	52,0	43,2	100
AUSL 6 - Livorno	4,6	46,8	48,6	100
AUSL 7 - Siena	4,6	49,8	45,6	100
AUSL 8 - Arezzo	1,8	51,8	46,4	100
AUSL 9 - Grosseto	4,4	55,3	40,3	100
AUSL 10 - Firenze	4,1	54,6	41,3	100
AUSL 11 - Empoli	6,4	51,9	41,7	100
AUSL 12 - Viareggio	3,9	60,7	35,4	100
Regione Toscana	4,1	52,5	43,4	100

Il pesce viene consumato con maggior frequenza almeno una volta a settimana. Le zone dove maggiormente il pesce fa parte della dieta sono, nel 2011, le AUSL di Viareggio e Lucca. La maggiori prevalenze di chi ne mangia “raramente e mai” si hanno nei territori di Massa-Carrara, Livorno e Pistoia (Tabella 1.25).

Tabella 1.26**Distribuzione percentuale del consumo di snack dolci e/o salati per AUSL - Anno 2011**

AUSL	Almeno una volta al giorno	Almeno una volta a settimana	Raramente o mai	Totale
AUSL 1 - Massa-Carrara	50,8	39,6	9,6	100
AUSL 2 - Lucca	51,6	39,6	8,8	100
AUSL 3 - Pistoia	50,0	40,4	9,6	100
AUSL 4 - Prato	48,7	42,8	8,5	100
AUSL 5 - Pisa	58,1	36,8	5,1	100
AUSL 6 - Livorno	52,9	40,8	6,3	100
AUSL 7 - Siena	50,7	41,3	8,0	100
AUSL 8 - Arezzo	54,4	39,4	6,2	100
AUSL 9 - Grosseto	45,6	43,2	11,2	100
AUSL 10 - Firenze	50,1	41,0	8,9	100
AUSL 11 - Empoli	51,9	39,7	8,4	100
AUSL 12 - Viareggio	44,7	45,1	10,2	100
Regione Toscana	51,2	40,6	8,2	100

Il consumo almeno una volta al giorno di snack dolci o salati è più alto nelle AUSL di Pisa e Arezzo, mentre le stesse frequenze di consumo di bibite zuccherate e/o gassate raggiungono i valori maggiori nei territori di Massa-Carrara, Livorno e Viareggio (Tabelle 1.26 e 1.27).

Tabella 1.27

Distribuzione percentuale del consumo di bibite zuccherate e/o gassate per AUSL - Anno 2011

AUSL	Almeno una volta al giorno	Almeno una volta a settimana	Raramente o mai	Totale
AUSL 1 - Massa-Carrara	52,3	35,9	11,8	100
AUSL 2 - Lucca	41,0	44,9	14,1	100
AUSL 3 - Pistoia	39,0	46,7	14,3	100
AUSL 4 - Prato	31,3	51,2	17,5	100
AUSL 5 - Pisa	45,0	44,4	10,6	100
AUSL 6 - Livorno	50,1	42,7	7,2	100
AUSL 7 - Siena	41,5	42,8	15,7	100
AUSL 8 - Arezzo	42,9	44,9	12,2	100
AUSL 9 - Grosseto	44,8	39,9	15,3	100
AUSL 10 - Firenze	34,2	53,5	12,3	100
AUSL 11 - Empoli	46,1	41,4	12,5	100
AUSL 12 - Viareggio	48,8	38,6	12,6	100
Regione Toscana	41,7	45,6	12,7	100

Un'ulteriore valutazione è stata effettuata andando ad osservare la relazione tra consumo di alimenti e livello di istruzione familiare (Tabelle 1.28, 1.29, 1.30, 1.31, 1.32, 1.33).

I dati emersi complessivamente indicano che, all'aumentare del livello di istruzione familiare, tendono ad aumentare i consumi di verdura cruda, verdura cotta e frutta fresca. Considerando la frutta, ad esempio, il 63% dei ragazzi con livello di istruzione familiare alto ne consuma una o più volte al giorno e tale percentuale scende al 46% nel livello di istruzione familiare basso (Tabella 1.30).

Tabella 1.28

Distribuzione percentuale del consumo di verdura cruda secondo il livello di istruzione familiare - Anno 2011

Livello di istruzione familiare	Almeno una volta al giorno	Almeno una volta a settimana	Raramente o mai	Totale
Basso	28,6	40,9	30,5	100
Medio	33,1	40,7	26,2	100
Alto	36,8	40,0	23,3	100
Totale	33,2	40,6	26,2	100

p=0,1727

Tabella 1.29

Distribuzione percentuale del consumo di verdura cotta secondo il livello di istruzione familiare - Anno 2011

Livello di istruzione familiare	Almeno una volta al giorno	Almeno una volta a settimana	Raramente o mai	Totale
Basso	17,6	53,9	28,5	100
Medio	24,1	49,8	26,1	100
Alto	30,3	46,3	23,5	100
Totale	24,4	49,7	26,0	100

p=0,0066

Tabella 1.30

Distribuzione percentuale del consumo di frutta fresca secondo il livello di istruzione familiare - Anno 2011

Livello di istruzione familiare	Almeno una volta al giorno	Almeno una volta a settimana	Raramente o mai	Totale
Basso	46,0	34,6	19,5	100
Medio	55,7	32,8	11,5	100
Alto	63,0	30,1	6,9	100
Totale	55,8	32,6	11,6	100

p=0,000

Per quanto riguarda il pesce, analizzando la classe dei consumi “almeno una volta a settimana”, i dati confermano le tendenze evidenziate per la frutta e la verdura (Tabella 1.31). Un andamento opposto, tuttavia, si osserva per i consumi “almeno una volta al giorno”.

Tabella 1.31

Distribuzione percentuale del consumo di pesce fresco e/o congelato secondo il livello di istruzione familiare - Anno 2011

Livello di istruzione familiare	Almeno una volta al giorno	Almeno una volta a settimana	Raramente o mai	Totale
Basso	6,6	40,3	53,1	100
Medio	3,6	53,6	42,8	100
Alto	3,2	58,2	38,6	100
Totale	3,8	53,2	43,1	100

p=0,000

Considerando, infine, i consumi di snack dolci e/o salati e di bibite zuccherate e/o gassate almeno una volta al giorno, questi aumentano al diminuire del livello di istruzione familiare (Tabelle 1.32 e 1.33)

Tabella 1.32

Distribuzione percentuale del consumo di snack dolci e/o salati secondo il livello di istruzione familiare - Anno 2011

Livello di istruzione familiare	Almeno una volta al giorno	Almeno una volta a settimana	Raramente o mai	Totale
Basso	54,9	37,5	7,6	100
Medio	50,9	40,8	8,3	100
Alto	47,5	43,4	9,1	100
Totale	50,8	40,9	8,3	100

p=0,4343

Tabella 1.33**Distribuzione percentuale del consumo di bibite zuccherate e/o gassate secondo il livello di istruzione familiare - Anno 2011**

Livello di istruzione familiare	Almeno una volta al giorno	Almeno una volta a settimana	Raramente o mai	Totale
Basso	48,1	37,8	14,1	100
Medio	41,7	45,9	12,4	100
Alto	34,9	51,9	13,2	100
Totale	41,3	46,1	12,6	100

p=0,0035

I ragazzi provvedono a procurarsi la merenda di metà mattina prevalentemente attraverso un venditore all'interno della scuola (Tabella 1.34). Nei maschi, questa modalità è nettamente prevalente (49,7%), seguita dal portarsi la merenda da casa (27,3%). Nelle femmine, le abitudini di acquistare la merenda da un venditore all'interno della scuola e portarla da casa sono quasi equivalenti (34,5% vs 32,8%). Nel crescere, tende a ridursi la percentuale di ragazzi che si porta la merenda da casa. Aumenta, invece, la quota di adolescenti che acquista la merenda prima di recarsi a scuola e quella dei ragazzi che non hanno l'abitudine di fare merenda a metà mattina.

Tabella 1.34

Distribuzione percentuale dei metodi usati per procurarsi la merenda dell'intervallo a scuola per età e genere - Anno 2011

Merenda a scuola	Età (anni)						Totale	
	≤ 14	15	16	17	18	≥ 19		
Maschi	Porto la merenda da casa	33,4	25,9	27,4	26,1	28,8	22,8	27,3
	La acquisto da un venditore all'interno della scuola	47,6	50,6	53,7	49,3	44,8	52,0	49,7
	Uso i distributori automatici presenti nella scuola	8,4	11,1	8,0	8,9	7,8	7,9	8,7
	La acquisto prima di recarmi a scuola	2,8	2,6	2,8	3,9	4,6	4,2	3,5
	Non ho l'abitudine di fare merenda a metà mattina	7,7	9,9	8,1	11,8	14,0	13,2	10,9
	Totale	100	100	100	100	100	100	100
Femmine	Porto la merenda da casa	35,0	33,1	31,6	32,5	35,5	29,8	32,8
	La acquisto da un venditore all'interno della scuola	37,1	36,4	35,7	34,0	28,6	35,5	34,5
	Uso i distributori automatici presenti nella scuola	16,2	13,8	12,8	14,3	15,0	11,2	13,8
	La acquisto prima di recarmi a scuola	0,9	0,9	3,7	4,0	2,9	5,8	3,1
	Non ho l'abitudine di fare merenda a metà mattina	10,9	15,9	16,2	15,3	18,0	17,8	15,8
	Totale	100	100	100	100	100	100	100
Totale	Porto la merenda da casa	34,2	29,4	29,5	29,2	32,0	26,3	30,0
	La acquisto da un venditore all'interno della scuola	42,5	43,8	45,0	41,9	37,1	43,7	42,3
	Uso i distributori automatici presenti nella scuola	12,1	12,4	10,3	11,5	11,2	9,6	11,2
	La acquisto prima di recarmi a scuola	1,9	1,8	3,2	3,9	3,8	5,0	3,3
	Non ho l'abitudine di fare merenda a metà mattina	9,3	12,8	12,0	13,5	15,9	15,5	13,2
	Totale	100	100	100	100	100	100	100

Per approfondire alcuni aspetti legati alla percezione del sé, sono state chieste ai giovani informazioni concernenti il rapporto con il proprio peso corporeo e l'adozione di comportamenti a questo correlati. Il 53,2% dei ragazzi intervistati dichiara di percepire il proprio peso nella norma (Tabella 1.35), valore che tende ad aumentare rispetto al 2008 (49%) e al 2005 (50,4%). Nei maschi, la percentuale di coloro che si definiscono normopeso è più alta rispetto alle ragazze (60,2% vs 45,8%), confermando le tendenze osservate nelle rilevazioni precedenti.

Anche nella rilevazione del 2011, come nelle precedenti, diversa risulta nei due generi la percezione del proprio peso: i ragazzi più frequentemente rispetto alle ragazze si valutano al di sotto della norma, mentre le femmine più frequentemente rispetto ai coetanei maschi si giudicano al di sopra della norma rispetto al peso.

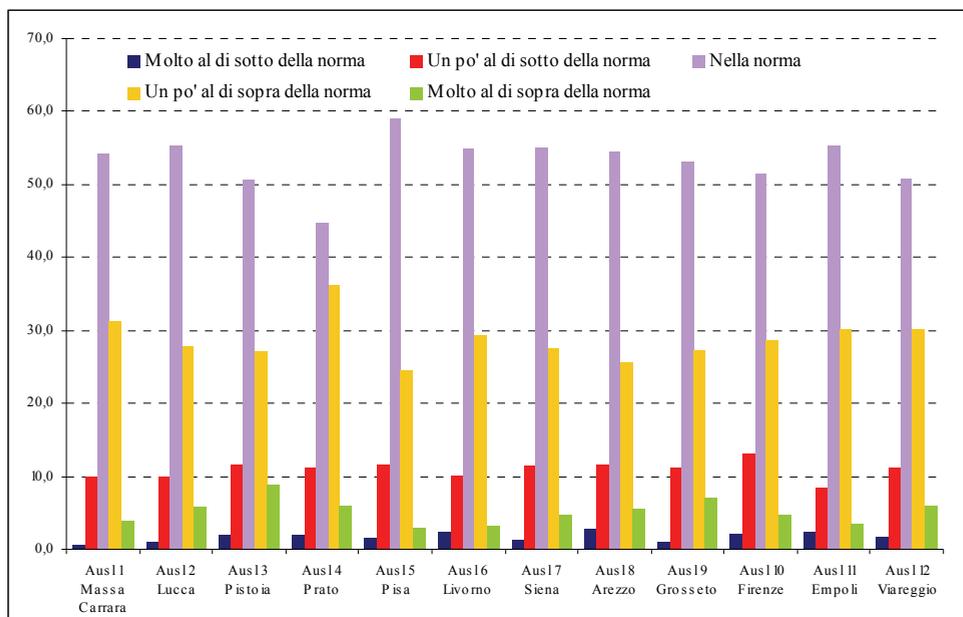
Tabella 1.35

Distribuzione percentuale della percezione del proprio peso genere - Anno 2011

Genere	Definizione del proprio peso					Totale
	Molto al di sotto della norma	Un po' al di sotto della norma	Nella norma	Un po' al di sopra della norma	Molto al di sopra della norma	
Maschi	2,2	14,8	60,2	20,0	2,8	100
Femmine	1,5	7,8	45,8	37,5	7,4	100
Totale	1,9	11,4	53,2	28,5	5,1	100

In Figura 1.8 è riportata la distribuzione percentuale della percezione del proprio peso per AUSL nella rilevazione del 2011.

Figura 1.8
Distribuzione percentuale della percezione del proprio peso per AUSL - Anno 2011



Il livello di istruzione familiare (Tabella 1.36) è una dimensione che sembra avere una qualche influenza sulla percezione del proprio peso corporeo. Nei ragazzi con livello di istruzione familiare alto, la percezione di essere normopeso è maggiore.

Tabella 1.36**Distribuzione percentuale della percezione del proprio peso per livello di istruzione familiare - Anno 2011**

Livello di Istruzione familiare	Definizione del proprio peso					Totale
	Molto al di sotto della norma	Un po' al di sotto della norma	Nella norma	Un po' al di sopra della norma	Molto al di sopra della norma	
Basso	3,3	9,2	53,0	27,0	7,5	100
Medio	1,9	11,2	51,9	29,8	5,2	100
Alto	0,9	12,8	59,1	24,0	3,2	100
Totale	1,9	11,3	52,9	28,8	5,1	100

p=0,0040

La percezione di “non normalità” rispetto al proprio peso corporeo emerge anche dai comportamenti messi in atto dai giovani per ridurlo, aumentarlo o mantenerlo. Solo il 27% del campione dichiara di non fare niente. Il valore risulta in riduzione rispetto alle precedenti indagini, in entrambi i generi (Tabella 1.37). Quasi il 60% delle ragazze sta cercando di perdere peso, con un trend in aumento nelle tre rilevazioni. Nei tre anni in studio si confermano le differenze di genere rispetto ai comportamenti attuati rispetto al peso: la percentuale di ragazze che sta cercando di perdere peso è più alta rispetto a quella dei maschi, mentre la quota di ragazze che vogliono mettere su peso è più bassa rispetto a quella dei coetanei maschi.

Tabella 1.37

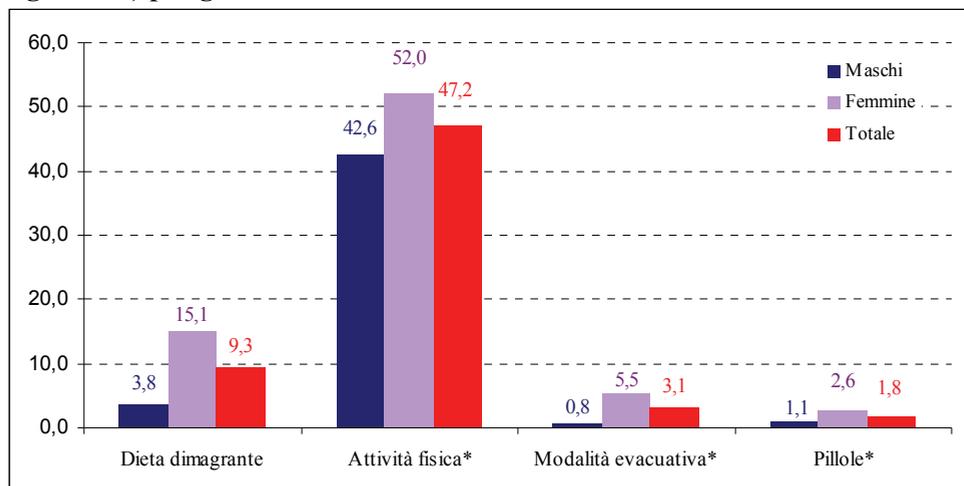
Distribuzione percentuale dei comportamenti attuati per mantenere o modificare il proprio peso per genere - Confronto 2005-2008-2011

Rispetto al tuo peso, attualmente tu stai cercando di:	2005			2008			2011		
	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot
Perdere peso	26,6	54,8	42,3	30,9	55,6	44,5	27,8	58,4	42,7
Mettere su peso	12,2	3,6	7,5	13,2	4,3	8,3	15,1	4,2	9,8
Mantenere il peso attuale	21,1	18,3	19,5	19,3	17,5	18,3	23,4	17,5	20,5
Non stai cercando di fare nulla	40,1	23,3	30,7	36,6	22,6	28,9	33,7	19,9	27,0
Totale	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Ai ragazzi intervistati è stato chiesto se e quali strategie avessero messo in atto nell'ultimo mese per perdere peso o per non ingrassare. In Figura 1.9 sono riportate le percentuali di risposta alle singole domande; i dati si riferiscono ai comportamenti attuati negli ultimi 30 giorni. Nell'ultimo mese, circa la metà del campione ha svolto attività fisica per perdere peso o per non ingrassare. Quasi il 10% ha seguito una dieta per dimagrire. Nei maschi, tende ad aumentare dal 2005 la quota di coloro che praticano sport per dimagrire o per non ingrassare (nel 2005, il valore era del 38,4%). Da rilevare il dato che il 5,5% delle giovani adolescenti ha risposto di ricorrere a modalità evacuative.

Figura 1.9

Distribuzione percentuale delle modalità attuate per perdere peso (o non ingrassare) per genere - Anno 2011

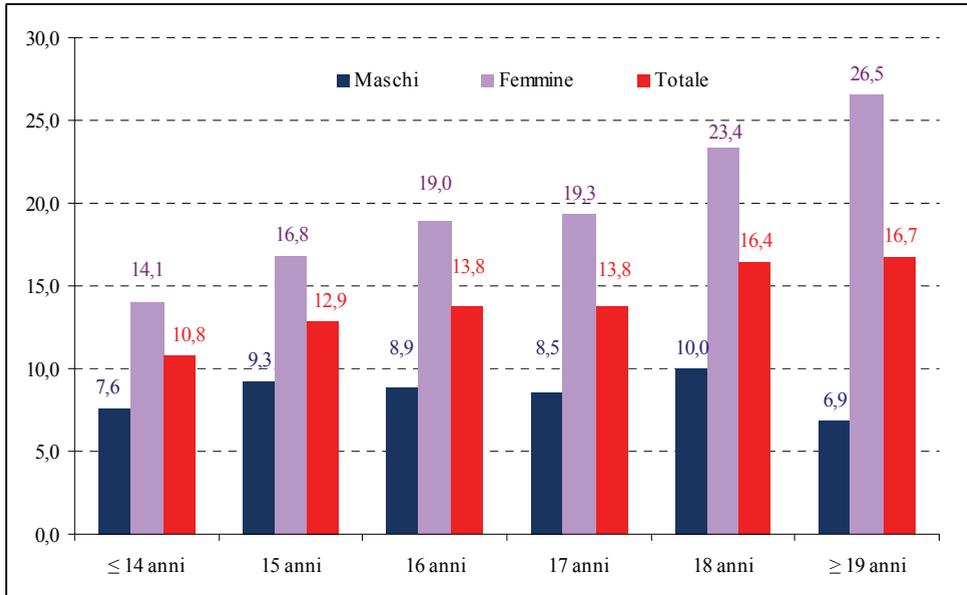


*Per perdere peso o non ingrassare.

Per la descrizione dei comportamenti attuati dai ragazzi rispetto al proprio peso corporeo abbiamo chiesto loro se, nel corso della vita, avessero consultato specialisti per problemi connessi ad una carente o eccessiva assunzione di cibo. Nel 2011, la percentuale di adolescenti che si sono rivolti a specialisti per motivi legati all'alimentazione è risultata del 14,1% (8,5% nei maschi e 20% nelle femmine). Nel 2008, i valori erano dell'11% nei maschi e del 21,9% nelle femmine. Il ricorso a specialisti è più frequente nelle femmine che nei maschi, con un divario di genere che si fa più evidente nei ragazzi più grandi, confermando gli andamenti della precedente rilevazione; inoltre, nelle ragazze, aumenta al crescere dell'età, raggiungendo oltre il 20% del campione nelle diciottenni e in chi ha 19 anni o più (Figura 1.10). Tra i giovani che hanno consultato uno specialista per problemi legati all'alimentazione, il 15,6% percepisce il proprio peso molto al di sopra della norma, il 44,4% si considera un po' al di sopra della norma e il 27,3% ha un'immagine corporea di normopeso.

Figura 1.10

Distribuzione percentuale degli intervistati che, nel corso della loro vita, si sono rivolti ad uno specialista per problemi alimentari, per età e genere - Anno 2011



L'indagine EDIT ha quindi effettuato una valutazione dello stato nutrizionale degli adolescenti toscani. Abbiamo chiesto ai ragazzi di riferire le misure antropometriche peso e altezza, da cui è stato ricavato il *Body Mass Index* (BMI o, in italiano, Indice di massa corporea, IMC) dei singoli studenti [IMC = peso (kg)/altezza² (m)]. Nell'età evolutiva, i normali processi di crescita e di sviluppo determinano variazioni nella composizione corporea che dipendono in larga misura dall'età e dal sesso. Queste modificazioni fanno sì che anche i valori soglia degli indici utilizzati per la definizione dello stato nutrizionale, come l'IMC, nel periodo adolescenziale siano specifici per età e sesso. Per la valutazione del sovrappeso, dell'obesità e della magrezza abbiamo fatto riferimento ai cut-off indicati da Cole et al.^{32, 33}. Riguardo alla magrezza, Cole et al. propongono l'IMC di 17 all'età di 18 anni come cut-off adeguato, da utilizzarsi come base per una definizione

³² Cole TJ, Flegal KM, Bellizzi M, et al. (2000), Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal*, 320: 1-6.

³³ Cole TJ, Flegal KM, Nicholls D, et al. (2007), Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *British Medical Journal*, 335: 194-7.

internazionale di magrezza in bambini e adolescenti. Inoltre, essi indicano due ulteriori cut-off secondari, individuando così 3 gradi di magrezza. Il cut-off primario è collegato a valori di IMC di 17 all'età di 18 anni e i due cut-off secondari sono collegati ai valori di IMC di 18,5 e 16 a 18 anni. Nella nostra analisi abbiamo utilizzato i termini di sottopeso I, sottopeso II e sottopeso III per indicare le tre categorie individuate.

In Tabella 1.38 riportiamo i risultati delle tre indagini EDIT nel campione totale degli adolescenti. Complessivamente, il 76,9% degli studenti nel 2005, il 74,6% nel 2008 ed il 75% nel 2011 risulta normopeso. Il sovrappeso interessa il 12,7% del campione nel 2011. Il confronto nei tre anni indica un lieve trend in aumento: la percentuale di adolescenti in sovrappeso era il 9,9% nel 2005 e l'11,9% nel 2008. La stessa tendenza si osserva per l'obesità: la prevalenza era dell'1,7% nel 2005, del 2,3% nel 2008 e del 2,7% nel 2011. Gli andamenti descritti sono analoghi nei due generi, con l'unica eccezione del sovrappeso nei maschi che è stabile nelle rilevazioni del 2008 e del 2011. Le differenze osservate nei tre anni per quanto riguarda l'eccesso di peso sono di lieve entità, ma in crescita, e pongono l'attenzione sul fatto di continuare a monitorare il fenomeno anche in questa fascia di età.

Il sovrappeso e l'obesità interessano maggiormente i maschi, mentre la magrezza è più diffusa nelle femmine. L'andamento dell'eccesso di peso per età indica una riduzione della prevalenza al crescere dei ragazzi (Tabella 1.39).

Tabella 1.38

Distribuzione percentuale del campione per classi di IMC e genere - Confronto 2005-2008-2011

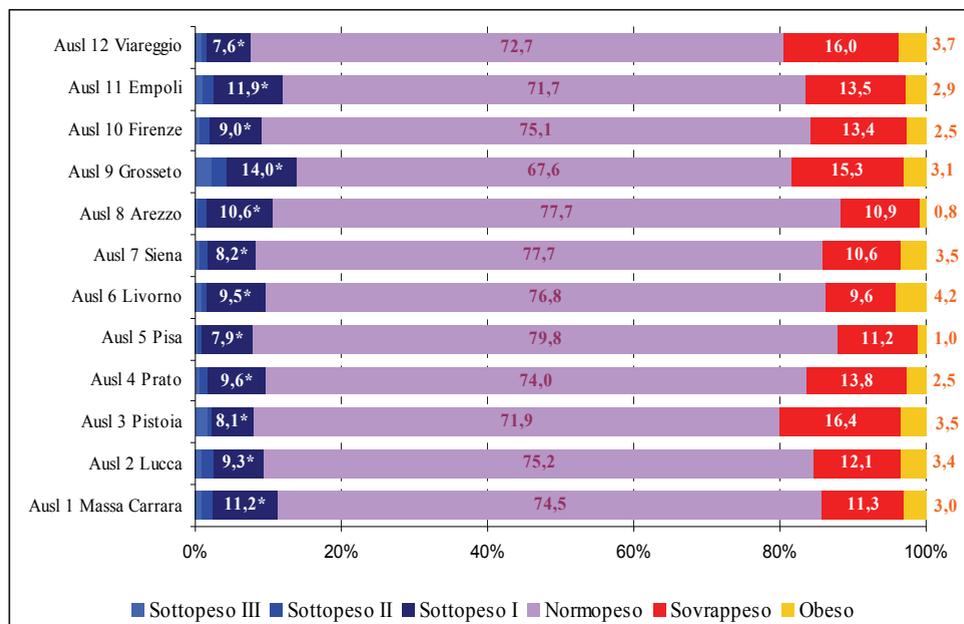
Classi di IMC		2005 (N=4.700)	2008 (N=5.121)	2011 (N=4.692)
Maschi	Sottopeso III	0,3	0,3	0,5
	Sottopeso II	0,7	0,8	0,7
	Sottopeso I	3,9	4,5	3,8
	Normopeso	78,8	75,5	76,5
	Sovrappeso	13,7	15,8	15,2
	Obeso	2,6	3,1	3,3
	Totale	100	100	100
Femmine	Sottopeso III	0,6	0,8	1,3
	Sottopeso II	2,4	2,4	1,7
	Sottopeso I	13,8	12,8	11,6
	Normopeso	75,3	73,8	73,4
	Sovrappeso	6,9	8,6	9,9
	Obeso	1,0	1,6	2,0
	Totale	100	100	100
Totale	Sottopeso III	0,4	0,5	0,8
	Sottopeso II	1,7	1,7	1,2
	Sottopeso I	9,4	9,0	7,6
	Normopeso	76,9	74,6	75,0
	Sovrappeso	9,9	11,9	12,7
	Obeso	1,7	2,3	2,7
	Totale	100	100	100

Tabella 1.39**Distribuzione percentuale del campione per classi di IMC, per età e genere - Anno 2011**

Classi di IMC	Età (anni)						Totale	
	≤ 14	15	16	17	18	≥ 19		
Maschi (N=2.550)	Sottopeso III	0,8	0,7	0,3	0,4	0,4	0,2	0,5
	Sottopeso II	0,4	0,5	1,0	1,4	0,8	0,0	0,7
	Sottopeso I	3,1	4,3	3,7	3,2	5,1	3,1	3,8
	Normopeso	75,2	74,8	76,4	75,0	78,9	78,6	76,5
	Sovrappeso	16,9	15,6	15,0	16,5	12,0	15,7	15,2
	Obeso	3,7	4,2	3,6	3,5	2,7	2,4	3,3
	Totale	100	100	100	100	100	100	100
Femmine (N=2.142)	Sottopeso III	0,9	1,0	1,9	1,2	2,5	0,3	1,3
	Sottopeso II	0,9	1,9	1,8	2,5	3,1	0,4	1,7
	Sottopeso I	5,4	8,5	10,6	15,1	13,9	15,4	11,6
	Normopeso	76,3	76,6	72,8	71,8	72,6	71,0	73,4
	Sovrappeso	15,7	10,4	9,8	8,4	5,9	9,8	9,9
	Obeso	0,8	1,6	3,2	1,0	2,1	3,2	2,0
	Totale	100	100	100	100	100	100	100
Totale (N=4.692)	Sottopeso III	0,8	0,8	1,1	0,8	1,4	0,2	0,9
	Sottopeso II	0,6	1,2	1,4	1,9	1,9	0,2	1,2
	Sottopeso I	4,2	6,3	7,1	8,9	9,3	9,2	7,6
	Normopeso	75,7	75,7	74,6	73,5	75,9	74,8	75,0
	Sovrappeso	16,3	13,1	12,5	12,6	9,1	12,8	12,7
	Obeso	2,3	3,0	3,4	2,3	2,4	2,8	2,7
	Totale	100	100	100	100	100	100	100

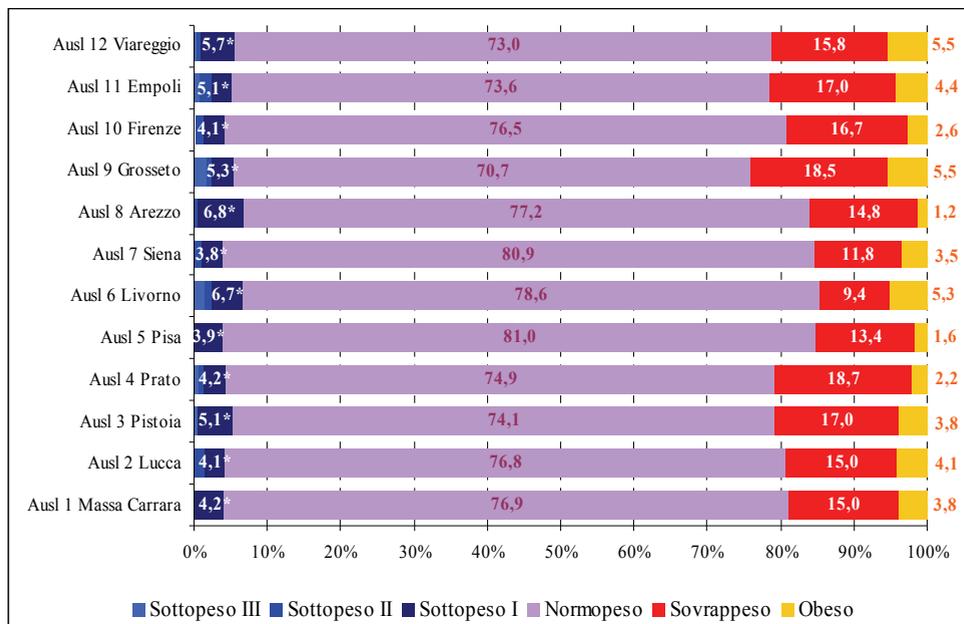
In Figura 1.11 sono riportati i risultati per le AUSL della Toscana nella rilevazione del 2011. La percentuale più alta di ragazzi normopeso si è osservata nelle AUSL di Pisa, Siena e Arezzo. La quota maggiore di adolescenti in sovrappeso si è osservata nelle AUSL di Pistoia, che riconferma il primato del 2008, Grosseto e Viareggio. I territori in cui è più alta la quota di ragazzi obesi sono quelli delle AUSL di Livorno, Viareggio, Pistoia e Siena. Complessivamente l'eccesso di peso, vale a dire la somma di sovrappeso e obesità, interessa maggiormente le AUSL di Pistoia, Viareggio e Grosseto. In Figura 1.12 e 1.13 sono riportate le distribuzioni per genere.

Figura 1.11
Distribuzione percentuale del campione per classi di IMC, per AUSL - Anno 2011



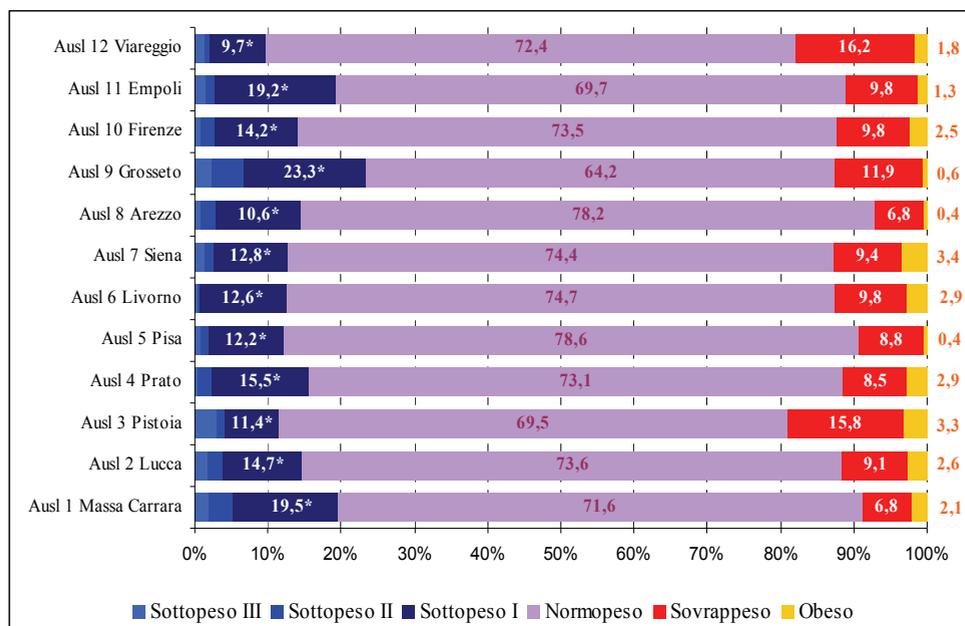
* Il valore riportato in figura rappresenta la somma delle tre classi di sottopeso.

Figura 1.12
Distribuzione percentuale del campione per classi di IMC e per AUSL -
Maschi - Anno 2011



* Il valore riportato in figura rappresenta la somma delle tre classi di sottopeso.

Figura 1.13
Distribuzione percentuale del campione per classi di IMC e per AUSL -
Femmine - Anno 2011



* Il valore riportato in figura rappresenta la somma delle tre classi di sottopeso.

Abbiamo analizzato ulteriormente i dati osservando la relazione tra la percezione del peso corporeo dichiarata dagli adolescenti e il loro stato nutrizionale valutato con l'IMC (Tabella 1.40).

La corrispondenza tra la percezione di un eccessivo peso corporeo e una condizione reale di sovrappeso od obesità risulta abbastanza buona: il 77,5% degli obesi e il 76,3% dei soggetti in sovrappeso secondo l'IMC si considera in sovrappeso o molto in sovrappeso. Questo non accade per i gradi estremi di magrezza, in cui si ha una forte dispercezione del proprio corpo, coerentemente con il quadro sintomatologico che presentano i soggetti affetti da alcuni tipi di disturbi del comportamento alimentare che portano a importanti perdite di peso. Ad esempio, solo il 4,3% di chi è molto sottopeso secondo l'IMC (sottopeso III), valuta che il proprio peso è molto al di sotto della norma.

La maggioranza dei ragazzi con valori di IMC corrispondenti al normopeso valuta il proprio peso corporeo nella norma (il 60,3%); il 25,9%, tuttavia, nonostante la situazione di normalità, si considera in sovrappeso od obeso.

Tabella 1.40

Distribuzione percentuale della percezione del proprio peso per classe di IMC - Anno 2011

Percezione del proprio peso	IMC						Totale
	Sottopeso III	Sottopeso II	Sottopeso I	Normopeso	Sovrappeso	Obeso	
Molto al di sotto della norma	4,3	10,0	6,4	1,1	1,8	1,2	1,7
Un po' al di sotto della norma	21,0	58,1	32,8	9,9	4,2	4,1	11,4
Nella norma	57,9	31,9	55,3	60,3	17,7	17,2	53,1
Un po' al di sopra della norma	8,8	0,0	5,6	25,9	61,5	39,8	28,7
Molto al di sopra della norma	8,0	0,0	0,0	2,8	14,8	37,7	5,0
Totale	100	100	100	100	100	100	100

p=0,0000

Di seguito sono presentati i risultati della relazione tra i comportamenti messi in atto dagli adolescenti rispetto al peso corporeo e lo stato nutrizionale (classi di IMC) (Tabella 1.41).

Un'elevata percentuale di ragazzi che risultano in sovrappeso od obesi all'IMC (rispettivamente, il 73,0% e l'80,6%) dichiara di stare cercando di dimagrire. Una percentuale non trascurabile di soggetti obesi (11,2%) e in sovrappeso (17,4%) non sta adottando nessun comportamento rispetto al proprio peso.

Circa il 50% dei ragazzi in normopeso cerca di mantenere il peso attuale o non attua comportamenti particolari. Anche in quest'analisi si osserva come gli adolescenti nella condizione di grado estremo di magrezza adottino comportamenti discordanti rispetto alla loro reale condizione di peso che confermano la dispercezione del proprio corpo.

Tabella 1.41
Distribuzione percentuale dei comportamenti attuati per mantenere o modificare il proprio peso per classe di IMC - Anno 2011

Rispetto al tuo peso, attualmente tu stai cercando di:	IMC						Totale
	Sottopeso III	Sottopeso II	Sottopeso I	Normopeso	Sovrappeso	Obeso	
Perdere peso	25,8	7,5	18,3	39,5	73,0	80,6	42,7
Mettere su peso	15,0	43,3	22,2	9,6	1,4	1,6	9,8
Mantenere il peso attuale	17,5	18,8	22,3	22,8	8,3	6,6	20,4
Non stai cercando di fare nulla	41,7	30,4	37,2	28,1	17,4	11,2	27,1
Totale	100	100	100	100	100	100	100

$p=0,000$

Un'ultima analisi è stata effettuata per valutare la relazione tra stato nutrizionale e livello di istruzione familiare (Tabella 1.42). È emerso che la prevalenza di obesità e sovrappeso è più alta nei ragazzi con livello di istruzione familiare basso, mentre la condizione di normopeso è più frequente in quelli con livello di istruzione familiare alto. Il dato è coerente con gli studi di letteratura, che vedono, nei paesi più avanzati, un rischio di obesità maggiore nei gruppi socio-economici più svantaggiati e nei meno istruiti^{34, 35}.

³⁴ Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2009), The Obesity Epidemic: Analysis of Past and Projected Future Trends in Selected OECD Countries. OECD Health Working Paper n. 45.

³⁵ Kuipers YM (2010), Focusing on obesity through a health equity lens. <http://www.eurohealthnet.eu>

Tabella 1.42

**Distribuzione percentuale delle classi di IMC per livello di istruzione familiare
- Anno 2011**

Livello di istruzione familiare	IMC						Totale
	Sottopeso III	Sottopeso II	Sottopeso I	Normopeso	Sovrappeso	Obeso	
Basso	1,6	0,8	7,2	66,8	18,3	5,3	100
Medio	0,7	1,1	7,7	75,4	12,7	2,4	100
Alto	0,6	1,9	6,7	79,3	9,0	2,5	100
Totale	0,8	1,2	7,5	75,1	12,7	2,7	100

p=0,0025

I COMPORTAMENTI ALIMENTARI IN SINTESI

- Il **46,3%** dei maschi ed il **37%** delle femmine consuma bibite zuccherate e/o gassate almeno una volta al giorno. Circa il **50%** nei ragazzi e nelle ragazze mangia snack dolci e/o salati almeno una volta al giorno
- Il **42,7%** degli adolescenti sta cercando di perdere peso
- Il livello di istruzione familiare sembra influire sulle abitudini alimentari e lo stato nutrizionale
- Rispetto alle precedenti indagini EDIT del 2005 e del 2008 tende ad aumentare la percentuale di ragazzi in sovrappeso e obesi

1.4 La condizione di stress

Parlando di salute mentale, difficilmente ci soffermiamo a pensare al disagio vissuto dai giovani adolescenti come a un “disagio psichico”, una sorta, cioè, di disturbo che, pur essendo fisiologico e funzionale alla crescita dell’individuo, è causa di molta sofferenza. Con questo riteniamo opportuno prendere in seria considerazione lo stato emotivo vissuto dai giovani che sempre più spesso individuano, nel comportamento a rischio, l’unico modo attraverso il quale esprimere il proprio disagio.

Una recente indagine australiana³⁶, ad esempio, si è posta come obiettivo quello di indagare il ruolo svolto dal disagio psicologico autoriferito nella determinazione di una guida rischiosa da parte dei giovani neopatentati di età compresa fra i 17 e i 25 anni. I risultati hanno messo in evidenza che lo stress psicologico da solo spiega l’8,5% della varianza nella guida rischiosa dei giovani novizi. Di conseguenza, i clinici che trattano gli adolescenti feriti a seguito di un comportamento a rischio devono essere consapevoli del contributo potenziale svolto dal disagio psicologico, mentre i professionisti della salute mentale che lavorano con adolescenti che vivono stress psicologico devono, a loro volta, tener presente il rischio potenziale a cui questi ragazzi possono andare incontro attraverso una guida pericolosa.

Altri studi³⁷ hanno indagato il comportamento sessuale a rischio rivelando che gli adolescenti con elevato stress psicologico, rispetto a quelli con un basso disagio psicologico, hanno una maggiore probabilità di contrarre una malattia a trasmissione sessuale. In particolare tendono ad usare il profilattico in modo incoerente (OR: 1,50) e ad avere rapporti sotto l’effetto di alcol o droghe (OR: 1,47) mostrando una scarsa cura di sé.

Il progetto EDIT, avendo come principale obiettivo quello di fornire una fotografia dei giovani toscani, non poteva sottovalutare lo stato emotivo che i ragazzi vivono e che in molte occasioni interviene nel favorire la scelta di comportamenti pericolosi per la propria salute.

³⁶ Scott-Parker B, Watson B, King MJ, et al. (2011), The psychological distress of the young driver: a brief report. *Injury Prevention*, 17: 275-7.

³⁷ Seth P, Raiji PT, DiClemente RJ, et al. (2009), Psychological distress as a correlate of a biologically confirmed STI, risky sexual practices, self-efficacy and communication with male sex partners in African-American female adolescents. *Psychology Health and Medicine*, 14: 291-300.

Fra i numerosi strumenti presenti in letteratura, da alcuni anni la nostra attenzione si è rivolta verso il Kessler-6 self (K-6) il quale, essendo in grado di misurare il livello di distress psicologico basandosi essenzialmente sui sintomi affettivi e somatici³⁸, è stato recentemente utilizzato e validato in studi di popolazione generale e su gruppi scolastici^{39, 40}.

Prima di passare ad illustrare lo strumento, riteniamo necessario fornire alcuni chiarimenti in merito al costrutto di “distress psicologico” (DP), espressione, questa, che troveremo più volte nel corso del testo. Con il termine “distress psicologico” si intende un concetto aspecifico che include tristezza, frustrazione, ansietà, nonché stati negativi dell’umore e risposte emotive alle avversità, in forme variabili per gravità e durata⁴¹. Questo costrutto, misurando le condizioni mentali su di una lista di sintomi del disagio psicologico autoriferito⁴², consente di identificare condizioni subcliniche rilevanti per prevalenza, disabilità associata e impatto sui servizi sanitari di primo livello⁴³.

All’ampiezza del costrutto a cui fa riferimento il questionario K-6, si aggiunge la semplicità e l’immediatezza del processo di *scoring*. Ogni domanda, infatti, prevede un sistema di risposta secondo una scala Likert a cinque punti (Mai, Raramente, A volte, Spesso, Sempre), dalla quale si ottengono valori la cui somma rappresenta il risultato totale raggiunto. L’autore indica due range all’interno dei quali misurare il livello di distress psicologico raggiunto: 0 - 24 oppure 6 - 30. Nel nostro studio, seguendo le recenti indicazioni fornite da Kessler⁴⁴ in seguito all’applicazione del K-6 in un vasto studio di popolazione, abbiamo utilizzato la scala 6 - 30, prendendo come cut-off i livelli 6 - 18 (indicanti un basso o moderato livello di distress psicologico) verso 19 e più (valore in grado di segnalare un elevato livello di distress psicologico). Il questionario, oltre alle specifiche

³⁸ Carrà G, Segagnini Lusignani G, Sciarini P, et al. (2008), Comorbilità per disturbi neurologici e distress psicologico in pazienti ricoverati per depressione. Rivista di psichiatria, 43: 1.

³⁹ Li F, Greif Green J, Kessler CR, et al. (2010), Estimating prevalence of serious emotional disturbance in schools using a brief screening scale. International Journal of Methods in Psychiatric Research, 19 (Suppl. 1): 88–98.

⁴⁰ Kessler CR, Greif Green J, Gruber MJ, et al. (2010), Screening for serious mental illness in the general population with the K6 screening scale: results from the WHO World Mental Health (WMH) survey initiative. International Journal of Methods in Psychiatric Research, 19 (Suppl. 1): 4–22.

⁴¹ Carney RM, Freedland KE (2002), Psychological distress as a risk factor for stroke-related mortality. Stroke, 15: 31-36.

⁴² Weissman MM, Myers JK, Ross CE (1988), Community surveys of psychiatric disorders. Rutgers University Press, New York.

⁴³ Andrews G, Slade T (2001), Interpreting scores on the Kessler Psychological Distress Scale (K10). Australian and New Zealand Journal of Public Health, 25: 494-7.

⁴⁴ Per ulteriori informazioni rimandiamo al sito: http://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/k6_scales.php

domande costruite allo scopo di misurare il livello di distress psicologico, consta di ulteriori quesiti in grado di aggiungere informazioni sullo stato di salute psicologica della persona, senza però apportare modifiche al punteggio ottenuto.

1.4.1 Il distress psicologico dei giovani toscani

I risultati mostrano un aumento, rispetto al 2008, del numero di studenti che raggiungono un punteggio alla scala K-6 superiore o uguale a 19 indicando, così, un incremento del livello elevato di distress fra i giovani toscani della fascia di età oggetto di indagine (dal 16,0% del 2008 al 17,5% del 2011), (Tabella 1.43).

Nonostante la differenza di genere caratterizzi le femmine come coloro che in misura maggiore avvertono un disagio psicologico, il confronto con la rilevazione precedente mostra un aumento in entrambi i generi risultando in linea con quanto riportato in letteratura circa l'aumento del malessere psicologico in età giovanile⁴⁵. I giovani, infatti, sempre di più vengono sottoposti ad un modello di costruzione del sé (specialmente da parte del “grande educatore” - mass media) basato sull'individualismo, concreto, pragmatico e aderente al quotidiano. Inoltre, se da un lato hanno acquisito una notevole autonomia e indipendenza, dall'altro la società chiede loro di rimanere “eternamente giovani”, non trovando uno spazio adeguato in cui inserirli⁴⁶. La dicotomia nella quale vivono non può che accrescere il loro disagio, costruendo identità fragili, basate su valori che assumono caratteristiche soggettive e personalistiche.

Tabella 1.43

Distribuzione percentuale del livello di distress psicologico per genere - Confronto 2008-2011

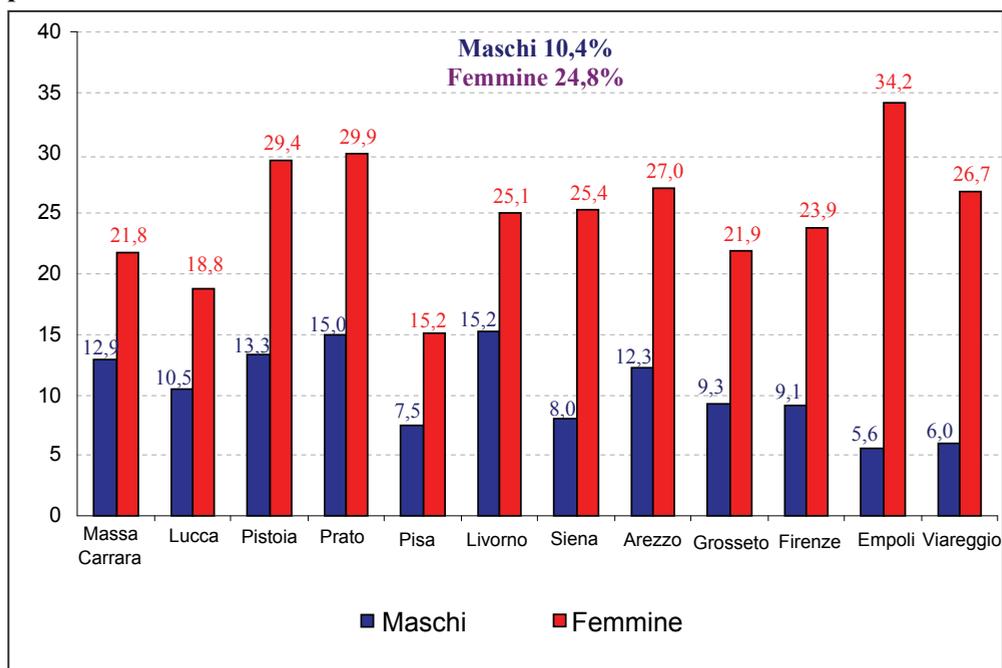
Distress psicologico	2008 (N=5.097)			2011 (N=4.724)		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Elevato	8,8	21,9	16,0	10,4	24,8	17,5
Lieve/moderato	91,2	78,1	84,0	89,6	75,2	82,5
Totale	100	100	100	100	100	100

⁴⁵ Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. (2005), Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62: 593–602.

⁴⁶ Formella Z (2011), Il disagio relazionale nella scuola: dal vuoto esistenziale alla ricerca di senso. In: Formella Z, e Ricci A (a cura di), *Il Bullismo e dintorni. Le relazioni disagiate nella scuola*. Franco Angeli, Milano, pp. 183-196.

La distribuzione per AUSL di residenza mostra alcune differenze significative. I territori dove si trovano i valori più alti risultano essere quelli di Prato (22,3%) e Pistoia (21%) con percentuali superiori rispetto alla media regionale mentre, al limite inferiore, si posizionano le AUSL di Pisa (11,2%) e di Lucca (14,6%). Analizzando i dati per genere (Figura 1.14) assistiamo ad una forte variabilità interna che raggiunge il suo apice nell'AUSL di Empoli, dove soltanto il 5,6% dei maschi ha ottenuto un punteggio elevato alla scala K-6 rispetto al 34,2% delle coetanee. Risultato simile è osservabile anche nell'AUSL di Viareggio (6,0% vs 26,7%).

Figura 1.14
Distribuzione percentuale dei ragazzi con elevato livello di distress psicologico per sesso e AUSL - Anno 2011



Il confronto per tipologia di istituto non mostra significative differenze (Tabella 1.44). Ciò che però si mette in evidenza è l'aumento di oltre 3 punti percentuali in tre anni (da 16,2% a 19,8%) del livello di distress rilevato negli istituti ad indirizzo artistico e professionale. Pur non potendo fornire alcuna spiegazione certa a questo fenomeno, crediamo sia utile ricordare che questi indirizzi, a seguito della "Riforma Gelmini", hanno subito forti modifiche organizzative, concretizzatesi

sia nell'aumento di indirizzi che nell'assimilazione di alcuni istituti. Questi dati, comunque, saranno oggetto di ulteriori approfondimenti.

Tabella 1.44

Distribuzione percentuale del livello di distress psicologico per tipologia di istituto - Confronto 2008-2011

Tipologia di istituto	2008 (N=5.097)			2011 (N=4.724)		
	Elevato	Lieve/ moderato	Totale	Elevato	Lieve/ moderato	Totale
Liceo scientifico e classico	15,7	84,3	100	17,5	82,5	100
Ist. tecnico e liceo sociopedagogico	16,1	83,9	100	15,7	84,3	100
Ist. Professionale e liceo artistico	16,2	83,8	100	19,8	80,2	100
Totale	16,0	84,0	100	17,5	82,5	100

Che l'età adolescenziale sia caratterizzata da importanti modifiche nella vita di relazione, è ormai noto a tutti. A questo proposito abbiamo cercato di approfondire la relazione esistente fra la presenza di un malessere psichico e alcune variabili riguardanti i principali rapporti affettivi: la famiglia e i coetanei.

Interessante appare la relazione esistente fra distress e tipologia di rapporto instaurato con la propria famiglia (Tabella 1.45) dove, i ragazzi che dichiarano di avere un rapporto difficile, risultano maggiormente interessati dal malessere psicologico (rapporti poco buoni 55,2% e pessimi 52,8%).

Tabella 1.45

Distribuzione percentuale del grado di distress elevato rispetto alla loro definizione dei rapporti con la famiglia - Confronto 2008-2011

Rapporti con la famiglia	2008 (N=5.097)	2011 (N=4.615)
Molto buoni	9,9	9,7
Abbastanza buoni	16,5	18,6
Così così	30,3	29,4
Poco buoni	43,7	55,2
Pessimi	56,8	52,8
Totale	15,9	17,2

p=0,000

p=0,000

Questo risultato, certamente, non desta particolare clamore in virtù del fatto che, proprio in questo particolare periodo della vita, l'allontanamento dal nucleo familiare risulta funzionale allo sviluppo della propria individualità e i ragazzi, sempre di più, spostano il proprio interesse verso il gruppo dei pari.

Infatti, ancor più della famiglia, un pessimo rapporto con gli amici interviene nel far sì che i ragazzi percepiscano se stessi come in uno stato di malessere, raggiungendo valori superiori al 60% tra coloro che dichiarano di vivere rapporti poco buoni o pessimi (Tabella 1.46).

Tabella 1.46

Distribuzione percentuale del grado di distress elevato rispetto alla loro definizione dei rapporti con il gruppo dei pari - Confronto 2008-2011

Rapporti con i coetanei	2008 (<i>N=5.081</i>)	2011 (<i>N=4.652</i>)
Molto buoni	11,2	11,4
Abbastanza buoni	16,6	19,2
Così così	38,0	39,7
Poco buoni	50,0	61,5
Pessimi	69,6	61,6
Totale	16,0	17,5

p=0,000 *p=0,000*

Rispetto al triennio precedente si osserva, in entrambe le variabili, un incremento nella categoria dei rapporti definiti “poco buoni” e un lieve decremento in quelli “pessimi”. Volendo azzardare un’ipotesi, potremmo desumere un abbassamento nella soglia di tolleranza dei giovani che, sempre di più, risultano vulnerabili alle difficoltà relazionali.

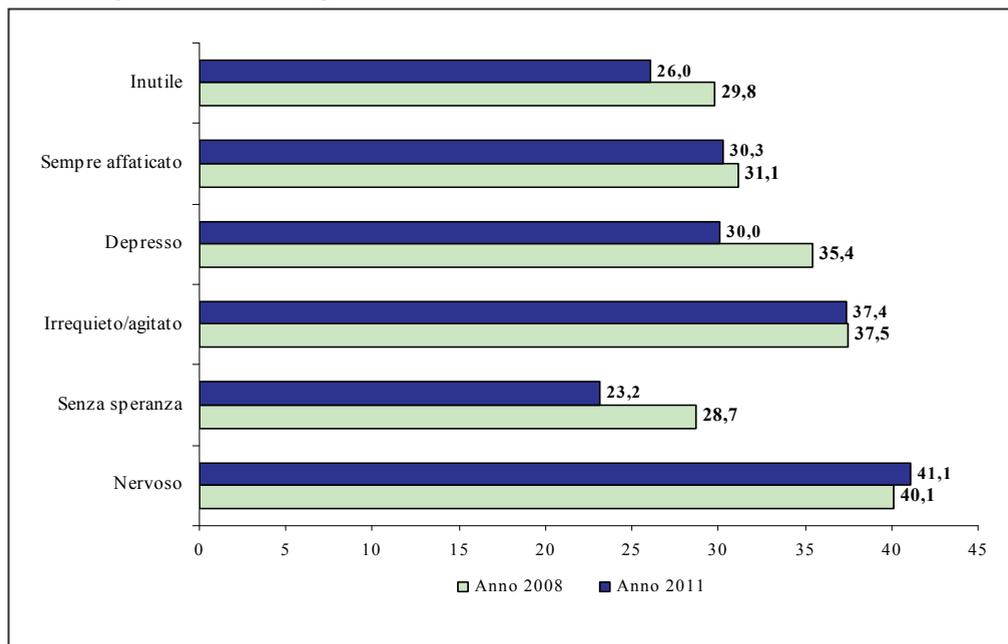
Ma quali sono le sensazioni che provano con maggior frequenza i giovani intervistati?

Nel corso degli ultimi trenta giorni, i ragazzi coinvolti dichiarano di aver vissuto prevalentemente uno stato di nervosismo (41,1%), di irrequietezza (37,4%) e di sensazione perenne di affaticamento (30,3%). Queste sensazioni offrono l’immagine ambivalente tipica dell’adolescente che, se da un lato sente il bisogno di ribellarsi (nervosismo), dall’altro teme la propria autonomia (costante affaticamento).

Rispetto al triennio precedente, lo stato emotivo vissuto dai ragazzi mostra una riduzione nella sensazione di inutilità e di depressione. Questi dati sembrano

contrastare con l'aumento del distress richiedendo, anche in questo caso, ulteriori approfondimenti (Figura 1.15).

Figura 1.15
Distribuzione percentuale dello stato emotivo vissuto in misura maggiore nel corso degli ultimi trenta giorni - Confronto 2008-2011



1.4.2 La messa in atto di comportamenti a rischio in condizioni di elevato grado di distress psicologico

L'introduzione di questo paragrafo ha messo in risalto la forte relazione esistente fra disagio psicologico vissuto dai giovani e la ricerca, a volte esasperata, di sensazioni forti (*sensation seeking*), tali da mettere a repentaglio la propria salute se non, addirittura, la propria vita.

Cercando un riscontro con quanto appena detto, abbiamo correlato l'elevato grado di distress psicologico (che ricordiamo è stato ottenuto dal 17,5% degli studenti intervistati) con i più frequenti comportamenti a rischio e abbiamo osservato che i ragazzi che hanno ottenuto un punteggio al K-6 uguale o superiore a 19 sono risultati maggiormente a rischio rispetto ai coetanei con punteggio inferiore.

I risultati attuali, oltre a trovare conferma con quanto riportato nella precedente rilevazione (EDIT, 2008), mostrano un'acutizzazione del fenomeno con valori significativamente superiori in quasi tutte le variabili prese in esame (Tabella 1.47).

Fra i ragazzi che dichiarano un disagio psicologico, il 26% riferisce di mettere in atto un comportamento da bullo nei confronti dei propri compagni, attivando quel processo di allontanamento che non può che favorire la condizione di distress. Come anticipato, questo valore risulta aumentato di oltre 6 punti percentuali rispetto al 2008 (19,8%), mettendo in evidenza l'acutizzarsi di un atteggiamento aggressivo in risposta alle difficoltà relazionali.

Anche l'utilizzo di sostanze nel corso dell'ultimo mese o l'utilizzo smodato di alcol nel corso di un'unica occasione (*binge drinking*) risultano modalità comportamentali messe in atto in misura nettamente superiore rispetto ai ragazzi con basso livello di distress psicologico, mostrando, ancora una volta, quanto il disagio psicologico intervenga nel favorire atteggiamenti fortemente dannosi per la salute. Nel corso degli ultimi tre anni abbiamo assistito a un forte incremento di questi comportamenti che rappresentano una risposta (o conseguenza) del disagio psicologico con valori che, nel caso del consumo di alcol, sono aumentati di circa 10 punti percentuali (da 33,3% a 43,1%), mentre per l'uso di sostanze stupefacenti l'incremento è stato di oltre 5 punti percentuali (da 29,3% a 34,8%).

Non dobbiamo dimenticare il maggior consumo di tabacco fra coloro con elevato distress (valore rimasto stabile rispetto al 2008), comportamento, questo, più volte correlato alla diagnosi di depressione maggiore, alle ideazioni o al comportamento suicidario⁴⁷. A conferma di quest'ultima affermazione, un recente studio ha osservato risultati sovrapponibili in ragazzi adolescenti di età 12-15 anni⁴⁸, sottolineandone l'associazione con pensieri suicidari. Lo stesso studio, inoltre, mostra come le ideazioni suicidarie risultino presenti anche in concomitanza con altri comportamenti a rischio, fra cui l'utilizzo di alcol o di sostanze stupefacenti, dando risalto alla complessità del fenomeno e ai numerosi

⁴⁷ Pratt LA, Brody DJ (2010), Depression and smoking in the U.S. household population aged 20 and over, 2005–2008. NCHS Data Brief n. 34, pp. 1–8.

⁴⁸ Innamorati M, De Leo D, Giraldi P, et al. (2011), Tabacco smoking and suicidal ideation in school-aged children 12-15 years old: impact of cultural differences. *Journal of Addictive Diseases*, 30: 359–367.

segnali di malessere che i giovani esprimono attraverso atteggiamenti che, attualmente, risultano quasi “normali”.

Infine, ma non per questo meno importante, la condizione psicologica sembra interferire (o essere causa) anche sulla precocità sessuale (≤ 14 anni) rimarcando, ancora una volta, quanto, di fronte a un malessere generale, i giovani rispondano con atti in grado di compromettere la propria vita futura.

Tabella 1.47

Distribuzione percentuale del grado di distress degli intervistati rispetto a episodi di bullismo, consumo di sostanze stupefacenti, rapporti sessuali in età precoce (≤ 14 anni), abuso di bevande alcoliche, incidenti alla guida - Anno 2011

Variabile	Modalità	Elevato	Lieve/ moderato	<i>p</i>
Comportamento da bullo	Si	26,0	17,7	<i>p</i> =0,000
	No	74,0	82,3	
Binge drinking	Si	43,1	33,2	<i>p</i> =0,000
	No	56,9	66,8	
Abitudine al fumo	Si	34,0	22,1	<i>p</i> =0,000
	No	66,0	77,9	
Consumo sostanze stupefacenti	Consumatore ultimi 30 gg.	34,8	22,9	<i>p</i> =0,000
	Non consumatore ultimi 30 gg.	65,2	77,1	
Giocatore d'azzardo	Si	11,8	9,5	<i>p</i> =0,000
	No	88,2	90,5	
Rapporti sessuali precoci	Si (≤ 14 anni)	17,7	10,5	<i>p</i> =0,000
	No	82,3	89,5	
Comportamento alla guida	Nessun incidente	70,3	71,8	<i>p</i> =0,223
	Incidenti senza conseguenze	16,0	16,4	
	Incidenti con accesso al PS	8,1	8,1	
	Incidenti con ricovero ospedaliero	5,6	3,6	

Le finalità che lo studio EDIT si pone, essendo soprattutto di ordine epidemiologico, richiedono specifici approfondimenti in grado di far chiarezza su aspetti di natura prettamente clinica. Ciò nonostante, il mettere in luce il vissuto di questi ragazzi e i loro stati d'animo, rappresenta un grosso passo avanti nella

costruzione di modelli d'intervento non più basati sul singolo comportamento, ma capaci di osservare la persona nella sua complessità.

Appare auspicabile, quindi, studiare lo sviluppo del disagio attraverso una prospettiva bio-psico-sociale, focalizzando l'attenzione non sulla ricerca del "colpevole", ma su possibili interventi volti a migliorare lo stato psicologico dei giovani che, troppo spesso, nel tentativo di lanciare un messaggio, rischiano la propria vita.

IL DISAGIO PSICOLOGICO IN SINTESI

- Il **17,5%** degli adolescenti intervistati dichiara di soffrire di un elevato grado di distress psicologico

Tra coloro che soffrono di un elevato grado di distress psicologico:

- Le femmine sono maggiormente interessate dal distress psicologico (24,8% vs. 10,4%)
- il **41,1%** si sente nervoso, il **37,4%** irrequieto e agitato e il **30%** depresso
- il **26%** mette in atto comportamenti da bullo
- il **34,8%** utilizza sostanze stupefacenti
- il **43,1%** dichiara episodi di *binge drinking*
- il **34%** fa uso di tabacco

Rispetto al triennio precedente abbiamo assistito a un peggioramento nello stato emotivo dei ragazzi riguardo, non solo al punteggio complessivo del livello di distress, ma soprattutto all'associazione con gli altri comportamenti a rischio che risultano sensibilmente aumentati.

Capitolo 2

I comportamenti alla guida dei ragazzi toscani

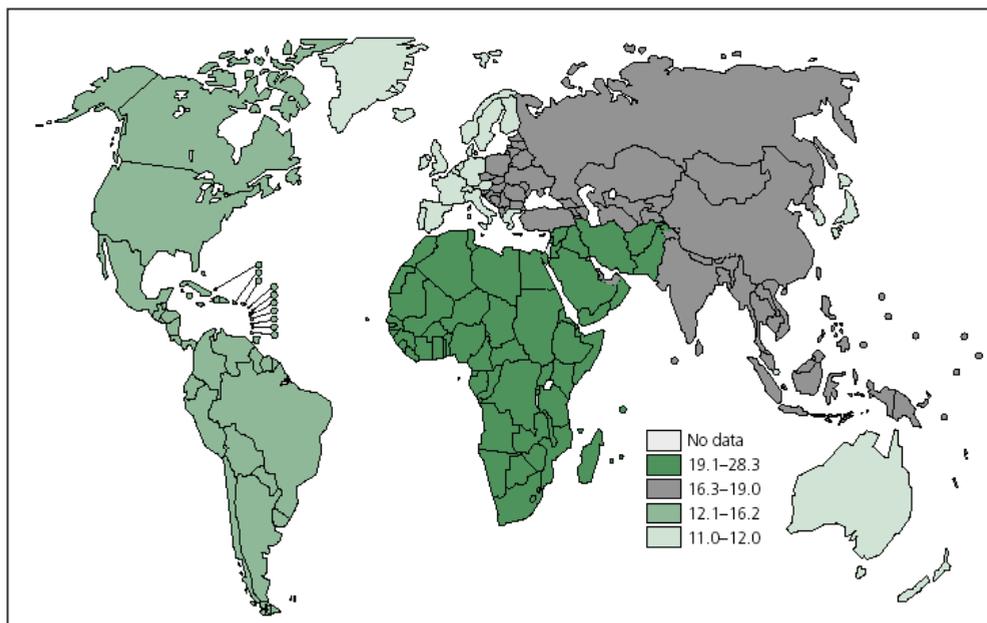
Francesco Innocenti

2.1 L'incidentalità stradale

Gli incidenti stradali rappresentano la seconda causa di morte per i ragazzi di età compresa tra i 5 e i 29 anni e la terza causa di morte per le persone di età compresa tra i 30 e i 44 anni, uccidendo ogni anno nel mondo 1,2 milioni di persone e ferendo oltre 50 milioni di individui (Fonte: World Health Organization - WHO). È inoltre stimato che il costo sociale dell'infornistica stradale sia compreso tra l'1% e il 2% del prodotto interno lordo (PIL) di ciascun paese.

L'infornistica stradale è un fenomeno che colpisce con maggiore intensità i paesi a basso e medio reddito, dunque le aree più sicure risultano il continente europeo e quello australiano (Figura 2.1).

Figura 2.1
Tassi di mortalità nel mondo per incidente stradale (per 100.000 abitanti) - Anno 2002



Fonte: WHO, Global Burden of Disease project, Version 1

Nel 2009 sulle strade dell'Unione europea hanno perso la vita più di 35.000 persone, mentre i feriti sono stati oltre 1,7 milioni. Secondo le stime, per ogni morto sono stati rilevati almeno 4 invalidi permanenti (con danni irreparabili al

cervello o al midollo spinale), 10 feriti gravi e 40 feriti lievi (Fonte: Unione europea - UE).

In Europa, l'obiettivo del dimezzamento della mortalità stradale entro il 2010 è stato raggiunto da pochi paesi: Estonia (-60%), Lettonia (-60%), Lituania (-57%), Spagna (-55%), Lussemburgo (-54%), Francia (-51%), Slovenia (-50%) e Portogallo (-50%), mentre l'Italia si è fermata al -42% (Fonte: European Transport Safety Council. PIN report. Anno 2011).

La Commissione europea ha adottato nel luglio del 2010 il "IV Piano d'azione sulla sicurezza stradale 2010-2020", con l'obiettivo di dimezzare nuovamente le morti sulle strade entro il 2020.

Gli ambiti verso i quali è stato deciso di impiegare maggiori risorse sono:

- miglioramento della sicurezza dei veicoli;
- realizzazione di infrastrutture stradali più sicure;
- incremento delle tecnologie intelligenti;
- rafforzamento dell'istruzione e formazione per gli utenti della strada;
- rendere più efficienti le politiche per la sicurezza stradale, incrementando i controlli;
- fissare un obiettivo per la riduzione dei feriti.

Sulla base del flusso ISTAT/ACI, costituito dai rapporti sugli incidenti stradali redatti dalle Forze dell'ordine ogni qualvolta avvenga un incidente che abbia coinvolto almeno due mezzi con almeno un ferito, in Italia sono stati registrati nel 2010 oltre 211mila sinistri (corrispondenti a una media giornaliera di 579 incidenti) che hanno causato il decesso di circa 4.100 persone e il ferimento di oltre 302mila individui.

Nello stesso anno la Toscana, con 17.272 incidenti stradali, ha contribuito per l'8,2% al totale dei sinistri avvenuti sul territorio nazionale. Le conseguenze dei sinistri verificatisi hanno comportato il ferimento di 23.299 persone e il decesso di 282 individui.

L'analisi dei rapporti di mortalità (RM = numero di morti ogni 1.000 incidenti) e di quelli di lesività (RL = numero di feriti ogni 1.000 incidenti) indica che la Toscana presenta valori rispettivamente di 16,3 e 1.348,9 contro i 19,3 e 1.432 nazionali, dunque è possibile affermare che, se tale regione da un lato si colloca ai primissimi posti in Italia per numero di incidenti rilevati, dall'altro, in

termini di gravità, si distingue come una delle più sicure, poiché le conseguenze dei sinistri sono tra le meno gravi.

La Tabella 2.1 mostra il trend degli infortuni registrati in Toscana nel periodo 1991-2010, rivelando che sono avvenuti 365.307 incidenti stradali che hanno causato il ferimento di 487.363 persone e il decesso di 8.101 individui.

Tabella 2.1

Incidenti stradali, feriti, morti, rapporti di lesività (RL, feriti ogni 1.000 incidenti) e di mortalità (RM, morti ogni 1.000 incidenti) per anno di accadimento - Toscana - Anni 1991-2010

Anno	Incidenti		Feriti		Deceduti		RL	RM
	N	Var %	N	Var %	N	Var %		
1991	16.381	100,0	22.491	100,0	494	100,0	1.373,0	30,2
1992	16.821	102,7	22.900	101,8	488	98,8	1.361,4	29,0
1993	15.496	94,6	20.856	92,7	450	91,1	1.345,9	29,0
1994	15.868	96,9	20.874	92,8	477	96,6	1.315,5	30,1
1995	16.526	100,9	22.277	99,0	448	90,7	1.348,0	27,1
1996	17.101	104,4	22.969	102,1	465	94,1	1.343,1	27,2
1997	17.216	105,1	23.063	102,5	449	90,9	1.339,6	26,1
1998	18.195	111,1	24.488	108,9	406	82,2	1.345,9	22,3
1999	18.493	112,9	24.648	109,6	409	82,8	1.332,8	22,1
2000	18.246	111,4	24.165	107,4	428	86,6	1.324,4	23,5
2001	18.949	115,7	25.387	112,9	463	93,7	1.339,8	24,4
2002	19.235	117,4	25.628	113,9	463	93,7	1.332,4	24,1
2003	20.306	124,0	27.168	120,8	398	80,6	1.337,9	19,6
2004	19.869	121,3	26.062	115,9	369	74,7	1.311,7	18,6
2005	21.133	129,0	27.728	123,3	362	73,3	1.312,1	17,1
2006	20.826	127,1	27.648	122,9	353	71,5	1.327,6	16,9
2007	20.209	123,4	26.465	117,7	322	65,2	1.309,6	15,9
2008	18.803	114,8	24.902	110,7	296	59,9	1.324,4	15,7
2009	18.362	112,1	24.345	108,2	279	56,5	1.325,8	15,2
2010	17.272	105,4	23.299	103,6	282	57,1	1.348,9	16,3

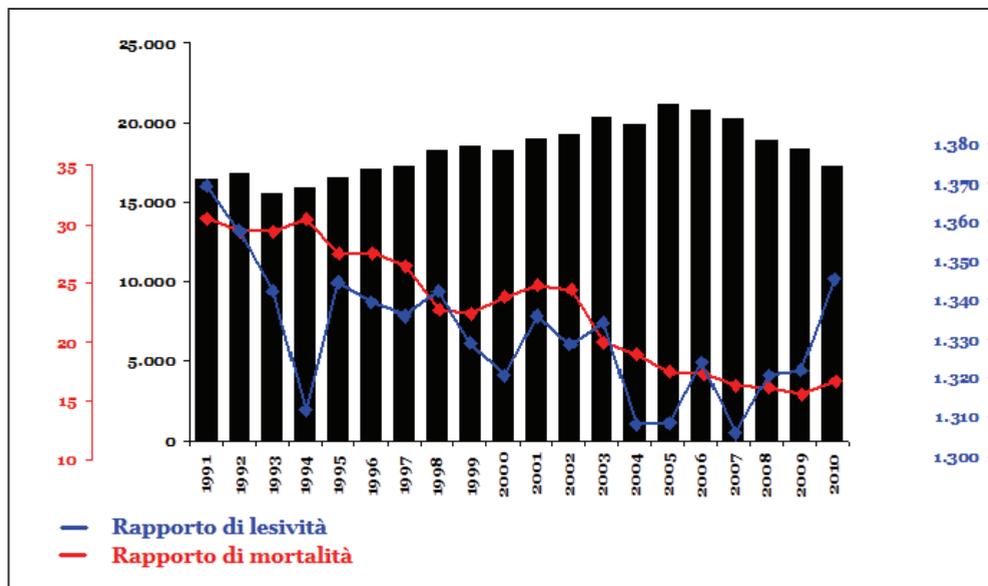
Fonte: Elaborazioni ARS su dati ISTAT/ACI

Ogni anno, in media, si contano quindi 18.265 incidenti, 405 decessi e 24.368 feriti. Nel periodo considerato, in accordo con l'aumento della mobilità su strada, gli infortuni stradali sono aumentati del 5,4%, ma è diminuita la gravità degli stessi, come mostrano gli andamenti del rapporto di lesività e del rapporto di

mortalità (Figura 2.2). Parallelamente a quanto osservato a livello nazionale, in Toscana il rapporto di mortalità è diminuito, anche se in maniera non costante, passando da 30,2 nel 1991 a 16,3 nel 2010, mentre il rapporto di lesività è passato da 1.373 a 1.348,9. Nonostante il numero di eventi presenti un trend piuttosto stabile negli ultimi anni (i sinistri sono aumentati fino al 2005, per poi diminuire gradualmente), le conseguenze sembrano meno gravi a partire dalla metà degli anni Novanta. Tale tendenza è probabilmente da attribuirsi a un insieme di strategie preventive intraprese in quel periodo, che sono risultate abbastanza efficaci nel ridurre la gravità dei danni alle persone. In particolare sono da citare l'aumento delle dotazioni di sicurezza dei veicoli di nuova immatricolazione (abs, airbag, esp ecc.), l'introduzione di protezioni individuali (casco e cinture), il miglioramento della rete viaria, del sistema di emergenza-urgenza e della diagnostica.

Figura 2.2

Incidenti, rapporti di lesività e rapporti di mortalità - Toscana, Anni 1991-2010



Fonte: Elaborazioni ARS su dati ISTAT/ACI

Uno degli obiettivi dello studio EDIT è quello di approfondire le conoscenze sui possibili determinanti degli incidenti stradali attraverso l'incrocio delle informazioni raccolte sui comportamenti alla guida con quelle relative agli stili di vita dei giovani intervistati. La parte del questionario dedicata alla sicurezza

stradale indaga le abitudini di guida, intese come capacità di guidare i mezzi, frequenza di utilizzo degli stessi, eventuali incidenti stradali verificatisi, possibili comportamenti a rischio, abuso di sostanze legali e non e così via.

I mezzi di locomozione sui quali gli intervistati sono stati chiamati ad esprimersi sono stati: scooter o ciclomotore, con motore fino a 50 centimetri cubici (cc), moto o scooter con motore oltre 50 cc e automobile. Si noti che nell'indagine EDIT del 2005, tra i vari mezzi di locomozione era stata inserita anche la bicicletta, che nelle rilevazioni successive è stata esclusa poiché forniva risultati fuorvianti all'interno del contesto "incidenti stradali".

2.2 Lo studio EDIT: i guidatori secondo genere e classe di età

Nel Documento n. 41 *Comportamenti a rischio e stili di vita dei giovani toscani: i risultati delle indagini EDIT 2005 - 2008*, realizzato dall'Agenzia regionale di sanità della Toscana, i principali indicatori descritti nel Capitolo 2 "I comportamenti alla guida dei ragazzi toscani", sono stati calcolati utilizzando come popolazione in studio il "contingente" dei ragazzi che hanno dichiarato di "aver imparato a guidare almeno un mezzo". In questo lavoro, invece, è stato ritenuto opportuno presentare gli stessi indicatori calcolati, stavolta, sul contingente dei giovani che hanno dichiarato di guidare con una certa frequenza un mezzo ("tutti i giorni o quasi" oppure "qualche giorno la settimana"). Il gruppo in questione è stato definito come dei "guidatori abituali".

I risultati indicano che il 65,7% degli intervistati (N=3.156) dichiara di avere una patente di guida a prescindere dal tipo, con importanti differenze nel genere: i maschi patentati sono il 74,4% mentre le femmine il 56,5%, denotando quindi una sostanziale stabilità rispetto ai dati delle precedenti rilevazioni. La licenza di guida rilasciata con maggior frequenza (conseguenza dell'introduzione del cosiddetto "patentino"), è risultata quella per ciclomotore fino a 50 cc (Tabella 2.2).

Il 30,4% degli intervistati dichiara di possedere la patente per auto, con frequenze decisamente più alte tra le femmine. Escludendo dal denominatore i minorenni, risulta che coloro che sono in possesso della patente per l'automobile sono il 54,2% (maschi: 58,6% vs femmine: 48,9%), valore lievemente inferiore a quello registrato nella rilevazione del 2008. È inoltre confermata la maggiore

predisposizione da parte dei maschi ad acquisire patenti per ciclomotori e motociclette rispetto alle coetanee.

Tabella 2.2

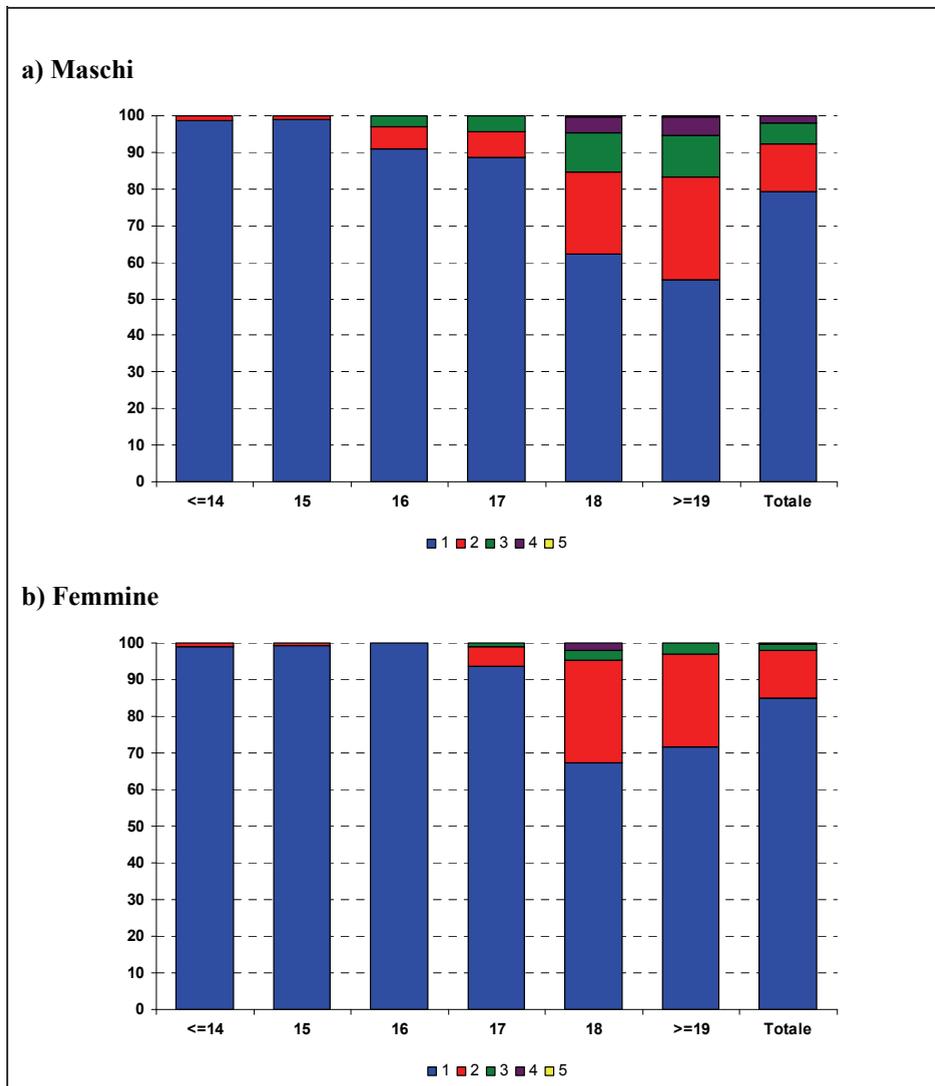
Percentuale di patentati per tipologia di patente, genere e anno - Confronto 2005-2008-2011

Tipologia di patente	2005			2008			2011		
	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot
Ciclomotore (fino 50 cc)	72,8	76,6	74,5	82,7	82,2	82,4	73,2	73,0	73,1
Ciclomotore (oltre 50 cc)	11,7	5,5	8,8	13,7	5,2	9,6	13,7	4,5	9,8
Motocicletta (oltre 50 cc)	10,0	1,4	6,0	10,3	1,4	6,0	10,0	2,1	6,7
Auto	22,6	23,4	23,0	24,8	26,6	25,7	28,3	33,4	30,4
Altro	1,6	0,2	0,9	1,3	0,1	0,7	1,2	0,4	0,9

La possibilità di ottenere il rilascio di una licenza di guida è legata a requisiti di età fissati per legge; al fine di analizzare i guidatori con patente per classe di età, anziché indagare il tipo di licenza, è stato deciso di focalizzare l'attenzione sul numero delle licenze possedute, essendo le patenti documenti non esclusivi. All'aumentare dell'età, com'era ovvio aspettarsi, aumentano il numero dei patentati e la tendenza ad avere più licenze al crescere dell'età diviene più marcata soprattutto nei maschi (Figura 2.3).

La quota di coloro che hanno conseguito la licenza di guida può essere vista come un indicatore dell'effettiva consistenza degli "esposti" al rischio di incidente stradale. In questo senso, una misura dell'intensità dell'esposizione, come ad esempio i chilometri percorsi ogni giorno o la frequenza di utilizzo di certi mezzi di locomozione, sono parametri necessari per arricchire l'informazione sulla dimensione del gruppo degli esposti. La rilevazione di questi dati, peraltro, è estremamente complessa e il questionario utilizzato in questo studio, pur indagando in tal senso, non utilizza parametri oggettivi di riscontro. Per queste ragioni, come anticipato nell'introduzione di questo paragrafo, alcuni degli indicatori presentati in seguito saranno calcolati sul contingente dei soli "guidatori abituali".

Figura 2.3
Percentuale di patenti possedute per genere ed età - Anno 2011



La Tabella 2.3 indica a quale età gli intervistati hanno dichiarato di aver imparato a guidare (la risposta non è legata a specifici requisiti di età richiesti per legge). Risulta evidente come sia prerogativa maschile lo sperimentare la guida prima di aver raggiunto l'età legale, soprattutto quando ci si riferisce all'automobile, mentre per le femmine questa abitudine risulta molto meno praticata.

Tabella 2.3**Percentuale di intervistati che hanno imparato a guidare per età, tipologia di mezzo e genere - Anno 2011**

Età	Ciclomotore			Moto			Auto		
	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot
≤14	73,2	48,9	61,8	45,8	27,8	37,2	24,9	9,6	17,6
15	83,0	59,4	71,8	56,2	35,4	46,2	27,0	7,0	17,3
16	90,0	63,1	77,1	63,3	36,6	50,5	36,4	15,3	26,4
17	88,2	64,8	76,9	64,8	38,8	52,3	43,4	26,9	35,4
18	86,7	66,9	77,2	66,4	34,6	51,2	78,6	68,5	73,8
≥19	86,6	64,8	75,8	70,3	35,2	53,0	92,6	86,2	89,4
Totale	84,7	61,6	73,6	61,4	34,8	48,6	51,7	37,4	44,8

p=0,0000

La Tabella 2.4, riferendosi ai soli intervistati che si sono dichiarati abili alla guida, mostra che i maschi, indipendentemente dall'età e dal mezzo di trasporto, hanno imparato a guidare prima delle coetanee femmine (i dati sono pressoché speculari in tutte e tre le rilevazioni).

Tabella 2.4**Distribuzione dell'età media a cui gli intervistati hanno imparato a guidare per età, tipologia di mezzo e genere - Anno 2011**

Età	Ciclomotore			Moto			Auto		
	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot
≤14	12,7	13,3	12,9	12,8	13,1	12,9	12,9	13,0	12,9
15	13,0	13,8	13,3	13,3	13,7	13,4	13,7	14,4	13,8
16	13,3	14,1	13,6	13,6	14,2	13,8	14,3	15,1	14,5
17	13,4	14,1	13,7	14,3	14,4	14,4	15,7	15,8	15,7
18	13,5	14,2	13,8	14,3	14,6	14,4	16,7	17,5	17,1
≥19	13,3	14,4	13,7	14,3	14,9	14,5	16,9	17,6	17,2
Totale	13,2	14,0	13,6	13,9	14,2	14,0	15,8	16,9	16,2

Sempre con riferimento ai soli intervistati che hanno riferito di saper guidare, è stata richiesta la frequenza con la quale utilizzano i mezzi. I risultati, come atteso, mostrano che le percentuali crescono all'aumentare dell'età dei giovani e i valori sono generalmente più alti nei maschi piuttosto che nelle femmine, denotando dunque una maggiore abitudine alla guida da parte dei ragazzi (Tabelle 2.5).

Nelle città di grandi e medie dimensioni, l'uso di ciclomotori e moto è spesso preferito a quello dell'auto, per ragioni legate ai minori costi di acquisto e manutenzione, ma anche per muoversi in modo più agile nel traffico e trovare un facile parcheggio. Questa propensione è confermata dai dati; infatti sono stati registrati valori percentuali di rilievo nell'utilizzo dei mezzi di trasporto a due ruote, anche oltre il raggiungimento della maggiore età.

Tabella 2.5
Percentuale di utilizzo dei mezzi per età, tipologia di mezzo e genere - Anno 2011

Età	Frequenza di utilizzo	Ciclomotore			Moto			Auto		
		M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot
≤14 anni	Tutti i giorni o quasi	34,1	24,5	30,5	20,1	22,6	20,9	2,6	5,1	3,2
	Qualche giorno la settimana	15,2	18,1	16,3	6,4	17,7	10,3	9,4	0,0	7,1
	Una volta a settimana o meno	8,6	3,0	6,5	9,7	3,6	7,6	5,7	5,1	5,6
	Mai o quasi mai	42,1	54,5	46,7	63,9	56,1	61,2	82,3	89,8	84,1
		<i>p=0,0643</i>			<i>p=0,0834</i>			<i>p=0,4886</i>		
15 anni	Tutti i giorni o quasi	52,3	27,6	42,4	31,5	24,7	28,9	1,5	8,7	3,1
	Qualche giorno la settimana	15,6	23,4	18,7	11,2	14,3	12,4	7,6	0,0	6,0
	Una volta a settimana o meno	6,8	6,8	6,8	7,5	6,0	6,9	11,5	5,6	10,2
	Mai o quasi mai	25,3	42,2	32,0	49,9	55,0	51,9	79,4	85,7	80,7
		<i>p=0,0000</i>			<i>p=0,5033</i>			<i>p=0,0749</i>		
16 anni	Tutti i giorni o quasi	64,9	38,1	54,5	42,7	31,4	38,9	6,2	1,2	4,8
	Qualche giorno la settimana	12,4	18,1	14,6	13,6	11,1	12,7	7,6	3,2	6,4
	Una volta a settimana o meno	2,9	4,9	3,7	7,1	4,5	6,2	11,5	11,6	11,5
	Mai o quasi mai	19,7	38,9	27,2	36,6	53,0	42,2	74,7	83,9	77,3
		<i>p=0,0000</i>			<i>p=0,0292</i>			<i>p=0,2588</i>		
17 anni	Tutti i giorni o quasi	56,3	40,9	50,1	38,1	29,4	35,0	3,7	1,5	2,9
	Qualche giorno la settimana	13,9	16,6	15,0	11,3	13,5	12,1	5,2	6,1	5,5
	Una volta a settimana o meno	5,2	7,2	6,0	4,4	5,6	4,8	19,4	14,9	17,7
	Mai o quasi mai	24,5	35,2	28,9	46,2	51,5	48,1	71,8	77,6	73,9
		<i>p=0,0013</i>			<i>p=0,2943</i>			<i>p=0,4653</i>		
18 anni	Tutti i giorni o quasi	40,0	31,0	36,3	28,4	17,0	24,8	36,5	34,9	35,8
	Qualche giorno la settimana	11,8	12,5	12,1	15,8	8,5	13,5	23,5	28,8	25,9
	Una volta a settimana o meno	8,0	6,2	7,3	8,1	6,9	7,7	10,4	11,4	10,8
	Mai o quasi mai	40,2	50,2	44,3	47,7	67,6	54,0	29,6	24,9	27,5
		<i>p=0,0684</i>			<i>p=0,0031</i>			<i>p=0,4363</i>		
≥19 anni	Tutti i giorni o quasi	24,7	20,5	22,9	20,0	23,9	21,3	69,5	55,0	62,5
	Qualche giorno la settimana	13,8	9,2	11,9	15,4	3,7	11,5	15,1	22,8	18,8
	Una volta a settimana o meno	6,3	6,0	6,2	7,9	3,6	6,5	3,5	7,4	5,4
	Mai o quasi mai	55,2	64,3	59,1	56,8	68,9	60,8	11,9	14,8	13,3
		<i>p=0,4363</i>			<i>p=0,1153</i>			<i>p=0,0484</i>		
Totale	Tutti i giorni o quasi	45,7	30,6	39,6	30,3	25,0	28,5	34,0	35,9	34,8
	Qualche giorno la settimana	13,7	15,9	14,6	12,8	11,0	12,2	14,0	19,9	16,4
	Una volta a settimana o meno	6,2	5,9	6,1	7,3	5,1	6,5	9,2	9,6	9,4
	Mai o quasi mai	34,4	47,6	39,7	49,6	58,9	52,8	42,8	34,6	39,4
		<i>p=0,0000</i>			<i>p=0,0040</i>			<i>p=0,0073</i>		

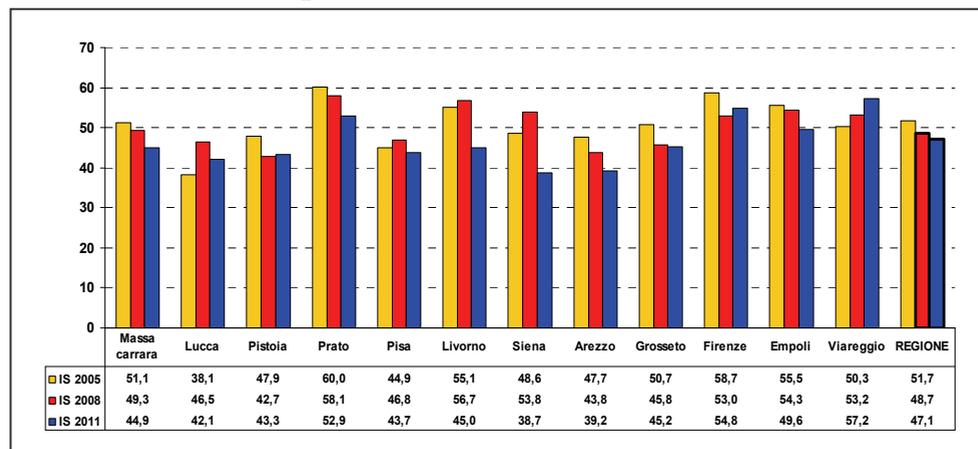
2.3 Abitudini alla guida nei giovani toscani: i rischi di incidente

Tra i soli intervistati che hanno dichiarato di guidare con una certa regolarità, il 47,1% (N=1.222) ha riferito di essere stato coinvolto in un incidente stradale mentre era alla guida del proprio mezzo. In termini di trend temporale, il numero di incidenti riferito dai giovani toscani risulta stazionario nelle tre rilevazioni e in lieve diminuzione. Il dato regionale del 2005, infatti, si attestava al 51,7%; quindi, nel 2011 è stata osservata una riduzione di circa 4,6 punti percentuali (Figura 2.4).

Il genere, come sempre, discrimina e, infatti, il 51,9% dei maschi dichiara un coinvolgimento in incidenti contro il 39,2% delle femmine.

Dalla distribuzione territoriale secondo le varie AUSL emerge che i giovani guidatori delle AUSL di Prato, Firenze, Empoli e Viareggio sono quelli maggiormente coinvolti in incidenti stradali. Al contrario, risultano decisamente al di sotto della media regionale le percentuali delle AUSL di Pistoia, Arezzo e Grosseto.

Figura 2.4
Percentuale di incidenti stradali che hanno coinvolto i guidatori abituali di motocicli, moto o auto, per AUSL ed anno - Confronto 2005-2008-2011



Dal 2005 al 2011 quasi tutte le AUSL presentano una riduzione dell'incidentalità stradale, ad eccezione di Lucca e Viareggio, nelle quali si osserva un aumento delle percentuali nel periodo, pari rispettivamente a +4% e +6,9%.

Come evidenziato dalla Tabella 2.6, la dimensione anagrafica sembra giocare un ruolo importante nel coinvolgimento in incidenti stradali, visto che al crescere dell'età vi è un aumento notevole della quota di coloro che dichiarano di essere stati parte di sinistri: dal 25,3% dei guidatori a 14 anni si raggiunge il 58,3% a 19 anni e oltre. Ciò significa che la probabilità di incorrere in incidenti aumenta più del doppio passando dalla fascia di età dei giovanissimi a quella dei maggiorenni. È peraltro doveroso ricordare che proprio il range di età considerato individua il periodo in cui si imparano a guidare i mezzi di trasporto, quindi nel computo dei sinistri stradali può giocare un ruolo notevole l'inesperienza.

Tabella 2.6

Percentuale di incidenti stradali che hanno coinvolto i guidatori abituali di motocicli, moto o auto, per età e anno - Confronto 2005-2008-2011

Età	2005	2008	2011
≤ 14	21,2	27,3	25,3
15	41,5	36,7	35,0
16	49,2	50,7	46,8
17	53,1	53,0	48,4
18	49,7	51,7	51,4
≥ 19	65,2	57,6	58,3
Totale	49,1	48,7	47,1

Sulla base di queste riflessioni, per avere un'indicazione più valida e sicura del reale impatto dell'infortunistica stradale sulla popolazione di riferimento, sono state inserite nel questionario alcune domande sulla gravità degli incidenti accaduti ai giovani. È stato così possibile individuare tre tipologie di incidenti:

- quelli senza conseguenze;
- quelli che hanno richiesto le cure di un Pronto soccorso (PS);
- quelli che hanno richiesto un ricovero ospedaliero.

Dei 1.222 soggetti che hanno riferito di essere stati coinvolti in un incidente stradale quando erano alla guida di un mezzo, il 28,7% è ricorso alle cure di un PS, mentre il 13,6% ha richiesto un ricovero ospedaliero. Nella maggioranza dei casi,

ovvero il 57,7%, gli infortuni stradali non hanno comportato conseguenze mediche di alcun tipo (Tabella 2.7). Le femmine nel 2011, così come rilevato anche nelle due precedenti indagini, dopo un incidente ricorrono più frequentemente alle cure dei PS rispetto ai coetanei maschi, i quali, invece, si sono trovati maggiormente coinvolti in sinistri che hanno richiesto il ricovero ospedaliero.

Tabella 2.7

Distribuzione percentuale degli esiti della guida, riferita ai guidatori abituali di motocicli, moto o auto, per genere e anno - Confronto 2005-2008-2011

Genere	2005			2008			2011		
	A	B	C	A	B	C	A	B	C
Maschi	59,4	26,1	14,5	62,0	25,6	12,4	61,8	24,2	14,0
Femmine	56,5	36,2	7,4	60,2	29,0	10,8	48,0	39,2	12,8
Totale	58,3	30,0	11,8	61,3	26,9	11,8	57,7	28,7	13,6

Legenda Tabella 2.7:

- *A: Incidente senza conseguenze*
- *B: Incidente che richiede un accesso al PS*
- *C: Incidente che richiede un ricovero ospedaliero*

Dalla Tabella 2.8 è possibile vedere come le proporzioni di incidenti stradali (IS), distinte per tipologia di conseguenze, cambino notevolmente da zona a zona e sembrano risentire anche del genere. Alla Tabella 2.8 seguono le Figure 2.5 e 2.6 che forniscono una rappresentazione più immediata degli indicatori descritti.

Tabella 2.8

Distribuzione percentuale degli esiti della guida, riferita ai guidatori abituali di motocicli, moto o auto, per AUSL e genere - Anno 2011

AUSL	Maschi			Femmine		
	IS senza conseguenze	IS con accesso al PS	IS con ricovero ospedaliero	IS senza conseguenze	IS con accesso al PS	IS con ricovero ospedaliero
1 - Massa-Carrara	49,9	28,7	21,4	28,1	44,5	27,4
2 - Lucca	61,7	29,1	9,2	60,1	28,5	11,4
3 - Pistoia	62,4	26,4	11,2	39,1	44,3	16,6
4 - Prato	67,2	19,5	13,3	80,1	19,9	--
5 - Pisa	65,6	17,9	16,5	58,2	29,1	12,7
6 - Livorno	57,7	24,4	17,9	29,8	60,3	9,9
7 - Siena	75,2	18,8	6,1	62,9	32,5	4,6
8 - Arezzo	76,9	16,1	7,0	67,6	27,7	4,8
9 - Grosseto	60,3	27,7	12,0	51,7	21,4	26,9
10 - Firenze	59,6	26,8	13,6	50,7	38,2	11,0
11 - Empoli	57,6	26,5	15,9	47,6	32,9	19,4
12 - Viareggio	49,9	29,2	20,9	31,4	52,4	16,2
Regione Toscana	61,8	24,2	14,0	48,0	39,2	12,8

Figura 2.5

Distribuzione percentuale degli esiti della guida, riferita ai guidatori abituali di motocicli, moto o auto, per AUSL - Genere maschile - Anno 2011

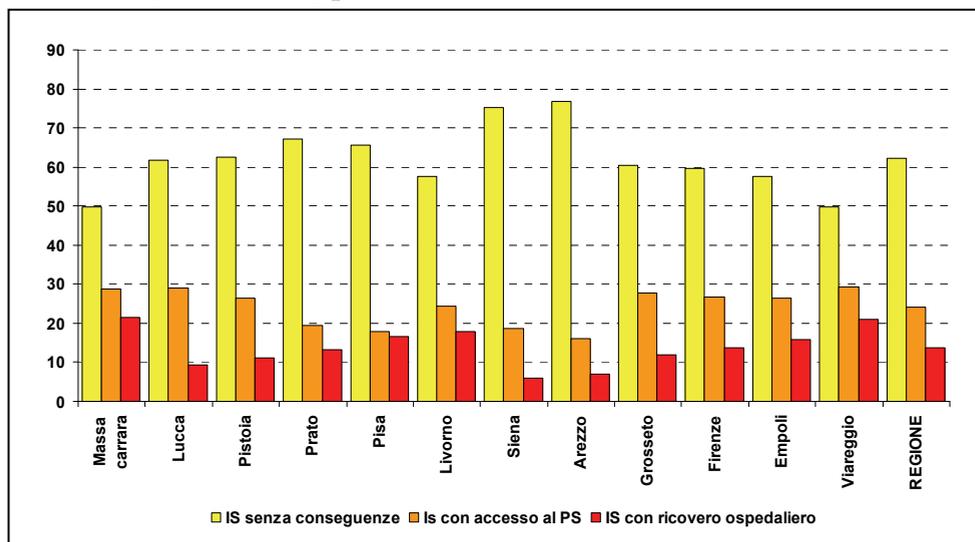
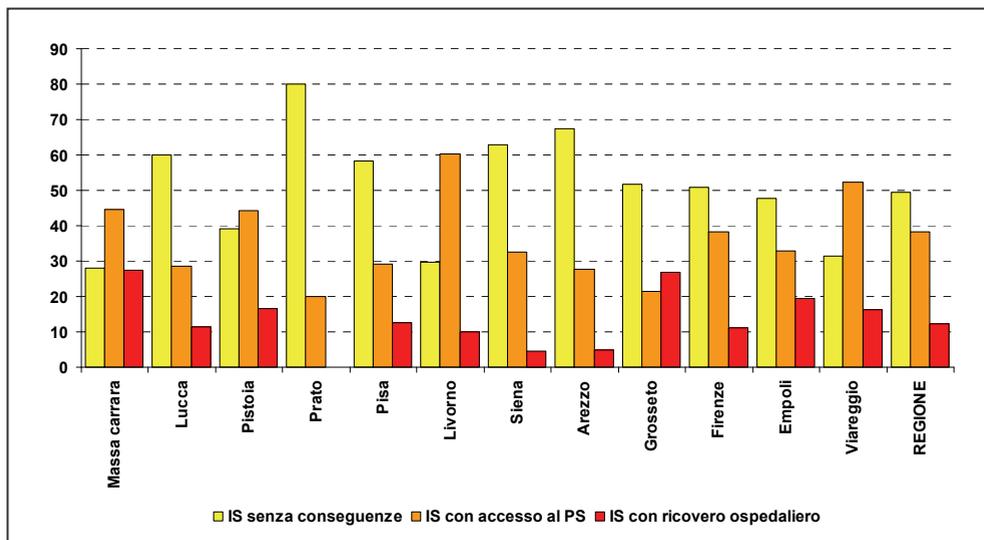


Figura 2.6
Distribuzione percentuale degli esiti della guida, riferita ai guidatori abituali di motocicli, moto o auto, per AUSL - Genere femminile - Anno 2011



L'età incide sulle proporzioni di incidente per tipologia di conseguenze (Tabella 2.9). Come rilevato nelle due precedenti indagini, anche i dati 2011 indicano per entrambi i generi una diminuzione della quota di coloro che, al crescere dell'età, si sono trovati coinvolti in incidenti senza conseguenze e, inoltre, un trend complessivamente in crescita per quanto riguarda il ricorso a interventi del PS. Infine, i dati riferibili a incidenti che hanno richiesto un ricovero ospedaliero sono piuttosto omogenei nelle diverse età.

Tabella 2.9**Distribuzione percentuale degli esiti della guida, riferita ai guidatori abituali di motocicli, moto o auto, per genere ed età - Anno 2011**

Genere	Età	IS senza conseguenze	IS con accesso al PS	IS con ricovero ospedaliero
Maschi	≤14	81,3	12,5	6,3
	15	72,4	16,2	11,4
	16	64,8	19,5	15,7
	17	58,2	25,8	15,9
	18	60,6	27,4	12,0
	≥19	54,1	30,2	15,7
	Totale	61,8	24,2	14,0
Femmine	≤14	55,6	33,3	11,1
	15	48,1	48,1	3,7
	16	53,0	37,9	9,1
	17	48,1	35,4	16,5
	18	48,2	39,3	12,5
	≥19	41,9	41,9	16,2
	Totale	48,0	39,2	12,8
Regione Toscana		57,7	28,7	13,6

Al fine di disporre di un quadro completo sulla casistica degli incidenti stradali in cui sono incorsi i giovani intervistati, è stato chiesto loro se sono stati coinvolti in sinistri stradali come pedoni e/o come passeggeri di qualunque mezzo durante il corso della loro vita. Onde evitare una sovrastima di detti episodi, è stato chiesto esplicitamente di rispondere affermativamente solo nel caso di incidenti che hanno richiesto le cure dei PS.

Riguardo al coinvolgimento come pedoni degli intervistati, il 6,4% del campione (+1% rispetto al dato 2005) ha risposto di aver vissuto l'esperienza di un incidente (dati non mostrati). L'analisi per genere indica un valore pari al 6,8% per i maschi e al 5,6% per le femmine.

I coinvolti in sinistri stradali come passeggeri sono più numerosi e corrispondono al 16,1% del campione intervistato, con percentuali più alte per le femmine rispetto ai maschi (17,6% vs 15,4%).

2.4 La sicurezza: le sanzioni comminate

Nella rilevazione del 2005 era stata inserita nel questionario EDIT una sezione relativa all'“Uso del casco, uso delle cinture di sicurezza e le sanzioni comminate”, mentre nelle due successive indagini è stato scelto di somministrare solo le domande inerenti alle sanzioni comminate. Tale esclusione non è legata a uno scarso interesse nell'acquisizione di informazioni circa l'uso di questi dispositivi, ma, piuttosto, è stato deciso di non inserire nuovamente questi temi, poiché gli intervistati avevano dichiarato un utilizzo del casco con valori prossimi al 77% e delle cinture di sicurezza all'87%, dunque molto elevati.

Una delle principali funzioni delle contravvenzioni dovrebbe essere quella di deterrente a non usare condotte scorrette durante la guida. La Tabella 2.10 indica che il 9,1% dei guidatori abituali è stato multato almeno una volta negli ultimi 12 mesi, con importanti differenze di genere (11,3% dei maschi vs 5,1% delle femmine). La Figura 2.7 riporta le percentuali di guidatori abituali cui è stata sanzionata almeno una multa per età e indica che non sono presenti trend di rilievo nei dati.

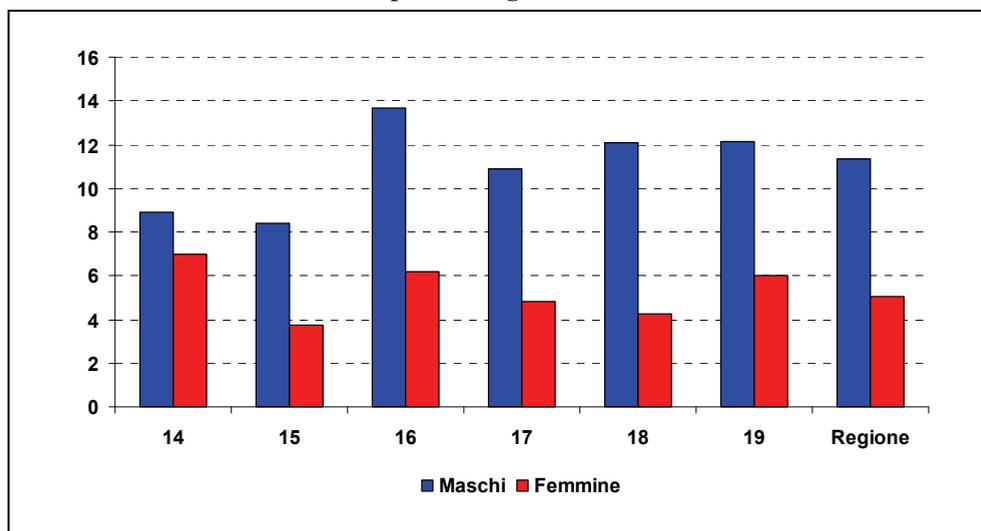
Tabella 2.10

Frequenze assolute e percentuali riferite ai guidatori abituali di motocicli, moto o auto cui è stata sanzionata almeno una multa, oppure nessuna, per genere ed età - Anno 2011

Genere	Età	Almeno una multa		Nessuna multa	
		N	%	N	%
Maschi	≤14	10	8,9	102	91,1
	15	21	8,4	229	91,6
	16	42	13,7	265	86,3
	17	35	10,9	287	89,1
	18	41	12,1	299	87,9
	≥19	30	12,1	217	87,9
	Totale	179	11,3	1.399	88,7
	Femmine	≤14	3	7,0	40
15		4	3,7	103	96,3
16		9	6,2	137	93,8
17		9	4,8	177	95,2
18		11	4,3	246	95,7
≥19		9	6,0	141	94,0
Totale		45	5,1	844	94,9
Regione Toscana		224	9,1	2243	90,9

Figura 2.7

Percentuale di guidatori abituali di motocicli, moto o auto cui è stata sanzionata almeno una multa, per età e genere - Anno 2011



Uno schema riassuntivo delle tipologie di multe sanzionate agli intervistati nell'ultimo anno fornisce ulteriori indicazioni sul loro comportamento alla guida (Tabella 2.11 e Figura 2.8). Per quanto le contravvenzioni siano state inflitte a un numero esiguo di intervistati, i dati del 2011 indicano che il tipo di multa più frequente è quella per eccesso di velocità o guida pericolosa (6,3%), mentre la proporzione più bassa è relativa all'aver usato il cellulare durante la guida (1,6%). Volendo valutare le differenze territoriali nelle varie AUSL, le zone in cui si osservano percentuali più alte di contravvenzioni sono quelle di Siena, Grosseto e Firenze; al contrario, gli intervistati più rispettosi del Codice della strada sono risultati quelli di Pisa, Pistoia, Empoli e Prato. Da notare, rispetto alle precedenti indagini, una riduzione delle contravvenzioni per mancato uso del casco (-1,7% rispetto al 2008 e -3,2% rispetto al 2005), mentre sono rimaste pressoché invariate, rispetto alle precedenti indagini, le percentuali riferite alle altre tipologie di multe.

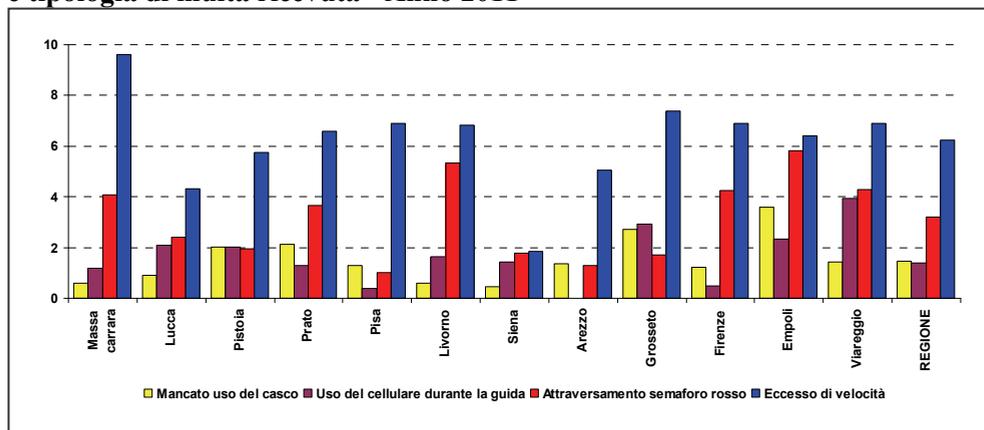
Tabella 2.11

Percentuale di guidatori abituali di motocicli, moto o auto, cui è stata sanzionata almeno una multa, per AUSL e tipologia di multa ricevuta - Anno 2011

AUSL	Mancato uso del casco	Uso cellulare durante la guida	Attraversamento semaforo rosso	Eccesso di velocità/guida pericolosa
1 - Massa-Carrara	0,6	1,2	4,1	9,6
2 - Lucca	0,9	2,1	2,4	4,3
3 - Pistoia	2,0	2,0	2,0	5,8
4 - Prato	2,1	1,3	3,7	6,6
5 - Pisa	1,3	0,4	1,0	6,9
6 - Livorno	0,6	1,6	5,3	6,8
7 - Siena	0,5	1,4	1,8	1,8
8 - Arezzo	1,4	0,0	1,3	5,1
9 - Grosseto	2,7	2,9	1,7	7,4
10 - Firenze	1,2	0,5	4,2	6,9
11 - Empoli	3,6	2,3	5,8	6,4
12 - Viareggio	1,4	3,9	4,3	6,9
Regione Toscana	1,7	1,6	3,3	6,3

Figura 2.8

Percentuale di intervistati cui è stata sanzionata almeno una multa per AUSL e tipologia di multa ricevuta - Anno 2011



2.5 La guida dopo l'assunzione di alcol o sostanze psicotrope illegali

Consumare alcolici in eccesso o sostanze psicotrope illegali (sostanze stupefacenti) prima di mettersi alla guida, può comportare l'alterazione del senso del pericolo, delle distanze e delle velocità, nonché un rallentamento dei riflessi e dunque dei tempi di reazione. Può quindi essere considerato tra quei comportamenti che contribuiscono a causare gli infortuni stradali e/o comunque indurre a sanzioni di vario genere.

In questo paragrafo saranno indagati alcuni gruppi di argomenti, in particolare:

- la guida dopo aver bevuto troppo;
- la guida dopo aver assunto sostanze psicotrope illegali;
- l'essere saliti su un mezzo guidato da chi aveva bevuto troppo;
- l'essere saliti su un mezzo guidato da chi aveva assunto sostanze psicotrope illegali.

Per ciascuna delle quattro sezioni sopra indicate, verranno presentati i dati distinti per "AUSL e genere", "età e genere", "esito della guida e genere". Il contingente in studio sono i guidatori abituali quando l'indicatore si riferisce alla "guida dopo aver bevuto troppo e/o assunto sostanze stupefacenti", mentre sono

tutti gli intervistati quando l'indicatore si riferisce "all'essere saliti su un mezzo guidato da chi aveva bevuto troppo e/o assunto sostanze stupefacenti".

I risultati indicano che, nel 2011, il 23,6% dei guidatori abituali (-4,8% rispetto al 2008) ha dichiarato che nei 12 mesi precedenti l'indagine ha guidato almeno una volta dopo aver bevuto troppo (Tabella 2.12). Tale proporzione è più bassa per le femmine (15%) e sensibilmente più alta per i maschi (28,3%). Oltre a differenze di genere sono riscontrabili anche differenze territoriali, infatti risulta che le AUSL di Firenze, Livorno e Viareggio per i maschi e quelle di Firenze, Livorno e Siena per le femmine sono quelle in cui tali proporzioni sono risultate più alte.

Tabella 2.12

Percentuale di guidatori abituali di motocicli, moto o auto che hanno dichiarato di aver guidato dopo aver bevuto troppo almeno una volta nell'ultimo anno precedente l'intervista, per genere, AUSL e anno - Confronto 2005-2008-2011

Genere	AUSL	2005	2008	2011
Maschi	1 - Massa-Carrara	35,5	35,6	26,9
	2 - Lucca	22,7	33,3	14,9
	3 - Pistoia	37,5	34,9	23,3
	4 - Prato	38,4	50,8	29,0
	5 - Pisa	39,9	29,7	25,0
	6 - Livorno	31,7	29,4	34,4
	7 - Siena	38,7	40,3	28,1
	8 - Arezzo	48,0	36,9	31,0
	9 - Grosseto	39,0	27,2	25,3
	10 - Firenze	45,5	43,7	48,2
	11 - Empoli	41,0	36,8	28,4
	12 - Viareggio	34,5	36,1	32,3
	Totale	36,9	37,0	28,3
Femmine	1 - Massa-Carrara	8,4	8,8	13,2
	2 - Lucca	8,4	8,3	5,9
	3 - Pistoia	14,1	13,8	6,5
	4 - Prato	28,4	17,1	12,1
	5 - Pisa	14,5	13,9	12,0
	6 - Livorno	23,8	21,2	25,9
	7 - Siena	29,7	30,3	20,6
	8 - Arezzo	20,9	5,5	2,6
	9 - Grosseto	20,0	12,7	9,2
	10 - Firenze	32,3	25,6	28,7
	11 - Empoli	8,3	18,6	2,7
	12 - Viareggio	20,5	20,3	14,8
	Totale	18,5	17,3	15,0
Regione Toscana		28,8	28,4	23,6

Le differenze di genere sono sensibili in ogni fascia di età e, inoltre, la dimensione anagrafica è altrettanto rilevante per l'osservazione del fenomeno. In particolare, la quota di coloro che si mettono alla guida dopo aver bevuto un po'

troppo, aumenta al crescere dell'età nei maschi, mentre per le femmine presenta dati più omogenei nelle varie età (Tabella 2.13).

Tabella 2.13

Percentuale di guidatori abituali di motocicli, moto o auto che hanno dichiarato di aver guidato dopo aver bevuto troppo, almeno una volta nell'ultimo anno precedente l'intervista, per età, anno e genere - Confronto 2005-2008-2011

Età	2005			2008			2011		
	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot
≤14	16,2	11,1	14,5	10,8	13,9	12,0	12,7	4,5	10,5
15	22,7	14,9	19,8	26,3	11,4	20,8	17,6	10,1	15,4
16	31,7	19,0	26,8	33,8	18,0	27,8	28,0	15,0	23,9
17	45,3	20,4	34,0	44,1	22,0	35,1	36,6	18,8	30,2
18	49,3	14,9	30,7	42,4	16,8	28,8	29,4	14,2	22,9
≥19	48,1	28,6	39,3	49,1	18,3	35,0	34,1	17,7	28,0
Totale	36,9	18,5	28,8	37,0	17,3	28,4	28,3	15,0	23,6

Tra coloro che si sono trovati coinvolti in incidenti stradali, la proporzione di chi si è messo alla guida dopo aver abusato di alcolici è decisamente elevata; inoltre, le percentuali aumentano progressivamente all'aggravarsi delle conseguenze dell'incidente (32,7% per incidenti senza conseguenze, 33,8% per incidenti con accesso al PS e, infine, 41,9% per incidenti con ricovero ospedaliero). È possibile osservare lo stesso trend dalle distribuzioni per genere, anche se è da segnalare una maggiore propensione da parte dei maschi al comportamento rischioso (Tabella 2.14). È comunque interessante segnalare che tali evidenze sono decisamente inferiori rispetto a quelle registrate nella rilevazione del 2008.

Malgrado non sia possibile correlare direttamente il singolo infortunio all'aver bevuto troppo prima di mettersi alla guida, il forte collegamento tra queste due dimensioni fornisce un'indicazione importante sull'associazione tra consumo di alcol e incidenti stradali.

Tabella 2.14

Percentuale di guidatori abituali di motocicli, moto o auto, che hanno dichiarato di aver guidato dopo aver bevuto troppo, almeno una volta nell'ultimo anno precedente l'intervista, per esito della guida, anno e genere - Confronto 2005-2008-2011

Esito della guida	2005			2008			2011		
	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot
Nessun incidente	24,7	11,9	18,4	23,2	12,0	17,7	18,2	7,9	14,0
IS senza conseguenze	43,0	26,8	37,0	43,7	20,4	35,2	34,9	26,1	32,7
IS con accesso al PS	54,6	25,5	41,1	53,1	32,5	44,8	39,9	25,0	33,8
IS con ricovero ospedaliero	52,4	37,5	48,8	64,8	26,8	51,8	48,3	25,5	41,9

Il 12,5% dei guidatori abituali ha riferito di aver assunto sostanze psicotrope illegali prima di mettersi alla guida almeno una volta nei 12 mesi precedenti l'intervista. Dalle distribuzioni per genere si nota che la proporzione per i maschi si attesta al 17%, mentre per le femmine al 10,3%. Il trend, rispetto alle rilevazioni precedenti, indica che i dati sono in diminuzione, passando dal 17,1% del 2005 al 16,2% del 2008 fino al dato della recente indagine, dove è stata registrata un'ulteriore riduzione.

La distribuzione territoriale delle AUSL di Firenze, Viareggio e Livorno indica una più alta percentuale di studenti maschi, rispetto alle femmine, a cui è capitato di mettersi alla guida dopo aver usato sostanze stupefacenti. Con riferimento al solo genere femminile, i valori più alti sono localizzati nelle aree di Firenze, Livorno e Prato (Tabella 2.15).

Tabella 2.15

Percentuale di guidatori abituali di motocicli, moto o auto che hanno dichiarato di aver guidato dopo aver assunto sostanze psicotrope illegali almeno una volta nell'ultimo anno precedente l'intervista, per genere, AUSL e anno - Confronto 2005-2008-2011

Genere	AUSL	2005	2008	2011
Maschi	1 - Massa-Carrara	22,7	21,2	11,9
	2 - Lucca	14,3	11,8	8,0
	3 - Pistoia	20,0	17,1	13,7
	4 - Prato	25,1	25,4	14,6
	5 - Pisa	21,0	15,4	15,9
	6 - Livorno	19,3	17,0	21,5
	7 - Siena	21,1	19,2	8,7
	8 - Arezzo	15,3	16,2	11,6
	9 - Grosseto	19,1	16,8	11,8
	10 - Firenze	22,1	27,2	29,4
	11 - Empoli	34,0	22,3	14,6
	12 - Viareggio	18,7	22,1	21,6
	Totale	20,2	20,1	14,4
Femmine	1 - Massa-Carrara	8,0	12,3	7,6
	2 - Lucca	9,6	2,3	0,0
	3 - Pistoia	13,2	10,6	6,0
	4 - Prato	26,2	12,4	12,2
	5 - Pisa	7,5	0,0	9,8
	6 - Livorno	19,5	16,5	17,3
	7 - Siena	8,4	15,6	10,7
	8 - Arezzo	15,8	6,9	5,0
	9 - Grosseto	20,0	8,6	12,3
	10 - Firenze	21,0	15,2	17,7
	11 - Empoli	5,7	11,1	2,7
	12 - Viareggio	9,2	12,1	5,3
	Totale	13,0	11,1	9,0
Regione Toscana	17,1	16,2	12,5	

Per ogni età considerata (ad eccezione di quella “≤14 anni”), i maschi che hanno dichiarato di aver consumato sostanze psicotrope prima di mettersi alla guida sono in proporzione più numerosi delle femmine, conferma, questa, che la propensione a sperimentare sostanze stupefacenti è prevalentemente maschile. Le

differenze tra i generi, tuttavia, diventano significative soprattutto a partire dai 17 anni (Tabella 2.16).

Tabella 2.16

Percentuale di guidatori abituali di motocicli, moto o auto, che hanno dichiarato di aver guidato dopo aver assunto sostanze psicotrope illegali almeno una volta nell'ultimo anno precedente l'intervista, per età, anno e genere - Confronto 2005-2008-2011

Età	2005			2008			2011		
	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot
≤14	4,6	4,8	4,7	2,7	5,6	3,8	5,1	0,0	3,7
15	11,0	11,4	11,2	11,0	6,6	9,4	7,6	2,8	6,2
16	19,0	15,5	17,6	17,8	12,2	15,7	10,4	10,5	10,4
17	26,0	13,1	20,1	25,0	14,8	20,8	19,0	9,9	15,8
18	25,2	11,1	17,6	27,0	11,3	18,7	15,8	8,2	12,6
≥19	29,1	18,5	24,3	25,9	11,2	19,1	22,3	14,6	19,4
Totale	20,2	13,0	17,1	20,1	11,1	16,2	14,4	9,0	12,5

Gli incidenti stradali correlati all'utilizzo di sostanze stupefacenti, così come quelli correlati all'abuso di alcol, risultano fortemente sottostimati dall'ISTAT. Senza la pretesa di voler mettere in relazione diretta gli episodi infortunistici riportati dagli intervistati con il consumo di sostanze psicotrope, sono state incrociate le variabili relative al livello di gravità degli incidenti stradali verificatisi con l'eventuale uso di sostanze prima di mettersi alla guida. Come evidenziato dalla Tabella 2.17, sembra esista un'associazione tra i due fenomeni; infatti, gli incidenti più gravi, vale a dire quelli che richiedono accesso a un PS oppure un ricovero ospedaliero, aumentano in maniera direttamente proporzionale all'uso di sostanze psicotrope illegali.

Tabella 2.17

Percentuale di guidatori abituali di motocicli, moto o auto che hanno dichiarato di aver guidato almeno una volta dopo aver assunto sostanze psicotrope illegali nell'ultimo anno precedente l'intervista, per esito della guida, anno e genere - Confronto 2005-2008-2011

Esito della guida	2005			2008			2011		
	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot
Nessun incidente	11,2	7,7	9,5	10,8	5,9	8,4	8,0	4,9	6,7
IS senza conseguenze	24,6	16,0	21,4	24,0	15,0	20,7	18,1	14,8	17,3
IS con accesso al PS	32,2	23,5	28,1	34,8	23,8	30,4	21,6	15,3	19,0
IS con ricovero ospedaliero	34,1	35,0	34,3	34,3	21,4	29,9	29,2	17,0	25,7

La Tabella 2.18 mostra come in entrambi i generi, al crescere dell'età, aumentano anche le percentuali rispetto alle quali i ragazzi dichiarano, nell'ultimo anno precedente l'intervista, di essere saliti su un mezzo guidato da chi aveva bevuto troppo, raggiungendo valori massimi in corrispondenza della classe di età maggiore o uguale a diciannove anni.

Tabella 2.18

Percentuale di intervistati che hanno dichiarato di essere saliti su di un'auto o una moto guidata da chi aveva bevuto un po' troppo nell'ultimo anno precedente l'intervista, per età, anno e genere - Confronto 2005-2008-2011

Età	2005			2008			2011		
	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot
≤14	13,0	11,4	12,1	12,5	16,9	15,0	13,0	12,4	12,8
15	17,4	19,2	18,4	16,1	18,1	17,2	12,7	15,1	13,8
16	20,1	23,5	21,9	19,8	27,9	24,1	22,3	19,4	20,9
17	34,0	29,2	31,3	31,0	31,5	31,2	31,0	31,7	31,3
18	40,3	40,0	40,1	43,2	45,2	44,4	37,3	32,1	34,8
≥19	51,8	44,9	48,4	48,4	48,0	48,2	40,8	41,8	41,2
Totale	27,8	27,1	27,4	27,4	30,6	29,1	26,2	25,5	25,9

Tra coloro che sono saliti su di un mezzo guidato da una persona che aveva bevuto troppo, il 21,3% non ha vissuto l'esperienza dell'incidente, il 34,4% ha avuto un incidente senza conseguenze, il 38,1% ha avuto un incidente con accesso al PS e il 44,9% ha avuto un incidente con ricovero ospedaliero (dati non mostrati).

Tabella 2.19

Percentuale di intervistati che hanno dichiarato di essere saliti su un'auto o una moto guidata da chi aveva bevuto un po' troppo nell'ultimo anno precedente l'intervista, per genere ed esito della guida - Confronto 2005-2008-2011

Esito della guida	2005			2008			2011		
	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot
Nessun incidente	21,3	22,7	22,2	20,6	26,8	24,4	19,9	22,5	21,3
Senza conseguenze	31,8	38,6	34,5	34,3	42,1	37,5	34,5	34,1	34,4
IS con accesso al PS	42,7	43,0	42,9	42,7	43,8	43,2	36,2	40,8	38,1
IS con ricovero ospedaliero	46,7	56,6	49,5	43,8	52,4	46,9	48,0	37,7	44,9

Le Tabelle 2.20 e 2.21 sono speculari alle due viste precedentemente; tuttavia, anziché riferirsi a guidatori che hanno bevuto troppo, stavolta il riferimento è a guidatori che hanno assunto sostanze stupefacenti. Anche in questo ambito si osservano percentuali crescenti al crescere dell'età, per quanto sensibilmente più basse rispetto ai dati di consumo dell'alcol. Diverse, invece, sono le conseguenze, che ora, nel caso di incidenti con accesso al PS e ricovero ospedaliero, mostrano percentuali sempre maggiori per i maschi rispetto alle femmine.

Tabella 2.20

Percentuale di intervistati che hanno dichiarato di essere saliti su un'auto o una moto guidata da chi aveva usato sostanze stupefacenti nell'ultimo anno precedente l'intervista, per età, anno e genere - Confronto 2005-2008-2011

Età	2005			2008			2011		
	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot
≤14	5,2	3,0	4,0	2,8	4,6	3,8	2,9	2,2	2,6
15	8,0	7,9	8,0	4,7	6,9	5,9	5,5	5,0	5,3
16	10,6	13,7	12,3	10,3	12,5	11,4	12,0	11,0	11,5
17	19,8	15,9	17,6	19,2	14,5	16,7	17,0	14,9	16,0
18	23,5	20,8	21,9	28,4	18,7	22,7	27,9	17,0	22,7
≥19	34,9	23,2	29,1	31,4	25,5	28,3	30,2	22,4	26,9
Totale	15,7	13,8	14,7	15,3	13,2	14,1	15,7	12,2	14,1

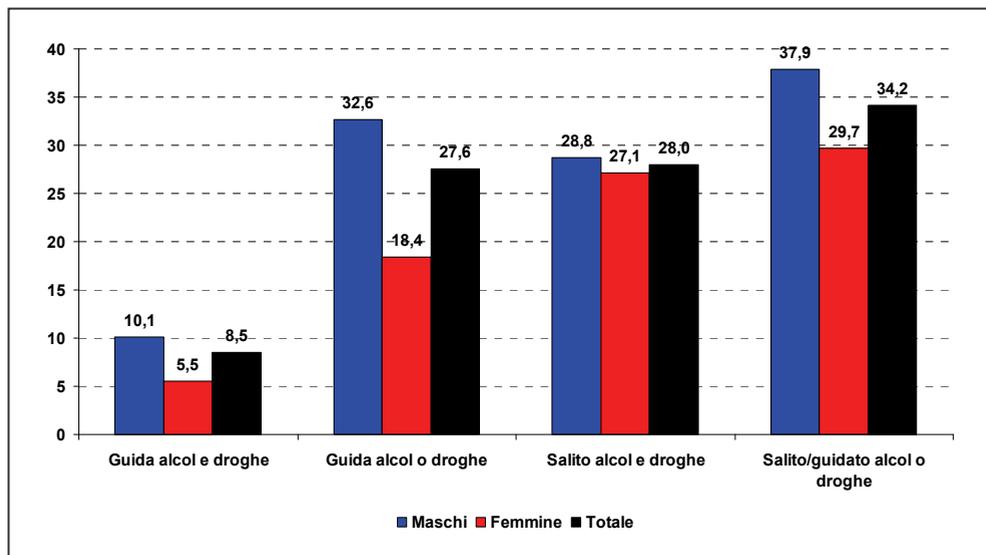
Tabella 2.21

Percentuale di intervistati che hanno dichiarato di essere saliti su un'auto o una moto guidata da chi aveva usato sostanze stupefacenti nell'ultimo anno precedente l'intervista, per esito della guida, anno e genere - Confronto 2005-2008-2011

Esito della guida	2005			2008			2011		
	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot
Nessun incidente	9,2	9,9	9,6	8,0	10,5	9,5	9,7	9,0	9,3
Senza conseguenze	21,6	20,9	21,4	22,6	20,9	21,9	23,0	22,8	22,9
IS con accesso al PS	28,2	29,7	28,9	30,3	23,3	27,2	25,7	28,7	26,9
IS con ricovero ospedaliero	32,3	49,1	37,1	38,7	32,8	36,6	40,3	22,0	34,9

La Figura 2.9 indica che l'8,5% dei giovani ha guidato dopo aver consumato alcol e utilizzato sostanze psicotrope; la percentuale cresce fino al 27,6% quando il riferimento è a coloro che hanno guidato dopo aver consumato alcol oppure utilizzato sostanze psicotrope, mentre sono il 28% coloro che sono saliti su di un mezzo guidato da chi aveva consumato alcol o utilizzato sostanze psicotrope. Risulta infine significativa l'informazione secondo la quale il 34,2% dei giovani intervistati ha riferito di aver guidato almeno una volta nell'ultimo anno precedente l'intervista in stato di alterazione o di essere salito su di un'auto guidata da chi aveva consumato alcol o utilizzato sostanze psicotrope. Come è facile intuire, ciò significa che ogni 10 mezzi guidati da ragazzi in età scolastica superiore, poco meno di quattro sono condotti da giovani in condizioni psico-fisiche non idonee alla guida. La conseguenza è ovviamente quella di un alto rischio di incidenti stradali.

Figura 2.9
Percentuali di intervistati riferite ad alcune condizioni di non idoneità alla guida e genere - Anno 2011



Legenda Figura 2.9:

- **“Guida alcol e droghe”:** L'intervistato ha guidato sotto l'effetto di alcol e sostanze stupefacenti
- **“Guida alcol o droghe”:** L'intervistato ha guidato sotto l'effetto di alcol oppure sostanze stupefacenti
- **“Salito alcol e droghe”:** L'intervistato è salito su auto o moto guidata da chi aveva assunto alcol e sostanze stupefacenti
- **“Salito/guidato alcol o droghe”:** L'intervistato ha guidato oppure è salito su auto o moto guidata da chi aveva assunto alcol o sostanze stupefacenti.

L'utilizzo del cellulare durante la conduzione di un mezzo è uno dei “nuovi” fattori di rischio che causano incidenti. Si tratta di un'abitudine talmente diffusa che, per scoraggiarla, nell'agosto del 2007, il Ministero dell'interno ha inasprito le sanzioni pecuniarie e ha predisposto, nel caso di recidiva, il ritiro della patente fino a tre mesi. Sono numerosi gli studi che descrivono la pericolosità di questa abitudine, ad esempio un lavoro di Strayer¹, rivela che parlare al telefono cellulare durante la guida comporta un rischio quattro volte maggiore di incidente rispetto a quello di guidatori non distratti; inoltre, tale rischio di incidente è ritenuto essere lo stesso delle persone che guidano in stato di ebbrezza. Il lavoro realizzato dal Virginia Tech Transportation Institute² afferma, invece, che scrivere messaggi

¹ Strayer DL, Drews FA, Crouch DJ (2006), A comparison of the cell phone driver and the drunk driver. Human Factors, 48: 381-91.

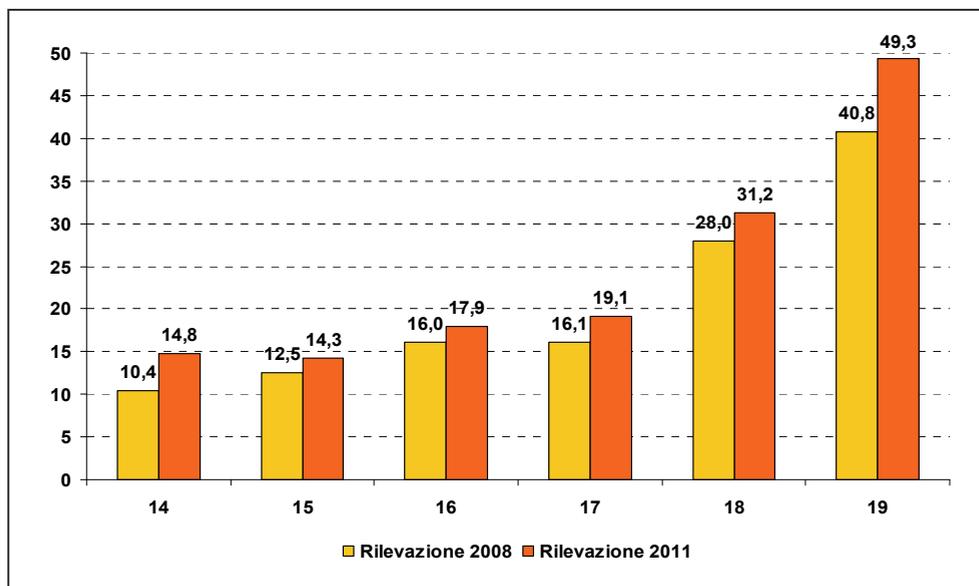
² Virginia Tech Transportation Institute (2009), New Data from VTTI Provides Insight into Cell Phone Use and Driving Distraction. Virginia Polytechnic Institute and State University.

durante la guida comporta un rischio di collisione 23 volte superiore rispetto a quello di un guidatore che non ha distrazioni particolari.

In presenza di rischi così elevati, è stato deciso di inserire anche nello studio EDIT alcune domande circa l'uso del telefonino durante la guida (Figura 2.10). I risultati indicano che il 25,7% di coloro che guidano con una certa frequenza un qualunque mezzo ha dichiarato di aver utilizzato il telefonino durante la guida almeno una volta nella sola settimana precedente l'intervista (+3,7% rispetto all'indagine 2008). Non si osservano evidenti differenze tra generi e le percentuali di utilizzo sono sempre crescenti al crescere dell'età (in particolare dai 18 anni in su, quando l'utilizzo del cellulare durante la guida dell'auto risulta probabilmente più "routinario" rispetto a quello durante la guida di uno scooter o motocicletta).

Figura 2.10

Percentuale di guidatori abituali che hanno dichiarato di aver parlato al cellulare durante la guida nell'ultima settimana precedente l'intervista, per età - Confronto 2008-2011



La Tabella 2.22 mostra il trend secondo il quale le frequenze riferite a coloro cui è stato sequestrato il veicolo crescono all'aumentare dell'età, sia per quanto riguarda il genere maschile sia per quello femminile, con valori dei maschi sempre maggiori rispetto a quelli delle femmine, ad eccezione del dato riferito alle

maggiori età. Rispetto all'indagine del 2008, nel 2011 il dato complessivo dei sequestri di veicoli è esattamente lo stesso, ma si riduce la forbice tra i due generi.

Tabella 2.22

Percentuale di guidatori abituali di motocicli moto o auto che hanno dichiarato di aver subito il sequestro del veicolo, per età, anno e genere - Confronto 2008-2011

Età	2008			2011		
	M	F	Tot	M	F	Tot
≤14	0,0	2,8	1,1	5,1	4,5	4,9
15	4,3	0,6	2,9	2,7	0,9	2,2
16	6,3	2,9	5,0	6,7	1,3	5,0
17	7,7	3,6	6,0	6,3	2,6	5,0
18	8,9	1,0	4,7	6,8	4,1	5,6
≥19	9,1	5,1	7,2	5,7	6,3	5,9
Totale	6,7	2,5	4,9	5,7	3,4	4,9

Il tema dei controlli stradali per guida sotto l'effetto di alcol e di sostanze stupefacenti sta acquisendo un ruolo sempre più centrale nelle strategie di prevenzione degli incidenti stradali.

Come indicato nel paragrafo 2.1, la Commissione europea, con il "IV Piano d'azione sulla sicurezza stradale 2010-2020", ha rinnovato l'obiettivo di ridurre della metà il numero delle vittime della strada entro i prossimi dieci anni. Per arrivare al traguardo del 2020 sono stati indicati alcuni punti cardine dell'azione, uno dei quali è aumentare l'efficacia delle politiche di sicurezza stradale.

Negli ultimi anni, in Italia come nel resto d'Europa, è stato incrementato il numero di controlli stradali con l'obiettivo di contrastare la guida sotto l'effetto dell'alcol (art. 186 del Codice della strada) e quella in stato di alterazione psico-fisica per uso di sostanze stupefacenti (art. 187 del Codice della strada). I risultati hanno riferito una buona efficacia dell'azione delle Forze dell'ordine; infatti, Polizia Stradale e Arma dei Carabinieri hanno incrementato i controlli con etilometri, passando dai circa 790mila controlli del 2007 agli oltre 1,39 milioni del 2008, fino a superare 1,64 milioni nel 2009 (Fonte: Ministero delle infrastrutture e dei trasporti).

Uno studio realizzato dall'Agenzia regionale di sanità della Toscana³ si è posto come obiettivo quello di quantificare il numero dei controlli per guida sotto l'effetto di alcol e sostanze stupefacenti effettuati sul territorio regionale della Toscana, allo scopo di individuare e proporre a esperti del settore possibili azioni e strategie di prevenzione che mirino alla riduzione degli incidenti stradali alcol-correlati. I risultati indicano che, in Toscana, sono stati effettuati nel 2009 circa 132.500 controlli per guida sotto l'effetto dell'alcol (nel 2008 circa 117.000, pertanto è stato registrato un aumento pari all'11%), rilevando circa 5.500 notizie di reato (corrispondenti al 4,2% dei controlli). Gli accertamenti per guida sotto l'effetto di sostanze stupefacenti sono stati invece 1.030 (nel 2008 è stato registrato lo stesso numero), mentre le relative notizie di reato, pari a 561, corrispondono al 54,5%. Il numero di etilometri a disposizione delle Forze dell'ordine in Toscana è lievemente superiore a 200, mentre, nell'anno precedente, ne erano stati utilizzati 185. Considerato che in Europa il 16% circa dei conducenti viene fermato almeno una volta l'anno per un controllo alcolemico, mentre in Toscana tale valore si attesta al 6%, lo studio suggerisce che, se questa regione volesse raggiungere lo standard europeo, dovrebbe effettuare 365mila controlli l'anno; dunque, ad oggi, ne mancherebbero 230mila.

Sulla base dello studio EDIT, i risultati sembrano incoraggianti, mostrando un importante aumento dei controlli stradali, che sono passati dal 5% circa dei guidatori fermati nel 2008, al 9,4% di fermati nella rilevazione del 2011 (Tabella 2.23).

³ Innocenti F, Voller F, Cipriani F (2011), I controlli stradali per guida sotto l'effetto di alcol e sostanze stupefacenti in Toscana. Il Centauro, fascicolo agosto.
http://www.asaps.it/articoli/Art_2011/ARS_ControlliStradaliAlcolDroga_innocenti.pdf

Tabella 2.23

Percentuali di guidatori abituali di motocicli, moto o auto che hanno dichiarato di essere stati sottoposti almeno una volta ad un controllo del tasso alcolemico nell'ultimo anno precedente l'intervista - Confronto 2008-2011

Età	2008			2011		
	M	F	Tot	M	F	Tot
≤14	2,7	1,4	2,2	1,7	4,5	2,5
15	3,6	1,2	2,7	5,3	4,6	5,1
16	4,8	2,4	3,9	7,3	7,8	7,5
17	4,3	4,0	4,2	11,5	10,4	11,1
18	9,8	2,1	5,7	14,7	9,7	12,6
≥19	14,7	5,1	10,3	12,1	8,9	10,9
Totale	6,8	2,8	5,1	9,8	8,6	9,4

Spostando l'attenzione dal numero di individui al numero di mezzi fermati, la percentuale di conducenti cui è stato controllato il tasso alcolemico si alza al 13,9% (Tabella 2.24). I mezzi controllati nell'ultimo anno precedente l'intervista per l'assunzione di sostanze stupefacenti da parte del conducente sono stati, invece, pari al 4,5%, facendo registrare un lieve aumento (+1,4%) rispetto al dato della rilevazione 2008.

Tabella 2.24

Frequenze assolute e percentuali di guidatori abituali di motocicli, moto o auto che hanno dichiarato che, nell'ultimo anno precedente l'intervista, il mezzo su cui viaggiavano è stato fermato per controllare l'assunzione di alcol o sostanze psicotrope illegali da parte del conducente - Confronto 2008-2011

Controlli	2008				2011			
	Alcol		Droghe		Alcol		Droghe	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Almeno una volta	294	10,3	88	3,1	360	13,9	117	4,5
Mai	2.566	89,7	2.772	96,9	2.236	86,1	2.479	95,5
Totale	2.860	100	2.860	100	2.596	100	2.596	100

2.6 I possibili determinanti degli infortuni stradali

Al fine di individuare possibili determinanti degli incidenti stradali, sono stati costruiti tre modelli di regressione logistica e applicati al contingente dei “guidatori abituali”.

Le variabili di esito analizzate descrivono livelli di gravità crescenti e, in particolare, sono stati indagati i fattori associati alle variabili dipendenti:

- incidente con ricorso al PS vs nessun incidente;
- incidente con ricovero ospedaliero vs nessun incidente;
- incidente con ricorso al PS oppure con ricovero ospedaliero vs nessun incidente.

Le variabili indipendenti inserite nei modelli sono quelle risultate maggiormente associate al fenomeno in analisi: età, sesso, ripetere l’anno, giochi che richiedono l’uso di denaro, fumo di sigaretta, consumo di alcol, consumo di sostanze stupefacenti, uso del cellulare durante la guida, comportamento da bullo, rapporti sessuali precoci.

I risultati del primo modello indicano che coloro che hanno dichiarato di consumare sostanze psicotrope (nell’ultimo anno precedente l’intervista) hanno un rischio dell’80% maggiore ($p=0,005$), rispetto ai non utilizzatori, di incorrere in un incidente. Tutte le altre informazioni non sono statisticamente significative, dunque non saranno commentate (Tabella 2.25).

Tabella 2.25

Risultati del modello di regressione logistica aggiustato per età e genere. Variabile di indagine: “Incidente con ricorso al PS vs nessun incidente” - Anno 2011

VARIABILE	OR	p
Ripetente		
No	1	--
Sì	1,0	0,990
Gioco		
No	1	--
Sì	1,3	0,261
Fumo di sigaretta		
No	1	--
Sì	1,0	0,930
Bevitore		
Non bevitore	1	--
Bevitore non binge	0,9	0,695
Bevitore binge	0,9	0,787
Sostanze psicotrope (nell'ultimo anno precedente l'intervista)		
Non utilizzatore	1	--
Utilizzatore	1,8	0,005
Uso del cellulare durante la guida (nell'ultima settimana precedente l'intervista)		
Non utilizzatore	1	--
Utilizzatore	1,1	0,707
Comportamento da bullo		
No	1	--
Sì	0,8	0,224
Rapporti sessuali		
Nessuno	1	--
Precoce (prima di 14 anni)	1,2	0,514

Nel secondo modello, invece, dove la variabile di indagine è “Incidente con ricovero ospedaliero vs nessun incidente” (Tabella 2.26), è di nuovo possibile osservare che il rischio di incidente per coloro che usano sostanze stupefacenti è maggiore del 90% rispetto a coloro che non hanno questa abitudine, inoltre emerge che il rischio di incorrere in un incidente stradale per coloro che ripetono l'anno è 2,4 volte superiore rispetto a quello di coloro che hanno un percorso scolastico regolare. È inoltre opportuno segnalare che il dato dei bevitori binge (ai limiti della

significatività statistica) indica che coloro che hanno questa abitudine presentano un rischio doppio di incorrere in un incidente rispetto a coloro che non ce l'hanno.

Tabella 2.26

Risultati del modello di regressione logistica aggiustato per età e genere. Variabile di indagine: “Incidente con ricovero ospedaliero vs nessun incidente” - Anno 2011

VARIABILE	OR	P
Ripetente		
No	1	--
Sì	2,4	0,000
Gioco		
No	1	--
Sì	1,3	0,467
Fumo di sigaretta		
No	1	--
Sì	0,7	0,103
Bevitore		
Non bevitore	1	--
Bevitore non binge	1,3	0,595
Bevitore binge	2,1	0,056
Sostanze psicotrope (nell'ultimo anno precedente l'intervista)		
Non utilizzatore	1	--
Utilizzatore	1,9	0,031
Uso del cellulare durante la guida (nell'ultima settimana precedente l'intervista)		
Non utilizzatore	1	--
Utilizzatore	1,5	0,073
Comportamento da bullo		
No	1	--
Sì	1,5	0,127
Rapporti sessuali		
Nessun rapporto	1	--
Precoce (prima di 14 anni)	1,0	0,892

I risultati, infine, del terzo e ultimo modello, dove la variabile di indagine è “Incidente con accesso al PS oppure ricovero ospedaliero vs nessun incidente” (Tabella 2.27), sono in linea con quelli rilevati nei due precedenti modelli e, in generale, indicano che esiste un rischio maggiore di incorrere in incidenti stradali per coloro che consumano sostanze stupefacenti e che hanno dovuto ripetere l'anno, rispetto a chi invece non presenta queste caratteristiche.

Tabella 2.27

Risultati del modello di regressione logistica aggiustato per età e genere. Variabile di indagine: “Incidente con accesso al PS oppure ricovero ospedaliero vs nessun incidente” - Anno 2011

VARIABILE	OR	<i>p</i>
Ripetente		
No	1	--
Sì	1,4	0,069
Gioco		
No	1	--
Sì	1,3	0,156
Fumo di sigaretta		
No	1	--
Sì	0,8	0,296
Bevitore		
Non bevitore	1	--
Bevitore non binge	1,0	0,892
Bevitore binge	1,2	0,421
Sostanze psicotrope (nell'ultimo anno precedente l'intervista)		
Non utilizzatore	1	--
Utilizzatore	1,9	0,000
Uso del cellulare durante la guida (nell'ultima settimana precedente l'intervista)		
Non utilizzatore	1	--
Utilizzatore	1,2	0,209
Comportamento da bullo		
No	1	--
Sì	1,0	0,922
Rapporti sessuali		
Nessun rapporto	1	--
Precoce (prima di 14 anni)	1,2	0,446

LA SICUREZZA STRADALE IN SINTESI

Nel campione intervistato:

- il **6,4%** è stato coinvolto in un incidente stradale che ha richiesto l'accesso al Pronto soccorso come pedone
- il **16,1%** è stato coinvolto in un incidente stradale che ha richiesto l'accesso al Pronto soccorso come passeggero
- il **34,2%** ha guidato dopo aver bevuto un po' troppo, oppure ha guidato dopo aver assunto sostanze stupefacenti, oppure è salito su un mezzo guidato da chi ha bevuto un po' troppo o assunto sostanze stupefacenti, almeno una volta nell'ultimo anno precedente l'intervista

Tra i guidatori abituali:

- il **47,1%** (nel 2005 era il 51,7%) è stato coinvolto in un incidente stradale
- Le AUSL di Prato, Firenze, Empoli e Viareggio sono quelle con percentuali maggiori di incidenti stradali, mentre risulta decisamente al di sotto della media regionale l'incidentalità nelle AUSL di Pistoia, Arezzo e Grosseto
- il **28,7%** è incorso in un incidente che ha richiesto l'accesso al Pronto soccorso, mentre il **13,6%** è incorso in un incidente che ha richiesto il ricovero ospedaliero
- il **23,6%** (-4,8 rispetto al 2008 e -5,2% rispetto al 2005) ha guidato dopo aver bevuto un po' troppo, almeno una volta nell'ultimo anno precedente l'intervista
- il **12,5%** (-4,6 rispetto al 2008 e -3,7% rispetto al 2005) ha guidato dopo aver assunto sostanze stupefacenti, almeno una volta nell'ultimo anno precedente l'intervista
- il **25,7%** ha parlato al cellulare durante la guida almeno una volta nella settimana precedente l'intervista
- il **9,4%** è stato fermato per controllare il tasso alcolemico almeno una volta nell'ultimo anno precedente l'intervista

Capitolo 3

I fattori di rischio dell'infortunistica stradale

L'abitudine al fumo
Cristina Orsini

**Il consumo di
bevande alcoliche**
Fabio Voller

**Il consumo di
sostanze psicotrope**
Fabio Voller
Alice Berti

3.1 L'abitudine al fumo

L'epidemiologia del tabacco costituisce una delle più grandi sfide di sanità pubblica. Il consumo di tabacco causa più decessi di alcol, aids, droghe, incidenti stradali, omicidi e suicidi considerati complessivamente¹. L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) ha inserito il consumo di tabacco tra i sette principali fattori di rischio responsabili della maggioranza delle malattie non trasmissibili in Europa, insieme a ipertensione, alcol, ipercolesterolemia, sovrappeso, scarsa assunzione di frutta e verdura e inattività fisica, definendolo come "la più grande minaccia per la salute nella Regione Europea".

Nel mondo i fumatori sono circa 650 milioni e i morti a causa del fumo sono circa 5,4 milioni ogni anno. In generale, il numero di fumatori sembra aumentare con l'aumento demografico della popolazione; si prevede che nel 2030 saranno circa 2 miliardi i fumatori in tutto il mondo e si stima che i decessi fumo-correlati saranno 8 milioni².

Nei paesi sviluppati il consumo di tabacco è andato stabilizzandosi ma, considerando anche i paesi in via di sviluppo, risulta che questa abitudine si diffonde in percentuale sempre più alta nella popolazione mondiale. Inoltre, la diminuzione dei fumatori nei paesi sviluppati è dovuta interamente al genere maschile, poiché nelle femmine, negli ultimi 50 anni, il fenomeno è aumentato progressivamente.

3.1.1 Dal contesto nazionale e regionale all'indagine EDIT

Prima di concentrarci sui dati EDIT, è utile inquadrare l'abitudine al fumo nel contesto nazionale e regionale in un trend costruito utilizzando i dati ISTAT dal 1980 al 2010.

In Toscana, come in Italia, tra i soggetti che hanno più di 13 anni, si osserva un trend orientato alla riduzione della proporzione di consumatori di tabacco. Nel 1980, sia a livello regionale che nazionale, si registrava una proporzione di fumatori pari a circa il 35%; nel 2010, in entrambi i casi, si osserva una diminuzione del fenomeno che coinvolge il 23,3% degli italiani e il 22,9% dei toscani (Figura 3.1).

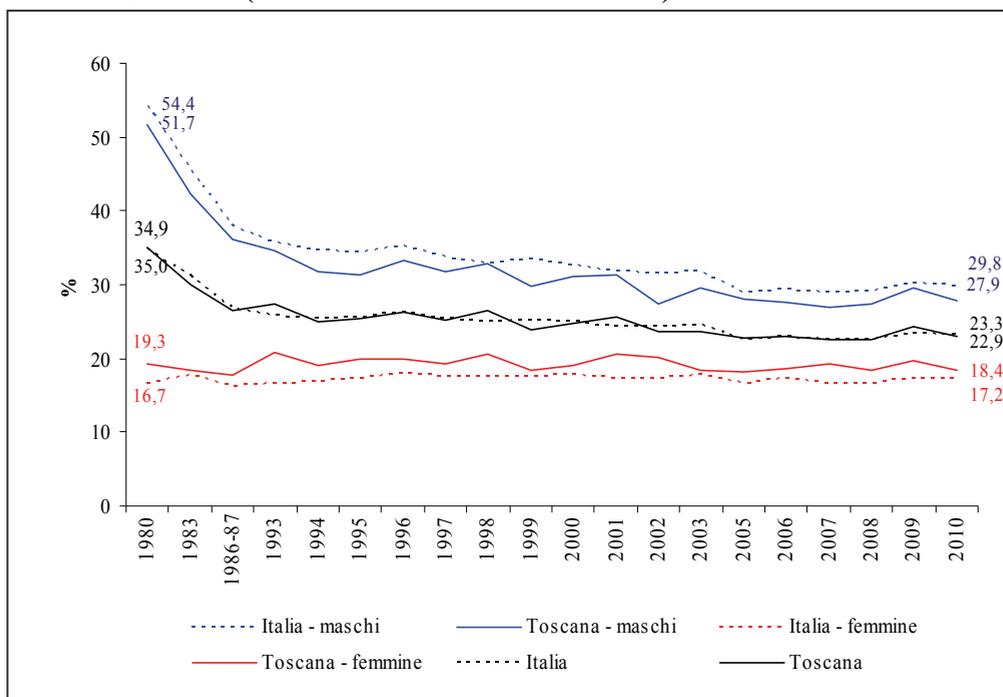
¹ Ministero della salute. Tumori, prevenzione primaria, fumo di tabacco. <http://www.salute.gov.it>

² WHO (2011), Report on the global tobacco epidemic: warning about dangers of tobacco. World Health Organization, Geneva.

Questo andamento decrescente è dovuto essenzialmente alla diminuzione dell'abitudine al fumo da parte del genere maschile (si passa dal 54,4% nel 1980 al 29,8% nel 2010 in Italia e dal 51,7% nel 1980 al 27,9% nel 2010 in Toscana), mentre la proporzione di fumatrici tende a rimanere costante negli anni.

Figura 3.1

Fumatori in Toscana e in Italia (%), anni 1980-2010: età ≥ 14 anni; anni 1986-1987: età ≥ 10 anni (elaborazioni ARS su dati ISTAT)



A livello nazionale, il comportamento dei giovani (14-19 anni) sembra non risentire della generale tendenza alla riduzione della diffusione dell'abitudine al fumo, passando da una proporzione di giovani fumatori dell'11% nel 1993 a quella del 14,2% nel 2010 (Tabella 3.1). Questo aumento riguarda in ugual misura sia i maschi sia le femmine, con un aumento del consumo di tabacco di circa il 3% in 17 anni. Il genere maschile passa dal 14,1% di giovani fumatori nel 1993 al 17,2% nel 2010, mentre per le femmine si passa dal 7,7% nel 1993 al 10,8% nel 2010.

In Toscana, l'abitudine al fumo tra gli adolescenti sembra rimanere pressoché costante dal 1993 al 2009 (rispettivamente 15,6% di fumatori e 15,9%) senza forti differenze di genere, ma sembra subire un'importante diminuzione nel 2010,

passando ad una proporzione di fumatori del 10,5% che coinvolge entrambi i generi ma, in particolare, il genere femminile (maschi: 19,3% nel 1993 e 15,4% nel 2010; femmine: 11,6% nel 1993 e 5,9% nel 2010). Una riduzione così forte, in Toscana, si era già osservata nel 2001, ma si era trattato di un caso isolato, poiché negli anni successivi la proporzione era tornata ad essere simile a quella degli anni precedenti. A fronte di questo, prima di affermare una forte diminuzione dell'abitudine al fumo fra i giovani toscani, crediamo sia opportuno aspettare che il dato ISTAT del 2010 trovi conferma nelle prossime indagini.

Tabella 3.1

Fumatori in Toscana e in Italia (%), per classi di età - Popolazione generale - Anni 1993 e 2010 (elaborazioni ARS su dati ISTAT)

Classi di età (anni)	Toscana		Italia	
	1993	2010	1993	2010
14-19	15,6	10,5	11,0	14,2
20-29	33,3	33,6	30,8	30,8
30-39	37,0	26,7	34,6	29,8
40-49	38,2	29,4	34,9	29,4
50-59	29,9	27,8	27,1	27,1
60-69	20,2	18,1	20,1	19,0
70 +	9,7	11,3	10,0	8,0

In merito alla quantità di sigarette fumate, sia in Italia sia in Toscana si osserva una riduzione del numero medio consumato giornalmente: dal 1993 al 2010, in Italia si passa da 10,7 a 7,4 sigarette al giorno, mentre in Toscana da 10 a 9.

I dati epidemiologici indicano la necessità di formulare azioni di informazione e sensibilizzazione sui danni da fumo di sigaretta, incentrate e mirate in modo particolare sui giovani, consapevoli che il processo di cambiamento degli stili di vita di un paese deve necessariamente passare dalle nuove generazioni. La maggior parte dei fumatori, infatti, sviluppa la propria abitudine al fumo in età adolescenziale, avendo così una maggiore probabilità di essere tabagista in età adulta³.

L'indagine EDIT, nata per studiare i determinanti dell'infortunistica stradale, ci ha permesso di fare un focus sull'abitudine al fumo in questa fascia di età e soprattutto di operare distinzioni a livello territoriale. La sezione del questionario

³ Carson KV, Brinn MP, Labiszewski NA, et al. (2011), Community interventions for preventing smoking in young people. Cochrane Database System Review, 7: CD001291.

relativa al consumo di tabacco ha avuto un tasso di risposta del 99,8%; in pratica, su 4.850 studenti intervistati, soltanto 9 non hanno indicato nessuna risposta relativa a tale sezione.

3.1.2 Il consumo di tabacco per genere, età e AUSL di residenza

Nonostante la proporzione di adolescenti che ha provato a fumare non sia un indicatore di questa abitudine, risulta comunque interessante come indice della curiosità dei giovani verso questo tipo di comportamento. Dall'indagine del 2011 emerge che circa il 65% dei ragazzi, almeno una volta, ha provato a fumare sigarette (Tabella 3.2). Il dato raccolto nel 2011 è molto simile a quello della prima edizione dell'indagine EDIT, mentre nel 2008 si osservava un aumento di tale proporzione (circa 68%).

Dai dati ottenuti nelle tre rilevazioni le ragazze risultano avere una maggiore curiosità verso questo comportamento rispetto ai giovani maschi: la differenza del 5,9% osservata nel 2005 tra la proporzione di femmine che hanno provato a fumare e quella dei maschi diventa nel 2008 il 7,2% e nel 2011 quasi l'8%. A differenza della popolazione adulta, in questa fascia di età è tra le ragazze che si osserva una proporzione maggiore di fumatrici, mentre tra i giovani di genere maschile questa proporzione è più bassa.

Dall'analisi per AUSL non emergono sostanziali differenze territoriali: sono comunque le AUSL di Prato e Lucca quelle in cui si è osservata una minore proporzione di studenti che hanno provato a fumare, mentre in quella di Grosseto la proporzione di sperimentatori è di oltre 6 punti percentuali sopra la media regionale. Nell'indagine del 2011, per il genere maschile, le AUSL in cui si osserva la proporzione più alta di ragazzi che hanno provato a fumare sono quelle di Pisa e Grosseto (circa il 68%), mentre la proporzione più bassa si registra nella AUSL di Prato (52,2%). Prato si conferma il territorio in cui è minore la propensione a sperimentare il consumo di tabacco anche per il genere femminile (51,7%), mentre la AUSL in cui questa propensione è maggiore per le ragazze è quella di Viareggio (77,3%).

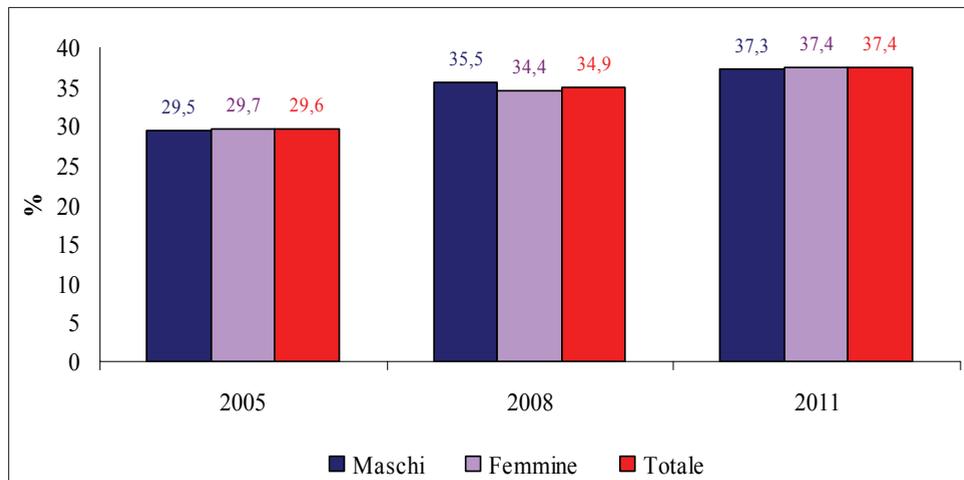
Tabella 3.2

Distribuzione percentuale degli studenti che hanno provato a fumare sigarette almeno una volta nella vita per AUSL - Confronto 2005-2008-2011

AUSL	2005			2008			2011		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
AUSL 1 - MS	68,9	58,8	64,1	63,0	61,4	62,2	55,1	64,7	59,5
AUSL 2 - LU	59,8	67,0	63,3	60,7	66,7	63,6	53,6	60,5	57,0
AUSL 3 - PT	56,7	63,0	59,8	65,3	76,3	70,7	63,6	68,2	65,8
AUSL 4 - PO	66,5	61,5	64,0	68,9	75,5	72,1	52,2	51,7	52,0
AUSL 5 - PI	59,7	67,7	63,5	54,2	56,5	55,3	68,2	71,7	69,9
AUSL 6 - LI	53,9	72,4	63,0	59,8	78,2	68,8	66,9	72,7	69,7
AUSL 7 - SI	64,3	73,3	68,6	61,9	70,9	66,2	63,0	65,0	64,0
AUSL 8 - AR	70,7	67,4	69,1	61,6	65,6	63,5	54,6	72,1	63,5
AUSL 9 - GR	67,0	69,5	68,2	67,5	72,4	69,9	68,1	74,5	71,1
AUSL 10 - FI	64,2	71,6	67,8	68,9	75,1	71,9	60,9	70,5	65,6
AUSL 11 - Emp	77,5	64,7	71,2	71,7	77,4	74,4	60,8	70,8	65,5
AUSL 12 - Viar	53,4	66,0	59,5	55,7	71,0	63,1	62,6	77,3	69,7
Regione Toscana	61,9	67,5	64,9	63,8	71,0	67,7	60,9	68,8	64,8
	<i>p=0,0000</i>			<i>p=0,0000</i>			<i>p=0,0000</i>		

Fra coloro che hanno provato a fumare, una percentuale sempre maggiore nelle tre rilevazioni sviluppa l'abitudine al consumo regolare di tabacco, passando dal 29,6% del 2005 al 37,4% del 2011 (Figura 3.2).

Figura 3.2
Distribuzione percentuale degli studenti che hanno provato a fumare e sono diventati consumatori regolari di tabacco per genere - Confronto 2005-2008-2011



Il 14% degli studenti intervistati nel 2011 dichiara di consumare saltuariamente sigarette in occasioni particolari e/o chiedendo qualche tiro o sigaretta agli amici, con una prevalenza femminile superiore a quella dei maschi (15,3% vs 12,7%), rispecchiando per genere la propensione a sperimentare il tabacco. Nonostante questi giovani non possano essere considerati fumatori abituali, è comunque importante volgere loro particolare attenzione, poiché mostrano una maggiore attitudine, rispetto a coloro che non hanno mai acceso una sigaretta, a diventare fumatori abituali in futuro. Nel 2011, il 24,1% degli studenti risulta essere fumatore regolare e il 14% fumatore occasionale, con proporzioni più alte delle studentesse rispetto agli studenti maschi⁴ (Tabella 3.3).

⁴ Pritchard C, Cox M (2007), Comparison of problematic behaviours of 10th and 11th year Southern English adolescents in 1985 and 2005. part I: trends in gender behaviour. International Journal of Adolescent Medicine and Health, 19: 127-40.

Tabella 3.3
Distribuzione percentuale dell'abitudine al fumo per genere - Anno 2011

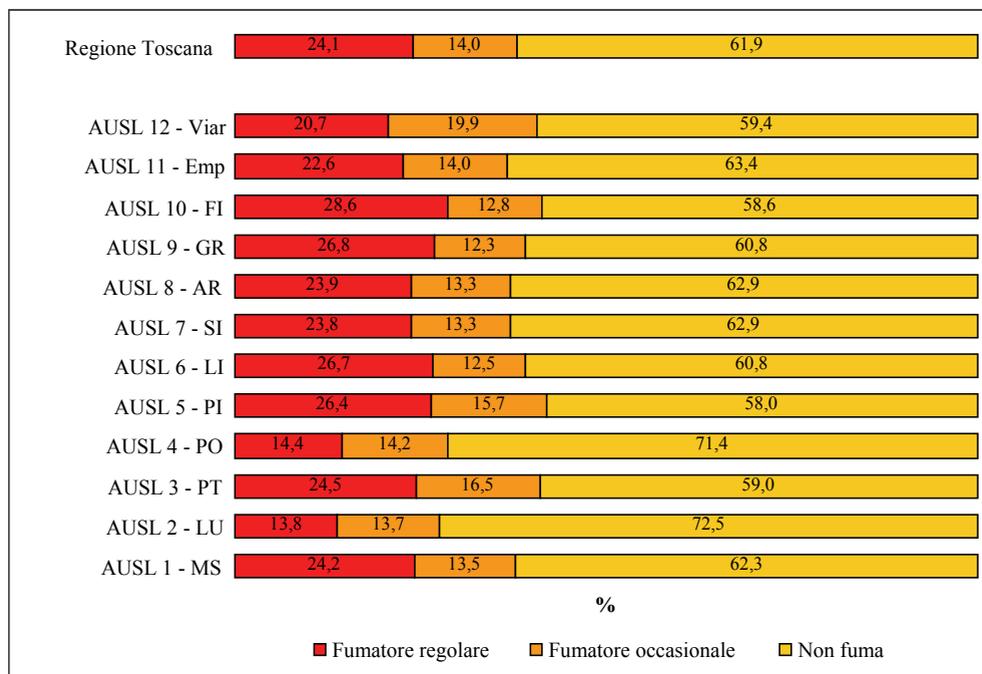
Abitudine al fumo	2011 (N=4.784)		
	Maschi	Femmine	Totale
Fumatore regolare	22,6	25,7	24,1
Fumatore occasionale	12,7	15,3	14,0
Non fumatore	64,7	59,0	61,9
Totale	100	100	100

p=0,0026

Analizzando il campione a livello territoriale, emergono delle differenze fra le AUSL toscane, come pure differenze rispetto alla distribuzione di coloro che hanno provato a fumare almeno una volta nel corso della vita.

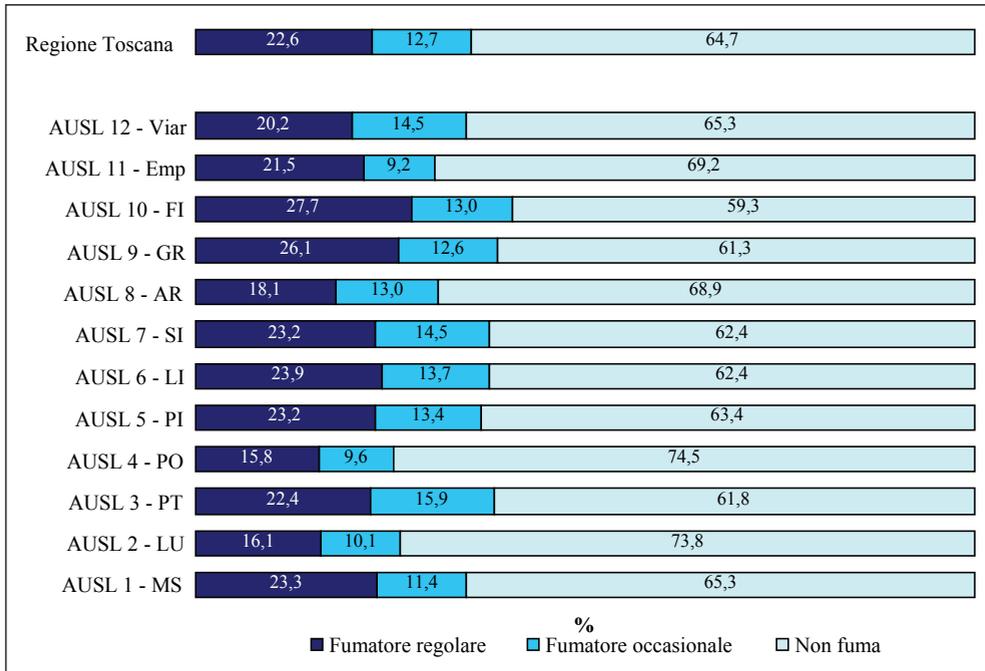
In generale, la quota maggiore di fumatori regolari si osserva nella AUSL di Firenze (28,6%) e comunque, seppur con prevalenze più basse, le AUSL di Massa-Carrara, Pistoia, Pisa, Livorno e Grosseto presentano percentuali di fumatori più elevate del valore regionale (Figura 3.3). Le AUSL di Pisa e Pistoia presentano anche proporzioni di fumatori occasionali superiori a quella regionale, insieme alle AUSL di Prato e Viareggio. Nelle AUSL di Lucca e Prato si riscontra una proporzione di fumatori regolari molto al di sotto della media regionale, mentre le prevalenze più basse di fumatori occasionali si riscontrano nelle AUSL di Grosseto, Livorno e Firenze. Le AUSL in cui, in generale, si è registrata una minore socializzazione al consumo di tabacco sono quelle di Lucca e Prato, in cui si osservano prevalenze di studenti che non hanno mai acceso una sigaretta superiori al 70%.

Figura 3.3
Distribuzione percentuale dell'abitudine al fumo per AUSL - Anno 2011



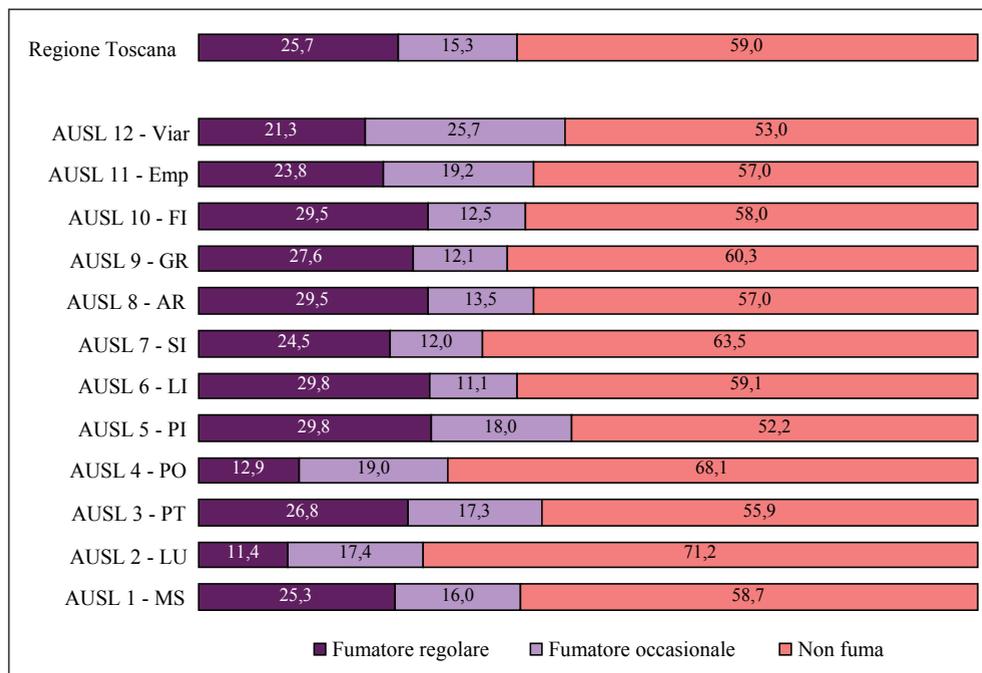
Per i maschi, le AUSL di Firenze e Grosseto mostrano prevalenze di fumatori regolari molto al di sopra della media regionale (rispettivamente 27,7% e 26,1%), mentre le prevalenze più basse si osservano nelle AUSL di Prato, Lucca e Arezzo (Figura 3.4). È la AUSL di Firenze quella in cui si registra la quota più alta di fumatori (occasionalmente e regolari insieme), mentre le AUSL in cui si osservano le proporzioni maggiori di studenti che non hanno mai socializzato al consumo di tabacco sono quelle di Prato e Lucca (rispettivamente 74,5% e 73,8%) con quasi 10 punti percentuali oltre la media regionale.

Figura 3.4
Distribuzione percentuale dell'abitudine al fumo per AUSL - Anno 2011 -
Maschi



Nelle AUSL di Pisa, Livorno, Arezzo e Firenze la proporzione di fumatrici è evidentemente sopra la media regionale (29,8% per le prime due e 29,5% per le ultime), ma valori al di sopra del dato toscano si osservano anche nelle AUSL di Grosseto e Pistoia. A Lucca e Prato le percentuali di fumatrici risultano rispettivamente l'11,4% e il 12,9%, molto al di sotto della media regionale (Figura 3.5). Pisa e Viareggio sono le AUSL in cui la quota di fumatrici regolari e occasionali insieme è più alta (oltre il 47%), mentre la AUSL di Lucca si conferma il territorio in cui si osserva la proporzione maggiore di studentesse che non hanno mai acceso una sigaretta.

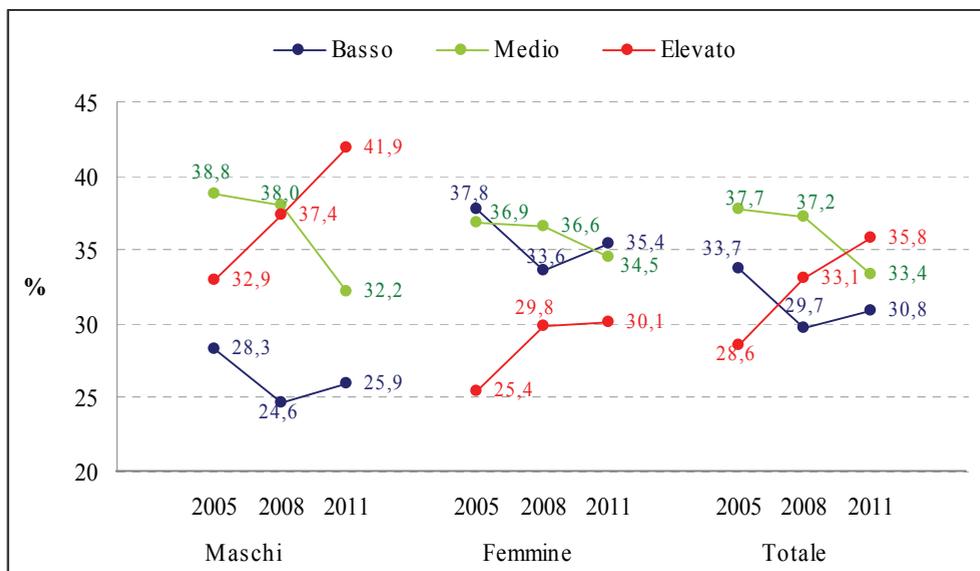
Figura 3.5
Distribuzione percentuale dell'abitudine al fumo per AUSL - Anno 2011 -
Femmine



Ai ragazzi è stato chiesto: “Se fumi con regolarità, quante sigarette fumi al giorno?”. Per facilitare la lettura dei dati in fase di presentazione dei risultati, le categorie di risposta del quesito previsto nel questionario sono state classificate in tre modalità sintetiche: fino a 5 sigarette al giorno il consumo è stato definito “basso”, da 6 a 10 sigarette “medio”, oltre le 10 sigarette “elevato”.

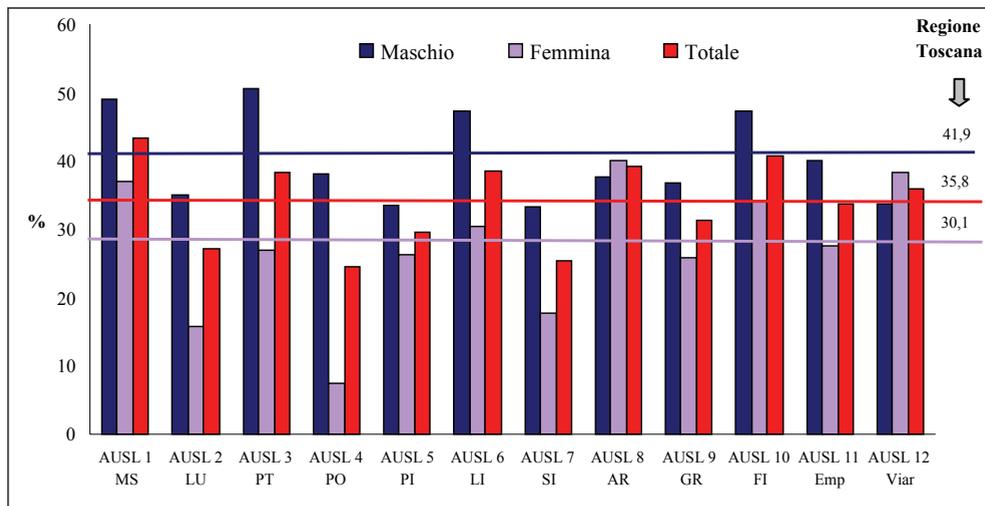
In Figura 3.6 si osserva chiaramente come dal 2005 al 2011 la tendenza dei fumatori sia quella di consumare un numero sempre maggiore di sigarette. Nel 2011, nel genere maschile, quasi il 42% dei fumatori ha un consumo giornaliero elevato, mentre i consumi medi e bassi si attestano rispettivamente intorno al 32% e al 26%. Per le femmine, invece, le percentuali più alte di fumatrici consumano un numero medio e basso di sigarette (per entrambi i consumi si osserva una percentuale di circa il 35%), mentre i consumi elevati riguardano approssimativamente il 30% delle adolescenti.

Figura 3.6
La proporzione dei fumatori per livelli di consumo di sigarette - Trend 2005-2008-2011



A livello territoriale, le AUSL in cui si osservano i consumi più elevati di sigarette, superiori alla media regionale, sono quelle di Massa-Carrara, Pistoia, Livorno, Arezzo e Firenze (Figura 3.7). Nell'analisi per genere, le quote che superano il valore regionale di ragazzi che fumano più di 10 sigarette al giorno si osservano nelle AUSL di Massa-Carrara, Pistoia, Livorno e Firenze mentre, per le femmine, le AUSL in cui si osservano proporzioni di forti fumatrici superiori al valore regionale sono quelle di Massa-Carrara, Arezzo, Firenze e Viareggio. Le AUSL di Massa-Carrara e Firenze, quindi, sono quelle in cui si evidenziano proporzioni superiori ai valori regionali sia per i maschi sia per le femmine.

Figura 3.7
Distribuzione percentuale dei fumatori con consumo giornaliero elevato per AUSL e genere - Anno 2011



Confermando i dati delle rilevazioni precedenti, la maggior parte dei ragazzi che consumano abitualmente sigarette, sia maschi sia femmine, inizia tra i 14 e i 16 anni (Tabella 3.4); rimane inoltre invariata l'età media (15 anni)⁵ a livello regionale di inizio del consumo di tabacco.

⁵ Golan L, Lubanda JC, Netuka M, et al. (2004), Tobacco use amongst high school students in the Czech Republic. Central European Journal of Public Health, 12: 32-5.

Tabella 3.4

Distribuzione percentuale dell'età di inizio del consumo regolare di sigarette per genere - Anno 2011

Età di inizio del consumo di tabacco	2011 (N=1.075)		
	Maschio	Femmina	Totale
< 12 anni	2,9	0,6	1,7
12 anni	2,7	2,9	2,8
13 anni	11,7	8,5	10,0
14 anni	19,0	26,2	22,7
15 anni	25,3	28,8	27,1
16 anni	22,1	21,5	21,8
17 anni	11,6	8,8	10,1
18 anni	3,9	1,9	2,8
19 anni	0,6	0,6	0,6
20 anni	0,2	0,2	0,2
≥21 anni	0,0	0,0	0,0
Totale	100	100	100

p=0,0480

Se per fumatori precoci si intendono i ragazzi che iniziano a fumare prima dei 14 anni, in Tabella 3.5 possiamo verificare che le maggiori proporzioni si osservano nelle AUSL di Grosseto, Arezzo, Pistoia e Siena.

Tabella 3.5**Distribuzione percentuale dell'età di inizio del consumo regolare di sigarette per AUSL - Anno 2011**

Età	AUSL 1 MS	AUSL 2 LU	AUSL 3 PT	AUSL 4 PO	AUSL 5 PI	AUSL 6 LI	AUSL 7 SI	AUSL 8 AR	AUSL 9 GR	AUSL 10 FI	AUSL 11 Emp	AUSL 12 Viar	Regione Toscana
<12 anni	0,0	1,2	3,0	1,0	1,1	4,1	0,7	1,8	5,5	0,5	2,6	0,0	1,7
12 anni	0,0	1,4	3,6	0,0	6,1	1,4	0,0	5,1	4,1	2,8	0,0	5,6	2,8
13 anni	12,3	6,3	11,1	10,9	6,0	4,2	15,8	13,1	11,2	10,8	11,3	4,2	10,0
14 anni	29,0	32,9	16,1	22,7	27,3	20,4	17,7	22,7	24,7	19,9	26,7	30,0	22,7
15 anni	28,2	25,1	27,4	17,0	21,4	33,0	36,0	18,7	29,5	28,6	26,7	29,8	27,1
16 anni	14,4	17,8	17,1	33,2	29,2	15,4	19,3	30,3	16,3	22,5	25,3	12,5	21,8
17 anni	11,0	10,0	16,9	12,4	6,1	14,4	6,6	6,8	7,4	11,6	5,3	9,9	10,1
18 anni	1,5	3,2	3,5	0,0	2,8	4,8	1,9	1,4	1,2	3,2	2,1	8,0	2,8
19 anni	3,6	2,1	1,3	0,0	0,0	1,1	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6
20 anni	0,0	0,0	0,0	2,8	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
≥21 anni	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Totale	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

p=0,0324

Prendendo in esame il genere maschile, è nella AUSL di Grosseto che si osserva la maggiore proporzione di fumatori precoci, con una quota pari al 32,6% vs il 17,3% del dato regionale, seguita dalle AUSL di Siena, Pistoia e Pisa, le cui proporzioni si attestano comunque oltre il 20%. Le ragazze più precoci vivono nella AUSL di Arezzo, con una proporzione del 21,9% vs il 12% regionale.

Più in generale, se consideriamo soltanto gli studenti precoci che consumano regolarmente tabacco, possiamo affermare che i maschi accendono la prima sigaretta prima delle femmine (17% vs 12%).

3.1.3 Il consumo di tabacco secondo l'istituto scolastico frequentato

L'influenza del gruppo dei pari gioca un ruolo molto importante nell'acquisizione da parte dei giovani di alcune abitudini che, col passare degli anni, si consolidano come veri e propri stili di vita⁶. In questo senso, il tipo di istituto scolastico frequentato è stato utilizzato come indicatore (seppure molto parziale) del

⁶ Simons-Morton BG, Farhat T (2010), Recent findings on peer group influences on adolescent smoking. Journal of Primary Prevention, 31: 191-208.

contesto sociale in cui si muovono gli studenti al fine di valutare la sua influenza nell'atteggiamento dei giovani nei confronti del fumo di sigaretta.

La distribuzione degli intervistati che hanno provato a fumare almeno una volta nella vita presenta lo stesso andamento nei diversi anni di indagine (Tabella 3.6), senza distinzione di genere. Nell'edizione 2011 il 58,2% di studenti che frequentano il liceo scientifico o classico ha provato a fumare sigarette e tale percentuale sale al 65,9% e al 72,6%, rispettivamente per gli studenti degli istituti tecnici e dei licei socio-pedagogici e per quelli degli istituti professionali e ad indirizzo artistico.

Tabella 3.6

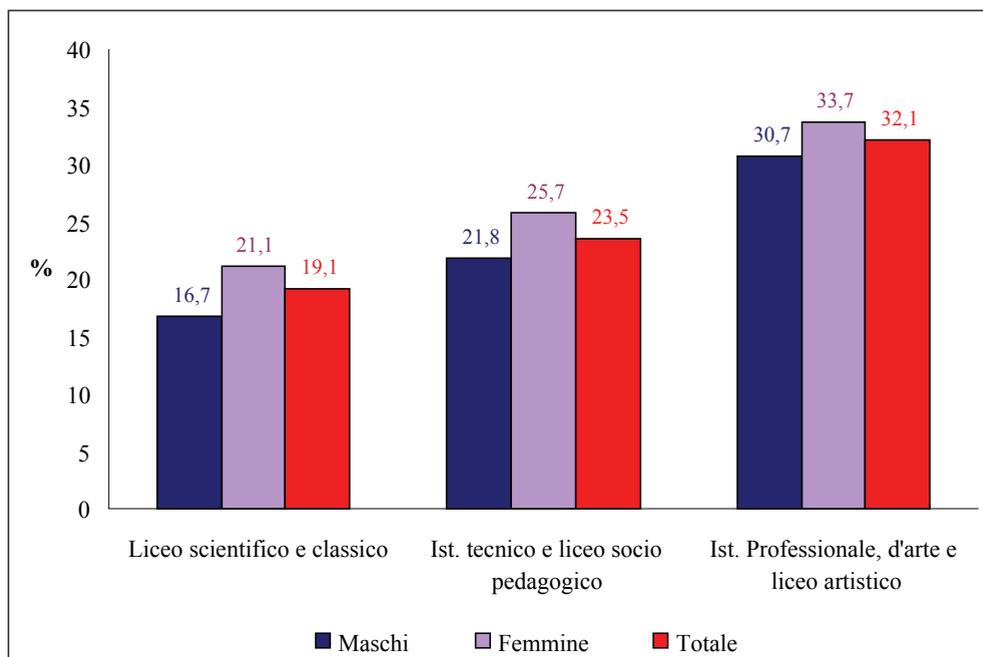
Distribuzione degli studenti che hanno provato a fumare almeno una volta nella vita secondo la tipologia di istituto e il genere - Confronto 2005-2008-2011

Tipologia di istituto	2005			2008			2011		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
Liceo scientifico e classico	53,7	60,6	57,6	54,3	62,2	59,0	52,5	62,9	58,2
Ist. tecnico e liceo socio-pedagogico	62,3	70,3	66,9	65,3	73,7	70,0	62,4	70,5	65,9
Ist. professionale, d'arte e liceo artistico	72,9	75,4	74,0	69,3	77,3	73,2	68,8	77,1	72,6
Totale	61,9	67,5	64,9	63,8	71,0	67,7	60,9	68,8	64,8
	<i>p=0,000</i>			<i>p=0,000</i>			<i>p=0,000</i>		

Lo stesso andamento si osserva nella distribuzione di coloro che consumano regolarmente tabacco⁷ (Figura 3.8).

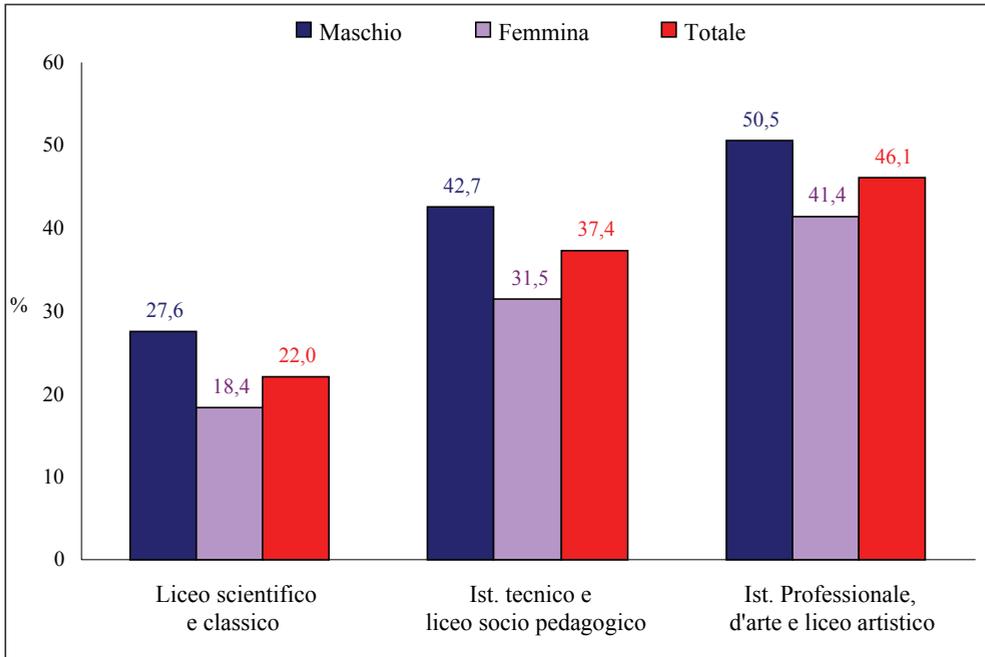
⁷ Holmberg LI, Hellberg D (2007), Health, health-compromising behavior, risk-taking behavior and sexuality in female and male high school students in vocational compared with theoretical programs in Sweden. International Journal of Adolescent Medicine and Health, 19: 459-72.

Figura 3.8
Distribuzione percentuale dei fumatori regolari secondo la tipologia di istituto e il genere - Anno 2011



La tipologia di istituto frequentato sembra avere una certa influenza anche sul quantitativo di sigarette fumate al giorno presentando lo stesso andamento per le tre rilevazioni e per genere. Dalla distribuzione dei forti fumatori (più di 10 sigarette al giorno) presentata in Figura 3.9 si può osservare come la quota del 22% osservata tra gli studenti del liceo scientifico e classico aumenti al 37,4% tra gli studenti degli istituti tecnici e dei licei socio-pedagogici e arrivi al 46,1% tra coloro che hanno scelto un istituto professionale o ad indirizzo artistico.

Figura 3.9
Distribuzione percentuale dei forti fumatori secondo la tipologia di istituto e il genere - Anno 2011



Il tipo di istituto superiore frequentato, espressione del contesto di vita socio-culturale dei giovani, sembra avere influenza sulla precocità dell'adolescente ad avvicinarsi al consumo di tabacco: quasi il 9% dei fumatori regolari che frequentano il liceo classico o scientifico ha iniziato a fumare prima dei 14 anni, contro il 14,3% dei ragazzi che frequentano gli istituti tecnici o il liceo socio-pedagogico e il 19,3% di coloro che frequentano un istituto professionale o ad indirizzo artistico.

3.1.4 Il consumo di tabacco secondo il livello di istruzione familiare e le abitudini dei genitori

L'analisi dell'abitudine al fumo degli adolescenti, così come di ogni altro stile di vita in questa fascia di età, non può prescindere dal contesto familiare e dal ruolo che la famiglia ricopre⁸. Il livello culturale familiare e ancor più l'abitudine al fumo dei genitori svolgono un ruolo importante e capace di influenzare le abitudini dei figli^{9,10}.

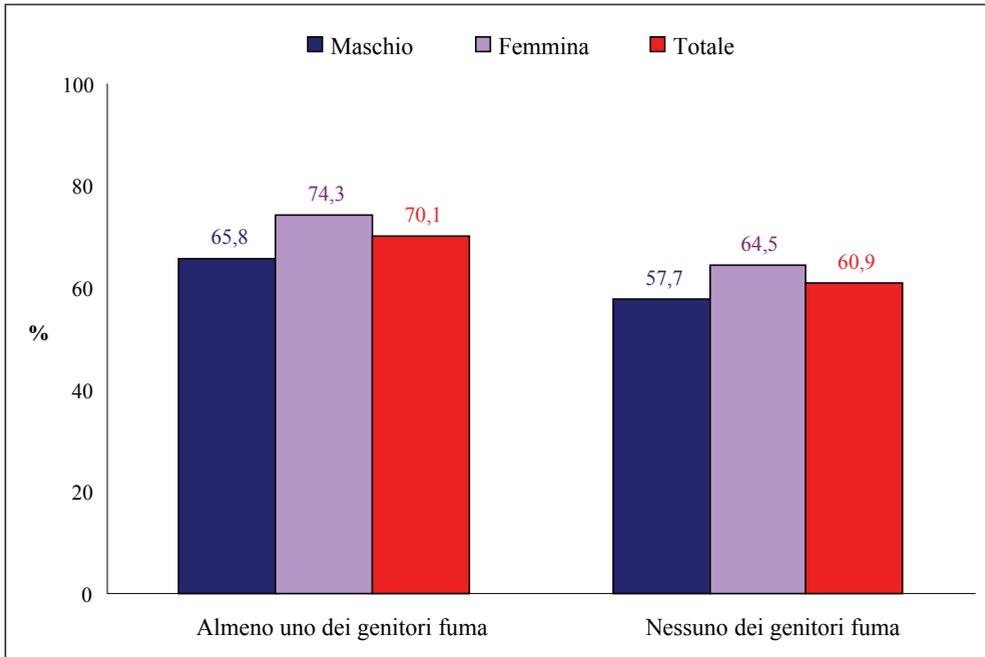
Agli studenti che hanno fatto parte del campione è stato chiesto se i loro genitori fossero fumatori per verificare se l'abitudine presente nell'ambiente familiare alimenta la curiosità dei figli nello sperimentare il consumo di tabacco e a consolidarlo come un'abitudine. Così come per le rilevazioni precedenti, dai dati raccolti nel 2011 possiamo osservare (Figura 3.10) come i ragazzi che appartengono a nuclei familiari in cui nessuno dei genitori fuma abbiano una minore propensione al fumo, con proporzioni più basse di studenti che hanno acceso una sigaretta almeno una volta nella vita.

⁸ Di Clemente RJ, Wingood GM, Crosby R, et al. (2001), Parental monitoring: association with adolescents' risk behaviors. *Pediatrics*, 107: 1363-8.

⁹ Brown SL, Rinelli LN (2010), Family Structure, Family Processes, and Adolescent Smoking and Drinking. *Journal of Research on Adolescence*, 20: 259-73.

¹⁰ Leonardi-Bee J, Jere ML, Britton J (2011), Exposure to parental and sibling smoking and the risk of smoking uptake in childhood and adolescence: a systematic review and meta-analysis. *Thorax*, 66: 847-55.

Figura 3.10
Distribuzione percentuale degli studenti che hanno fumato sigarette almeno una volta nella vita secondo l'abitudine dei genitori - Anno 2011



L'esempio dei genitori sembra essere ancora più marcato se si considerano i fumatori regolari: nelle famiglie in cui almeno uno dei genitori fuma, il 30,9% dei ragazzi compra abitualmente le sigarette, contro il 19,3% degli studenti che vivono in un ambiente in cui nessuno dei genitori ha sviluppato questa abitudine (Tabella 3.7). Questo dato, seppure con proporzioni che crescono a favore di una sempre maggiore percentuale di fumatori in quella fascia di età, si riscontra in tutte e tre le rilevazioni EDIT.

Tabella 3.7**Distribuzione percentuale dei fumatori regolari in relazione all'abitudine dei genitori - Confronto 2005-2008-2011**

Abitudine al fumo dei genitori	2005			2008			2011		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
Almeno uno dei genitori fuma	22,1	27,2	24,9	28,7	31,4	30,2	28,4	33,3	30,9
Nessuno dei genitori fuma	15,1	14,2	14,6	17,4	18,2	17,8	18,7	20,1	19,3

*p=0,000**p=0,000**p=0,000*

Prendendo in considerazione il capitale culturale familiare (costruito assegnando al padre e alla madre il capitale culturale elevato, medio o basso in base al titolo di studio conseguito e alla famiglia il capitale culturale più alto tra i genitori), la proporzione di adolescenti che hanno fumato almeno una volta nella vita diminuisce al miglioramento del livello di istruzione familiare, passando dal 69,5% dei ragazzi che vivono in famiglie meno istruite al 60,8% nelle famiglie più istruite (Tabella 3.8). Il livello di istruzione della famiglia d'origine, vale a dire il contesto culturale dove si trova a vivere il giovane, sembra influenzare la propensione ad avvicinarsi al fumo, che risulta essere maggiore nelle realtà familiari meno scolarizzate. Si osservano, inoltre, delle differenze per genere, con percentuali di soggetti che hanno provato a fumare più alte nelle ragazze rispetto ai maschi in ognuna delle classi di capitale culturale considerate.

Tabella 3.8**Distribuzione percentuale degli studenti che hanno fumato sigarette almeno una volta nella vita secondo il livello di istruzione familiare - Anno 2011**

Livello di istruzione familiare	Maschio	Femmina	Totale
Basso	65,5	73,1	69,5
Medio	61,7	70,0	65,8
Alto	59,4	62,6	60,8

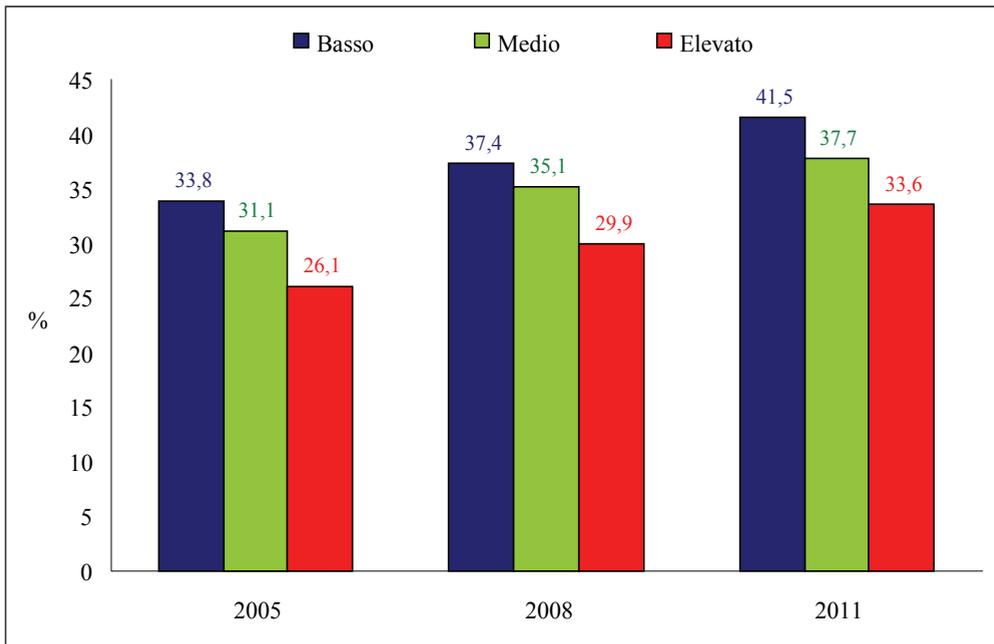
p=0,0419

Tra i ragazzi che hanno provato a fumare, la proporzione di fumatori regolari, nel 2011 come nelle edizioni precedenti, diminuisce all'aumentare del capitale culturale familiare: il 41,5% degli studenti appartenenti a famiglie con un basso livello di istruzione familiare fumano regolarmente e tale proporzione si abbassa al

37,7% e al 33,6% per i ragazzi che vivono in contesti familiari rispettivamente di medio e alto livello di istruzione (Figura 3.11).

Figura 3.11

Distribuzione percentuale dei fumatori regolari in relazione al livello di istruzione familiare - Anno 2011



Considerando l'intero campione intervistato, e non soltanto i ragazzi che hanno provato a fumare, in Tabella 3.9 si conferma la tendenza a una diminuzione dei fumatori regolari all'aumentare del capitale culturale della famiglia di appartenenza per entrambi i generi¹¹. In proposito, si può ipotizzare una migliore veicolazione del messaggio della pericolosità del consumo di sigarette laddove il livello culturale del nucleo familiare tende ad essere più elevato.

¹¹ V. nota n. 9 capitolo 3.

Tabella 3.9**Distribuzione percentuale dei fumatori regolari secondo il livello di istruzione familiare e il genere - Confronto 2005-2008-2011**

Livello di istruzione familiare	2005			2008			2011		
	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot
Basso	21,5	23,8	22,8	25,8	27,1	26,5	24,8	32,3	28,7
Medio	19,6	21,6	20,7	22,9	24,7	23,9	23,5	26,0	24,7
Elevato	16,0	16,9	16,5	19,8	19,0	19,4	18,8	22,3	20,3
	<i>p=0,0004</i>			<i>p=0,129</i>			<i>p=0,0026</i>		

Anche la quantità di sigarette fumate sembra avere una relazione nelle tre indagini EDIT, la percentuale di chi fuma “molto”, vale a dire oltre 10 sigarette al giorno, si riduce all’aumentare del livello di istruzione. Inoltre, mentre nei contesti a bassa scolarizzazione la maggior parte dei soggetti ha un consumo medio-alto, i ragazzi che vivono in famiglie con livelli elevati di scolarizzazione hanno prevalentemente un basso consumo di sigarette (Tabella 3.10).

Tabella 3.10**Proporzione di sigarette fumate quotidianamente rispetto al livello di istruzione familiare - Anno 2011**

Livello di istruzione familiare	Consumo giornaliero	Maschi	Femmine	Totale
Basso	Poco	17,2	31,8	25,9
	Medio	36,2	35,3	35,7
	Molto	46,6	32,9	38,4
	Totale	100	100	100
Medio	Poco	23,6	32,6	28,7
	Medio	38,4	37,1	37,7
	Molto	38,0	30,3	33,6
	Totale	100	100	100
Elevato	Poco	34,0	46,3	40,4
	Medio	36,0	33,3	34,6
	Molto	30,0	20,4	25,0
	Totale	100	100	100
		<i>p=0,3516</i>	<i>p=0,3328</i>	<i>p=0,4860</i>

3.1.5 Il fumo di sigaretta rispetto agli altri comportamenti a rischio

La valutazione del comportamento giovanile riguardo al consumo di tabacco dipende da un processo multifattoriale complesso che uno studio del Cochrane Tobacco Addiction Group identifica come fattori ambientali, fattori socio-demografici e comportamenti individuali.

La propensione al consumo di tabacco durante l'adolescenza è in gran parte legata a ragioni imitative e alla mancanza di consapevolezza o alla sottovalutazione delle conseguenze del proprio atteggiamento^{12,13}. Sembra quindi importante vedere come cambia la probabilità di incorrere in altri comportamenti dannosi per la propria salute, o comunque controproducenti, per avere uno stile di vita improntato al benessere^{14,15}.

In quest'ultimo paragrafo sintetizzeremo in un'unica tabella (Tabella 3.11) le differenze tra le distribuzioni dei fumatori regolari e i non fumatori o fumatori occasionali rispetto ai fattori socio-demografici, ai fattori ambientali e ai comportamenti individuali rilevati col questionario somministrato agli studenti.

Nello specifico vengono considerati:

- il genere dello studente intervistato;
- il livello di istruzione familiare (basso, medio o alto in base al titolo di studio più elevato tra quelli dei genitori);
- il tipo di istituto frequentato;
- il rendimento scolastico;
- l'abitudine al fumo dei genitori (è stato chiesto allo studente se il padre o la madre, che vivono in casa con lui, fumano);
- le abitudini nel consumo di alcol (individuando come bevitori a rischio coloro che hanno praticato *binge drinking*, vale a dire l'assunzione di 5 o più bicchieri – o boccali di birra o bicchierini di liquore – di alcolici in un'unica occasione);
- l'assunzione di sostanze stupefacenti (relativamente ai 30 giorni precedenti l'intervista);

¹² V. nota n. 6 capitolo 3.

¹³ Leather NC (2009), Risk-taking behaviour in adolescence: a literature review. *Journal of Child Health Care*, 13: 295-304.

¹⁴ Latimer W, Zur J (2010), Epidemiologic trends of adolescent use of alcohol, tobacco, and other drugs. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 19: 451-64.

¹⁵ Everett SA, Malarcher AM, Sharp DJ, et al. (2000), Relationship between cigarette, smokeless tobacco, and cigar use, and other health risk behaviors among U.S. high school students. *Journal of School Health*, 70: 234-40.

- le abitudini sessuali (in particolare riguardo ai rapporti sessuali in età precoce, vale a dire inferiore ai 14 anni);
- il comportamento da bullo;
- le conseguenze dei comportamenti alla guida (è stato rilevato se i giovani intervistati hanno avuto incidenti e, se sì, quali conseguenze abbiano avuto tali eventi);
- lo stato emotivo indicato come livello di distress psicologico;
- la propensione al gioco d'azzardo.

Tabella 3.11
Distribuzioni percentuali dei fumatori regolari e dei non fumatori o fumatori occasionali per fattori socio-demografici, fattori ambientali e comportamenti personali - Anno 2011

Variabili	Modalità	% Fumatore regolare	% Fumatore occasionale e non fumatore	<i>p</i>
Genere	Maschio	48,3	52,6	<i>p</i> =0,0349
	Femmina	51,7	47,4	
Livello di istruzione familiare	Basso	9,5	7,7	<i>p</i> =0,0435
	Medio	79,5	78,4	
	Alto	11,0	14,0	
Tipologia di istituto	Liceo classico e scientifico	30,0	40,2	<i>p</i> =0,0000
	Ist. tecnico e liceo socio-pedagogico	35,2	36,4	
	Ist. professionale d'arte e liceo artistico	34,8	23,4	
Rendimento scolastico	Molto buono	3,9	13,8	<i>p</i> =0,0000
	Abbastanza buono	36,1	52,4	
	Così così	42,6	27,2	
	Poco buono	12,1	4,9	
	Pessimo	5,3	1,6	
Abitudine al fumo dei genitori	Sì	53,5	38,1	<i>p</i> =0,0000
	No	46,5	61,9	
Livello di distress psicologico	Elevato	24,5	15,2	<i>p</i> =0,0000
	Lieve/moderato	75,5	84,8	
Binge drinking	Sì	62,9	25,8	<i>p</i> =0,0000
	No	37,1	74,2	
Consumo di sostanze stupefacenti	Consumatore ultimi 30 gg	71,1	12,3	<i>p</i> =0,0000
	Non consumatore ultimi 30 gg	28,9	87,7	
Comportamento da bullo	Sì	27,3	16,4	<i>p</i> =0,0000
	No	72,7	83,6	
Comportamento alla guida: incidenti	Nessuno	55,8	76,4	<i>p</i> =0,0000
	Senza conseguenze	23,6	14,2	
	Con accesso in PS	14,0	6,3	
	Con ricovero ospedaliero	6,6	3,1	
Gioco d'azzardo	Sì	15,8	8,0	<i>p</i> =0,0000
	No	84,2	92,0	
Rapporti sessuali precoci	Sì (≤ 14 anni)	25,0	7,4	<i>p</i> =0,0000
	No	75,0	92,6	

Dai dati ottenuti dal nostro campione 2011, che confermano quelli delle precedenti rilevazioni, tra i fumatori regolari le femmine si osservano in proporzione leggermente superiore.

Il 9,5% dei fumatori regolari appartiene a famiglie con un basso livello di istruzione familiare contro il 7,7% dei fumatori occasionali o dei non fumatori, confermando che ad un più basso livello di cultura della famiglia corrisponde una maggiore propensione al consumo di tabacco¹⁶.

Tra i fumatori regolari, quasi il 34,8% frequenta istituti professionali o istituti ad indirizzo artistico contro il 23,4% dei non fumatori o fumatori occasionali. L'iscrizione al liceo classico o scientifico sembra inoltre essere un fattore protettivo nella propensione al consumo di tabacco se si osserva che, tra i fumatori regolari, il 30% è iscritto a tali istituti mentre, tra i non fumatori o fumatori occasionali, questa proporzione è di dieci punti percentuali più alta.

I fumatori regolari hanno un rendimento scolastico peggiore dei non fumatori o fumatori occasionali: il 40% di chi ha sviluppato una regolare abitudine al fumo ha un rendimento scolastico abbastanza buono o buono, contro il 66,7% di coloro che non hanno sviluppato, almeno non regolarmente, questa abitudine.

Un po' più della metà (53,5%) degli studenti che comprano regolarmente sigarette vive in ambienti in cui un genitore o entrambi fumano, mentre tra i non fumatori abituali oltre il 60% vive in abitazioni in cui non si consuma tabacco. L'esempio della famiglia si conferma quindi come molto importante sull'influenza delle scelte dei figli.

Accendere una sigaretta può diventare anche uno strumento per contrastare un disagio psicologico e/o uno stato negativo dell'umore: tra i fumatori abituali intervistati uno su quattro presenta un elevato livello di distress psicologico, mentre tra i non fumatori o non abituali questa proporzione scende a uno ogni sei¹⁷.

Per ciò che riguarda l'abuso di bevande alcoliche, i ragazzi che hanno sviluppato l'abitudine al fumo, hanno consumato 5 o più bevande alcoliche in un'unica occasione durante l'ultimo mese in proporzione più che doppia rispetto ai non fumatori e ai fumatori occasionali (62,9% contro 25,8%). Questi ragazzi hanno

¹⁶ Madarasová Gecková A, Stewart R, van Dijk JP, et al. (2005), Influence of socio-economic status, parents and peers on smoking behaviour of adolescents. *European Addiction Research*, 11: 204-9.

¹⁷ Orlando M, Ellickson PL, Jinnett K (2001), The temporal relationship between emotional distress and cigarette smoking during adolescence and young adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69: 959-70.

quindi una propensione a bere alcolici in maniera sregolata decisamente maggiore rispetto a chi non ha sviluppato tale abitudine^{18,19}.

Coloro che accendono la sigaretta con una certa regolarità hanno anche una maggiore propensione (71,1% vs 12,3%) ad assumere sostanze stupefacenti, almeno per quanto riguarda i consumi di sostanze nel corso dell'ultimo mese. Questo dato è facilmente spiegato dal fatto che la sostanza illegale più utilizzata dal nostro campione è la cannabis, la cui modalità di assunzione è prevalentemente legata all'uso di tabacco.

Tra i fumatori regolari, coloro che attuano prepotenze e più in generale comportamenti da bullo sono in proporzione superiore rispetto a chi non fuma o lo fa solo in certe occasioni (27,3% vs 16,4%).

I giovani consumatori abituali di tabacco incorrono in un incidente stradale in proporzione superiore rispetto ai coetanei che non acquistano regolarmente sigarette: quasi la metà dei giovani fumatori ha avuto un incidente stradale (44,2%), mentre tra i non consumatori o i consumatori occasionali circa un quarto dei giovani ha avuto un infortunio stradale (23,6%). Scendendo un po' più nel dettaglio, il 14% degli incidenti in cui sono incorsi i fumatori hanno richiesto l'accesso al Pronto soccorso e il 6,6% degli studenti consumatori abituali di tabacco si sono trovati coinvolti in incidenti che hanno richiesto il loro ricovero in ospedale. Le stesse proporzioni tra gli intervistati che non fumano o che lo fanno solo occasionalmente si attestano su percentuali più basse, rispettivamente 6,3% e 3,1%.

Tra i consumatori abituali di tabacco si ha una maggiore propensione al gioco d'azzardo, con una percentuale di giocatori problematici del 15,8% rispetto all'8% tra i giovani che non consumano tabacco o non lo fanno abitualmente.

Soffermandoci sull'età al primo rapporto sessuale completo, infine, tra i fumatori si osserva una prevalenza di ragazzi precoci (<14 anni) del 25%, contro una quota decisamente più bassa tra chi non fuma per niente o non abitualmente (7,4%).

¹⁸ Easton A, Kiss E (2005), Covariates of current cigarette smoking among secondary school students in Budapest, Hungary, 1999. *Health Education Research*, 20: 92-100.

¹⁹ Gunning M, Sussman S, Rohrbach LA, et al. (2009), Concurrent Predictors of cigarette and alcohol use among U.S. and Russian adolescents. *Journal of Drug Education*, 39: 385-400.

Conclusioni

In generale, i ragazzi che fumano in maniera regolare sono in proporzione un po' più elevata femminile e, rispetto ai coetanei che non hanno sviluppato questa abitudine, sembrano appartenere a famiglie con un livello di istruzione più basso, frequentano più difficilmente il liceo classico o scientifico e hanno un rendimento scolastico meno buono. L'esempio dei genitori sembra influenzare non solo la curiosità dei figli nello sperimentare il consumo di tabacco, ma anche il consolidamento di questa abitudine. Gli studenti che comprano regolarmente sigarette presentano un livello di distress psicologico (che include tristezza, frustrazione, ansietà e stati negativi dell'umore) elevato, in proporzione superiore rispetto ai coetanei che non le acquistano mai o non regolarmente. Rispetto agli altri comportamenti, i fumatori regolari sembrano più propensi ad assumere comportamenti rischiosi per la loro salute rispetto ai non fumatori o ai coetanei che lo fanno solo occasionalmente: in percentuale maggiore, infatti, consumano alcolici in maniera sregolata, fanno uso di sostanze stupefacenti, hanno rapporti sessuali precoci, attuano comportamenti da bullo e risultano essere giocatori problematici. Anche nell'ambito degli incidenti stradali i fumatori si vedono maggiormente coinvolti non solo con una più elevata proporzione di incidenti stradali ma anche con una maggiore gravità degli stessi. Chi fuma con regolarità probabilmente non rinuncia a farlo mentre è alla guida di un mezzo e l'accensione, la gestualità del consumo e lo spegnimento della sigaretta potrebbero essere fattori di distrazione²⁰, in particolar modo se associati al parlare al telefono o all'utilizzo dell'autoradio. D'altro canto il fumo può anche essere considerato un proxy dei "birboni", cioè di quei ragazzi che tendono ad assumere parecchi comportamenti rischiosi per la propria salute.

²⁰ Scollo MM, Winstanley MH (a cura di) (2008), *Tobacco in Australia: Facts and Issues*. Cancer Council Victoria, Melbourne. <http://www.tobaccoaustralia.org.au>

I CONSUMI DI TABACCO IN SINTESI

Nel campione intervistato:

- circa il **65%** ha provato a fumare una sigaretta almeno una volta nella vita
- il **24,1%** è ad oggi la proporzione dei fumatori regolari, di cui
 - **22,6%** maschi
 - **25,7%** femmine

Tra i fumatori:

- il quantitativo di sigarette fumate è medio-alto, con una proporzione più bassa di studenti che consumano meno di 6 sigarette al giorno (**32,5%**)
- l'età media di inizio è 15 anni

Le caratteristiche del contesto di vita culturale degli intervistati (istituto scolastico frequentato e livello di istruzione familiare), l'abitudine al fumo da parte dei genitori e la condizione di "distress psicologico" sembrano aver influenza sui comportamenti nei confronti del consumo di tabacco.

Comportamenti a rischio nelle abitudini di consumo di alcolici e di sostanze psicotrope, comportamenti pericolosi alla guida, precocità nei rapporti sessuali, propensione al gioco d'azzardo e comportamenti da bullo sono riscontrabili in misura prevalente nei fumatori piuttosto che nei non fumatori o nei fumatori occasionali.

3.2 Il consumo di bevande alcoliche

L'OMS stima che circa due miliardi di persone nel mondo consumino bevande alcoliche e che siano circa 76 milioni le persone con una patologia alcol-correlata. Rispetto agli altri paesi europei, secondo quanto pubblicato nel database dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico nel 2007, il consumo di alcol del nostro Paese vede l'Italia ai posti più bassi della classifica. Il consumo eccessivo di alcol ha conseguenze sia sociali che sulla salute: esiste una relazione causale tra il consumo di alcol e più di 60 malattie e traumi. Si stima, infatti, che l'alcol causi il 20-30% dei tumori della cavità orale, del tumore del fegato, della cirrosi, degli omicidi, dei suicidi e degli incidenti stradali in tutto il mondo.

L'abitudine al consumo di bevande alcoliche è notoriamente connessa al contesto storico e culturale in cui si è sviluppata, nonché ad altri fattori legati al mutamento sociale e alle dinamiche che ne derivano. Processi di urbanizzazione e di mobilità sociale, come i cambiamenti nell'organizzazione del mercato del lavoro e il cambiamento degli stili di vita, sono fattori che contribuiscono all'andamento della curva di consumo di alcol²¹. Da non sottovalutare è anche l'effetto che le diverse campagne di prevenzione, finalizzate a disincentivare il consumo, l'informazione sulle conseguenze dell'abuso di alcol in termini di salute individuale e pubblica e/o attraverso il sanzionamento di comportamenti a rischio, possono avere avuto soprattutto dagli anni '90 in poi nel nostro Paese.

Se è noto da tempo che differenti culture assumono bevande alcoliche con diversi pattern, attribuendo loro differente valore sociale, questa attribuzione può essere spiegata attraverso la distinzione classica tra le cosiddette aree "bagnate" e "asciutte", caratterizzate da peculiari stili di consumo. Limitandoci alla tipizzazione dei paesi europei, le aree del primo tipo sono proprie dei paesi mediterranei, in cui l'assunzione di alcol (e di vino in particolare) fa parte a pieno titolo delle abitudini alimentari quotidiane delle famiglie e non desta particolari preoccupazioni né condanne sociali. Viceversa, le culture "asciutte" sono proprie dei paesi del Nordeuropa e, generalmente, sono caratterizzate dal consumo di alcol lontano dai

²¹ Allamani A, Cipriani F, Prina F (a cura di) (2006), I cambiamenti nei consumi di bevande alcoliche in Italia. Osservatorio Permanente sui Giovani e l'alcool in Italia, Roma.

pasti e nel fine settimana, modalità che ne evidenziano l'uso con finalità psicotrope, con evidenti ricadute sui comportamenti dei consumatori e, inevitabilmente, sulle relazioni sociali²². Ai due modelli di consumo corrispondono differenti implicazioni sociali e sulla salute della popolazione, quindi sono indubbiamente diversi gli ambiti sociali da monitorare e sui quali eventualmente intervenire.

Nel contesto italiano, si è sperimentata una drammatica riduzione dei consumi dagli anni '50 in poi; a partire dalla fine degli anni '90 sembrano convivere due modelli di consumo di alcol: uno giovanile, omologato sui comportamenti dei coetanei del Nordeuropa, e l'altro, tipico della fascia adulta della popolazione, ancorato agli standard tradizionali²³. Peraltro, come sfondo a questi due tipi di condotta, vi è un ormai più che trentennale trend alla diminuzione del consumo di bevande alcoliche. Appare molto interessante, quindi, analizzare e monitorare i livelli di rischio che questi due modelli possono presentare, anche e soprattutto in relazione al fatto che il nostro studio va ad indagare proprio la fascia di età in cui sembra essere in atto il mutamento nello stile di consumo.

Esistono molteplici fonti, di carattere nazionale e internazionale, con le quali poter confrontare la nostra rilevazione toscana relativamente ai consumi alcolici.

Nel presente capitolo descriveremo i consumi alcolici della popolazione dello studio EDIT. Analizzeremo le distribuzioni dei consumi nella vita e nell'ultima settimana prima dell'intervista per ogni bevanda alcolica, quindi vino, birra, aperitivi e spumanti, superalcolici (comprendenti liquori, long drink), soft drink (*alcopops*), distinguendo per genere, classe di età e AUSL di appartenenza. Descriveremo il consumo medio giornaliero da parte degli studenti e gli episodi di consumo eccedentario (episodi di ubriachezza). All'interno di quest'ultima categoria di consumo prenderemo in considerazione i *binge drinkers*, cioè coloro che hanno assunto più di cinque bicchieri (o boccali o bicchierini) di alcol in un'unica occasione, analizzando se questi adottano anche altri comportamenti a rischio (consumo di sostanze, comportamenti sessuali non protetti, atti di bullismo). Se infatti la tipizzazione del consumatore eccedentario consente di individuare situazioni di abuso in termini di quantità assunte, per una corretta valutazione dei

²² Cottino A (1991), L'ingannevole sponda. La Nuova Italia Scientifica, Roma.

²³ Voller F (2007), Il consumo di alcol in Italia: nuovi modelli di consumo, nuove conseguenze sulla salute. In: Cipolla C (a cura di) (2007), Il consumo di sostanze psicoattive oggi. Salute e Società, Suppl. al n.1, Franco Angeli, Milano.

consumi di alcol è necessario analizzare anche il complesso delle abitudini di vita. Considerando che tra i giovanissimi la quota di popolazione che consuma bevande alcoliche è in crescita²⁴ e il loro modello di comportamento è variato rispetto a quanto osservato per i loro coetanei di periodi passati, è quanto mai importante andare ad individuare le situazioni potenzialmente a rischio per cercare di valutare come prevenire le conseguenze sociali e sanitarie dei consumi eccedentari.

3.2.1 Il consumo di bevande alcoliche secondo il genere e l'età

I dati presentati nel seguente paragrafo riguardano i consumi nella vita e nel mese precedente l'intervista. È stata privilegiata l'esposizione dei comportamenti in questo arco di tempo, per meglio identificare il bevitore di alcol che ha una certa regolarità nel consumo. Inoltre, malgrado i citati cambiamenti nelle abitudini di consumo rispetto al modello tradizionale, i giovani toscani risentono comunque di alcune delle caratteristiche tipiche delle aree "bagnate", considerando che la Toscana ha da sempre rappresentato una sorta di ideal-tipo del modello mediterraneo. È facile quindi che i ragazzi abbiano sperimentato precocemente bevande alcoliche, in special modo vino, almeno una volta nella vita. Questo non vuol dire, però, che da un primo approccio si sia passati ad un consumo regolare.

In generale, la quasi totalità dei soggetti, sia nell'indagine 2005 sia in quelle 2008 e 2011, ha dichiarato di avere bevuto almeno una bevanda alcolica nella vita, con percentuali vicine al 95% del campione in tutte e tre le rilevazioni.

Se passiamo invece ai consumi nei 30 giorni precedenti l'intervista, nel 2011 la proporzione di bevitori maschi è risultata del 72,2%, mentre per le femmine è quasi sovrapponibile, con valore pari al 69,6% (Tabella 3.12).

È da notare, a livello regionale, la diminuzione della quota di bevitori nella popolazione generale, che passa in 6 anni dall'81,1% al 72,2%. Le AUSL con la quota maggiore di giovani che hanno consumato alcolici nell'ultimo mese sono quelle di Arezzo e Pisa, seguite da Siena, Viareggio e Firenze. Le AUSL dove risulta minore il consumo di alcolici nei 30 giorni precedenti l'intervista sono quelle di Prato (66%) e di Livorno (76,8%).

²⁴ Cipolla C (a cura di) (2007), Il consumo di sostanze psicoattive oggi. Salute e Società, Suppl. al n.1, Franco Angeli, Milano.

Tabella 3.12

Distribuzione per AUSL di consumatori di almeno una bevanda negli ultimi 30 giorni secondo il genere - Confronto 2005-2008-2011

	2005			2008			2011		
	M	F	Tot	M	F	Totale	M	F	Totale
AUSL 1 - MS	72,0	60,0	66,3	85,3	69,2	77,9	64,6	73,4	68,6
AUSL 2 - LU	82,9	72,7	78,0	86,5	75,0	80,9	73,7	70,3	72,0
AUSL 3 - PT	87,4	79,6	83,6	81,3	85,2	83,2	76,4	77,5	76,9
AUSL 4 - PO	86,8	75,5	81,3	83,2	79,9	81,6	69,3	62,4	66,0
AUSL 5 - PI	83,8	79,0	81,5	88,2	83,0	85,6	75,5	65,1	70,5
AUSL 6 - LI	72,0	74,5	78,4	84,2	73,2	78,9	69,0	65,7	67,4
AUSL 7 - SI	72,0	86,9	89,9	84,1	87,1	85,6	79,2	69,4	74,5
AUSL 8 - AR	86,0	83,4	84,7	80,7	72,7	76,8	71,5	83,0	77,3
AUSL 9 - GR	88,6	73,6	81,4	83,4	78,6	81,1	70,0	63,5	66,9
AUSL 10 - FI	87,6	77,2	82,5	84,9	79,1	82,0	82,4	65,4	74,0
AUSL 11 - Emp	88,9	84,6	86,8	85,6	84,5	85,1	77,2	65,5	71,7
AUSL 12 - Viar	77,3	73,4	75,4	83,4	79,6	81,6	73,6	75,3	74,4
Regione Toscana	84,6	78,2	81,1	84,8	78,6	81,4	74,8	69,6	72,2

Tabella 3.13**Consumo di bevande alcoliche nell'ultima settimana secondo età e genere - Anno 2011**

Età	Genere	Vino	Birra	Aperitivi/ spumanti	Superalcolici long drink	Alcopops	Totale
≤14	Maschi	39,1	39,8	42,9	20,0	21,6	64,1
	Femmine	29,6	36,6	42,6	22,9	25,1	62,7
	Totale	34,6	38,2	42,7	21,5	23,4	63,4
15	Maschi	40,9	44,2	44,8	32,9	27,1	72,8
	Femmine	32,2	32,6	42,9	29,9	20,4	64,4
	Totale	36,7	38,5	43,8	31,4	23,8	68,7
16	Maschi	42,9	58,4	48,0	51,4	29,2	78,4
	Femmine	36,4	36,6	46,3	43,6	23,5	74,4
	Totale	39,7	48,0	47,2	47,6	26,4	76,5
17	Maschi	51,9	65,5	53,9	60,9	28,3	86,0
	Femmine	42,5	42,7	43,5	40,8	18,3	74,4
	Totale	47,3	54,4	48,7	51,1	23,3	80,4
18	Maschi	48,5	66,0	51,7	53,3	18,1	84,6
	Femmine	36,8	37,9	45,5	39,2	13,8	73,9
	Totale	42,8	52,5	48,6	46,4	16,0	79,5
≥19	Maschi	51,0	61,0	55,3	53,3	16,1	82,3
	Femmine	42,8	42,5	52,8	45,4	16,2	76,0
	Totale	46,9	51,7	54,0	49,3	16,2	79,1
Totale	Maschi	45,8	56,1	49,5	45,7	23,5	78,3
	Femmine	36,9	38,3	45,7	37,2	19,5	71,2
	Totale	41,4	47,4	47,6	41,5	21,5	74,8

p=0,0000 *p=0,0000* *p=0,0293* *p=0,0000* *p=0,0050* *p=0,0000*

Come era ipotizzabile, la prevalenza del consumo di alcolici sale in entrambi i generi al crescere dell'età. Si passa, nella popolazione totale, dal 63,4% nei 14enni al 79,1% nei 19enni (Tabella 3.13). I maschi e le femmine sembrano essere in ugual misura consumatori precoci di bevande alcoliche. Infatti, non esistono particolari differenze tra generi nella fascia di età che arriva fino a 14 anni per quanto riguarda vino, birra e aperitivi o spumanti. Mentre è interessante vedere le prevalenze per genere all'interno della singola bevanda consumata: il vino e la birra diventano bevande di quasi esclusivo appannaggio del genere maschile dai 16 anni in poi, invece i superalcolici sono fino ai 16 anni caratteristici del consumo femminile per

poi virare verso l'altro sesso. Di particolare interesse è la distribuzione del consumo per gli *alcojobs*: mentre nella rilevazione del 2008 era caratteristico delle classi d'età più giovanili (dati non mostrati), nel 2011 risulta trasversale per entrambi i generi e alle diverse fasce d'età, attestandosi in media al 20% della prevalenza.

Tabella 3.14

Graduatoria delle preferenze delle bevande consumate secondo età e genere - Anno 2011

	Età	Prima	Seconda	Terza	Quarta	Quinta
Maschi	≤14	APERITIVI/SPUMANTI	BIRRA	VINO	ALCOPOPS	SUPERALCOLICI
	15	APERITIVI/SPUMANTI	BIRRA	VINO	SUPERALCOLICI	ALCOPOPS
	16	BIRRA	SUPERALCOLICI	APERITIVI/SPUMANTI	VINO	ALCOPOPS
	17	BIRRA	SUPERALCOLICI	APERITIVI/SPUMANTI	VINO	ALCOPOPS
	18	BIRRA	SUPERALCOLICI	APERITIVI/SPUMANTI	VINO	ALCOPOPS
	≥19	BIRRA	APERITIVI/SPUMANTI	SUPERALCOLICI	VINO	ALCOPOPS
	Tot	BIRRA	APERITIVI/SPUMANTI	VINO	SUPERALCOLICI	ALCOPOPS
Femmine	≤14	APERITIVI/SPUMANTI	BIRRA	VINO	APERITIVI/SPUMANTI	SUPERALCOLICI
	15	APERITIVI/SPUMANTI	BIRRA	VINO	SUPERALCOLICI	ALCOPOPS
	16	APERITIVI/SPUMANTI	SUPERALCOLICI	BIRRA	VINO	ALCOPOPS
	17	APERITIVI/SPUMANTI	BIRRA	VINO	SUPERALCOLICI	ALCOPOPS
	18	APERITIVI/SPUMANTI	SUPERALCOLICI	BIRRA	VINO	ALCOPOPS
	≥19	APERITIVI/SPUMANTI	SUPERALCOLICI	VINO	BIRRA	ALCOPOPS
	Tot	APERITIVI/SPUMANTI	BIRRA	SUPERALCOLICI	VINO	ALCOPOPS
Totale	≤14	APERITIVI/SPUMANTI	BIRRA	VINO	ALCOPOPS	SUPERALCOLICI
	15	APERITIVI/SPUMANTI	BIRRA	VINO	SUPERALCOLICI	ALCOPOPS
	16	BIRRA	SUPERALCOLICI	APERITIVI/SPUMANTI	VINO	ALCOPOPS
	17	BIRRA	SUPERALCOLICI	APERITIVI/SPUMANTI	VINO	ALCOPOPS
	18	BIRRA	APERITIVI/SPUMANTI	SUPERALCOLICI	VINO	ALCOPOPS
	≥19	APERITIVI/SPUMANTI	BIRRA	SUPERALCOLICI	VINO	ALCOPOPS
	Tot	APERITIVI/SPUMANTI	BIRRA	SUPERALCOLICI	VINO	ALCOPOPS

La graduatoria delle bevande preferite dai giovani intervistati (Tabella 3.14), elaborata sulla scorta della Tabella 3.19, propone ulteriori elementi di riflessione sulle abitudini alcoliche dei giovani intervistati. In generale, si può vedere come siano gli aperitivi e gli spumanti le bevande preferite dal genere femminile per tutte le età (come nella rilevazione del 2008). Per quanto riguarda i maschi, gli aperitivi costituiscono la bevanda di socializzazione al consumo, ma diviene poi la birra la bevanda preferita. Il vino è relegato ai margini del podio delle prevalenze, mentre i

superalcolici, rispetto a 3 anni fa, cominciano a diventare stabilmente la bevanda preferita dai giovani dopo gli aperitivi\ spumanti.

In generale, dalla rassegna sul consumo delle varie bevande, si conferma la tendenziale modificazione delle abitudini nel consumo di alcol da parte dei giovani. La socializzazione all'alcol per gli adolescenti toscani sembra, infatti, spostarsi verso un ambito extrafamiliare, in momenti lontani dai pasti. Il vino è la bevanda consumata con maggior regolarità e questo può significare che rimane radicata una delle caratteristiche del consumo di alcol in Toscana: bere, o comunque assaggiare almeno una volta nella vita, vino in famiglia e durante i pasti anche in giovanissima età. Appurato questo, dai dati precedentemente esposti, le bevande alcoliche maggiormente consumate dagli adolescenti risultano essere aperitivi e spumanti. Se si considerano anche le preferenze accordate ai superalcolici, si può affermare che si stanno delineando delle importanti differenze nei modelli di consumo di alcol della popolazione giovanile toscana rispetto a coloro che avevano la stessa età anche solo due generazioni anagrafiche antecedenti. Il radicamento di tali differenze al crescere dei giovani che adesso le manifestano non è né prevedibile né scontato.

3.2.2 Tipologie di consumo eccedentario

Ai ragazzi intervistati è stato chiesto di compilare un diario di consumo delle bevande alcoliche riferito alla settimana precedente l'intervista. In particolare, è stato chiesto quanti bicchieri di vino, lattine o boccali di birra, flut di aperitivi o spumanti, bicchierini di liquori o long drink, bottigliette di soft drink o di *alcopops* fossero stati bevuti durante i singoli giorni della settimana. Questo ha permesso la stima della quantità media di alcol totale consumata (convertendo i bicchieri consumati in grammi) per ciascun intervistato e per giorno della settimana.

Dalla stima della quantità totale di alcol consumata da ciascun giovane intervistato, raggruppando i consumi in grammi secondo le indicazioni dell'OMS, avremmo potuto valutare i livelli di consumo rispetto ai rischi per la salute (moderato, a rischio e dannoso). Come è noto, però, le direttrici dell'OMS²⁵ si adattano meglio al consumo della popolazione adulta. Quindi, faremo ora

²⁵ I punti di discriminazione variano secondo il genere e si articolano come segue: "consumo moderato" - fino a 20 grammi di consumo giornaliero per le femmine e fino a 40 grammi per i maschi; "consumo a rischio" - da 20 a 60 grammi di consumo giornaliero per le femmine e da 40 a 80 grammi per i maschi; "consumo dannoso" - oltre 60 grammi di consumo giornaliero per le femmine e oltre 80 grammi per i maschi.

riferimento solo al consumo medio in grammi al giorno, che ci può fornire una buona indicazione sul consumo dei ragazzi.

Tabella 3.15

Consumo medio (grammi di alcol) giornaliero per età e genere - Confronto 2008-2011

Età	2008			2011		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
≤14 anni	11,6	11,4	11,5	12,8	9,4	11,2
15 anni	15,7	8,9	12,0	11,7	8,8	10,4
16 anni	19,0	10,1	14,3	17,0	9,9	13,7
17 anni	19,8	12,0	15,5	15,7	10,5	13,4
18 anni	22,9	10,8	15,9	14,9	9,0	12,3
≥19 anni	22,0	11,0	16,3	19,3	13,8	16,6
Totale	18,6	10,6	14,2	15,4	10,4	13,1

Tra la rilevazione del 2008 e del 2011 non vi sono sostanziali differenze rispetto ai grammi medi consumati, mentre il fenomeno dell'aumento del consumo medio all'innalzarsi dell'età, osservato nella rilevazione del 2008, sembra non essere confermato nel 2011 (Tabella 3.15). Il consumo medio dei ragazzi somiglia molto a quello rilevato per la Toscana in altre precedenti indagini sulla popolazione generale,²⁶ in cui il modello di consumo sembrava ancora seguire quello tipico dell'area mediterranea: consumo di vino prevalentemente in famiglia e prevalentemente ai pasti. In particolare, emergeva che nelle coorti più giovani del campione (18-30 anni) si andava delineando un modello di consumo più globalizzato e tipico delle aree nordeuropee, ossia bere grandi quantità di alcolici fuori dai pasti, durante i week-end, nei pub e in altri contesti di socialità. In questo senso, il dato della rilevazione EDIT risulta abbastanza preoccupante, perché ci aspettavamo un naturale minor consumo medio nella popolazione più giovane.

Come si può notare dalla distribuzione territoriale (Tabella 3.16), la proporzione di giovani che consumano mediamente più alcol si trova nelle AUSL di Livorno e di Firenze, seguite da Grosseto. Le AUSL con un livello medio di consumo giornaliero risultano essere Prato e Viareggio. Questi dati risultano

²⁶ Voller F, Cipriani F, Pasquini J, et al. (2005), L'alcol in Toscana, tra moderazione ed eccesso. Documenti ARS, n. 13. Agenzia regionale di sanità della Toscana, Firenze.

abbastanza differenti rispetto al 2008; infatti, le AUSL caratterizzate dalla diminuzione più consistente di consumo di bevande alcoliche sono state Prato e Siena.

Tabella 3.16

Consumo medio giornaliero (grammi di alcol) di bevande alcoliche per AUSL e genere (solo bevitori) - Confronto 2008-2011

età	2008			2011		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
AUSL 1 - MS	18,0	8,6	13,7	16,2	10,6	13,5
AUSL 2 - LU	16,5	8,0	12,3	13,6	7,3	10,6
AUSL 3 - PT	15,6	10,7	13,2	16,9	10,9	14,0
AUSL 4 - PO	20,8	9,5	15,3	12,2	7,3	10,0
AUSL 5 - PI	17,0	8,1	12,6	15,2	11,3	13,5
AUSL 6 - LI	18,2	11,1	14,8	18,3	10,4	14,7
AUSL 7 - SI	24,5	14,7	19,8	13,9	10,5	12,4
AUSL 8 - AR	18,4	9,1	13,9	11,8	12,6	12,2
AUSL 9 - GR	17,9	11,0	14,5	17,7	9,9	14,2
AUSL 10 - FI	18,4	13,0	15,7	17,3	11,2	14,7
AUSL 11 - Emp	21,5	10,1	16,0	14,6	8,7	12,1
AUSL 12 - Viar	16,0	12,9	14,6	13,7	8,6	11,2
Regione Toscana	18,6	10,6	14,2	15,4	10,4	13,1

Come accennato, relativamente ai consumi eccedentari, la novità che emerge dallo studio EDIT riguarda le quantità medie consumate, che nei più giovani sembrano essere molto simili a quelle della popolazione adulta.

A conferma dell'avvicinamento del modello di consumo di alcolici dei giovani toscani a quello nordeuropeo, si può osservare come le quantità consumate si concentrino essenzialmente in pochi giorni della settimana e, in particolare, nel week-end (Tabella 3.17). Durante il sabato e la domenica viene consumato più del 60% di tutta la quantità di alcol totale per i maschi e quasi il 70% per le femmine. Sommando anche la percentuale consumata nel venerdì, ci accorgiamo che quasi il 70% del campione totale consuma la propria quantità di alcol esclusivamente durante il fine-settimana.

Tabella 3.17

Distribuzione percentuale del consumo di alcol per giorno di assunzione e genere - Confronto 2005-2011

	Genere	Percentuale di alcol consumato per giorno della settimana							Totale
		Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica	
2005	Maschi	7,8	6,6	7,2	7,1	9,8	41,6	19,9	100
	Femmine	5,4	5,5	5,3	5,6	8,7	48,3	21,2	100
	Totale	6,5	6,0	6,2	6,3	9,2	45,2	20,6	100
2011	Maschi	10,8	7,2	7,7	7,8	11,5	39,4	15,5	100
	Femmine	7,9	6,5	6,0	6,2	11,9	45,1	16,4	100
	Totale	9,7	6,9	7,1	7,2	11,7	41,5	15,9	100

Il dato esposto può essere giudicato abbastanza allarmante in termini di sanità pubblica: i giovani sembrano concentrare il proprio consumo in poche occasioni, rischiando di andare incontro, sempre più spesso, a episodi di intossicazioni acute (come conferma un'analisi preliminare dei ricoveri per cause direttamente attribuibili al consumo di alcol della Regione Toscana nella fascia d'età 14-18 anni).

La Tabella 3.18 riporta la distribuzione per genere e classi d'età di quella parte del campione che ha avuto almeno un episodio di ubriacatura nell'ultimo anno. Al di là delle differenze anagrafiche, quasi la metà del campione totale (maschi: 53,8%; femmine: 48,7%) riferisce di aver avuto almeno un episodio di ubriacatura nell'ultimo anno. Questa percentuale cresce in modo preoccupante con il crescere dell'età, passando dal 23,6% dei 14enni al 67,4% di coloro che hanno 19 anni o più. Deve essere sottolineata anche l'effettiva omogeneizzazione di questa tipologia di consumo tra i sessi, anche se risulta impressionante la quota dei maschi sopra i 17 anni che hanno avuto un episodio di ubriacatura, la quale supera il 70%.

Il dato ancor più allarmante è che, rispetto al 2005, vi è un generale aumento degli episodi di ubriachezza in tutte le età, in entrambi i generi, con percentuali che vanno dal 2% all'11%.

Tabella 3.18**Distribuzione percentuale degli studenti che hanno avuto almeno un episodio di ubriacatura nell'ultimo anno per età e genere - Confronto 2005-2008-2011**

Età	2005			2008			2011		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
≤14 anni	21,3	21,8	21,6	20,5	32,9	27,5	17,9	29,8	23,6
15 anni	30,2	37,1	33,9	37,3	36,8	37	32,5	38,1	35,2
16 anni	43	41,4	42,1	51	46,8	48,8	52,7	50,3	51,5
17 anni	59	43,3	50,1	55	52,5	53,7	68,6	52,8	61,0
18 anni	66,5	48,3	55,7	69,4	57,6	62,6	70,3	55,4	63,2
≥19 anni	67,9	50,7	59,6	74,1	57,8	65,7	73,4	61,5	67,4
Totale	47,4	40,7	43,7	51,3	47,5	49,2	53,7	48,7	51,3

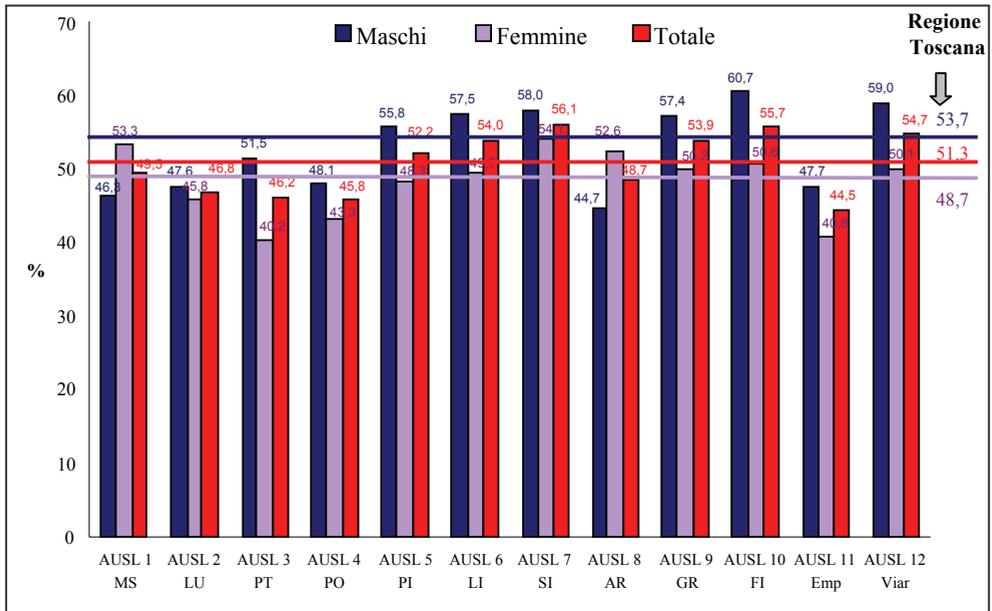
p=0,0000

La distribuzione territoriale degli episodi di ubriacatura nell'ultimo anno (Figura 3.12) per AUSL mostra i territori di Firenze, Viareggio e Siena come quelli maggiormente colpiti. I maschi con le prevalenze più alte si trovano nelle AUSL di Firenze e Viareggio, mentre la prevalenza femminile più alta la riscontriamo nelle AUSL di Siena, Massa e Arezzo. I territori meno colpiti dal fenomeno sono in generale le AUSL di Empoli, Prato e Pistoia.

A differenza di quanto osservato nel 2008, in questa rilevazione l'ubriacatura si caratterizza più come un comportamento maschile.

Figura 3.12

Distribuzione percentuale per AUSL degli studenti che hanno avuto almeno un episodio di ubriacatura nell'ultimo anno secondo il genere - Anno 2011



Anche la distribuzione degli episodi di ubriacature secondo la frequenza settimanale dei giorni in cui viene consumato alcol, può essere considerata come un indicatore del fatto che elevate quantità di bevande sono consumate in maniera concentrata in poche occasioni. Infatti, sembrano più propensi agli episodi di ubriacatura i giovani che bevono meno frequentemente (Tabella 3.19), in particolare, fra chi si è ubriacato almeno una volta nei 12 mesi precedenti l'intervista, la proporzione maggiore consuma alcol solo in 1 giorno (25,1%) o 2 giorni a settimana (26,1%).

Tabella 3.19

Episodi di ubriacature nell'ultimo anno secondo frequenza settimanale bevute - 2011

Episodi di ubriacatura	Frequenza settimanale bevute in giorni							Totale
	1 g	2 gg	3 gg	4 gg	5 gg	6 gg	7 gg	
	25,1	26,1	15,2	9,0	7,0	4,9	12,7	100

$p=0,0000$

Gli episodi di ubriacatura non sono l'unico indicatore mediante il quale poter misurare la propensione al consumo eccedentario di alcol: attraverso la misurazione del cosiddetto *binge drinking*, ossia aver bevuto nella stessa occasione più di 5 bicchieri di qualsiasi tipo di bevanda alcolica, possiamo fornire un'altra misura utile a comprendere questo fenomeno. Episodi di *binge drinking* riguardano il 35% del campione totale (erano il 30,3% nel 2008 ed il 26,1% nel 2005).

Come già osservato per le prevalenze di ubriacature, vi è un preoccupante aumento anche di questo tipo di comportamento per tutte le età e in entrambi i generi. Le differenze di genere sono piuttosto importanti e confermano la tendenza maschile a un consumo caratterizzato da modalità eccedentarie, rispetto alle coetanee femmine, eccetto che per i 14 e i 15enni, dove non si riscontrano differenze tra i due generi. Come poteva essere ipotizzabile, il fenomeno del *binge drinking* ha un legame direttamente proporzionale con l'età e, rispetto alle ubriacature, risulta essere meno frequente (Tabella 3.20).

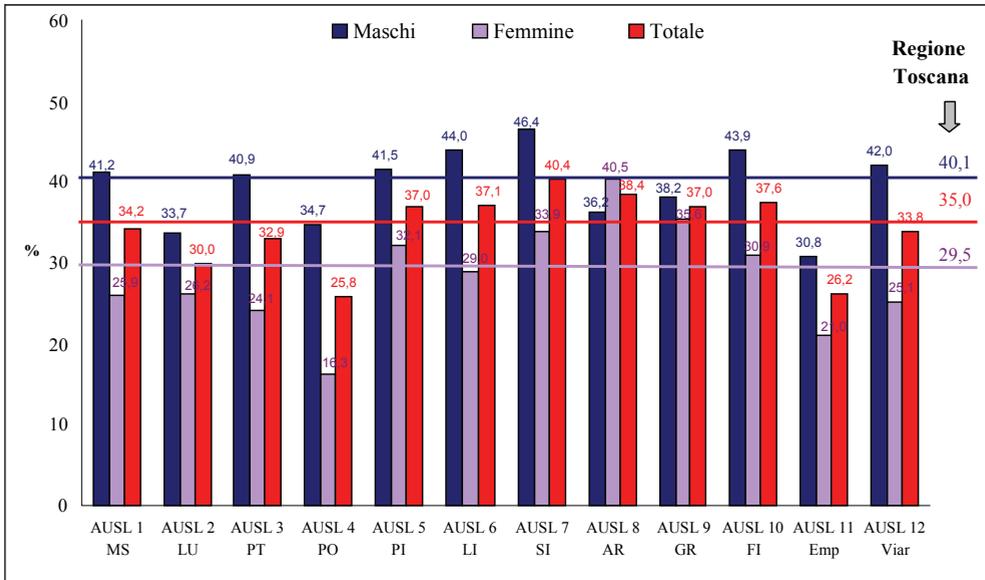
Tabella 3.20

Distribuzione percentuale dei giovani che, nel corso dell'ultimo mese, hanno bevuto più di 5 bicchieri nella stessa occasione secondo il genere e l'età - Confronto 2008-2011

Età	Binge drinking nell'ultimo mese					
	2008			2011		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
≤14 anni	15,1	18,4	17	17,6	14,4	16,0
15 anni	25,3	19,3	22,1	23,6	23,7	23,6
16 anni	37,5	23,9	30,3	41,1	33,9	37,7
17 anni	43,8	29,2	35,9	48,5	30,9	40,1
18 anni	51,8	26,1	36,8	49,0	29,9	40,0
≥19 anni	52,7	29,1	40,5	56,8	41,2	48,9
Totale	37,6	19,1	30,3	40,1	29,5	35,0

La distribuzione territoriale degli episodi di *binge drinking* mostra delle importanti differenze tra le varie zone della regione (Figura 3.13), dove le AUSL di Siena (40,4%), di Arezzo (38,4%), e di Firenze (37,6%), anche in questo caso, risultano essere le aree più colpite.

Figura 3.13
Distribuzione percentuale per AUSL degli episodi di binge drinking secondo il genere - Anno 2011



3.2.3 I consumi di alcol in relazione ad altri comportamenti a rischio

Come già esposto nella premessa del presente rapporto, il questionario ha indagato altri stili di vita che possono considerarsi a rischio per la salute (consumo di tabacco e di sostanze psicotrope, atti di bullismo, rapporti sessuali non protetti) ed eventi e/o abitudini che possono ledere la persona (infortuni stradali a vari livelli di gravità).

Tabella 3.21**Distribuzioni percentuali dei *binge drinkers* per fattori socio-demografici, fattori ambientali e comportamenti personali - Anno 2011**

Variabili	Modalità	<i>Binge</i> Sì	<i>Binge</i> No	Non bevitori	<i>p</i>
Genere	Maschio	59,2	49,4	47,0	0,0000
	Femmina	40,8	50,6	53,0	
Livello di istruzione familiare	Basso	8,0	7,7	9,2	0,6348
	Medio	78,7	79,5	77,0	
	Alto	13,3	12,8	13,8	
Tipo di istituto	Liceo scientifico e classico	31,8	40,1	40,4	0,0000
	Ist. tecnico e liceo sociopedagogico	37,8	35,7	35,1	
	Ist. professionale, d'arte e liceo artistico	30,4	24,2	24,5	
Rendimento scolastico	Molto buono	5,3	12,7	16,6	0,0000
	Abbastanza buono	43,7	49,5	51,8	
	Così così	36,1	30,5	25,5	
	Poco buono	10,0	5,8	4,5	
	Pessimo	4,9	1,5	1,5	
Livello di distress psicologico	Elevato	21,7	15,6	15,6	0,0001
	Lieve/moderato	78,3	84,4	84,4	
Abitudine al fumo	Fumatore regolare	45,7	17,1	10,0	0,0000
	Fumatore occasionale e non fumatore	54,3	82,9	90,0	
Consumo sostanze stupefacenti	Consumatore ultimi 30 gg	54,8	14,5	8,6	0,0000
	Non consumatore ultimi 30 gg	45,2	85,5	91,4	
Comportamento da bullo	Sì	29,7	15,2	12,7	0,0000
	No	70,3	84,8	87,3	
Incidenti alla guida	Nessun incidente	55,8	76,8	80,5	0,0000
	Incidenti senza conseguenze	24,9	13,2	12,2	
	Incidenti con accesso al PS	12,2	7,1	4,9	
	Incidenti con ricovero ospedaliero	7,0	2,8	2,4	
Giocatore d'azzardo	Sì	20,0	5,9	4,6	0,0000
	No	80,0	94,1	95,4	
Rapporti sessuali precoci	Sì (≤ 14 anni)	18,6	9,5	7,5	0,0000
	No	81,4	90,5	92,5	

Nel presente paragrafo presentiamo solo le associazioni più rilevanti, mostrando come alcune di queste dimensioni si distribuiscono all'interno dei *binge drinkers*, dei bevitori più “moderati” e dei non bevitori.

Come si evince dalla Tabella 3.21, gli episodi di *binge drinking* sono maggiormente riscontrabili tra coloro che hanno un rendimento scolastico almeno mediocre, consumano sostanze psicotrope, hanno un’abitudine regolare al fumo, rapporti sessuali precoci, presentano un elevato distress psicologico e tendenze verso il gioco d’azzardo. Fenomeno ancor più allarmante è la maggiore propensione, di chi ha comportamenti *binge*, a essere coinvolto in un incidente stradale. Invece, coloro che hanno dichiarato di non essere bevitori adottano in misura minore comportamenti a rischio, anche rispetto a coloro che sono bevitori senza andare incontro a consumi eccedentari.

Conclusioni

Dalle evidenze delle ricerche EDIT è possibile affermare che sia in atto un vero e proprio mutamento in Toscana: gli adolescenti e la popolazione giovanile sotto i venti anni stanno sperimentando abitudini al consumo di alcol tipiche del modello nordico, modello che ormai si consolida attraverso gli anni (e attraverso le nostre rivelazioni). Sono profondamente diverse rispetto alle esperienze dei “genitori” le modalità di socializzazione all’alcol, i gusti in fatto di bevande preferite, nonché i tempi di consumo, anche se, come già accennato, è da verificarsi se queste caratteristiche permangano durante tutto il corso della vita.

Gli episodi di consumo eccedentario dichiarati dal nostro campione di studenti costituiscono, però, un campanello di allarme in termini di sanità pubblica se messi in relazione a quanto il consumo di alcol sia un fattore determinante dell’infortunistica stradale. Poiché il problema dell’incidentalità risiede nell’interazione uomo – ambiente – veicolo, una quantità di alcol che mediamente comporta rischi moderati per la salute può essere determinante nel ridurre drasticamente i livelli di attenzione e causare, così, un incidente stradale. Per questa ragione pensiamo che il messaggio da trasmettere ai giovani sia ancora quello dell’assoluta incompatibilità tra alcol e guida.

I CONSUMI DI BEVANDE ALCOLICHE IN SINTESI

- Il **72,2%** ha bevuto almeno una bevanda alcolica nel mese precedente l'intervista:
 - **74,8%** tra i **maschi**
 - **69,9%** tra le **femmine**
- Il **51,3%** ha avuto almeno un episodio di ubriacatura nei 12 mesi precedenti l'intervista (+ 7,6% rispetto al 2005)
- Il **35,%** ha avuto almeno un episodio di *binge drinking* nei 30 giorni precedenti l'intervista
- Le bevande preferite sono APERITIVI e SPUMANTI, seguiti dal VINO

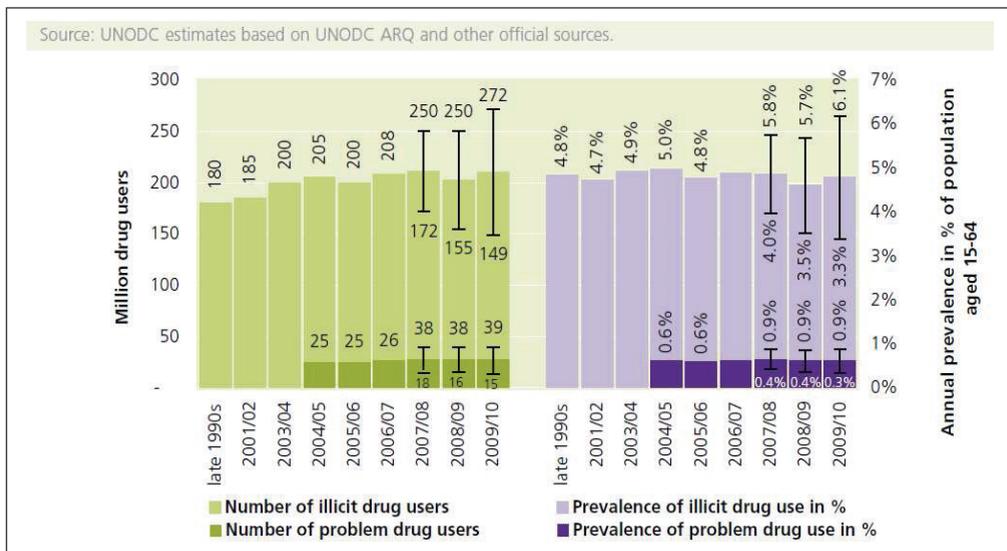
Associazione rilevante tra livelli di consumo di alcolici (soprattutto in relazione ai consumi a rischio e dannosi) e altri comportamenti e caratteristiche a rischio, quali:

- essere fumatori regolari di tabacco
- essere consumatori di sostanze psicotrope
- elevato distress psicologico
- essere incorsi in incidenti stradali nei 12 mesi precedenti l'intervista
- propensione al gioco d'azzardo

3.3 Il consumo di sostanze psicotrope

Il consumo di sostanze psicotrope illecite tocca milioni di vite nei paesi economicamente sviluppati e in quelli in via di sviluppo. I suoi impatti più negativi in termini di costi sociali e sanitari si concentrano tra i soggetti più vulnerabili e marginalizzati delle nostre società. Le Nazioni Unite hanno stimato che una percentuale tra il 3,3% e il 6,1% della popolazione di tutto il mondo (una stima che varia tra 149 e 272 milioni) tra i 15 anni e i 64 anni di età ha utilizzato almeno una sostanza negli ultimi 12 mesi²⁷, la cui distribuzione percentuale per tipo di sostanza assunta è riportata dalla Figura 3.14. Come è noto, i consumatori molto spesso assumono più di una sostanza e, pertanto, il totale dei consumatori non è la somma dei consumatori per ogni sostanza.

Figura 3.14
Distribuzione (N e %) di assuntori di sostanze psicotrope nel mondo (prevalenza annuale) nel periodo 2009 -2010 (o ultime rilevazioni disponibili) - Numero totale di consumatori: 208 milioni - Fonte: UNODC 2011



²⁷ United Nations Office for Drug and Crime (UNODC) (2009), World drug report 2008. United Nations Office for Drug and Crime, New York.

La percentuale di consumatori appare sensibilmente più alta nei maschi che nelle femmine. Inoltre, il consumo di sostanze psicotrope è un fenomeno più strettamente correlato alle fasce d'età più giovani^{28, 29} e si è sviluppato in particolar modo nei paesi più industrializzati e con bassa mortalità generale.

Il consumo di sostanze illegali, dunque, non solo rappresenta un fenomeno molto diffuso nella fascia giovanile della popolazione, ma spesso viene associato anche ad altri comportamenti a rischio (consumo di alcol, di sigarette, guida pericolosa, comportamenti antisociali ecc.)³⁰, con un conseguente aumento della probabilità di provocare danni alla salute.

In questo capitolo saranno presentati i dati sulla prevalenza d'uso delle sostanze stupefacenti nella popolazione studentesca indagata, al fine di quantificare la diffusione del fenomeno del consumo ricreativo tra i giovani scolarizzati della Toscana.

La sezione del questionario dedicata a questa tematica è composta da 6 item a scelta multipla, mutuati dal questionario dello studio *European School Survey Project on Alcohol and other Drugs* (ESPAD). In particolare, è stato chiesto agli studenti di indicare l'eventuale uso di alcune droghe (cannabis, ecstasy, amfetamine, allucinogeni, cocaina, eroina e altre sostanze) negli ultimi 30 giorni, nell'ultimo anno e nel corso della vita. Inoltre, è stata rilevata l'età di primo uso, la prima sostanza consumata e la frequenza di utilizzo nell'ultimo mese.

Nella rilevazione EDIT effettuata quest'anno sono state aggiunte ulteriori sostanze come le *smart drugs* e la ketamina.

3.3.1 L'uso delle sostanze psicotrope per genere, AUSL ed età

Per l'Italia, i dati di confronto della nostra indagine provengono dalla Relazione annuale al Parlamento sull'uso di sostanze stupefacenti e sullo stato delle tossicodipendenze, documento messo a punto e pubblicato ogni anno dal Dipartimento Politiche antidroghe della Presidenza del Consiglio dei ministri.

²⁸ Lombi L (2006), Le ambivalenze della società del rischio. In: Martoni M., Putton A (2006), Uso di sostanze psicoattive e cultura del rischio. Una ricerca tra i giovani frequentatori di discoteche. Franco Angeli, Milano, pp. 17-31.

²⁹ Bonino S (2005), L'erba leggera. In: Bonino S, Il fascino del rischio negli adolescenti, Giunti, Firenze, pp. 59-81.

³⁰ Winstock AR, Griffiths P, Stewart D (2001), Drugs and the dance music scene: a survey of current drug use patterns among a sample of dance music enthusiasts in the UK. *Drug and Alcohol Dependence*, 64: 9-17.

I dati relativi alle prevalenze dei consumi di sostanze psicoattive, legali e illegali, nella popolazione studentesca nazionale di 15-19 anni sono stati estratti dallo studio *Student Population Survey Italia (SPS-ITA)*, condotto su di un campione di studenti nel primo semestre 2011 dal Dipartimento per le Politiche antidroga, in collaborazione con il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, con il supporto tecnico-scientifico dell'Università degli Studi Tor Vergata di Roma e il coinvolgimento, nella fase di realizzazione, dei referenti regionali per l'Educazione alla salute. Al fine di garantire la raccolta di informazioni confrontabili con gli altri Stati membri dell'Unione Europea (UE), lo strumento utilizzato per lo studio è stato predisposto seguendo il protocollo europeo, integrato e in minima parte modificato, così da adattare nel miglior modo lo strumento alla realtà italiana. La conduzione dell'indagine di popolazione studentesca SPS-ITA 2011 è stata supportata dall'utilizzo della tecnologia informatica. È stato adottato il metodo *Computer-Aided Self-Completed Interview (CASI)*, consentendo la compilazione del questionario on-line attraverso l'accesso con identificativo individuale anonimo e non replicabile. Dal 2010 il Dipartimento non pubblica più i dati relativi al consumo di almeno una sostanza e la prevalenza nella vita per singola sostanza (una tantum), ma confronta i dati con rilevazioni antecedenti che erano state condotte con una metodologia differente (interviste *face-to-face* dell'indagine ESPAD).

Tabella 3.22

Distribuzione percentuale del consumo di sostanze stupefacenti nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (almeno una volta negli ultimi 12 mesi) - Anni 2000-2011

ANNO	Eroina	Cocaina	Cannabis	Stimolanti	Allucinogeni
2000	2,5	3,4	25,6	n.d.	n.d.
2001	2,2	3,6	25,9	n.d.	n.d.
2002	2,1	3,6	27,3	n.d.	n.d.
2003	1,7	3,6	25,9	1,9	2,2
2004	1,8	3,9	25,5	2,0	2,4
2005	1,6	3,4	23,8	1,8	2,1
2006	1,6	3,9	24,5	2,2	2,4
2007	1,4	4,2	23,0	3,2	2,8
2008	1,3	3,6	24,2	2,8	2,9
2010	0,8	2,9	18,5	1,7	2,7
2011	0,6	2,1	18,2	1,3	2,3

n.d. dato non disponibile

Fonte: Elaborazioni su dati ESPAD Italia 2000-2008, e dati SPS-ITA 2010-2011

Come è facilmente intuibile dalla Tabella 3.22, il consumo di tutte le sostanze, secondo questa rilevazione nazionale, è in netta discesa a partire dal 2010. La prevalenza di cannabis scende di circa 6 punti percentuali tra il 2008 e il 2011, di 1,5 per la cocaina e di 0,7 per l'eroina. Le motivazioni che il rapporto adduce sono per lo più di natura economica, oltre che legate, secondo l'opinione del Dipartimento Antidroga, al successo delle politiche governative di contrasto alla diffusione del consumo: la crisi finanziaria ed economica che ha colpito i paesi europei ridurrebbe il reddito a disposizione per le sostanze psicotrope e spingerebbe i ragazzi verso sostanze legali, come l'alcol, recuperabili facilmente sul mercato e a buon prezzo. Non possiamo però non sottolineare che il cambiamento di metodologia di conduzione dell'indagine potrebbe aver avuto un impatto sulla differenza delle prevalenze osservate.

Tabella 3.23

Prevalenze d'uso di almeno una sostanza illegale una volta nella vita, negli ultimi 12 mesi e negli ultimi 30 giorni, per genere e totale regionale - Confronto 2005-2008-2011

Consumo di sostanze	Maschi			Femmine			Totale		
	2005 <i>N=2.234</i>	2008 <i>N=2.359</i>	2011 <i>N=2.476</i>	2005 <i>N=2.717</i>	2008 <i>N=2.854</i>	2011 <i>N=2.096</i>	2005 <i>N=4.951</i>	2008 <i>N=5.213</i>	2011 <i>N=4.572</i>
nella vita	38,0	40,5	40,5	29,2	35,0	31,9	33,2	37,5	36,4
negli ultimi 12 mesi	31,7	34,4	35,5	22,3	28,2	26,5	26,6	31,0	31,1
negli ultimi 30 giorni	21,8	24,3	29,2	13,8	19,1	20,3	17,5	21,5	24,8

Nella Tabella 3.23 vengono riportati i confronti delle prevalenze d'uso di almeno una sostanza illegale (riferite alla vita, agli ultimi 12 mesi e 30 giorni), per genere, rilevati nel 2005, nel 2008 e nel 2011. Dai risultati del 2011 emerge che, nel 2011, il 36,4% degli studenti ha dichiarato di aver utilizzato almeno una volta nella vita una sostanza stupefacente, con una rilevante attrazione di genere: il 31,9% delle femmine rispetto al 40,5% dei maschi. Gli studenti che hanno consumato almeno una sostanza nell'ultimo anno sono il 31,1% del totale del campione, mentre quelli che lo hanno fatto nell'ultimo mese sono il 24,8%. Anche per queste due variabili, le prevalenze d'uso si mantengono diverse nei due generi (anno: 35,5% nei maschi vs 26,5% nelle femmine; mese: 29,2% vs 20,3%).

Questi dati, rispetto a quelli emersi nella precedente rilevazione, non mostrano sostanziali differenze dei consumi nella vita e negli ultimi 12 mesi, se non modesti decrementi, mentre mostrano un netto aumento nei consumi relativi all'ultimo mese (Tabella 3.24). I dati dei consumi del 2011 a confronto con quelli del 2005 sono invece sistematicamente più alti.

Tabella 3.24

Differenze % nelle prevalenze d'uso di almeno una sostanza illegale una volta nella vita, negli ultimi 12 mesi e negli ultimi 30 giorni, per genere e totale regionale - Confronto 2005-2008-2011

Consumo di sostanze almeno una volta:	Diff. % (2011-2008)			Diff. % (2011-2005)		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
nella vita	0,0	- 3,1	- 1,1	2,5	2,7	3,2
negli ultimi 12 mesi	0,9	-1,7	0,1	3,8	4,2	4,5
negli ultimi 30 giorni	4,9	1,2	3,3	7,4	6,5	7,3

Nella Tabella 3.25 vengono riportate le distribuzioni percentuali delle prevalenze d'uso per AUSL di residenza dei ragazzi. Gli studenti fiorentini, assieme a tutti quelli delle AUSL della costa (Livorno, Viareggio, Pisa e Grosseto), sono quelli che mostrano le prevalenze nella vita, nel mese e nell'anno significativamente più alte della media regionale, mentre Lucca, Empoli, Massa e Prato sono le AUSL con le prevalenze più basse rispetto alla media regionale.

Comparando questi dati con la scorsa edizione, i dati delle AUSL di Firenze e di Grosseto rimangono sostanzialmente in linea con quanto precedentemente osservato, mentre le AUSL di Viareggio, Livorno e Pisa mostrano un netto aumento di coloro che consumano sostanze illegali (nella vita, negli ultimi dodici mesi e negli ultimi trenta giorni). Infine, le AUSL di Prato e di Massa sono quelle dove si sperimenta la diminuzione più importante.

Tabella 3.25

Distribuzione percentuale dell'uso di almeno una sostanza illegale una volta nella vita, negli ultimi 12 mesi e negli ultimi 30 giorni, per AUSL di residenza - Confronto 2005-2008-2011

AUSL	VITA			ANNO			MESE		
	2005	2008	2011	2005	2008	2011	2005	2008	2011
AUSL 1 - MS	35,8	36,0	30,7	27,1	28,3	24,4	15,3	19,9	18,8
AUSL 2 - LU	26,8	30,8	25,9	19,9	23,7	19,0	14,7	13,3	13,1
AUSL 3 - PT	31,8	42,2	33,6	24,0	33,0	27,6	15,9	22,5	22,1
AUSL 4 - PO	38,2	43,9	26,4	28,9	36,9	22,7	20,3	26,9	17,0
AUSL 5 - PI	32,5	27,5	38,9	27,2	24,8	32,7	18,2	17,5	26,5
AUSL 6 - LI	36,2	36,7	45,2	30,1	28,4	40,3	20,4	19,7	34,1
AUSL 7 - SI	32,2	38,6	32,1	25,0	30,5	29,1	16,3	22,3	23,2
AUSL 8 - AR	35,7	34,7	36,9	24,4	28,4	30,7	17,1	19,8	23,9
AUSL 9 - GR	34,5	39,5	38,4	28,1	34,8	32,2	19,9	22,5	26,3
AUSL 10 - FI	41,9	45,1	41,8	36,0	37,6	38,1	22,7	26,6	31,3
AUSL 11 - Emp	41,8	43,0	28,8	34,1	36,9	22,1	27,0	26,1	17,1
AUSL 12 - Viar	33,9	36,3	42,9	29,5	31,0	36,1	14,7	23,5	28,5
Regione Toscana	33,2	37,5	36,4	26,6	31,0	31,1	17,5	21,5	24,8

Per quanto riguarda l'età del primo uso, possiamo osservare che quasi il 60% dei giovani ha dichiarato di aver consumato la prima droga entro i 15 anni (Tabella 3.26); in questo caso, le differenze di genere non sembrano essere particolarmente evidenti.

Il confronto delle percentuali cumulate delle tre rilevazioni mostra uno slittamento in avanti dell'età; nel 2005, infatti, erano quasi il 67% i soggetti che entro i 15 anni avevano sperimentato l'uso di almeno una sostanza illegale, mentre, nel 2011, sono il 55,8%.

Tabella 3.26

Distribuzione percentuale (e % cumulata) dei soggetti per età al primo uso e genere - Confronto 2005-2008-2011

Età	2011			% cumulata		
	Maschi (N=907)	Femmine (N=929)	Totale (N=1.836)	2005	2008	2011
≤14 anni	32,7	29,1	31,2	38,5	33,9	31,2
15 anni	25,1	23,7	24,5	67,0	58,4	55,8
16 anni	23,1	25,5	24,1	85,9	80,5	79,8
17 anni	12,6	16,9	14,4	96,4	93,4	94,3
18 anni	5,6	4,1	5,0	99,7	98,8	99,2
≥19 anni	0,8	0,7	0,8	100	100	100
Totale	100	100	100	-	-	-

p=0,2988

Agli studenti che avevano riferito di aver consumato sostanze illegali almeno una volta nella vita è stato chiesto di specificare il tipo di sostanza sperimentata per prima (Tabella 3.27). La principale sostanza indicata è la cannabis, con un valore pari all'88,1%; è inoltre rilevante la quota di chi sperimenta l'uso di sostanze attraverso farmaci o psicofarmaci assunti non per motivi di salute, con valore pari al 4,1% dei soggetti.

Tabella 3.27**Distribuzione percentuale del tipo di sostanza al primo uso e secondo il genere - Anno 2011**

Prima sostanza utilizzata	2008			2011		
	M	F	Totale	M	F	Totale
Cannabis	88,9	86,2	87,6	88,7	87,2	88,1
Ecstasy e GHB	0,3	0,2	0,3	0,1	0,5	0,3
Amfetamine	0,3	0,2	0,3	0,2	0,8	0,5
Allucinogeni/LSD	0,2	0,2	0,2	0,4	0,0	0,2
Cocaina	0,6	0,5	0,5	1,6	1,5	1,6
Funghi allucinogeni	0,8	0,3	0,5	0,7	0,2	0,5
Inalanti volatili (popper)	1,9	1,4	1,6	0,5	0,2	0,4
Eroina	0,3	0	0,2	0,0	0,2	0,1
Crack	0,2	0,3	0,3	0,5	0,1	0,3
Anabolizzanti steroidi	0,8	0	0,4	0,3	0,2	0,3
Farmaci o psicofarmaci assunti non per motivi di salute	1,6	6	3,7	3,1	5,5	4,1
Smart drugs	-	-	-	0,5	0,7	0,6
Ketamina	-	-	-	0,2	0,2	0,2
Altro	4,1	4,7	4,4	3,0	2,7	2,9
Totale	100	100	100	100	100	100

Prima di passare ai consumi per singola sostanza, nella Tabella 3.28 viene riportato uno schema di sintesi delle quote di consumatori, almeno una volta nella vita, nell'ultimo anno e nell'ultimo mese, delle varie sostanze prese in considerazione.

La sostanza maggiormente adoperata si conferma essere la cannabis, a prescindere dal riferimento temporale. La categoria "altre sostanze" (la seconda modalità più scelta in risposta al quesito sulla sostanza al primo uso), si attesta per il 7,4% dei giovani che ne hanno fatto uso nella vita.

Dal confronto con i dati risultanti dalla precedente rilevazione EDIT non emergono significative differenze, se non una leggera diminuzione rispetto al 2008, per la cannabis, che si riflette su tutti e tre i riferimenti temporali.

Inoltre, tra le sostanze aggiunte nel questionario somministrato nel 2008, risulta significativo il consumo di popper, un inalante volatile, che risulta essere stato utilizzato almeno una volta nella vita dal 4,9% del campione, anche se in decremento

rispetto al 2008. Infine, anche l'uso di pillole farmacologiche senza prescrizione medica è risultato piuttosto alto rispetto alle altre sostanze illegali.

Tabella 3.28

Distribuzione percentuale delle sostanze adoperate (vita, anno, mese) - Confronto 2005-2008-2011

Tipo di sostanza	VITA			ANNO			MESE		
	2005	2008	2011	2005	2008	2011	2005	2008	2011
Cannabis	31,6	32,4	31,0	25,3	27,2	25,1	16,6	18,6	18,3
Amfetamino-derivati*	4,0	3,7	3,6	2,2	2,4	1,9	1,2	1,0	0,9
Allucinogeni/LSD	3,6	3,0	3,4	1,9	1,5	1,6	0,8	0,6	0,7
Cocaina	5,6	5,4	5,3	3,9	3,5	3,4	1,6	1,8	2,0
Funghi allucinogeni	-	3,2	3,5	-	1,8	1,6	-	0,5	0,6
Inalanti volatili (Popper)	-	9	4,9	-	5,9	1,7	-	2,6	0,6
Eroina	0,8	1,0	1,2	0,4	0,6	0,6	0,2	0,2	0,3
Crack	-	1,5	1,6	-	0,8	0,8	-	0,4	0,3
Anabolizzanti, steroidi	-	1,0	0,8	-	0,6	0,3	-	0,3	0,1
Pillole farmacologiche Senza prescrizione medica		5,4	5,1	-	4,1	3,2	-	2,4	2,1
Ketamina	-	-	3,5	-	-	2,0	-	-	0,8
Smart drugs	-	-	2,8	-	-	1,3	-	-	0,6
Altre sostanze	7,2	7,7	7,4	4,4	5,1	4,1	2	2,7	2,7

* In questa categoria sono stati aggregati i dati relativi ad amfetamine, ecstasy e GHB.

3.3.2 I consumi per tipo di sostanza stupefacente

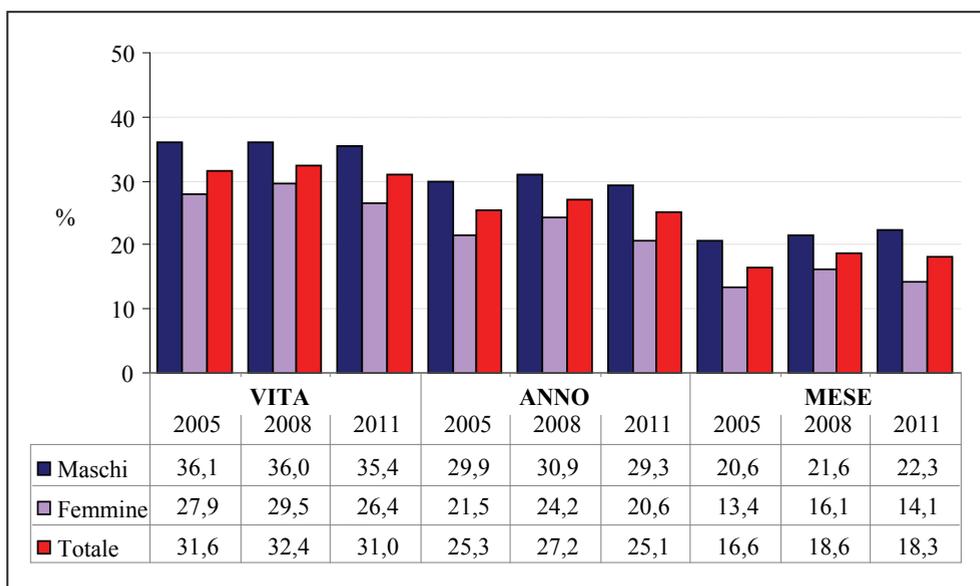
Cannabis

Il dato sui consumatori di cannabis almeno una volta nella vita, ricavabile dall'elaborazione dei dati EDIT 2011 (Figura 3.15), risulta sostanzialmente in lieve ribasso rispetto alle due precedenti rilevazioni.

Anche i consumi relativi agli altri due riferimenti temporali (anno e mese) sono in lieve ribasso rispetto alle due precedenti rilevazioni (2005 = 25,3%; 2008 = 27,2%; 2011= 25,1%) e in linea rispetto all'ultima indagine ESPAD 2008 condotta sul territorio nazionale (24,2%), ma abbastanza più alti della prevalenza del 18,2% rilevata a livello nazionale dall'indagine 2011 del Dipartimento Antidroga.

Figura 3.15

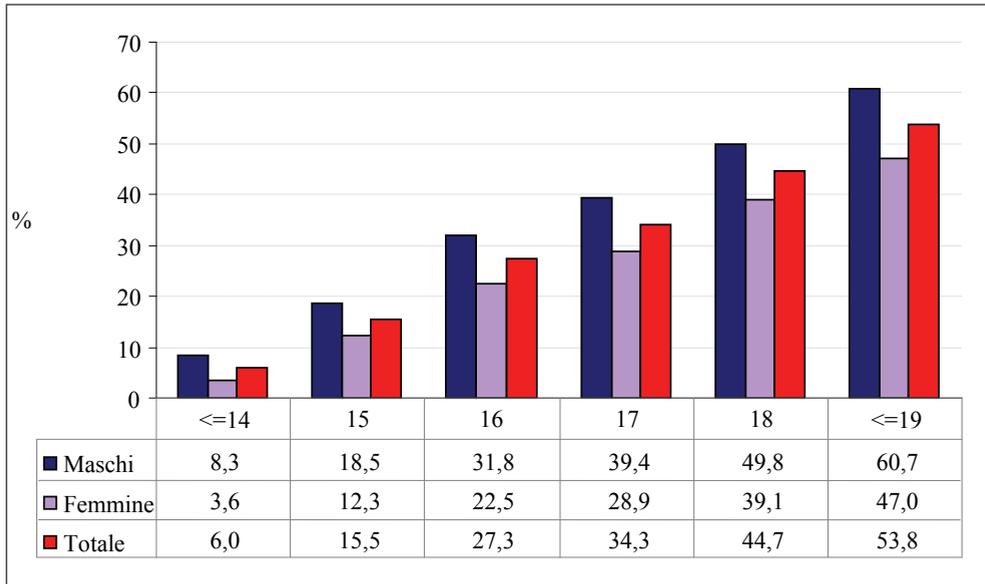
Distribuzione percentuale dell'uso della cannabis nella vita, negli ultimi 12 mesi e 30 giorni - Confronto 2005-2008-2011



La prevalenza d'uso aumenta progressivamente con l'avanzare dell'età (Figura 3.16). La sperimentazione della cannabis riguarda il 6% degli studenti con età uguale o inferiore a 14 anni e raggiunge il 53,8% tra i ragazzi di 19 anni e oltre.

L'andamento del consumo è crescente per entrambi i generi, ma i maschi si rivelano leggermente più precoci delle coetanee: a 14 anni, l'8,3% di essi ha provato cannabis almeno una volta, contro il 3,6% delle ragazze.

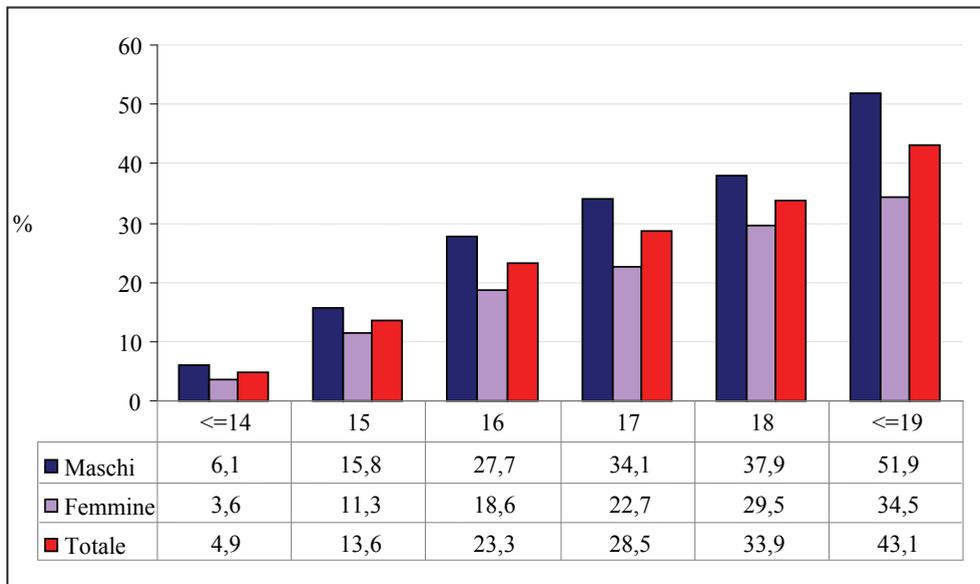
Figura 3.16
Distribuzione percentuale del consumo di cannabis almeno una volta nella vita per genere ed età - Anno 2011



Anche riguardo alla distribuzione per età dei consumatori annuali (Figura 3.17), il consumo cresce all'aumentare degli anni, con una più marcata precocità dei maschi rispetto alle femmine. Il picco più alto si ha nuovamente a 18 e 19 anni.

Figura 3.17

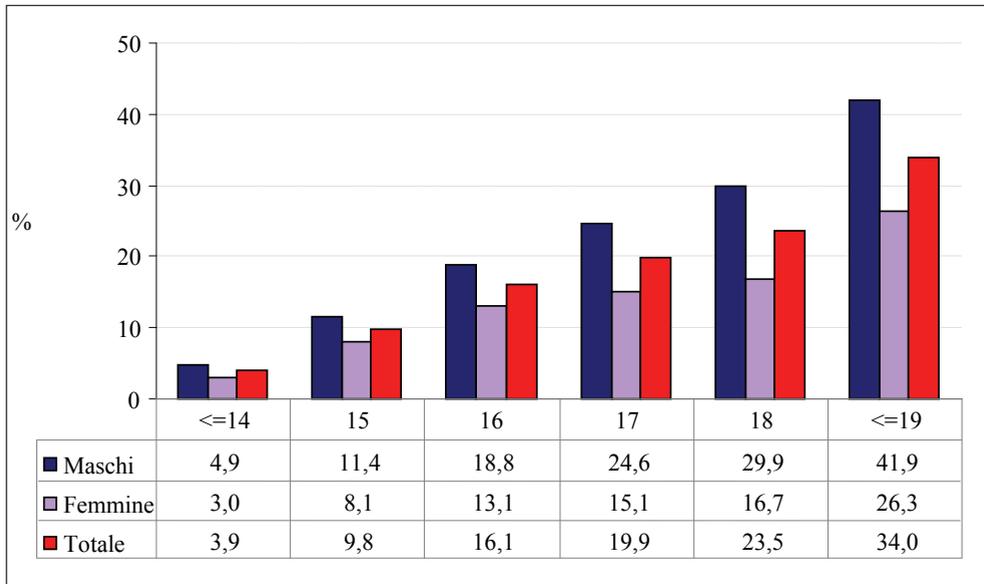
Distribuzione percentuale del consumo di cannabis nell'ultimo anno per genere ed età - Anno 2011



La distribuzione per età dei consumatori mensili di cannabis si presenta con lo stesso tipo di andamento osservato negli altri due riferimenti temporali (Figura 3.18)

Figura 3.18

Distribuzione percentuale del consumo di cannabis nell'ultimo mese per genere ed età - Anno 2011



Nella Tabella 3.29 vengono riportate le frequenze d'uso mensile. Il 19,8% di coloro che hanno dichiarato di aver consumato cannabis nei 30 giorni precedenti l'intervista riferisce una frequenza d'uso della sostanza giornaliera (+ 4,2% rispetto al 2008); inoltre, considerando la sommatoria di coloro che assumo la sostanza almeno o più di un giorno alla settimana e rapportando il dato al totale del campione, si ha che il 10,1% di questo fa un uso almeno settimanale di cannabis.

Utilizzando questa percentuale per operare una stima sulla popolazione regionale compresa nella stessa fascia d'età del campione EDIT, si nota che circa 18.000 ragazzi toscani consumano cannabis frequentemente.

La maggioranza degli studenti si concentra nella modalità che prevede un uso inferiore a un giorno alla settimana (36,7%). Questo dato risulta essere particolarmente più alto tra le femmine (40,3%).

Un'ulteriore differenza tra maschi e femmine riguarda l'uso giornaliero: i ragazzi dichiarano di fumare cannabis quotidianamente nel 24,2% dei casi, mentre per le coetanee il valore è del 12,2%.

Tabella 3.29**Distribuzione percentuale delle frequenze d'uso di cannabis nell'ultimo mese per genere - Confronto 2005-2008-2011**

Frequenza d'uso mensile	Maschi	Femmine	Totale		
			2005	2008	2011
Tutti i giorni	24,1	12,2	17,4	15,6	19,8
Qualche g/settimana	25,1	30,7	31,1	30,6	27,1
Almeno 1 g/settimana	16,2	16,8	13,8	15,2	16,4
Meno 1 g/settimana	34,6	40,3	37,7	38,6	36,7
Totale	100	100	100	100	100

Cocaina

Nella Figura 3.19 vengono mostrate le prevalenze d'uso di cocaina nella vita, nell'ultimo anno e mese per le tre rilevazioni. Il 5,3% degli intervistati dichiara di avere consumato cocaina almeno una volta nella vita (N=280).

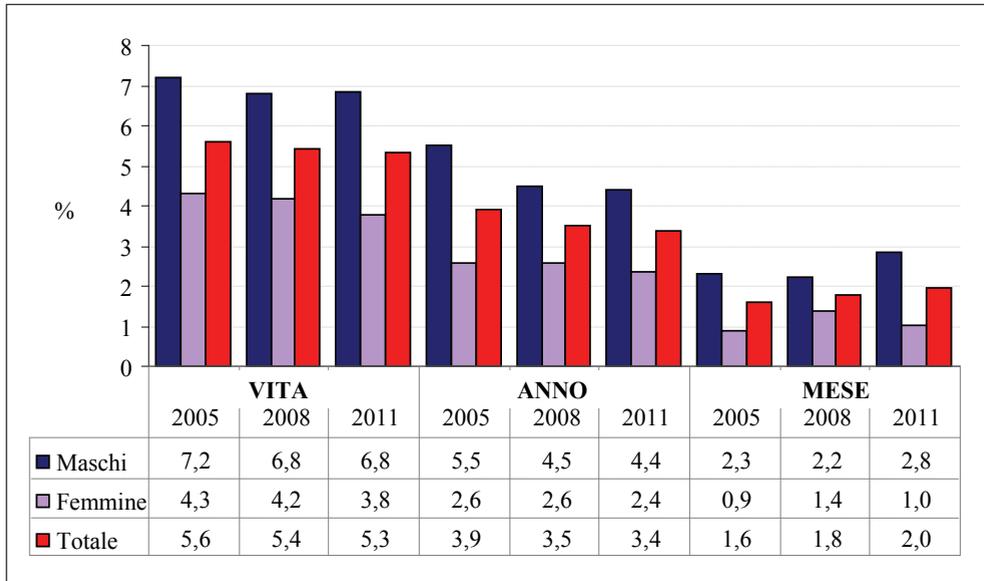
Nel 2011 si osserva che la prevalenza riferita agli ultimi 12 mesi diminuisce negli anni (3,4% nel 2011; 3,5% nel 2008; 3,9% nel 2005), ma risulta ancora in linea con la rilevazione ESPAD 2008, infine, è più alta del 2,1% rispetto al dato nazionale 2011 fornito dal Dipartimento Antidroga.

Tuttavia, il consumo mensile degli studenti toscani è in lieve crescita nel 2011, rispetto alle due rilevazioni EDIT.

In tutte le distribuzioni possiamo osservare le differenze di genere, da cui si evince che il consumo di cocaina si caratterizza come un fenomeno maschile.

Figura 3.19

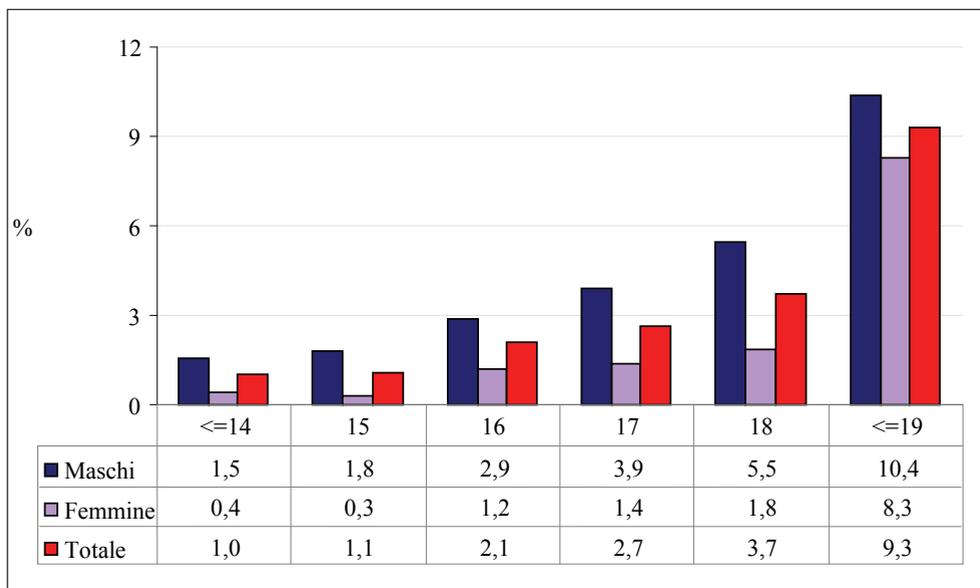
Distribuzione percentuale dell'uso di cocaina per genere: nella vita, negli ultimi 12 mesi e 30 giorni - Confronto 2005-2008-2011



Passando ad osservare la scomposizione secondo l'età, stavolta presentiamo i soli dati relativi agli ultimi 12 mesi, caratterizzando così maggiormente i consumatori più abituali.

Figura 3.20

Distribuzione percentuale del consumo di cocaina almeno una volta nell'ultimo anno per genere ed età - Anno 2011

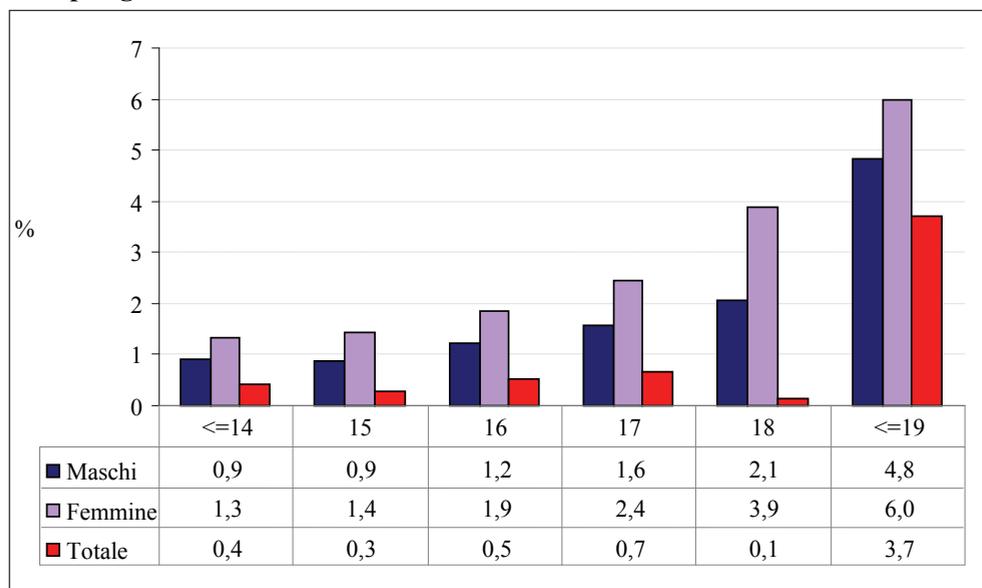


Nella Figura 3.20 si osserva come la proporzione dei consumatori aumenta al crescere dell'età, come per coloro che avevano dichiarato di avere provato la sostanza almeno una volta nella vita. Il dato dei diciannovenni è particolarmente allarmante: il 10,4% dei maschi e l'8,3% delle femmine avrebbe consumato cocaina nell'ultimo anno.

Per quanto riguarda i consumatori mensili, la disaggregazione per età e genere (Figura 3.21) mostra inaspettatamente una più alta prevalenza di consumo del genere femminile rispetto a quello dei coetanei maschi, con una relazione lineare che aumenta all'aumentare dell'età.

Figura 3.21

Distribuzione percentuale del consumo di cocaina almeno una volta nell'ultimo mese per genere ed età - Anno 2011



Tra chi ha consumato cocaina nei 30 giorni precedenti l'intervista (Tabella 3.30), si rileva un aumento piuttosto sensibile di chi ne fa uso tutti giorni (dal 7,9% nel 2005, al 3,3% nel 2008, raggiungendo il 9,3% nel 2011).

Tabella 3.30

Distribuzione percentuale delle frequenze d'uso di cocaina nell'ultimo mese per genere - Confronto 2005-2008-2011

Frequenza d'uso mensile	Maschi	Femmine	Totale		
			2005	2008	2011
Tutti i giorni	11,5	3,8	7,9	3,3	9,3
Qualche g/settimana	16,6	24,0	14,5	25,0	18,8
Almeno 1 g/settimana	15,3	32,1	11,8	18,3	20,2
Meno 1 g/settimana	56,6	40,0	65,8	53,4	51,8
Totale	100	100	100	100	100

Stimolanti

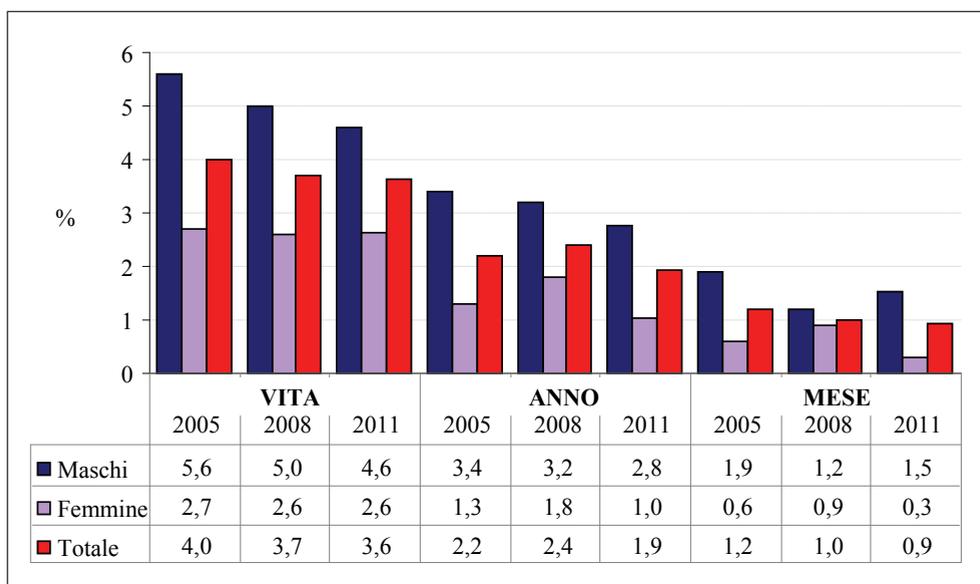
Nella Figura 3.22 vengono illustrati i consumi relativi ad un ampio gruppo di psicostimolanti (amfetamine, ecstasy, GHB), riferiti alla vita, agli ultimi 12 mesi e agli ultimi 30 giorni. Il 3,6% degli intervistati dichiara di aver sperimentato almeno una volta nella vita un amfetaminico. Questo risultato è sovrapponibile a quello rilevato nelle precedenti edizioni EDIT e si colloca, inoltre, al di sopra, come abbiamo già visto per le precedenti sostanze, all'1,3% rilevato dalla rilevazione SPS-ITA del 2011.

Il consumo riferito all'ultimo anno riguarda l'1,9% del campione. Anche in questo caso il dato si è ridotto rispetto al 2008 e al 2005. Gli studenti che riferiscono il consumo almeno una volta negli ultimi 30 giorni sono rappresentanti dall'1% circa del campione.

Le differenze di genere, come per le altre sostanze, mostrano un prevalente uso da parte dei maschi in tutte le distribuzioni mostrate.

Figura 3.22

Distribuzione percentuale dell'uso di stimolanti per genere: nella vita, negli ultimi 12 mesi e 30 giorni - Confronto 2005-2008-2011



3.3.3 Il poli-consumo e il legame con gli altri consumi e comportamenti a rischio

La modalità del poli-uso di sostanze legali e/o illegali è un fenomeno che riguarda più da vicino i giovani e risulta essere sempre più diffuso^{31, 32}. Tale tipologia di consumo può essere intesa sia come l'assunzione di due o più sostanze legali e/o illegali in una sola occasione, sia come l'uso di più sostanze in occasioni diverse.

L'assunzione contemporanea e/o nella stessa serata di due o più sostanze psicoattive comporta un potenziamento degli effetti e dei rischi delle sostanze assunte, che possono provocare seri danni alle persone e a terzi (incidenti stradali, risse ecc)^{33, 34, 35}.

La condizione del poli-consumatore è molto importante, non solo per indagare e descrivere il comportamento dei giovani intervistati nei confronti delle sostanze psicotrope illegali, ma anche per cercare di comprendere quanto l'uso più o meno frequente di alcune sostanze influenzi il consumo di altre e/o altri comportamenti.

Nella Tabella 3.31 vengono riportati i dati rilevati dallo studio EDIT sia nel 2005 sia nel 2011. L'associazione di due o più sostanze illegali nella vita riguarda ben il 13,4% degli intervistati nel 2008: 2,7 punti percentuali in più rispetto alla precedente rilevazione.

Anche tra i poli-assuntori riferiti all'ultimo anno e mese, le prevalenze risultano aumentate negli ultimi 6 anni (rispettivamente +1,4 e +0,6 punti percentuali).

Le percentuali relative al numero di sostanze consumate indicano un sostanziale equilibrio nella quota di coloro che riferiscono l'uso di due sostanze e di quella di coloro che ne riferiscono tre o più.

³¹ Ives R, Ghelani P (2006), Polydrug use (the use of drugs in combination): a brief review. *Drugs: education, prevention and policy*, 13: 225-32.

³² Siliquini R, Faggiano F, Geninatti S, et al. (2001), Patterns of drug use among young men in Piedmont (Italy). *Drug and Alcohol Dependence*, 64: 329-35.

³³ Stronski SM, Ireland M, Michaud PA, et al. (2000), Protective correlates of stages in adolescent substance use: A Swiss National Study. *Journal of Adolescent Health*, 26: 420-27.

³⁴ Byqvist S (2006), Patterns of drug use among drug misusers in Sweden. Gender differences, *Substance Use and Misuse*, 41: 1817-35.

³⁵ Barrett SP, Darredau C, Pihl RO (2006), Patterns of simultaneous polysubstance use in drug using university students. *Human Psychopharmacology*, 21: 255-63.

Tabella 3.31

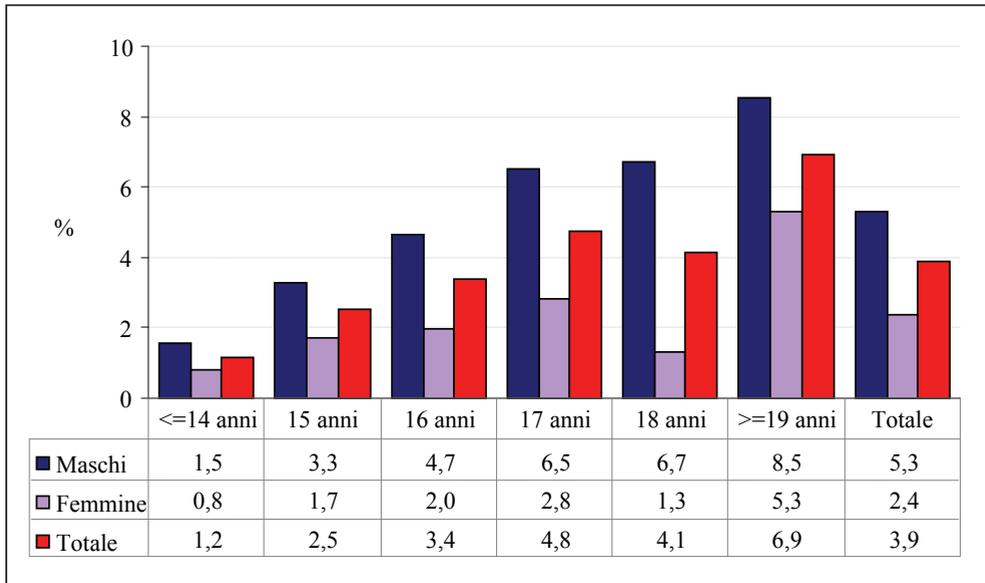
Distribuzione percentuale dei consumi di due o più sostanze psicotrope tra gli studenti che ne riferiscono l'uso almeno una volta nella vita, nell'ultimo anno e negli ultimi 30 giorni - Confronto 2005-2011

Numero di sostanze	VITA			ANNO			MESE		
	2005	2011	Diff.	2005	2011	Diff.	2005	2011	Diff.
Due sostanze	5,9	6,1	0,2	4,1	4,3	0,2	2,2	2,4	0,2
Tre o più sostanze	4,8	7,4	2,6	2,8	4,0	1,2	1,1	1,5	0,4
Totale	10,7	13,4	2,7	6,9	8,3	1,4	3,3	3,9	0,6

Le sostanze più frequentemente abbinate alle altre sono quelle della famiglia dei cannabinoidi, consumate nella quasi totalità dei soggetti (92,7%) che riferiscono un poli-uso di sostanze illegali negli ultimi 30 giorni. Inoltre, tra coloro che ne hanno assunte due, la combinazione più frequente è costituita da cannabis e popper, seguita da cannabis e cocaina (incluso crack); per coloro che hanno fatto uso di tre o più sostanze, i cocktail più diffusi consistono invece nella combinazione di cannabis, popper e pillole farmacologiche e, in seconda posizione, cannabis, amfetamino-derivati e cocaina (dati non mostrati).

Il sottocampione di poli-assuntori relativo agli ultimi 30 giorni rappresenta una frazione di studenti in cui esiste una maggior probabilità di includere assuntori frequenti e/o abituali di sostanze psicotrope. Nella distribuzione per età e per genere di questi soggetti (Figura 3.23), si osserva un andamento del poli-uso che aumenta con l'età fino ai 19 anni, in cui si registra il massimo picco (6,9%).

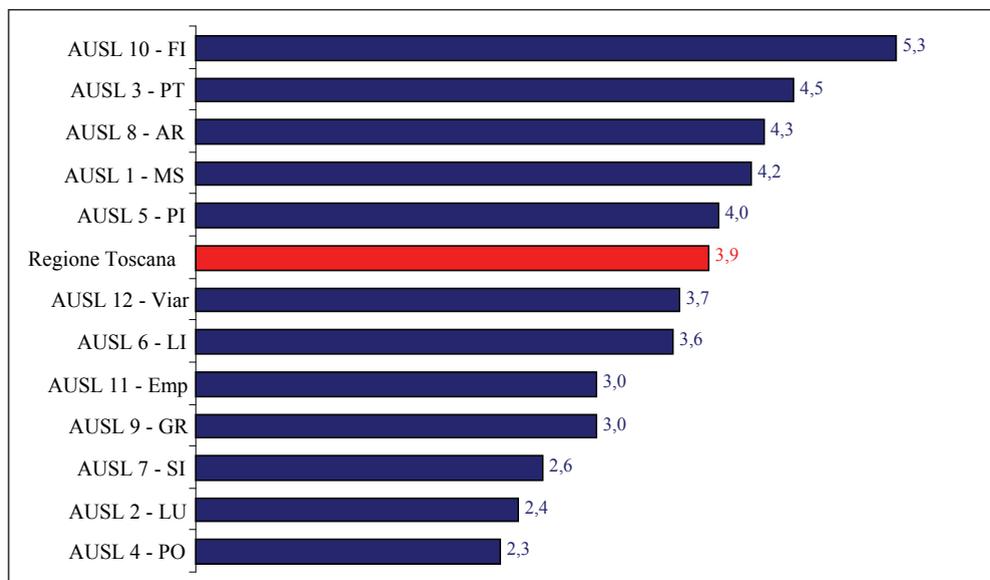
Figura 3.23
Distribuzione percentuale dei poli-assuntori negli ultimi 30 giorni, per genere ed età - Anno 2011



Nella Figura 3.24 sono state rappresentate le distribuzioni percentuali dei poli-assuntori mensili per AUSL di residenza. Nell'ambito territoriale dell'AUSL di Firenze è presente la più alta percentuale di poli-assuntori (5,3%); a seguire, troviamo le AUSL di Pistoia, Arezzo e Massa-Carrara.

Figura 3.24

Distribuzione percentuale dei poli-assuntori negli ultimi 30 giorni per AUSL di residenza - Anno 2011



Allo scopo di analizzare e valutare l’atteggiamento degli intervistati nei confronti di altri comportamenti e consumi a rischio rispetto all’aver consumato o meno sostanze psicotrope illegali, abbiamo riclassificato una parte del campione dello studio in tre sottogruppi: non assuntori (coloro che dichiarano di non aver mai assunto droghe nella vita); mono-assuntori (coloro che dichiarano di aver consumato droghe negli ultimi 30 giorni) e poli-assuntori (consumatori di due o più sostanze illegali negli ultimi 30 giorni).

Nelle tabelle che seguono sono riportati i risultati derivanti dall’analisi della distribuzione di alcune caratteristiche (tipo di istituto frequentato, rendimento scolastico ecc.), consumi (bevande alcoliche e sigarette) e comportamenti (aver avuto incidenti stradali, bullismo ecc.), rispetto ai tre sottogruppi di cui sopra.

Per quanto riguarda la tipologia di istituto frequentato (Tabella 3.32), emerge che nei licei classici o scientifici le tre categorie di intervistati si distribuiscono in modo piuttosto diverso. Tra chi non ha mai assunto sostanze illegali, il 39,1% frequenta questo tipo di istituto, mentre per i mono-assuntori si arriva al 32,7% e per i poli-assuntori al 27,5%. Inoltre, la maggioranza di quest’ultimo sottocampione si concentra tra coloro che frequentano gli istituti professionali e artistici (37,0%).

Andando ad osservare le distribuzioni delle tre categorie di studenti per livello di rendimento scolastico, risulta che tra coloro che lo considerano “buono” o “molto buono” prevale la categoria dei non assuntori (65% circa), mentre il rendimento “pessimo” viene dichiarato soprattutto tra i poli-assuntori (10,9%).

Tabella 3.32

Distribuzione percentuale dei non assuntori, mono-assuntori e poli-assuntori rispetto al tipo di istituto frequentato e al rendimento scolastico - Anno 2011

Variabili		Non assuntori	Mono-assuntori	Poli-assuntori	P
Tipo di istituto frequentato	Liceo classico e scientifico	39,1	32,7	27,5	0,0007
	Istituto tecnico e socio-pedagogico	36,0	36,2	35,6	
	Istituto professionale e artistico	24,9	31,1	37,0	
Rendimento scolastico	Molto buono	13,4	4,4	3,0	0,0000
	Abbastanza buono	51,1	37,5	35,9	
	Così così	28,3	41,2	42,4	
	Poco buono	5,7	11,4	7,9	
	Pessimo	1,6	5,4	10,9	

Andando ad analizzare le differenze tra le tre tipologie di intervistati rispetto ad alcuni comportamenti a rischio (Tabella 3.33), si osserva che il cosiddetto *binge drinking*, vale a dire l'assunzione di 5 o più bicchieri (o boccali di birra o bicchierini di liquore) di alcolici in un'unica occasione, viene praticato dai poli-consumatori con una frequenza quasi quattro volte superiore rispetto ai non assuntori di sostanze psicotrope illegali (84,2% vs 25,8%). Del resto, è molto elevata anche la differenza tra poli-assuntori (84,2%) e mono-assuntori (66,4%).

Tabella 3.33

Distribuzione percentuale dei non assuntori, mono-assuntori e poli-assuntori di sostanze psicotrope rispetto al consumo eccessivo di alcol, all'abitudine al fumo, all'aver avuto rapporti sessuali precoci, al comportamento da bullo - Anno 2011

	Non assuntori	Mono- assuntori	Poli- assuntori	<i>P</i>
<i>Binge Drinking</i>	25,8	66,4	84,2	0,0000
Fumare sigarette regolarmente	14,6	59,2	69,9	0,0000
Aver avuto rapporti sessuali in età precoce (≤ 14 anni)	8,9	18,0	42,9	0,0000
Comportamento da bullo	15,9	29,6	39,1	0,0000

Ancora più significativa risulta essere la distanza tra non assuntori e consumatori di più di due sostanze guardando alla distribuzione dei fumatori regolari di sigarette (rispettivamente 14,6% vs 69,9%).

Inoltre, ben il 42,9% dei poli-assuntori e il 18% dei mono-assuntori rientrano tra coloro che hanno scelto avere il primo rapporto sessuale completo in età precoce (≤ 14 anni); per contro, tra i non assuntori, questa proporzione di soggetti si attesta sull'8,9%.

Infine, anche il comportamento da bullo risulta essere più frequentemente praticato da coloro che consumano sostanze, in particolare dal 29,6% circa dei mono-assuntori e dal 39,1% dei poli-assuntori; mentre, tra chi non ha mai assunto sostanze, la prevalenza di ragazzi che praticano bullismo scende al 15,9%.

Tabella 3.34

Distribuzione percentuale dei non assuntori, mono-assuntori e poli-assuntori di sostanze psicotrope rispetto all'aver guidato dopo aver bevuto un po' troppo, all'aver avuto o meno incidenti stradali - Anno 2011

Variabili	Categorie	Non assuntori	Mono-assuntori	Poli-assuntori	<i>P</i>
Guida dopo assunzione di alcolici		12,1	39,1	58,7	<i>0,0000</i>
	No	77,3	50,5	40,1	
Incidente stradale	Sì, ma senza conseguenze	13,8	26,4	28,9	<i>0,0000</i>
	Sì, con accesso al PS	6,2	15,2	18,4	
	Sì, con ricovero ospedaliero	2,7	7,9	12,5	

A conferma di quanto emerso sopra, circa la maggior diffusione di uso eccessivo di bevande alcoliche tra i consumatori di sostanze psicotrope illegali, si possono osservare le percentuali riportate nella Tabella 3.34 sulla guida dei mezzi (motociclo, macchina ecc.) dopo aver bevuto un po' troppo. Tra i consumatori di due o più sostanze, ben il 58,7% dichiara di aver avuto questo comportamento, contro il 39,1% dei mono-assuntori e il 12,1% dei non assuntori.

Anche l'essere stati coinvolti in incidenti stradali rispecchia l'andamento del precedente fenomeno. Innanzi tutto, tra coloro che non hanno mai assunto sostanze illegali nella vita, il 77,3% non ha avuto incidenti stradali, contro il 50,5% dei mono-assuntori e ben il 40,1% dei poli-assuntori. Infine, le tre modalità che definiscono la gravità dell'incidente (senza conseguenze, con accesso al Pronto soccorso e con ricovero ospedaliero) mostrano frequenze in diminuzione rispetto all'aumentare della gravità dello stesso, ma per i non assuntori la percentuale di questi soggetti è dell'8,9%, mentre per i mono- e poli-assuntori sono rispettivamente il 23,1% e il 30,9%.

Questi ultimi risultati pongono l'attenzione sulle eventuali conseguenze sanitarie che determinati stili di vita possono provocare. In particolare, si rende necessario promuovere campagne informative mirate ai giovani e azioni tese a dimostrare che l'utilizzo di sostanze psicotrope (tra cui la più utilizzata è la cannabis) determina un effetto sulla guida dei veicoli e rappresenta un importante fattore di rischio per l'incidentalità, come anche la nostra ricerca sembra confermare.

CONSUMI DI SOSTANZE PSICOTROPE ILLEGALI IN SINTESI

Nel campione intervistato:

- il **36,4%** ha consumato almeno una sostanza psicotropa illegale nella vita
- il **31,1%** ha consumato almeno una sostanza psicotropa illegale nei 12 mesi precedenti l'intervista
- il **24,8%** ha consumato almeno una sostanza psicotropa illegale nei 30 giorni precedenti l'intervista
- prevalentemente, la prima sostanza psicotropa utilizzata è la **cannabis**
- tra coloro che hanno sperimentato almeno una sostanza, il primo approccio si ha per età inferiore ai 15 anni nel **55,8%** dei casi
- i consumi aumentano con l'aumentare dell'età, in particolare, per quanto riguarda la cannabis, tra i diciannovenni, si arriva al **53,8%** per coloro che ne fanno uso nell'ultimi 12 mesi ed il **18,3%** per coloro che hanno fatto uso negli ultimi 30 giorni

Tra i consumatori:

- i poli-assuntori nella vita sono **13,4%** (+2,7% punti percentuali rispetto al 2005)
- i poli-assuntori nei 12 mesi precedenti l'intervista sono **8,3%** (+1,4% punti percentuali rispetto al 2005)
- i poli-assuntori nei 30 giorni precedenti l'intervista sono **3,9%** (+0,6 punti percentuali rispetto al 2005).

Determinate caratteristiche dei soggetti (tipo di istituto scolastico frequentato, rendimento scolastico), alcuni stili di vita (*binge drinking*, consumo di tabacco, rapporti sessuali in età precoce, bullismo ecc.) e comportamenti a rischio (comportamento alla guida, aver avuto incidenti stradali con conseguenze) risultano essere associate al consumo di sostanze psicotrope illegali.

Capitolo 4

Gli altri comportamenti a rischio

**La propensione al
gioco d'azzardo**
Alice Berti

**Il fenomeno del
bullismo**
Caterina Silvestri

**Il comportamento
sessuale**
Caterina Silvestri

4.1 La propensione al gioco d'azzardo

La definizione del gioco d'azzardo (*gambling* in inglese) si riferisce ad un'attività ludica per partecipare alla quale è necessario rischiare qualcosa di valore (denaro), nella speranza di ottenere qualcosa di valore maggiore, e in cui la vincita è più dovuta al caso che all'abilità del giocatore.

Il gioco d'azzardo patologico (GAP) è una malattia mentale che è stata classificata dall'American Psychiatric Association (APA - Associazione psichiatrica americana) all'interno dei "disturbi del controllo degli impulsi" e che ha grande affinità con il gruppo dei disturbi ossessivo-compulsivi (DOC) e, soprattutto, con i comportamenti d'abuso e le dipendenze.

Il sistema classificativo del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM - Manuale statistico-diagnostico dei disturbi mentali), nella sua IV versione (DSM-IV; 1994), propone i seguenti criteri diagnostici e la seguente definizione: "Mostrare un persistente e ricorrente comportamento di gioco d'azzardo disadattivo, in cui il bisogno di giocare è incontrollabile".

Dal punto di vista epidemiologico, il gioco d'azzardo, rispetto agli altri comportamenti d'abuso (abuso di sostanze psicotrope, alcolismo ecc.), risulta essere ancora un ambito non del tutto esplorato¹. Tuttavia, è ormai di comune accordo che più dell'80% della popolazione adulta gioca o ha giocato a un gioco d'azzardo nella vita. Come riportato nella maggioranza degli studi condotti, la prevalenza dei giocatori patologici nella popolazione generale adulta varia dall'1% al 3%^{2, 3, 4}.

Rispetto alla popolazione generale adulta, la prevalenza di soggetti in età giovanile con *gambling* problematico risulta essere quasi il doppio (5-6%). Il gioco d'azzardo illegale tra i giovani è molto più diffuso, pertanto il *gambling* patologico risulta essere più difficilmente misurabile^{5, 6}.

¹ Vetere C (2003), Il gioco d'azzardo nella letteratura delle dipendenze. Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo, XXVI: 57-69.

² Raylu N, Oei TPS (2002), Pathological gambling. A comprehensive review. Clinical Psychology Review, 22: 1009-61.

³ Biganzoli A, Capelli M, Capitanucci D, et al. (2005), Il gioco d'azzardo nel territorio. Prospettive Sociali e Sanitarie, 1: 12-18.

⁴ Bellio G, Fiorin A (2003), Il gioco d'azzardo patologico: stato dell'arte. Psichiatri di Comunità, 2: 217-32.

⁵ Del fabbro P, Lahn J, Grabowsky P (2005), Further evidence concerning the prevalence of adolescent gambling and problem gambling in Australia: A Study of the ACT. International Gambling Studies, 5: 209-28.

Nell'edizione di quest'anno dello studio EDIT è stata inserita una sezione sul gioco d'azzardo con l'obiettivo di fornire una dimensione alla diffusione di questo fenomeno tra gli studenti toscani e alla loro propensione al GAP. Di seguito verranno mostrati risultati emersi dall'analisi di questi dati. In particolare, ai ragazzi è stato chiesto se nel corso della loro vita avevano mai giocato o scommesso per soldi; la tipologia di giochi o scommesse fatte (a scelta tra SuperEnalotto, Lotto, scommesse sportive legali e non, Gratta e Vinci, Bingo, carte e dadi, scommesse legali e non su cavalli, cani o altri animali, casinò legali e non, New slot e biliardo); la frequenza di gioco (nel mese) e il luogo (ricevitorie, Internet, sale gioco, casa ecc.). Inoltre, ai ragazzi è stato somministrato il Lie/Bet, un test di screening tipicamente utilizzato nelle fasce giovanili della popolazione che permette l'individuazione dei soggetti a rischio. Questo test si articola in due domande:

1. Ti è capitato di dover tenere nascosta l'entità del denaro che spendi per il gioco alle persone che ti stanno più vicine (familiari, amici ecc.)?
2. Hai mai sentito l'impulso di giocare somme sempre maggiori di denaro?

A tale proposito è importante specificare che queste domande sono state mutuare dal *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - IV - Multiple Response - Adapted for Juveniles (DSM-IV-MR-J)*⁷. Il Lie/Bet è stato validato in due studi pubblicati nel 1997 e nel 2004^{8,9}.

Per la determinazione dei soggetti problematici è sufficiente che gli intervistati abbiano risposto affermativamente ad una o a entrambe le domande, mentre una risposta negativa ad entrambe significa assenza di rischio. Come già anticipato, non è da considerarsi uno strumento diagnostico; per tale scopo è necessario somministrare ulteriori test a coloro che sono risultati a rischio (es. il *South Oaks Gambling Screen - SOGS*, il DSM-IV-MR-J ecc.).

Come riportato in Figura 4.1, il 58,1% degli intervistati dichiara di aver giocato almeno una volta nella vita a un gioco d'azzardo (+7,4% rispetto al 2008;

⁶ Slutske WS, Jackson KM, Sher KJ (2003), The natural history of problem gambling from age 18 to 29. *Journal of Abnormal Psychology*, 112: 263-4.

⁷ Questionario a risposta multipla basato sui criteri diagnostici del DSM IV, 1994.

⁸ Johnson EE, Hamer R, Nora RM (1997), The Lie/Bet Questionnaire for screening pathological gamblers. *Psychological Reports*, 80: 83-8.

⁹ Götestam KG, Johansson A, Wenzel HG, et al. (2004), Validation of the Lie/Bet screen for pathological gambling on two normal population data sets. *Psychological Reports*, 95: 1009-13.

dati non mostrati). Questa percentuale risulta molto diversa nei due generi: il 72,3% (+6,1%) dei maschi e il 42,8% (+5,1%) delle femmine. Nella distribuzione per età si registrano i picchi più alti a 16 e 18 anni, quasi 3 maschi su 4 hanno giocato almeno una volta nella vita.

La distribuzione per AUSL dei soggetti che hanno giocato (Figura 4.2) mostra, come nella rilevazione del 2008, che Livorno è al primo posto (67%) seguita da Massa (66,3%), mentre le AUSL in cui i ragazzi risultano aver giocato meno sono quelle di Lucca e di Arezzo.

Figura 4.1
Distribuzione percentuale di coloro che hanno giocato almeno una volta nella vita a un gioco d'azzardo - Distribuzione per genere ed età - Anno 2011

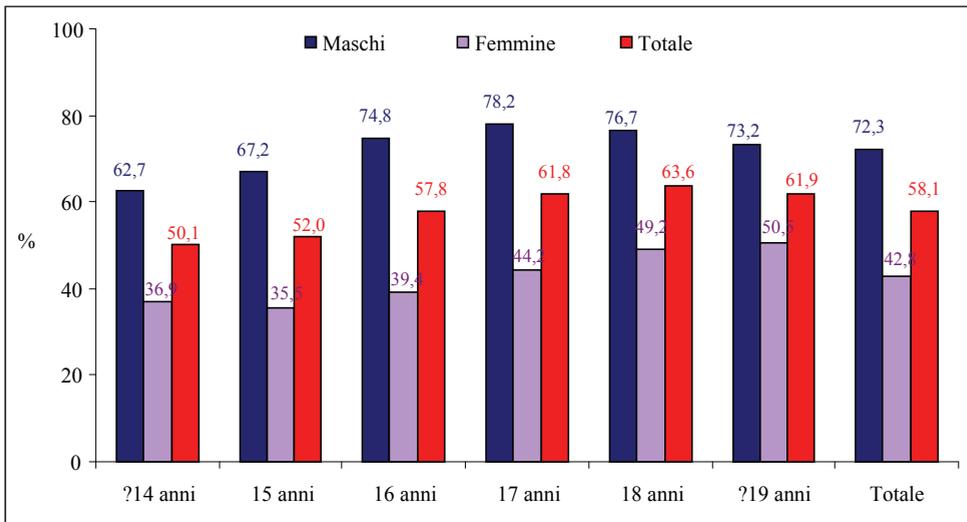
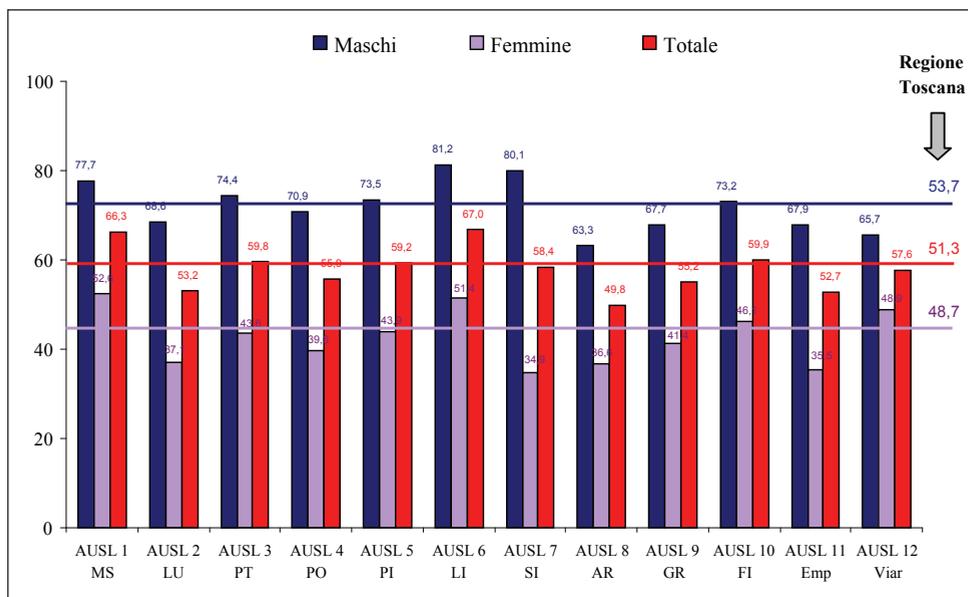


Figura 4.2
Distribuzione percentuale per AUSL di residenza di coloro che hanno giocato almeno una volta nella vita a un gioco d'azzardo - Anno 2011



Di seguito vengono riportati i dati relativi alle tipologie di giochi praticati dagli studenti e le frequenze mensili delle giocate, comparate per le ultime due rilevazioni (2008 e 2011). Nel 2011 è stata introdotta una classificazione dei giochi più estesa, quindi i raffronti non possono essere sempre esaustivi. Come è possibile osservare dalla Tabella 4.1, tra coloro che avevano riferito di aver giocato d'azzardo almeno una volta nella vita, il gioco preferito è risultato essere, come nel 2008, il Gratta e Vinci per l'80,% dei casi (-3,8% rispetto al 2008), mentre in seconda posizione, con il 50,7% dei casi, risulta essere il biliardo o altro gioco di abilità (-5% rispetto al 2011), seguito dalle scommesse sportive (49,7%; +7,9% rispetto al 2008), il SuperEnalotto (42,5%; -1,5%) e dal gioco delle carte e/o dadi (37,2%; -5,8%). Va sottolineata la grande diminuzione dei giocatori di Bingo, corrispondente alla chiusura di alcune sale sul suolo toscano (-7,2%), e del Lotto (-0,1%).

Relativamente al genere, nel 2011 le scommesse sportive sono un fenomeno di gioco quasi esclusivamente maschile (M=65,8%; F=19,9%), mentre il Gratta e Vinci, il SuperEnalotto e il Lotto più marcatamente femminile.

Tabella 4.1
Proporzione di giocatori per tipo di gioco praticato - Distribuzioni per genere -
Confronto 2008-2011

Giochi	2008			2011		
	Maschi (N=1.538)	Femmine (N=1.015)	Totale (N=2.553)	Maschi (N=1.888)	Femmine (N=948)	Totale (N=2.836)
SuperEnalotto	43,0	45,5	44,0	39,6	47,7	42,5
Lotto	24,8	29,6	26,7	14,3	20,7	16,6
Lotterie nazionali	-	-	-	13,0	15,5	13,9
Scommesse sportive legali e non	58,2	16,8	41,8	65,8	19,9	49,7
Concorsi a pronostico (Totocalcio, Totogol)	-	-	-	41,0	9,4	29,8
Gratta e Vinci	77,6	93,1	83,7	75,8	89,9	80,9
Bingo	15,3	21,8	17,9	9,1	13,7	10,7
Carte e dadi	46,8	37,2	43,0	43,5	25,9	37,2
Scommesse sui cavalli cani o altri animali legali e non	8,9	7,3	8,3	8,1	4,5	6,8
Casinò legali e non	11,4	6,6	9,5	11,2	4,7	8,9
Poker on-line	-	-	-	30,5	11,2	23,5
Slot machine, New Slot, poker machine ecc.	45,1	34,0	40,7	31,0	19,5	26,9
Biliardo o altro gioco di abilità	64,5	42,5	55,7	58,2	37,3	50,7

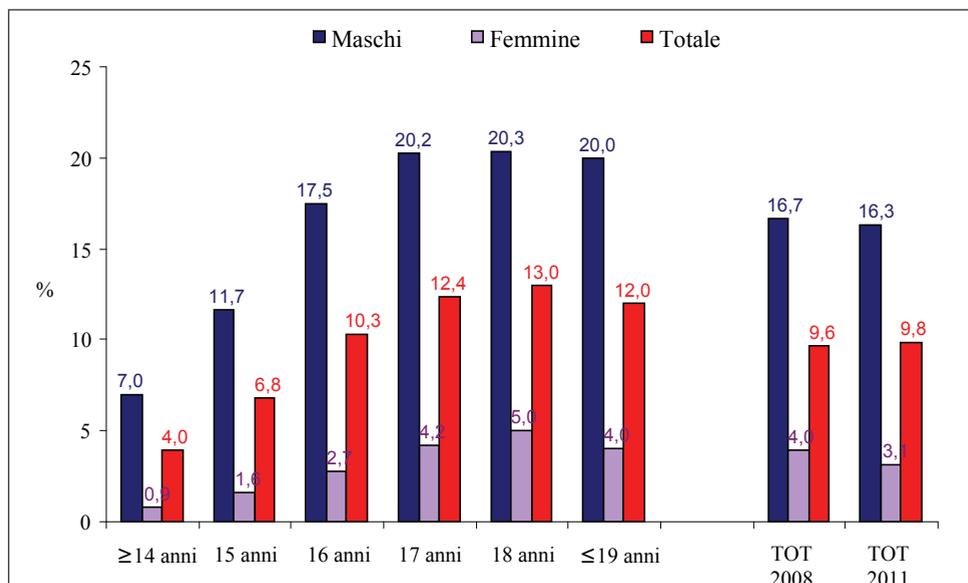
Come già esposto agli studenti, è stato somministrato lo strumento Lie/Bet per identificare la quota di ragazzi potenzialmente a rischio di poter sviluppare un problema con il gioco.

Tra coloro che hanno compilato il Lie/Bet, i ragazzi che hanno risposto affermativamente a una o entrambe le domande e che risultano, quindi, avere questo problema, sono in tutto il 9,8%, con una discreta differenza tra maschi e femmine (16,3% vs 3,1%) (Figura 4.3). Questo dato rispecchia quanto riportato

anche in letteratura circa la problematicità di questo fenomeno tra gli adolescenti¹⁰ e ricalca quasi completamente i risultati della rilevazione 2008. La distribuzione per età fa registrare il picco più alto a 17-18 anni, età che, soprattutto per le femmine, è risultata preponderante anche per i giocatori “sociali” (almeno una volta nella vita).

Figura 4.3

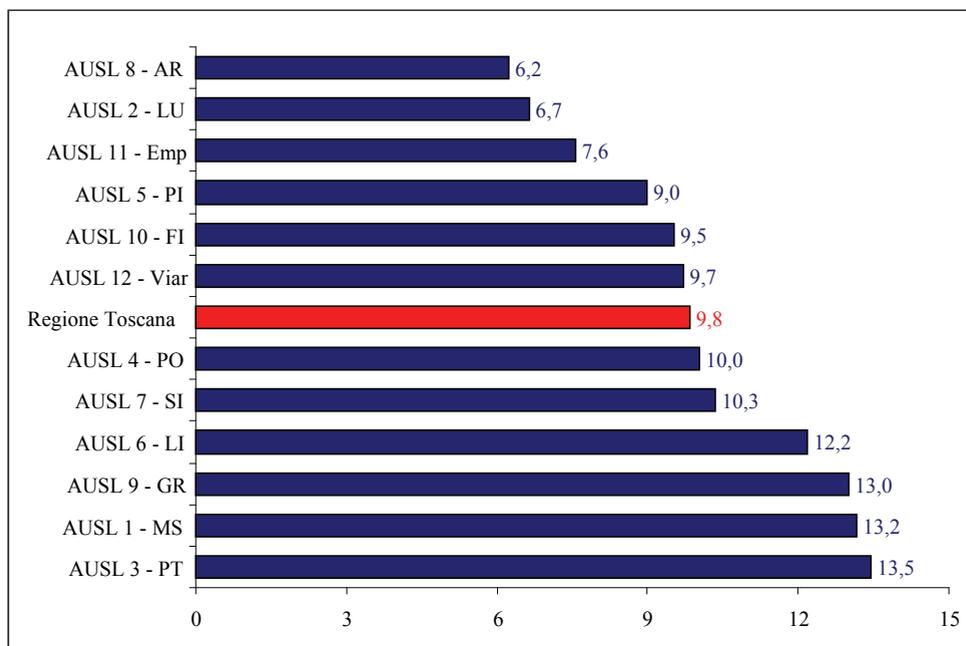
Distribuzione percentuale dei soggetti risultati positivi al Lie/Bet sul totale del campione e distribuzione per genere ed età - Confronto 2008-2011



La distribuzione per AUSL di residenza dei soggetti con *gambling* problematico (Figura 4.4) vede Pistoia al primo posto (13,5%) per positivi al test di screening, seguita da quelle di Massa-Carrara (13,2%), Grosseto (13,0%) e Livorno (12,2%). Per contro, Arezzo e Lucca risultano le AUSL con le minori prevalenze di studenti con problemi rispetto al gioco d’azzardo (tra il 6 e il 7%).

¹⁰ Hansen M, Rossow I (2008), Adolescent gambling and problem gambling: Does the total consumption model apply? *Journal of Gambling Studies*, 24: 135-49.

Figura 4.4
Distribuzione percentuale per AUSL di residenza dei soggetti risultati positivi al Lie/Bet - Anno 2011



In relazione a quanto emerso dai dati di questo paragrafo, sono stati identificati tre sottogruppi del campione originale: giocatori problematici, giocatori non problematici e non giocatori. Nella Tabella 4.2 vengono mostrate le distribuzioni percentuali di questi tre sottocampioni all'interno delle modalità di alcune variabili rilevate nel questionario EDIT.

Il giocatore problematico è più spesso maschio, frequenta un istituto professionale, è più spesso fumatore e consumatore di sostanze, incorre più spesso rispetto al non giocatore in episodi di *binge drinking* e di bullismo ed è caratterizzato da un livello di distress più alto del non giocatore.

Tabella 4.2

Distribuzioni percentuali dei giocatori problematici e non problematici entro le modalità delle variabili: tipo di istituto, rendimento scolastico, comportamento da bullo, consumo sostanze illegali, rapporti sessuali in età precoce, binge drinking e aver avuto incidenti stradali - Anno 2011

Variabile	Modalità	Giocatore problematico	Giocatore non problematico	Non giocatore	<i>P</i>
Genere	Maschi	84,6	59,8	34,2	0,0000
	Femmine	15,4	40,2	65,8	
Tipo di istituto	Liceo classico e scientifico	27,6	34,9	43,5	0,0000
	Ist. tecnico e Liceo sociopedagogico	46,5	38,7	30,5	
	Ist. professionale d'arte e liceo artistico	25,9	26,4	26,0	
Rendimento scolastico	Molto buono	5,7	10,9	13,9	0,0000
	Abbastanza buono	36,7	46,6	53,1	
	Così così	39,1	33,5	25,9	
	Poco buono	11,1	6,4	5,9	
	Pessimo	7,4	2,6	1,1	
Abitudine al fumo	Sì	38,5	25,4	19,2	0,0000
	No	61,5	74,6	80,8	
Consumo sostanze stupefacenti (ultimi 30 gg)	Sì	51,9	28,0	15,2	0,0000
	No	48,1	72,0	84,8	
Binge drinking	Sì	66,6	37,6	23,5	0,0000
	No	33,4	62,4	76,5	
Rapporti sessuali precoci	Sì (≤ 14 anni)	15,0	12,4	9,9	0,0000
	No	85,0	87,6	90,1	
Comportamento da bullo	Sì	34,2	19,8	13,5	0,0000
	No	65,8	80,2	86,5	
Comportamento alla guida: incidenti	Nessun incidente	51,6	67,6	80,5	0,0000
	Incidenti senza conseguenze	24,1	19,3	11,3	
	Incidenti con accesso al PS	15,1	9,0	5,8	
	Incidenti con ricovero ospedaliero	9,2	4,1	2,3	
Distress psicologico	Elevato	20,8	14,9	19,5	0,0009
	Lieve/moderato	79,2	85,1	80,5	

LA PROPENSIONE AL GIOCO D'AZZARDO IN SINTESI

Nel campione intervistato:

- il **58,1%** dichiara di aver giocato almeno una volta nella vita a un gioco d'azzardo
- giochi più frequenti: **Gratta e Vinci, scommesse sportive, biliardo o altro gioco di abilità e SuperEnalotto**

Risultati Lie/Bet:

- tra coloro che hanno compilato il test, il **17,3%** risulta avere un problema con il gioco d'azzardo (25% tra i maschi e 10,4% tra le femmine)
- sul totale del campione, il **9,8%** risulta avere un problema con il gioco d'azzardo (16,3% tra i maschi e 3,1% tra le femmine)

Pistoia è la AUSL con la maggior concentrazione di soggetti con gioco d'azzardo problematico, mentre Arezzo e Lucca quelle con la minor percentuale.

Determinate caratteristiche dei soggetti (sesso, tipologia d'istituto frequentato, livello di distress) e alcuni comportamenti a rischio (*binge drinking*, consumo di tabacco, consumo di sostanze, bullismo ecc.) risultano essere associate alla problematicità con il gioco d'azzardo.

4.2 Il fenomeno del bullismo

Nel corso degli ultimi decenni, gli studi sul bullismo hanno visto una forte espansione sia a livello nazionale che internazionale. Il primo studioso che si è occupato in modo sistematico di tale fenomeno è stato il professor Dan Olweus che, attraverso le sue ricerche¹¹, ha dato inizio a un susseguirsi di indagini volte a prevenire e ridurre questa manifestazione.

Definire il termine bullismo non è semplice. Come prima cosa dobbiamo precisare che non si tratta di violenze estemporanee ma, al contrario, rappresenta una forma di violenza che continua nel tempo e che molto si avvicina alla persecuzione vera e propria. Fra i ragazzi, il bullismo può essere sia di tipo verbale (basato su insulti, canzonature, maldicenze, emarginazione di qualcuno) sia di tipo fisico. Qui entra in gioco la variabilità di genere, con le femmine molto più inclini alla forma verbale, mentre fra i maschi prevale il tipo fisico, pur non escludendo del tutto l'altro.

È necessario, inoltre, distinguere le normali dispute fra ragazzi dal bullismo vero e proprio: nel primo caso, infatti, assistiamo a una certa reciprocità mentre, quando parliamo di bullismo, i ruoli sono fissi, con il bullo e la vittima che sono sempre gli stessi, tanto che, nel tempo, i ruoli tendono a stabilizzarsi provocando danni importanti per la crescita in entrambe le figure. La vittima tenderà a modificare l'immagine di sé incominciando a chiedersi che cos'è che non va in lei, diminuendo la propria autostima e aumentando lo stato di solitudine. Il bullo, al contrario, trovando conferma nel proprio comportamento grazie alla remissività della vittima, tenderà a stabilizzare il proprio comportamento aggressivo giustificando la propria violenza.

Alcuni studi condotti in vari paesi, fra cui l'Italia, riferiscono che il 30-33% dei ragazzi che manifestano un comportamento da bullo a scuola restano tali anche in seguito¹². Questa ulteriore conferma non può che incrementare gli sforzi di tutti coloro che si occupano dei giovani in questa fascia di età affinché l'atteggiamento prevaricatorio, a cui ci stiamo sempre più abituando, non diventi un "normale" modo di relazionarsi.

¹¹ Olweus D (1978), *Aggression in the schools. Bullies and whipping boys*. Hemisphere, Oxford.

¹² Oliverio Ferraris A (2010), *Una particolare forma di aggressività: il bullismo*. In: Formella Z, Ricci A (a cura di), *Bullismo e dintorni*. Franco Angeli, Milano, pp.15-29.

È a questo scopo che, anche da un punto di vista epidemiologico, è necessario puntare l'attenzione sul fenomeno del bullismo mostrando, non solo ai tecnici ma anche ai decisori, la necessità di tutelare la crescita dei giovani. In particolare, lo studio EDIT, rivolgendosi a giovani di età 14-19 anni, focalizza l'interesse non verso la fase di avvio, che avviene notoriamente in età molto precoci,¹³ ma soprattutto sul mantenimento di questo comportamento e sulla sua possibile stabilizzazione e correlazione con altri comportamenti a rischio.

Ma passiamo alla ricerca.

Come nella precedente edizione EDIT (2008), lo strumento utilizzato rappresenta la versione rivista del questionario di Olweus (1978). Questo, non solo ci permette di effettuare confronti sull'andamento del fenomeno in Toscana, ma, essendo stato utilizzato anche in altre ricerche^{14, 15}, ci rende possibile il raffronto con altre realtà. Dato che il fenomeno del bullismo vede il coinvolgimento di "vittime e carnefici", le informazioni verranno presentate distinguendo le due figure.

4.2.1 I ragazzi che subiscono prepotenze

Come mostrano i dati (Tabella 4.3), nel corso di questi tre anni il valore percentuale dei ragazzi che dichiarano di subire prepotenze è rimasto sostanzialmente stabile, con circa il 19% di risposte affermative. Questo dato, confrontato con i risultati riportati da una recente ricerca svolta su studenti polacchi, mette in evidenza come, in altri paesi, il fenomeno del bullismo rappresenti un comportamento in costante aumento con valori che superano il 70% di risposte affermative (v. nota n. 15).

Nonostante la complessiva stabilità del fenomeno in Toscana, assistiamo ad un aumento della differenza fra i generi, con uno spostamento significativo verso le femmine che sembrano essere, sempre di più, l'oggetto catalizzatore di una maggiore aggressività fisica e/o verbale.

¹³ Fedeli D (2007), *Il bullismo: oltre. Dai miti alla realtà: la comprensione del fenomeno*. Vannini Editrice, Brescia.

¹⁴ Centro Formativo Provinciale "Giuseppe Zanardelli" (2007), *Bullismo in Provincia di Brescia. Indagine tra gli studenti*. http://www.bullismo.info/files/ricerca_provincia_di_brescia.pdf

¹⁵ Szpringer M (2010), *La prevenzione dell'aggressività tra i pari nella scuola*. In: Formella Z, Ricci A (a cura di), *Bullismo e dintorni*. Franco Angeli, Milano, pp.172-82.

Tabella 4.3**Distribuzione percentuale dei ragazzi che nel corso dell'ultimo anno hanno subito prepotenze da un coetaneo - Confronto 2008-2011**

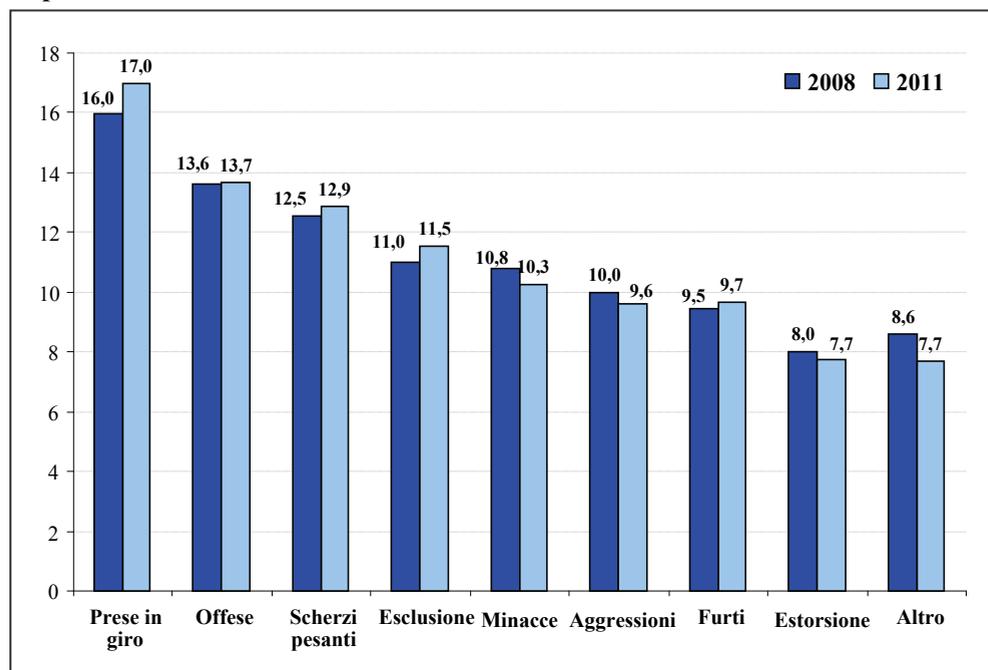
Prepotenze subite	2008 (N=5.185)			2011 (N=4.743)		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Ha subito prepotenze da un coetaneo	18,7	20,7	19,8	16,6	22,1	19,2
Non ha subito prepotenze da un coetaneo	81,3	79,3	80,2	83,4	77,9	80,8
Totale	100	100	100	100	100	100

In accordo con quanto precedentemente accennato¹⁶, i ragazzi e le ragazze coinvolte in atteggiamenti prevaricatori frequentano prevalentemente le prime e le seconde confermando la precocità del fenomeno bullismo (dati non mostrati).

Le forme di prepotenza più frequenti, nell'anno 2011, continuano ad essere le prese in giro che rappresentano il 17% di tutte le prepotenze subite, seguite dalle offese che, invece, descrivono il 13,7% del totale. Il confronto fra le due annualità mostra un andamento tendenzialmente stabile anche nella tipologia di prepotenza subita (Figura 4.5). Questa informazione risulta estremamente significativa in virtù del fatto che sempre più spesso i media trasmettono notizie riguardanti il "cyberbullismo", agito grazie all'uso che i ragazzi fanno delle tecnologie informatiche come, ad esempio, il cellulare. La diffusione di questo tipo di prepotenza è così ampia, in alcuni paesi, che circa il 90% dei ragazzi che hanno subito prepotenze dichiarano di aver vissuto "cyberviolenze" (v. nota n. 15). È pertanto necessario, anche nella nostra regione, monitorare i possibili cambiamenti.

¹⁶ Fonzi A (2006), Bullismo: la storia continua. Psicologia contemporanea, 197: 28-36.

Figura 4.5
Distribuzione percentuale delle prepotenze subite calcolata sul numero delle risposte* - Confronto 2008-2011



*Domanda a risposta multipla.

Prendendo in esame le differenze di genere, pur convalidando che il maggior numero di prepotenze si collocano nella sfera verbale, i maschi, in misura maggiore, vengono coinvolti in forme dove prevale l'aggressività fisica (10,5% dei maschi vs 8,9% delle femmine). Nelle restanti modalità non si osservano differenze significative fra i due sessi.

I luoghi nei quali avvengono le prepotenze risultano mutati (Tabella 4.4). Rispetto al 2008 risultano diminuite le azioni svolte fuori dalla scuola o nei luoghi di ritrovo, mettendo la scuola stessa al centro delle dinamiche. In particolare risultano fortemente aumentati i furti (19,4% nel 2008), le minacce (16,1% nel 2008) e le estorsioni di denaro (6,3% nel 2008), mostrando come, anche in Toscana, l'istituzione scolastica ha perso quel ruolo protettivo svolto per tanti anni.

Tabella 4.4**Distribuzione percentuale dei luoghi in cui gli intervistati hanno subito le prepotenze calcolata sul numero delle risposte* - Anno 2011**

Luogo	Prese in giro	Scherzi pesanti	Esclusione dalle compagnie	Offese e insulti	Minacce	Furti	Estorsione di denaro	Aggressioni fisiche	Altro
Fuori dalla scuola	25,7	25,4	25,2	25,7	25,1	24,9	24,1	24,9	23,5
All'interno della scuola	32,3	30,3	31,0	31,5	28,0	29,2	27,1	27,3	27,2
Nel luogo di ritrovo	15,0	13,5	13,7	13,8	13,6	13,9	13,2	14,0	13,1
Altro	27,1	30,9	30,2	29,0	33,3	32,0	35,7	33,9	36,2
Totale	100	100	100	100	100	100	100	100	100

*Domanda a risposta multipla.

La frequenza con cui si manifestano sembra indicare che le prepotenze continuano ad essere subite dai giovani prevalentemente non più di due o tre giorni al mese (76,2%), mentre nel 23,8% dei casi avvengono settimanalmente (Tabella 4.5). L'analisi per genere non mostra differenze significative ($p=0,0157$).

Tabella 4.5**Distribuzione percentuale delle volte in cui gli intervistati hanno subito prepotenze - Confronto 2008-2011**

Frequenza delle prepotenze subite	2008	2011
Tutti i giorni o quasi (6-7 gg. a settimana)	5,9	4,5
Qualche giorno a settimana (3-5 gg. a settimana)	8,2	6,9
1-2 giorni a settimana	9,1	12,4
Qualche giorno al mese (2-3 gg. al mese)	17,8	19,4
1 giorno o meno al mese	59,0	56,8
Totale	100	100

4.2.2 I ragazzi che mettono in atto comportamenti da bullo

Fra coloro che agiscono prepotenze, in linea con l'analisi fatta sulla vittima, i maschi occupano un ruolo maggiore con una percentuale quasi doppia rispetto alle femmine (Tabella 4.6). Questo sembra confermare quanto abbiamo osservato circa l'aumento di aggressività rivolta verso il genere femminile nella dinamica del bullismo.

Tabella 4.6

Distribuzione percentuale degli intervistati che hanno fatto delle prepotenze nel corso dell'ultimo anno - Anno 2011

Prepotenze fatte	Maschi	Femmine	Totale
Ha fatto prepotenze (<i>N</i> =905)	24,9	12,9	19,1
Non ha fatto prepotenze (<i>N</i> =3.779)	75,1	87,1	80,9
Totale (<i>N</i> =4.684)	100	100	100

L'età dei ragazzi coinvolti non rappresenta un dato significativo ($p=0,2794$) mentre, ciò che appare molto interessante, sono le motivazioni che gli studenti hanno fornito circa il perché di questo comportamento (Tabella 4.7). Se escludiamo la risposta "altro", spesso usata dai ragazzi per eludere la risposta, ciò che emerge è che la spinta principale risulta legata alla necessità di risolvere in modo efficace i problemi (16,5% nei maschi e 14,5% nelle femmine). Questo risultato, già messo in evidenza dalla rilevazione EDIT 2008, pur riducendosi in termini di valore percentuale, continua a fornire un'immagine dei giovani spostata sempre di più verso la mancanza di mediazione o, peggio ancora, con profonde difficoltà nell'accettare le frustrazioni. Ad esempio, di fronte alla mancanza economica, si tende a ricorrere all'estorsione come metodo rapido ed efficace per raggiungere il proprio obiettivo, piuttosto che prendere coscienza del mancato raggiungimento del proprio desiderio.

Tabella 4.7**Distribuzione percentuale delle motivazioni che spingono i ragazzi a mettere in atto prepotenze nel corso dell'ultimo anno, per genere - Anno 2011**

Motivazioni	Maschi	Femmine	Totale
Dimostro di essere più forte degli altri	10,1	4,5	8,3
Mi piace che gli altri abbiano paura di me	6,6	5,3	6,2
Finalmente sono io quello che comanda	4,5	3,0	4,0
È il modo più efficace di risolvere le cose	16,5	14,5	15,9
I miei compagni /e si aspettano che io mi comporti così	5,4	3,8	4,9
Altro	56,9	68,9	60,7
Totale	100	100	100

p=0,0417

Vediamo, adesso, come si distribuisce il fenomeno a livello territoriale mettendo a confronto i dati 2008-2011 (Tabella 4.8). Come possiamo osservare, nonostante il dato toscano per genere rimanga sostanzialmente stabile, nel corso di questi tre anni sono avvenuti alcuni cambiamenti intra-aziendali. In particolare l'AUSL 4 di Prato, che nella rilevazione 2008 deteneva (nel genere maschile) il valore più alto, ha visto una netta diminuzione passando dal 38,1% al 17,2%. Al contrario, l'AUSL 2 di Lucca registra un aumento di oltre 7 punti percentuali nel genere maschile mentre, fra le coetanee, vi è stato un decremento di oltre il 50%. L'interpretazione di questi dati può essere fatta esclusivamente attraverso un'ampia conoscenza degli interventi di prevenzione attivati nel singolo territorio, pertanto esortiamo i professionisti che operano in questo settore a condividere, laddove presenti, le azioni messe in atto, affinché possano essere attuati progetti comuni volti alla reale riduzione della violenza giovanile.

Tabella 4.8

Distribuzione percentuale degli intervistati che hanno fatto prepotenze per AUSL di residenza e genere - Confronto 2008-2011

AUSL	2008		2011	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
AUSL 1 - Massa-Carrara	27,3	15,5	28,4	12,7
AUSL 2 - Lucca	15,9	14,7	23,6	6,6
AUSL 3 - Pistoia	27,3	12,6	31,0	8,8
AUSL 4 - Prato	38,1	8,9	17,2	6,7
AUSL 5 - Pisa	16,9	7,2	22,8	10,8
AUSL 6 - Livorno	21,0	12,4	29,4	17,3
AUSL 7 - Siena	28,4	9,1	29,1	11,4
AUSL 8 - Arezzo	24,4	12,8	22,9	13,1
AUSL 9 - Grosseto	22,9	4,3	24,2	13,4
AUSL 10 - Firenze	27,7	12,8	23,5	16,6
AUSL 11 - Empoli	25,2	12,5	24,5	12,5
AUSL 12 - Viareggio	27,2	14,4	24,4	16,7
Regione Toscana	25,5	11,4	24,9	12,9

Cerchiamo, infine, di approfondire alcuni aspetti che possono delineare la figura del “bullo” con lo scopo, ovviamente, non di stigmatizzare questi ragazzi, ma di mettere in evidenza alcuni elementi che possono concorrere nella determinazione.

Come prima variabile abbiamo correlato la messa in atto di prepotenze con il livello d’istruzione familiare e, come è possibile osservare nella Tabella 4.9, non esiste una relazione significativa fra le due variabili. Questo risultato conferma quanto ribadito ormai da molti anni circa l’equivalenza di questo comportamento in tutte le classi di età, e lo stesso si verifica per le vittime¹⁷.

¹⁷ Ricci A (2010), Cause e conseguenze del bullismo. In: Formella Z, Ricci A (a cura di), Bullismo e dintorni. Franco Angeli, Milano, pp. 49-95.

Tabella 4.9**Distribuzione percentuale dei ragazzi che adottano comportamenti da bullo secondo il livello di istruzione familiare - Anno 2011**

Livello di istruzione familiare	Ha un comportamento da bullo		<i>p</i>
	Si	No	
Basso	23,3	76,7	0,1231
Medio	18,2	81,8	
Alto	18,7	81,3	

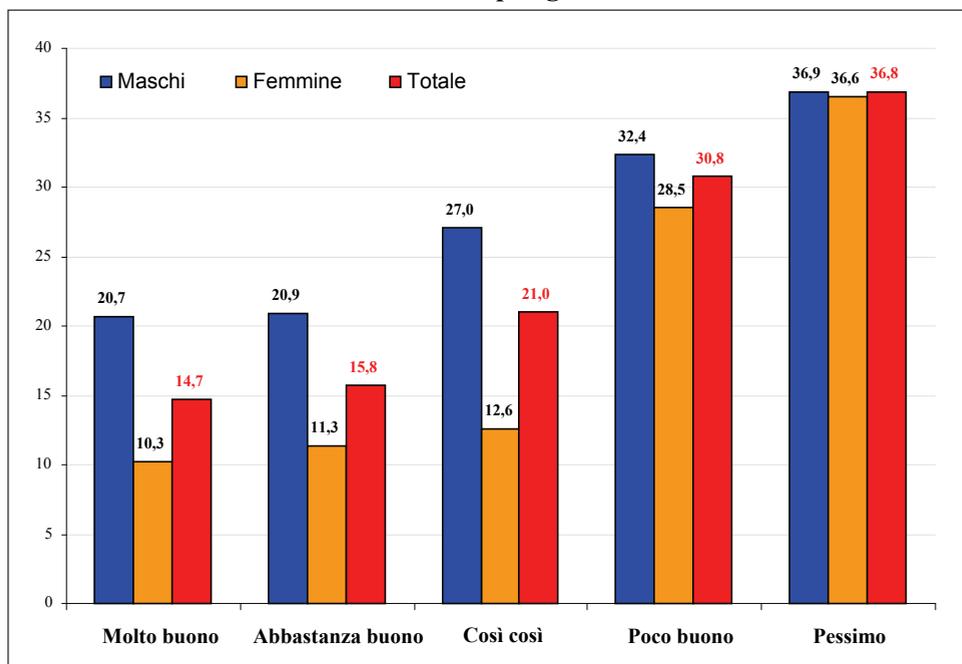
Trattandosi di un comportamento agito prevalentemente all'interno delle mura scolastiche, abbiamo messo in relazione l'atteggiamento da bullo con il rendimento scolastico e con la tipologia d'istituto frequentato. Ciò che emerge è una relazione significativa ($p=0,000$) fra le due variabili in entrambi i generi; tuttavia, per quanto riguarda la competenza scolastica (Figura 4.6), vi sono indicazioni contrastanti. Alcuni autori riferiscono che l'insuccesso scolastico rappresenta un fattore in grado di generare disturbi della condotta e aggressività, mentre l'attaccamento alla propria scuola e l'impegno verso di essa risultano essere protettivi rispetto ai comportamenti devianti¹⁸. Altri, al contrario, rilevano una moderata incidenza tra risultati scolastici e aggressività e tra il comportamento prepotente e le competenze scolastiche, non trovandovi una relazione di causa-effetto¹⁹.

Nel nostro caso, pur trattandosi di un'indagine esclusivamente a carattere epidemiologico, i dati ci orientano verso la prima interpretazione leggendo il comportamento da bullo come possibile reazione alle frustrazioni e ai fallimenti scolastici.

¹⁸ Gattfredson GD (2001), *Schools and delinquency*. Cambridge University Press, Cambridge.

¹⁹ Caravita S (2004), *L'alunno prepotente, conoscere e contrastare il bullismo nella scuola*. Editrice La Scuola, Brescia.

Figura 4.6
Distribuzione percentuale dei ragazzi che adottano un comportamento da bullo secondo il rendimento scolastico, per genere - Anno 2011



Gli istituti maggiormente interessati dal fenomeno risultano essere i professionali e quelli a indirizzo artistico con il 24,1% dei ragazzi coinvolti (Tabella 4.10). Questi dati sembrano concordare con quanto rilevato nella sezione riguardante lo stato emotivo dei ragazzi dove, proprio all'interno di questi istituti, si è messo in evidenza un peggioramento del livello di distress (v. capitolo 1). Sicuramente la scelta di un indirizzo di studio rappresenta, anche fra i ragazzi, un elemento discriminante, ma non dobbiamo dimenticare quanto atteggiamenti, abitudini e comportamenti del personale scolastico, in particolare del corpo insegnante, siano determinanti nella prevenzione e nel controllo del fenomeno del bullismo. A questo si aggiunga l'inadeguatezza strutturale di alcuni edifici scolastici i quali, progettati per assolvere con efficacia alle finalità d'istruzione, non sempre risultano idonei a favorire i rapporti interpersonali tra alunni facilitando, al contrario, l'instaurarsi di relazioni disfunzionali.

Tabella 4.10**Distribuzione percentuale dei ragazzi che adottano comportamenti da bullo secondo la tipologia di istituto frequentato - Anno 2011**

Tipo di istituto	Ha un comportamento da bullo		<i>p</i>
	Sì	No	
Liceo scientifico e classico	14,8	85,2	0,000
Ist. tecnico e liceo sociopedagogico	19,8	80,2	
Ist. professionale, d'arte e liceo artistico	24,1	75,9	

4.2.3 Il comportamento da bullo in relazione ad altri comportamenti

Studiare il fenomeno del bullismo isolato da altri comportamenti a rischio per la salute renderebbe l'evento aggressivo un'azione distaccata dal contesto ben più ampio degli stili di vita. Gran parte delle ricerche legate alle cause del bullismo, infatti, sono concordi nello stabilire che si tratti di un fenomeno complesso, superando le spiegazioni lineari e semplicistiche a favore di teorie multifattoriali (v. nota n. 13).

Appare quindi necessario osservare come si comportano questi ragazzi in altri settori pericolosi per la salute, facendo emergere la figura del bullo non più rappresentata soltanto dal giovane prevaricatore che trova divertimento nell'imporre la propria volontà, ma come quella di ragazzo il quale, spinto da un malessere che non riesce a esprimere, rischia costantemente la propria vita.

I dati, di per sé, risultano molto esplicativi.

Partiamo con il descrivere l'utilizzo di alcol in relazione all'atteggiamento violento: osserviamo il coinvolgimento nettamente superiore dei "bulli" in episodi di *binge drinking* (occasioni in cui vengono consumate più di 5 bevute alcoliche) rispetto agli altri coetanei (53,9% di risposte positive vs il 30,2%) e lo stesso si può dire per il consumo di tabacco (34,3% vs 21,4%) e per l'utilizzo di sostanze stupefacenti (42,4% vs 20,6%) dove, ancora una volta, le percentuali caratterizzano il bullo come il giovane che eccede di più. Oltre a comportamenti "eclatanti", come quelli appena descritti, i giovani che dichiarano di svolgere azioni di prevaricazione nei confronti dei propri compagni risultano più inclini a mettere a repentaglio la propria vita anche attraverso azioni meno manifeste ma che delineano la costante propensione verso il rischio, ad esempio nel gioco d'azzardo, nei rapporti sessuali precoci

o attraverso comportamenti alla guida tali da incorrere, con maggior frequenza, in incidenti stradali. Lo stato emotivo, infine, sembra racchiudere gran parte delle caratteristiche psicologiche di questi ragazzi i quali esprimono il proprio malessere e le proprie insicurezze attraverso il comportamento aggressivo (Tabella 4.11).

Tabella 4.11
Rapporto fra la messa in atto di comportamenti da bullo e altri comportamenti a rischio - Anno 2011

Comportamenti a rischio	Modalità	Ha un	Non ha un	<i>p</i>
		comportamento da bullo	comportamento da bullo	
		%	%	
<i>Binge drinking</i>	Sì	53,9	30,2	0,000
	No	46,1	69,8	
Abitudine al fumo	Sì	34,3	21,4	0,000
	No	65,7	78,6	
Consumo sostanze stupefacenti	Consumatore ultimi 30 gg.	42,4	20,6	0,000
	Non consumatore ultimi 30 gg.	57,6	79,4	
Giocatore d'azzardo	Sì	18,0	7,9	0,000
	No	82,0	92,1	
Rapporti sessuali precoci	Sì (≤ 14 anni)	20,3	9,4	0,000
	No	79,7	90,6	
Comportamento alla guida	Nessun incidente	62,5	73,3	0,000
	Incidenti senza conseguenze	22,1	15,3	
	Incidenti con accesso in PS	9,3	8,1	
	Incidenti con ricovero ospedaliero	6,0	3,3	
Distress psicologico	Elevato	23,6	15,9	0,000
	Lieve/moderato	76,4	84,1	

Questi risultati, andando nella direzione degli studi sopra citati, offrono importanti spunti di riflessione circa la necessità di agire, anche nella nostra Regione, con interventi in grado di affrontare il fenomeno, seguendo prospettive più ampie.

4.2.4 Il comportamento di coloro che assistono a episodi di bullismo

Il coinvolgimento nel fenomeno del bullismo non ha come protagonisti soltanto coloro che realizzano o subiscono prepotenze, ma vede la complicità anche di tutti i ragazzi i quali, pur assistendo ad atti di violenza fisica o morale, rimangono passivi non mostrando il proprio disappunto.

A questo proposito, seguendo lo schema del questionario di Olweus, abbiamo chiesto agli studenti di indicarci se, nel corso dell'ultimo anno, avevano assistito a qualche tipo di prepotenza, ottenendo una risposta positiva dal 59,7% degli intervistati (61,7% dei maschi e 57,6% delle femmine).

Ma come hanno reagito e cosa è cambiato nel corso di questi tre anni? (Tabella 4.12).

Nonostante i compagni continuino a intervenire in difesa dei più deboli, dal 2008 al 2011 la percentuale di coloro che si sono frapposti fra vittima e bullo è diminuita di oltre 10 punti percentuali nel genere maschile e di oltre 7 fra le femmine. Pur consapevoli del fatto che l'età del nostro campione riduca il ricorso all'autorità (intesa come figure genitoriali o insegnanti), assistiamo, anche in questo caso, a un'ulteriore perdita di comunicazione e di ricorso all'adulto da parte dei ragazzi²⁰.

Purtroppo, di fronte alla violenza fisica o verbale, molti ragazzi guardano senza intervenire (21% dei maschi e 21,3% delle femmine) e aumentano, in entrambi i generi, le risposte "ho riso" e "altro", portando alla luce un aumento dell'indifferenza e della "normalizzazione" dell'atto violento fra i ragazzi di questa fascia di età.

²⁰ Centro Formativo Provinciale "Giuseppe Zanardelli" (2007), Bullismo in Provincia di Brescia. Indagine tra gli studenti. http://www.bullismo.info/files/ricerca_provincia_di_brescia.pdf

Tabella 4.12

Distribuzione percentuale della reazione degli intervistati alle prepotenze di altri per genere - Confronto 2008-2011

Reazione degli intervistati	2008		2011	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Sono intervenuto per difendere la vittima	38,1	43,9	29,7	37,1
Ho avvertito un'autorità (professore, genitore, ...)	3,6	5,3	2,4	4,1
Ho continuato a fare le mie cose	15,9	10,1	15,1	11,8
Ho guardato ma non sono intervenuto	18,9	23,9	21,0	21,3
Ho riso	7,3	2,1	10,8	3,5
Mi sono unito ai prepotenti	4,1	0,4	2,9	0,9
Altro	12,1	14,3	18,1	21,5
Totale	100	100	100	100

IL FENOMENO DEL BULLISMO IN SINTESI

- Il **19,2%** dei ragazzi intervistati ha dichiarato di aver subito prepotenze nel corso dell'ultimo anno
- Le prepotenze più frequenti continuano ad essere le prese in giro, le offese e gli scherzi pesanti che vengono agiti soprattutto all'interno della scuola
- Ad agire prepotenze sono soprattutto i maschi: il **24,9%** rispetto all'**12,9%** delle femmine
- Nel **15,9%** dei casi lo ritengono un comportamento in grado di risolvere efficacemente le cose
- Un numero sempre minore di ragazzi interviene in difesa dei compagni, mentre aumentano le risposte "altro" e "ho riso"

Questi ragazzi, in misura nettamente superiore rispetto agli altri, mettono in atto altre tipologie di comportamenti a rischio che li rendono maggiormente esposti a problematiche inerenti allo stato di salute.

4.3 Il comportamento sessuale

L'adolescenza è una fase contrassegnata da rapidi cambiamenti e da una forte sensazione di sicurezza, caratteristica, questa, che in molti casi spinge i giovani a esporsi ad attività particolarmente rischiose.

La cronaca quotidiana, purtroppo, ci pone costantemente di fronte a eventi luttuosi che interessano giovani che si mettono alla guida dopo aver assunto quantità eccessive di alcolici e/o sostanze psicoattive mentre, raramente, descrivono i danni in termini di salute a cui vanno incontro in seguito alla contrazione di malattie infettive a trasmissione sessuale (MTS). Eppure, la diffusione di questo fenomeno nella popolazione giovanile tende a incrementare raggiungendo, in paesi come gli Stati Uniti di America, i 19 milioni di nuovi casi annui, metà dei quali riscontrati nella fascia di età 15-24 anni²¹. Pur con numeri diversi, anche l'Europa registra un aumento nelle infezioni che, secondo un recente studio spagnolo²², vengono contratte prevalentemente dal genere femminile rappresentato, nel 22,9% dei casi, da ragazze di età inferiore ai 25 anni. I maschi della stessa età, invece, costituiscono il 9,2% delle diagnosi effettuate nel proprio genere.

La lettura di questi dati porta a trarre conclusioni circa l'inefficacia dei metodi di prevenzione messi in atto nella maggior parte dei paesi europei, che sembrano non raggiungere questa fascia di popolazione. Da una ricerca realizzata in Italia nel 2002, infatti, emerge che gli adolescenti si percepiscono lontani da patologie come l'HIV/AIDS e che le campagne di prevenzione fino ad oggi realizzate non sono sufficientemente efficaci nel catturare la loro attenzione, in quanto caratterizzate da un'informazione vissuta come "predica"²³.

Alla luce di questo, lo studio del comportamento sessuale risulta particolarmente importante al fine non solo di comprendere quali sono i fattori che intervengono nella determinazione di un atteggiamento rischioso, ma anche allo

²¹ Cavazos-Rehg PA, Krauss MJ, Spitznagel EL, et al. (2011), Number of sexual partners and associations with initiation and intensity of substance use. *AIDS Behaviour*, 15: 869-74.

²² Puente D, Zabaleta E, Rodriguez-Blanco T, et al. (2011), Gender differences in sexual risk behaviour among adolescents in Catalonia, Spain. *Gaceta Sanitaria*, 25:13-19.

²³ Spizzichino L, Pedone G (2002), Accesso ai servizi pubblici e prevenzione dell'infezione da HIV: un'esperienza di progettazione partecipata con gli adolescenti. *Annali Istituto Superiore Sanità*, 38: 367-75.

scopo di mettere in atto azioni di prevenzione più vicine al mondo giovanile e alle sue sfide.

È per questo che, in virtù delle informazioni tratte dalla precedente rilevazione EDIT, abbiamo ampliato la sezione riguardante i comportamenti sessuali, aggiungendo alla parte tratta dal monitoraggio dello *Youth Risk Behavior Surveillance System* (YRBSS – Sistema di monitoraggio dei comportamenti a rischio nei giovani)²⁴ alcune domande volte a indagare la conoscenza che i ragazzi hanno su queste patologie e sulla loro modalità di contagio. Nel corso del capitolo verranno effettuati confronti con le rilevazioni precedenti (EDIT 2005 e 2008) e, laddove possibile, cercheremo di valutare lo stato della nostra Regione in rapporto ad altre realtà nazionali o estere.

Complessivamente, il 46% dei ragazzi intervistati ha dichiarato di aver già avuto un rapporto sessuale completo. Rispetto agli anni precedenti, assistiamo a un trend in aumento, con valori che passano dal 39,7% del 2005 al 43,5% del 2008, fino a raggiungere il dato attuale del 46%. Questo dato appare di gran lunga superiore a quanto riportato dall'indagine statunitense *Youth Risk Behavior Surveillance* (Monitoraggio dei comportamenti a rischio nei giovani) svolta nel 2009, dove il valore dei giovani sessualmente attivi di età compresa fra i 10 e i 24 anni è risultato essere pari al 34,2%. Da questo confronto si evince chiaramente come il nostro paese stia affrontando profondi mutamenti comportamentali che si avvicinano sempre più a modelli provenienti da altre culture dove, già da anni, sono attivi interventi mirati di prevenzione e informazione sul tema sessuale.

Tornando a osservare le informazioni forniteci dagli studenti, ciò che abbiamo rilevato è una percentuale maggiore di ragazze che si dichiarano sessualmente attive rispetto al genere maschile, modificando quanto osservato negli anni precedenti dove i valori risultavano pressoché equivalenti. Correlando questa informazione con l'AUSL di appartenenza, possono essere osservate alcune differenze territoriali che risultano difficilmente spiegabili se pensiamo alla forte egemonia presente sul territorio toscano. Nel genere femminile, la AUSL 12 di Viareggio riporta dati di gran lunga superiori rispetto alle altre con una percentuale

²⁴ Department of Health and Human Services - Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2010), *Youth Risk Behavior Surveillance System - United States, 2009*. MMWR, 59 (SS-5).

del 63,3%, mentre, nel genere maschile, il territorio con il valore più alto risulta essere quello dell'AUSL 9 di Grosseto (Tabella 4.13).

Tabella 4.13

Distribuzione percentuale degli studenti che hanno già avuto un rapporto sessuale completo secondo il genere e la AUSL - Anno 2011

AUSL	Maschi (N=2.540)	Femmine (N=2.167)	Totale (N=4.707)
AUSL 1 - MS	41,6	46,9	44,0
AUSL 2 - LU	40,1	41,2	40,6
AUSL 3 - PT	47,2	46,2	46,8
AUSL 4 - PO	43,2	42,7	43,0
AUSL 5 - PI	44,9	44,4	44,6
AUSL 6 - LI	47,1	55,4	51,0
AUSL 7 - SI	38,5	43,7	41,0
AUSL 8 - AR	44,3	47,6	46,0
AUSL 9 - GR	51,0	50,1	50,6
AUSL 10 - FI	43,3	47,5	45,4
AUSL 11 - Emp	45,5	45,8	45,6
AUSL 12 - Viar	48,8	63,3	55,9
Regione Toscana	44,4	47,6	46,0

Se da un lato il numero dei ragazzi sessualmente attivi aumenta, la precocità sessuale sembra lentamente diminuire con il 6,9% che dichiara di aver fatto sesso prima dei 14 anni. In questo caso, infatti, il confronto con le precedenti rilevazioni mostra un trend in diminuzione, con valori che passano da 10,2% nel 2005 a 8,1% nel 2008, fino a raggiungere il dato attuale che risulta ridotto di oltre 3 punti percentuali.

Si conferma, invece, la maggior “precocità” sessuale del genere maschile con il 9,2% rispetto al 4,6% delle femmine (Tabella 4.14). È però importante precisare che, mentre per i maschi la precoce iniziazione sessuale rappresenta un elemento in grado di dimostrare la propria virilità, e pertanto più facilmente enunciabile e falsificabile, per le femmine, nonostante i forti cambiamenti culturali, risulta ancora un comportamento espresso con maggior difficoltà.

Tabella 4.14**Distribuzione percentuale dell'età al primo rapporto sessuale per genere - Confronto 2005-2008-2011**

Età al primo rapporto	2005			2008			2011		
	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot
≤11 anni	3,6	0,9	2,1	2,0	0,2	1,0	2,1	0,4	1,2
12 anni	2,2	1,2	1,7	2,0	0,7	1,3	2,2	1,3	1,7
13 anni	8,0	5,1	6,4	6,5	5,1	5,8	5,0	2,8	3,9
14 anni	21,1	19,6	20,2	22,0	20,6	21,2	17,2	20,9	19,1
15 anni	23,6	28,1	26,1	20,7	24,4	22,7	21,4	28,0	24,8
16 anni	21,1	23,4	22,4	24,6	25,6	25,2	26,3	22,8	24,5
17 anni	14,8	16	15,4	15,7	16,5	16,1	17,5	15,5	16,5
≥18 anni	5,6	5,7	5,7	6,5	6,9	6,7	8,3	8,1	8,2
Totale	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Seguendo lo schema dello strumento utilizzato, abbiamo chiesto agli studenti sessualmente attivi di indicarci con quante persone diverse hanno avuto un rapporto sessuale completo nel corso della loro vita (Tabella 4.15). I dati mostrano che il 45,8% dei giovani intervistati dichiara di aver avuto un unico partner, seguiti dal 35% che, invece, ha dichiarato di averne avuti 3 o più. Anche in questo caso il genere rappresenta una variabile discriminante: le femmine, infatti, dichiarando un numero di partner significativamente inferiore, mostrano una maggior stabilità affettiva.

Tabella 4.15**Distribuzione percentuale del numero di persone con cui gli studenti hanno avuto rapporti sessuali per genere - Confronto 2008-2011**

Numero di partner	2008						2011					
	Maschi (N=684)		Femmine (N=688)		Totale (N=1.372)		Maschi (N=980)		Femmine (N=984)		Totale (N=1.964)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	381	40,4	651	54,8	1032	48,4	38,8	52,2	45,8	38,8	52,2	45,8
2	205	21,7	223	18,8	428	20,1	20,6	17,8	19,1	20,6	17,8	19,1
3 o più	357	37,9	314	26,4	671	31,5	40,6	30,0	35,0	40,6	30,0	35,0
Totale	943	100	1.188	100	2.131	100	100	100	100	100	100	100

Questa informazione risulta particolarmente importante a causa della forte relazione esistente fra numero di partner e trasmissione di malattie per via sessuale²⁵. Ma in particolare, alla numerosità sessuale, molti studiosi hanno cercato di legare la messa in atto di altri comportamenti a rischio, come, ad esempio, l'uso di alcol o droghe, i quali rappresenterebbero gli elementi in grado, non solo di favorirne l'aumento, ma anche di ridurre l'utilizzo del profilattico^{26,27}.

Nel nostro studio, come mostra la Tabella 4.16, il 16% dei ragazzi ha assunto alcol o droghe prima dell'ultimo rapporto sessuale con valori che, complessivamente, tendono ad aumentare all'aumentare dell'età. Si osserva una variabilità di genere con valori superiori nel genere maschile che, negli over18, raggiunge il 24,8% contro il 15,1% delle coetanee. Il trend 2005-2011 mostra, complessivamente, un lieve ma progressivo aumento nell'utilizzo di sostanze nei momenti che precedono il rapporto sessuale, mentre l'andamento per fascia di età appare pressoché costante.

²⁵ Rich JD, Anderson BJ, Schwartzapfel B, et al. (2006), Sexual risk for hepatitis B virus infection among hepatitis C virus-negative heroin and cocaine users. *Epidemiology and Infection*, 134: 478-84.

²⁶ Standerwick K, Davies C, Tucker L, et al. (2007), Binge drinking, sexual behavior and sexually transmitted infection in the UK. *International Journal of STD AIDS*, 18: 810-3.

²⁷ Senn TE, Carey MP, Venable PA, et al. (2009), Sexual partner concurrency among STI clinic patients with a steady partner: correlates and associations with condom use. *Sexually Transmitted Infections*, 85: 343-7.

Tabella 4.16**Distribuzione percentuale degli assuntori di alcol o droghe prima dell'ultimo rapporto sessuale secondo il genere e l'età - Confronto 2005-2008-2011**

Età	2005 (N=1.887)			2008 (N=2.198)			2011 (N=2.026)		
	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot
≤14 anni	23,2	4,3	12,7	9,6	13,0	11,3	15,8	10,6	13,3
15 anni	14,0	13,0	13,4	8,2	6,2	7,2	14,8	11,6	13,2
16 anni	21,1	8,9	14,1	14,4	10,4	12,2	16,5	11,3	13,8
17 anni	12,9	8,1	10,0	20,6	12,4	15,8	19,5	10,3	14,6
18 anni	20,0	11,0	15,2	21,5	14,3	17,2	17,2	12,8	15,0
≥19 anni	15,0	17,7	16,5	24,9	15,4	20,1	24,8	15,1	19,7
Totale	17,3	10,5	13,5	18,5	12,6	15,2	19,6	12,7	16,0

Ciò che però risulta fondamentale è l'utilizzo del profilattico e, come prevede lo strumento utilizzato, abbiamo chiesto agli studenti di dirci se, nel corso dell'ultimo rapporto sessuale, ne avevano fatto uso.

Il 60,1% dei giovani intervistati usa il profilattico ma, purtroppo, anche in questo caso, assistiamo a una diminuzione di ben 5 punti percentuali rispetto al 2008 (il 65% ne faceva uso nel 2008) confermando, ancora una volta, la mancata attenzione rivolta a questo tema da parte dell'opinione pubblica che, nel corso di questi anni, non sembra aver messo in atto azioni volte a incrementarne l'utilizzo. Come si evince dai dati, si assiste a una riduzione significativa ($p=0,0000$) che tende a incrementare con l'età in entrambi i generi, seppur con valori più marcati nel genere femminile (Tabella 4.17).

A livello nazionale, l'assenza di un sistema di sorveglianza specifico per la fascia di età 14-19 anni rende difficile il confronto geografico. Tuttavia, consultando i dati nazionali ottenuti su ragazzi 15enni attraverso lo studio *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare)²⁸ osserviamo, per la stessa fascia di età, valori superiori rispetto a quanto rilevato dal nostro studio, con il 73% dei 15enni che dichiara di farne uso a fronte del 67,7% rilevato in Toscana.

²⁸ Gruppo di lavoro HBSC Italia, Studio HBSC Italia 2010. Presentazione dei dati nazionali. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_newsAree_1286_listaFile_itemName_15_file.pdf

Tabella 4.17**Distribuzione percentuale dell'uso del profilattico secondo il genere e l'età - Anni 2008 - 2011**

Età	2008 (N=2.187)			2011 (N=2.021)		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
≤14 anni	82,0	90,4	86,3	75,5	67,5	71,5
15 anni	77,8	73,9	75,9	69,9	65,6	67,7
16 anni	76,7	64,2	69,8	75,9	56,8	66,0
17 anni	75,1	56,0	64,0	67,9	57,5	62,4
18 anni	74,2	54,4	62,4	70,9	54,1	62,6
≥19 anni	65,1	43,4	54	56,9	45,2	50,9
Totale	73,9	57,9	65,0	66,8	53,7	60,1

Riassumendo quanto descritto finora, possiamo dire che all'aumentare dell'età aumenta la numerosità sessuale, il consumo di alcol e droghe prima del rapporto ma, contemporaneamente, si riduce l'uso del profilattico con una conseguente maggior esposizione alle malattie trasmesse sessualmente (MTS).

A conferma di questo, abbiamo approfondito la relazione esistente fra il numero di partner con cui i ragazzi hanno avuto rapporti sessuali e l'utilizzo del profilattico e abbiamo osservato, in entrambi i generi, una relazione inversamente proporzionale fra le due variabili. In modo particolare nelle femmine, all'aumentare del numero di partner, la percentuale di utilizzo del profilattico scende dal 64,5% al 38,7%, facendo emergere il maggior livello di rischio per la salute al quale si espongono le ragazze aventi una minor stabilità affettiva (Tabella 4.18). Inoltre, il confronto 2008-2011 mette in risalto il continuo decremento al quale stiamo assistendo che, fra chi ha un maggior numero di partner, scende di oltre 6 punti percentuali, passando dal 57,4% al 51,2% (Tabella 4.18).

Tabella 4.18**Distribuzione percentuale dell'uso del profilattico secondo il numero di partner - Confronto 2008-2011**

Numero di partner	2008			2011		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
1	78,2	66,1	70,5	71,5	64,5	67,3
2	77,6	53,8	65,1	73,6	48,0	61,1
3 o più	68,6	45,0	57,4	61,5	38,7	51,2
Totale	74,4	58,2	65,3	67,9	53,8	60,5
	<i>p=0,007</i>	<i>p=0,000</i>	<i>p=0,000</i>	<i>p=0,0131</i>	<i>p=0,000</i>	<i>p=0,000</i>

A questo si associa l'esistenza di una relazione significativa tra mancato utilizzo del profilattico e consumo di sostanze psicotrope (alcol e droghe) prima del rapporto, confermando la necessità di dare al comportamento a rischio una lettura più ampia che tenga conto della coesistenza di più azioni. Come si osserva dal confronto 2005-2011, l'unione fra uso di sostanze (alcol e/o droghe) e mancato uso del profilattico ha raggiunto, nel 2011, un valore del 53,4% (Tabella 4.19).

Tabella 4.19**Distribuzione percentuale dell'uso del profilattico rispetto al consumo sostanze psicoattive prima dell'ultimo rapporto sessuale - Confronto 2005-2008-2011**

Consumo di alcol o droghe nei momenti precedenti il rapporto	Utilizzo del profilattico								
	2005 (N=1.856)			2008 (N=2.153)			2011 (N=1.995)		
	Sì	No	Totale	Sì	No	Totale	Sì	No	Totale
Sì	52,1	47,9	100	59,5	40,5	100	46,6	53,4	100
No	68,1	31,9	100	66,1	33,9	100	62,5	37,5	100
Totale	66,0	34,0	100	65,1	34,9	100	59,9	40,1	100

p=0,000

L'utilizzo del profilattico vede alcune differenze territoriali con valori più elevati nelle AUSL 11 di Empoli e 12 di Viareggio mentre, come fanalino di coda, troviamo l'AUSL 10 di Firenze con soltanto il 54,5% dei ragazzi che ne fa uso. Si conferma, inoltre, la profonda differenza di genere che appare presente in tutta la

nostra regione mettendo in evidenza, ancora una volta, come le ragazze risultino maggiormente a rischio di contrarre MTS (Tabella 4.20).

Tabella 4.20

Distribuzione percentuale dell'uso del profilattico durante l'ultimo rapporto sessuale suddiviso per AUSL di residenza - Anno 2011

AUSL	Maschi (N=1.029)			Femmine (N=992)			Totale (N=2.021)		
	Sì	No	Totale	Sì	No	Totale	Sì	No	Totale
AUSL 1 - MS	70,1	29,9	100	52,6	47,4	100	61,4	38,6	100
AUSL 2 - LU	63,2	36,8	100	62,3	37,7	100	62,7	37,3	100
AUSL 3 - PT	69,7	30,3	100	44,7	55,3	100	57,7	42,3	100
AUSL 4 - PO	75,4	24,6	100	41,4	58,6	100	58,8	41,2	100
AUSL 5 - PI	63,9	36,1	100	51,9	48,1	100	57,9	42,1	100
AUSL 6 - LI	73,4	26,6	100	51,9	48,1	100	62,3	37,7	100
AUSL 7 - SI	69,1	30,9	100	59,8	40,2	100	64,2	35,8	100
AUSL 8 - AR	60,8	39,2	100	61,5	38,5	100	61,2	38,8	100
AUSL 9 - GR	65,4	34,6	100	51,0	49,0	100	58,7	41,3	100
AUSL 10 - FI	60,6	39,4	100	49,0	51,0	100	54,5	45,5	100
AUSL 11 - Emp	73,5	26,5	100	65,3	34,7	100	69,5	30,5	100
AUSL 12 - Viar	69,8	30,2	100	60,8	39,2	100	64,7	35,3	100
Regione Toscana	66,8	33,2	100	53,7	46,3	100	60,1	39,9	100

Vediamo quali sono i metodi anticoncezionali prevalentemente utilizzati dai ragazzi (Tabella 4.21).

Alla domanda “Durante l'ultimo rapporto sessuale, tu o il tuo partner, quale metodo anticoncezionale avete utilizzato?”, il 60,5% afferma di aver utilizzato il profilattico, seguito dalla pillola anticoncezionale con il 24,5%. Un'informazione interessante la possiamo trarre anche dal mancato utilizzo di ogni metodo anticoncezionale che sembra coinvolgere il 13,6% degli studenti che, sommato al coito interrotto (9,4%), sposta il valore dei giovani non protetti (sia da una gravidanza a rischio che dalle MTS) al 23%.

Tabella 4.21**Distribuzione percentuale dell'uso di metodi contraccettivi per genere calcolato sul numero dei casi* - Anno 2011**

Utilizzo di metodi contraccettivi	Maschi	Femmine	Totale
Nessun anticoncezionale	12,4	14,8	13,6
Profilattico	67,6	53,7	60,5
Pillola anticoncezionale	19,4	29,4	24,5
Coito interrotto	9,0	9,9	9,4
Altro	2,8	2,5	2,7

*Domanda a risposta multipla.

La differenza di genere, riscontrata anche nelle precedenti rilevazioni EDIT, mette in evidenza l'abbandono, soprattutto nel genere femminile, del profilattico a favore degli anticoncezionali orali, mostrando come le ragazze, fin dalle prime esperienze sessuali, risultino più attente a non incorrere in gravidanze piuttosto che alla prevenzione delle MTS²⁹. Questa informazione si evince ancora più chiaramente se osserviamo i cambiamenti che avvengono al passare dell'età con uno spostamento, nel genere femminile, dell'utilizzo della pillola anticoncezionale dal 15,9% nelle ragazze di età \leq a 14 anni al 33,8% delle 19enni. Andamento opposto è osservabile nell'utilizzo del profilattico con la riduzione del valore di oltre il 35% nelle ragazze più grandi, cambiamento, questo, che seppur in misura meno marcata, è presente anche nel genere maschile (Tabella 4.22).

²⁹ Ethier KA, Kershaw T, Niccolai L, et al. (2003), Adolescent women underestimate their susceptibility to sexually transmitted infections. *Sexually Transmitted Infections*, 79: 408-11.

Tabella 4.22

Distribuzione percentuale dell'uso di metodi contraccettivi per età e genere calcolato sul numero dei casi* - Anno 2011

Sesso	Utilizzo di metodi contraccettivi	Età (anni)					
		≤14	15	16	17	18	≥19
Maschi	Nessun anticoncezionale	5,4	21,9	15,0	12,8	11,4	10,6
	Profilattico	82,7	73,1	71,2	71,2	70,9	58,4
	Pillola anticoncezionale	9,8	12,5	19,1	15,5	17,4	26,1
	Coito interrotto	10,4	2,6	4,4	8,4	10,3	11,4
	Altro	4,8	3,1	1,5	1,6	3,6	3,2
Femmine	Nessun anticoncezionale	13,0	20,9	15,3	13,1	13,1	15,9
	Profilattico	79,3	67,4	56,8	56,7	54,3	43,8
	Pillola anticoncezionale	15,9	13,9	25,6	28,2	33,4	33,8
	Coito interrotto	0,0	8,3	5,5	11,5	5,6	15,7
	Altro	0,0	1,3	3,1	1,5	3,1	2,9
Totale	Nessun anticoncezionale	9,1	21,4	15,2	13,0	12,2	13,3
	Profilattico	81,1	70,3	63,6	63,2	62,7	51,0
	Pillola anticoncezionale	12,7	13,2	22,5	22,5	25,3	30,0
	Coito interrotto	5,4	5,4	5,0	10,1	8,0	13,6
	Altro	2,5	2,2	2,3	1,5	3,3	3,1

*Domanda a risposta multipla.

I motivi che sembrano influenzare l'utilizzo del profilattico in questa fascia di età risultano essere prevalentemente la sensazione di fastidio provata durante il rapporto (43,9%), seguita dall'utilizzo di altri metodi anticoncezionali (35,5%) e dalla riduzione della sensibilità (30,5%).

Ancora una volta, i dati sottolineano che i giovani non riescono a scindere l'utilizzo del profilattico come metodo preventivo per le MTS dall'uso di altri metodi utilizzati per prevenire gravidanze indesiderate, con il 41,6% delle femmine che asserisce di non adoperarlo dato che fa già uso di metodi anticoncezionali. Inoltre, la scarsa consapevolezza di sé e la difficoltà nell'imporre il proprio volere di fronte all'altro, fa sì che il 23,3%, in alcune occasioni, non lo usi soltanto perché al partner non piace o non lo vuole, confermando non solo la scarsa maturità sessuale e affettiva dei ragazzi in questa fascia di età ma, soprattutto, la necessità di intraprendere una corretta educazione sessuale (Tabella 4.23).

Tabella 4.23**Distribuzione percentuale della motivazione del mancato utilizzo del profilattico per genere calcolato sul numero dei casi* - Anno 2011**

Motivazioni del mancato utilizzo	Maschi	Femmine	Totale
Mi da fastidio durante il rapporto	47,1	41,6	43,9
Al partner non piace/non lo vuole	22,3	24,1	23,3
Sono troppo costosi	21,1	7,2	13,1
Penso che non serva a niente	9,7	5,9	7,5
Mi riduce la sensibilità	38,5	24,6	30,5
Mi vergogno ad usarlo	4,4	2,1	3,1
Non sempre lo porto con me	25,7	13,4	18,6
Mi fa allergia	5,3	7,0	6,3
È complicato da usare	4,6	1,5	2,8
Provo imbarazzo a comprarli	7,9	3,7	5,5
Uso altri anticoncezionali	27,2	41,6	35,5
Altro	34,6	29,9	31,9

*Domanda a risposta multipla.

In linea con quanto riportato nel recente studio spagnolo³⁰, il 26,4% delle femmine sessualmente attive dichiara di aver utilizzato la pillola del giorno dopo con un valore significativo rispetto al genere maschile (Tabella 4.24). Questo dato, seppur apparentemente ovvio, mette in evidenza come, anche nelle nuove generazioni, la gravidanza indesiderata risulti ancora poco condivisa con il genere maschile, spostando le femmine verso una maggior attenzione agli anticoncezionali più sicuri piuttosto che all'uso del profilattico.

Tabella 4.24**Distribuzione percentuale dell'utilizzo della pillola del giorno dopo per genere**

Pillola del giorno dopo	Maschi (N=1.011)	Femmine (N=1.006)	Totale (N=2.017)
Sì	19,4	26,4	23,1
No	80,6	73,6	76,9
Totale	100	100	100

p=0,0028

Al termine di questa sezione, abbiamo indagato le competenze che i ragazzi hanno sulle malattie a trasmissione sessuale e sulle loro vie d'infezione.

³⁰ V. nota n. 21 capitolo 4.

Il 96,5% dei rispondenti afferma di avere una buona conoscenza (Tabella 4.25) e questo viene in parte confermato attraverso le risposte forniteci nella domanda successiva in cui si chiedeva loro di indicare le modalità con cui si trasmettono con maggior facilità (Tabella 4.26).

Ciò che ancora sembra mantenuto nel pensiero dei ragazzi è, comunque, molto legato alla trasmissione dell'infezione da HIV, dove le informazioni sanitarie, una volta divenute pensiero comune, stigmatizzavano queste persone come coloro che, anche attraverso la semplice convivenza, potevano trasmettere la patologia. Forse è per questo che ancora oggi i ragazzi, identificando nell'HIV la principale MTS, descrivono fra le principali vie di trasmissione la convivenza, il bacio o l'uso comune di piatti e bicchieri.

Tabella 4.25

Distribuzione percentuale degli intervistati che conoscono cosa sono le malattie a trasmissione sessuale - Anno 2011

Sai cosa sono le malattie a trasmissione sessuale?	Maschi (N=1.083)	Femmine (N=1.007)	Totale (N=2.090)
Sì	94,4	98,5	96,5
No	5,6	1,5	3,5
Totale	100	100	100

p=0,0000

Tabella 4.26

Distribuzione percentuale dei comportamenti a rischio per l'infezione da malattie a trasmissione sessuale, per genere calcolato sul numero delle risposte*- Anno 2011

Vie di trasmissione delle MTS	Sì	No	Totale
Rapporto sessuale senza l'uso di profilattico	40,8	46,4	43,6
Rapporti orali con eiaculazione	15,1	15,5	15,3
Vivere con una persona affetta da questo tipo di malattie	15,2	12,4	13,9
Donare il proprio sangue	12,8	12,1	12,5
Scambiarsi abiti e biancheria intima	4,7	5,2	5,0
Baciarsi	4,9	3,4	4,2
L'uso comune di piatti, posate, bicchieri	4,2	3,4	3,8
Rapporto sessuale con l'uso del profilattico	1,6	1,3	1,5
Abbracciarsi	0,6	0,3	0,4
Totale	100	100	100

**Domanda a risposta multipla.*

IL COMPORTAMENTO SESSUALE IN SINTESI

- Il **46,0%** degli adolescenti intervistati ha già avuto un rapporto sessuale completo

Tra coloro che hanno avuto un rapporto sessuale:

- Il **60,1%** ha usato il profilattico durante l'ultimo rapporto sessuale
- Il **51,2%** ha avuto rapporti sessuali con almeno tre partner
- Il **12,3%** non ha utilizzato alcun metodo anticoncezionale

A dispetto di dati così allarmanti, i ragazzi riferiscono di avere una buona conoscenza sulle MTS e sulle loro vie di trasmissione mettendo in risalto come l'informazione "scientifica" non rappresenti un metodo di prevenzione adatto a questa fascia di età.

Appendice

Una *review* bibliografica delle ricerche che hanno esplorato il rapporto tra stili di vita e incidenti stradali

Francesca Ierardi

Una *review* bibliografica delle ricerche che hanno esplorato il rapporto tra stili di vita e incidenti stradali

Premessa

In occasione della terza edizione dello studio “Epidemiologia dei determinanti dell’infortunistica stradale in Toscana” (EDIT) è stata sentita l’esigenza di esplorare e raccogliere il materiale esistente sul tema dell’incidentalità stradale e dei suoi determinanti (quali uso di alcol, droghe illegali, tabacco ecc.) nella popolazione degli adolescenti studenti. E ciò al fine sia di redigere un quadro sintetico, ma il più possibile esaustivo, delle pubblicazioni prodotte su questo argomento, sia per poter effettuare un confronto critico tra i risultati degli studi così raccolti e quelli emersi dallo studio EDIT.

Metodo

La ricerca è stata effettuata su PubMed – uno dei principali database bibliografici, contenente informazioni sulla letteratura scientifica biomedica – rispettando i seguenti criteri di inclusione:

- popolazione di adolescenti, in età compresa tra i 14 e i 19 anni (con una flessibilità ad ampliare la forbice agli 11-20 anni);
- indagini scolastiche;
- uso del questionario auto-amministrato come modalità di rilevazione dei dati;
- citazione con abstract nel database;
- pubblicazione degli articoli in lingua inglese;
- Italia come *setting* di indagini per quegli studi effettuati su base internazionale;
- *range* di pubblicazione compreso tra il 01/01/1995 e il 31/05/2011.

La prima parte del lavoro è stata dedicata all’individuazione delle parole chiave da inserire nell’algoritmo di ricerca; questa operazione si è dimostrata tutt’altro che

semplice e ha richiesto che buona parte del tempo fosse dedicata a testare la strategia più appropriata sia per l'attinenza degli articoli individuati con il tema oggetto dell'indagine EDIT, sia per riuscire a raccoglierne un numero significativo (quindi riuscire a perderne il meno possibile).

Fin dai primi tentativi di ricerca della strategia è risultata evidente la difficoltà di trovare pubblicazioni che riguardassero la relazione tra l'incidentalità stradale dei giovani studenti e i suoi fattori di rischio. Questa evidenza ci ha portato a supporre, da un lato, la scarsa presenza di articoli che hanno per oggetto questo tema e, dall'altro, la loro probabile indicizzazione con parole chiave di non immediata intuizione e che rendono perciò più difficile la loro individuazione.

La conseguenza di questa constatazione è stata una ridefinizione dell'oggetto della nostra ricerca bibliografica: abbiamo "isolato" il tema sull'incidentalità e ci siamo orientati verso l'indagine relativa ai comportamenti a rischio nella popolazione degli adolescenti studenti.

Come molti autori fanno notare, nei paesi sviluppati può essere attribuita una larga percentuale dei tassi di mortalità e di morbidità nell'età adulta a comportamenti a rischio per la salute intrapresi nella prima adolescenza (Easton et al., 2004; Easton e Kiss, 2005; Theodorakis et al., 2003; Damianaki et al., 2008; Giannakopoulos et al., 2008). La fase adolescenziale è un momento particolare nella vita di un individuo, caratterizzato da profondi cambiamenti fisici e mentali che collegano il passaggio dall'infanzia all'età adulta. Durante questo percorso, l'adolescente adotta in via sperimentale vari comportamenti e atteggiamenti prima di scegliere quello che più gli si addice: in questa maniera egli cerca l'affermazione della propria individualità dalla famiglia, la conquista dello status di adulto, l'accettazione da parte del gruppo dei pari. Questo processo di sperimentazione comportamentale può includere l'uso di sostanze, legali o illegali (tabacco, alcol, altre droghe) o l'acquisizione di cattive abitudini (inattività fisica, alimentazione non salutare), che contribuiscono a danni intenzionali o non intenzionali (Albertini e Gori, 2011¹; Shelder e Block, 1990²; Jessor, 1991³; Theodorakis et al., 2003; Holmberg e Hellberg, 2007a; Giannakopoulos et al., 2008; Lien et al., 2009). Ad aggravare le conseguenze dell'atteggiamento sperimentale dell'adolescente vi sono altre caratteristiche tipiche di questa fascia di età, che portano a spingere il proprio agire

¹ Albertini V, Gori F (a cura di) (2011), Le nuove dipendenze. Analisi e pratiche di intervento. Quaderni del Centro servizi volontariato Toscana (CESVOT), 52, luglio.

² Shelder J, Block J (1990), Dimmi bambino che vita fai e ti dirò se ti drogherai: studio prospettico sui fattori predittivi della tossicomania. *Ecologia della mente*, 2: 67-100.

³ Jessor R, Risk behavior in adolescence. A psychosocial framework for understanding and action. *J Adolesc Health*, 1991; 12: 597-605.

oltre i confini della sicurezza: la mancata o scarsa percezione dei rischi associabili ai propri comportamenti e la tendenza a sentirsi invulnerabili (Piko, 2005; Holmberg e Hellberg, 2007b).

Molti autori hanno studiato la coesistenza dei comportamenti a rischio; fra questi, Jessor (v. nota n. 3) ha proposto un modello concettuale basato sulla *Problem Behavior Theory* (Teoria dei comportamenti problematici). Secondo questa teoria c'è una covariazione intraindividuale fra i comportamenti a rischio, che tendono a raggrupparsi per formare la “sindrome dei comportamenti a rischio”. Benché l'evidenza della covariazione sia più forte per quei comportamenti rischiosi che sono anche comportamenti problematici (come l'uso di droga, l'abuso di alcol, la delinquenza, la precocità nei rapporti sessuali), la covariazione è stata trovata anche fra comportamenti a rischio per la salute che non rappresentano dei problemi di per sé (come il mancato uso della cintura di sicurezza, modelli alimentari non salutari, assenza di attività fisica).

Sulla base di queste considerazioni e dei tentativi di ricerca effettuati, è stato deciso di sviluppare la ricerca in due direzioni. Ferma restando l'importanza di avere dati provenienti da indagini scolastiche, da un lato siamo andati a guardare se sono presenti studi relativi specificamente al comportamento alla guida e ai fattori di rischio ad esso associati: la scelta di osservare questo fenomeno tra i ragazzi di questa fascia di età dipende prevalentemente dal fatto che l'uso di sostanze associate alla guida tende a iniziare proprio in questo arco di tempo (Tomas Dols et al., 2010). Dall'altro lato siamo andati invece a cercare indagini che avessero per oggetto più genericamente la presenza di comportamenti a rischio o non salutari. Rispetto al tema dell'incidentalità, questa seconda direzione della ricerca è importante poiché la coesistenza di comportamenti devianti può aumentare la probabilità di incidenti stradali, anche se nello studio non emerge esplicitamente la relazione (ad esempio, secondo la letteratura internazionale, sarebbero attribuibili all'alcol circa il 20% dei sinistri stradali e, comunque, la probabilità di incorrere in incidenti aumenterebbe in maniera più che proporzionale all'aumentare della concentrazione di alcol nel sangue⁴).

⁴ Department of Mental Health and Substance Abuse (2004), Global Status Report on Alcohol 2004. WHO, Geneva.

Risultati

Per quanto riguarda il primo obiettivo della ricerca bibliografica (relazione tra comportamento alla guida degli studenti adolescenti e fattori di rischio ad esso associati), è stato deciso di impiegare un algoritmo molto dettagliato per l'estrazione degli articoli; infatti, il primo tentativo fatto, adoperando una quantità minore ma più generica di parole chiave, contrariamente alle aspettative, ha portato all'individuazione di titoli meno pertinenti al nostro obiettivo. La scelta, quindi, è caduta sulla elencazione dettagliata dei *MeshTerms*⁵ utilizzati per indicare sia il comportamento alla guida⁶ sia i comportamenti a rischio o gli stili di vita salutari ad esso associabili. Il *setting* geografico ha riguardato, oltre all'Europa, anche Stati Uniti e Canada, per evitare che il numero di articoli estratti fosse troppo esiguo.

Il totale dei risultati emersi è di 131 articoli, di cui 11 ritenuti utili (v. Tabella 1).

La seconda ricerca bibliografica è stata indirizzata all'individuazione di quelle indagini che trattassero prevalentemente la presenza di due o più comportamenti a rischio e/o stili di vita salutari negli studenti adolescenti. La scelta dell'algoritmo di ricerca fatta in questa circostanza è caduta su *MeshTerm* "a maglia larga" piuttosto che dettagliati, dal momento che gli articoli così individuati risultavano più interessanti e incentrati sul nostro obiettivo. Quindi, ad esempio, è stato privilegiato l'uso di una parola chiave "ampia" come "*risk taking*" o "*multiple risk*", piuttosto che l'elenco dei singoli comportamenti a rischio⁷. Contrariamente alla prima *tranche* di ricerca, il *setting* geografico è stato limitato all'Europa per contenere la mole di articoli da vagliare, altrimenti troppo ampia.

Sono stati estratti così 321 articoli, di cui 18 ritenuti utili e reperibili per la presente *review* (v. Tabella 2).

⁵ Il *Medical Subject Heading* (Mesh) di PubMed è il vocabolario dei termini controllati (Tesauro) della *National Library of Medicine* (NLM). Viene usato per l'indicizzazione degli articoli di MEDLINE/PubMed (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/>).

⁶ ("alcohol drinking"[MeSH Terms] OR "Alcohol-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "street drugs"[MeSH Terms] OR "Amphetamine-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "Cocaine-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "Inhalant Abuse"[MeSH Terms] OR "Marijuana Abuse"[MeSH Terms] OR "Opioid-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "Tobacco Use Disorder"[MeSH Terms] OR "smoking"[MeSH Terms] OR "sexual behavior"[MeSH Terms] OR "Motor Activity"[Mesh] OR "bullying"[TIAB] OR "Food habits"[Mesh] OR "depressive disorder"[MeSH Terms] OR "Anxiety Disorders"[Mesh] OR "Gambling"[Mesh] OR "Exercise"[Mesh]) AND "adolescent"[MeSH Terms] AND ("schools"[TIAB] OR "school"[TIAB]) AND English[lang] AND ("Accidents, Traffic"[Mesh] OR "Head Protective Devices"[Mesh] OR "Seat Belts"[Mesh] OR "Automobile Driving"[Mesh] OR Accidents[All fields] OR Accident[All fields]) AND ("europe"[MeSH Terms] OR "united states"[MeSH Terms] OR "canada"[MeSH Terms]) AND ("1995/01/01"[PDAT] : "2011/05/15"[PDAT]).

⁷ "adolescent"[MeSH Terms] AND (student[TIAB] OR students[TIAB]) AND ("Risk taking"[MeSH Terms] OR "life style"[MeSH Terms] OR "health behavior"[MeSH Terms] OR "Multiple health risk"[TIAB] OR "risk-taking"[TIAB] OR "multiple risk"[TIAB]) AND "europe"[MeSH Terms] AND English[lang].

Commento

Per quanto riguarda gli articoli scelti sulla base del primo algoritmo di ricerca, sono stati individuati alcuni interessanti risultati per il confronto con quelli emersi dallo studio EDIT.

Come premessa, è necessario ribadire che nessuno studio prende in esame l'incidentalità connessa ai comportamenti a rischio degli studenti adolescenti, quindi il confronto con i risultati dell'indagine EDIT, almeno su questo piano, non può essere che parziale e limitato al solo comportamento alla guida.

Nessuno studio tra quelli estratti dall'algoritmo è stato realizzato in Italia.

Gli 11 articoli selezionati sono nella maggioranza (9) provenienti dagli Stati Uniti; 2 sono le indagini canadesi e 3 sono quelle europee, in particolare realizzate in Grecia, in Spagna e in Svizzera.

Il *range* campionario rilevato nei vari studi è molto ampio: da un minimo di 547 soggetti per arrivare a un massimo di 21.297. Solo 3 studi superano le decine di migliaia di studenti, ed è da segnalare che uno di questi è realizzato in Spagna (11.239 studenti), gli altri due sono americani (21.297 e 12.272 studenti). Rispetto alla maggioranza degli studi individuati, l'EDIT, che per ogni anno di indagine conta circa 5.000 studenti, si pone in una posizione "forte" per la numerosità del campione.

Dal punto di vista dell'oggetto di indagine, gli articoli selezionati possono essere raccolti in due gruppi: il primo gruppo è quello in cui il comportamento alla guida è l'oggetto centrale dell'indagine, ed è sempre, o quasi, associato al fattore "alcol", quindi vi si guarda alla "guida in stato di ebbrezza", alla condizione di "passeggero di un conducente che ha bevuto" ecc. Nel secondo gruppo di articoli, il comportamento alla guida non è l'elemento centrale dello studio, ma rappresenta uno fra i comportamenti a rischio indagati, conseguenti a un fattore determinante (*gambling*, uso di anabolizzanti, consumo di alcol ecc.).

Rispetto al primo gruppo di articoli, se non è possibile fare confronti tra le percentuali emerse negli studi per le diverse modalità di rilevazione, è invece interessante commentare le associazioni tra comportamenti a rischio emergenti nelle indagini e nell'EDIT.

Sicuramente, l'associazione più ricorrente è quella tra la guida e l'assunzione di sostanze che alterano il normale stato psico-fisico dell'individuo e quindi il suo livello di guardia: in primis troviamo l'uso di alcol, ma anche quello di droghe illegali. Nelle indagini emerge anche come questa associazione di comportamenti

sia tipicamente maschile e tenda ad aggravarsi all'aumentare dell'età (Escobedo et al., 1995; Tomas Dols et al., 2010; Sabel et al., 2004). Tra i comportamenti a rischio legati alla guida e correlati con l'abuso di sostanze vi sono anche il mancato uso delle cinture di sicurezza e la condizione di passeggero di un soggetto che ha bevuto; quest'ultimo aspetto in particolare è tipicamente femminile (Sabel et al., 2004; Middleman et al., 1995). Come emerge anche nell'indagine EDIT, queste associazioni sono frequenti nei giovani che provengono da un contesto socio-economico di maggiore deprivazione (Petridou et al., 1997) e trovano nel gruppo dei pari un fattore che può incentivare o funzionare da deterrente in questa combinazione di comportamenti (Smart e Stoduto, 1997, Leadbeater et al., 2008).

Lo studio EDIT mette in evidenza l'esistenza di un forte collegamento tra il verificarsi di un incidente stradale e la sua gravità con l'assunzione di sostanze: l'indagine di questa relazione, come già detto, non emerge negli altri studi selezionati, dove però troviamo l'esplorazione di altri fenomeni che potrebbero fornire uno spunto di approfondimento; ad esempio, lo studio spagnolo (Tomas Dols et al., 2010) ha indagato la probabilità che la compresenza di una molteplicità di fattori di rischio si aggravi durante il corso della notte: secondo quanto rilevato, dalle 24 alle 6 del mattino più della metà del campione ha dichiarato di aver guidato e consumato più di una sostanza; nelle prime ore della sera la tendenza risulta infatti il consumo di cannabis, seguito da quello di alcol, mentre il consumo di cocaina, ecstasy, LSD e altre droghe allucinogene si colloca più frequentemente nelle prime ore del mattino. È facilmente intuibile quanto questo quadro accresca la possibilità di mettersi alla guida di un mezzo con una soglia molto bassa di lucidità. Ancora, uno studio realizzato a Minneapolis (Lee et al., 1997) ha rilevato che la probabilità di assumere alcol e mettersi alla guida di un veicolo aumenta in base al luogo in cui si consuma la bevanda: bere in spazi pubblici eleva il pericolo di guidare ubriachi 1,5 volte di più rispetto a non bere in spazi pubblici; assumere alcol in casa di altri è un predittore significativo della guida in stato di ebbrezza, in particolar modo per le ragazze (2 volte in più dei maschi); bere in auto è un rischio associato alla guida in stato di ebbrezza, soprattutto per il genere maschile (3 volte in più delle femmine).

Il secondo gruppo di indagini non ha come obiettivo principale lo studio del comportamento alla guida degli studenti, ma gli effetti di un comportamento a rischio (ad esempio, l'uso di steroidi) sulla decisione di intraprendere altre azioni pericolose, di cui la guida rappresenta una di esse.

Quindi, ad esempio Proimos e colleghi (1998) hanno trovato un'associazione positiva tra la pratica del *gambling* e alcuni comportamenti non salutari, tra cui la guida in stato di ebbrezza e il mancato uso delle cinture di sicurezza. La pratica del *gambling* è stata oggetto di indagine anche nell'EDIT, ma, dal momento che lo studio di Proimos non differenzia il tipo di giocatori (problematici e non, sulla base del DSM-IV-MR-J), come invece è stato fatto per l'EDIT, non è pertinente commentare le associazioni che emergono nei due studi (nell'EDIT, infatti, le associazioni tra comportamenti a rischio sono valutate *solo* sui giocatori problematici; nello studio di Proimos, invece, il soggetto viene definito giocatore o meno sulla base della sola dichiarazione di aver giocato d'azzardo almeno 1 volta nei 12 mesi precedenti l'indagine).

Ancora, benché non indagato nell'EDIT, Middleman e colleghi (1995) hanno rilevato l'associazione tra uso di steroidi e una serie di comportamenti a rischio, tra cui il mancato uso di cinture di sicurezza o del casco alla guida di una moto, l'alta velocità in moto, la guida dopo aver assunto alcol o essere passeggero di un guidatore che ha assunto alcol.

Dai risultati della seconda strategia di ricerca (indagini che trattano la presenza di due o più comportamenti a rischio e/o stili di vita salutari), come già precedentemente detto, sono stati presi in rassegna 18 articoli.

Dal punto di vista dell'ampiezza campionaria, tutti gli articoli estratti hanno una dimensione inferiore a quella dell'EDIT che, ricordiamo, conta circa 5.000 soggetti per ogni anno di rilevazione: per 9 articoli il campione non si estende oltre le 1.000 unità; per 7 articoli oscilla tra i 1.000 e i 3.000 individui; infine, 2 articoli riguardano indagini effettuate su poco più di 3.000 studenti (3.064 in Portogallo e 3.216 in Svezia). Lo studio toscano, anche nell'ambito dei risultati di questa seconda strategia, vanta una dimensione campionaria molto più ampia che consente la possibilità di fare osservazioni che poggiano su una base numerica più forte.

Dal punto di vista geografico, essendo questa strategia delimitata alla sola Europa, è parso opportuno riportare la distribuzione di provenienza degli articoli: di essi, 6 hanno il proprio *setting* nel Sud Europa (5 provengono dalla Grecia e 1 dal Portogallo), 7 nell'Est Europa (5 provengono dall'Ungheria, 1 dalla Russia e 1 dalla Repubblica Ceca); infine, 5 nel Nord Europa (2 provengono dalla Gran Bretagna, 2 dalla Svezia e 1 dalla Norvegia). Sebbene all'interno del continente la distribuzione risulti essere equa, vediamo che, tranne per il Nord Europa, vi è una concentrazione della provenienza delle indagini delimitata ad alcuni paesi: Grecia e

Ungheria. Da notare che, come successo per la precedente strategia, non è stato selezionato nessun articolo proveniente dall'Italia.

Per quanto riguarda l'oggetto di indagine, confermando quanto emerso negli studi EDIT, gli articoli estratti hanno messo in evidenza la coesistenza tra i giovani di alcuni comportamenti a rischio per la salute, in particolare il fumo di sigaretta, il consumo eccessivo di alcolici e di droghe illegali. Benché non fosse esplicitamente richiesto nell'algoritmo di estrazione degli articoli, alcuni di essi avevano come oggetto di indagine il comportamento alla guida degli studenti; questo elemento si spiega facilmente rifacendosi a quanto detto da Jessor (v. nota n. 3), secondo cui i comportamenti a rischio sono non solo quelli problematici, ma anche quelli che di per sé non rappresentano un problema (come non usare le cinture di sicurezza), ma aumentano la probabilità di mettere a repentaglio la propria e l'altrui vita. Quindi, tra i risultati della prima e della seconda strategia di ricerca c'è una leggera sovrapposizione dell'oggetto specifico di indagine, anche se va precisato che, nell'estrazione degli articoli, pochi di essi erano comuni a entrambe. Anche questo si spiega facilmente: è un elemento dipendente dal criterio e dai termini con cui sono indicizzati gli articoli. Quindi, fermo restando che un certo comportamento alla guida viene annoverato tra i più generali comportamenti a rischio, fa parte della libertà degli autori dell'articolo associargli termini più o meno specifici o intuitivi, che possano agevolare o meno la ricerca.

Andando a guardare nello specifico i risultati degli articoli estratti, per quanto riguarda il comportamento rispetto al consumo del fumo di sigaretta, possiamo commentare come esso sia in linea con quanto rilevato nell'indagine EDIT: primo fra tutti, la bassa età (15 anni) a cui gli studenti toscani dichiarano di iniziare a fumare; un'informazione analoga è riscontrata in tre recenti studi europei, il primo riguardante studenti della Repubblica ceca, la cui età di avvicinamento al fumo di tabacco è di 13-14 anni (Golan et al., 2004); gli altri due studi si riferiscono a un campione di studenti greci, che iniziano mediamente a fumare intorno ai 13 anni (Arvanitidou et al., 2007; Damianaki et al., 2008). Un precoce consumo di tabacco sembra essere un comportamento che accomuna gli studenti a prescindere dalla loro provenienza geografica. Si assiste anche ad una significativa riduzione delle distanze di genere nell'adozione di questo comportamento (Golan et al., 2004; Easton et al., 2004; Easton e Kiss, 2005; Lien et al., 2009) che, secondo i dati dello studio ESPAD⁸ del 2006 relativi all'Italia, vede le femmine fumare in percentuale

⁸ Lo *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (ESPAD) comprende oltre 40 paesi europei, uniti nel progetto di collezionare periodicamente dati comparabili sull'uso di sostanze da parte degli adolescenti. Qui vengono usati i dati relativi all'indagine effettuata in Italia nel 2006 (www.espad.org).

lievemente superiore rispetto ai maschi (F 64,9%; M 60,3%); un risultato analogo emerge anche in Pritchard e Cox (2007).

Come per l'indagine toscana, lo status di fumatore assunto dai gruppi di riferimento (famiglia, amici) degli studenti sembra avere un'influenza sulla loro propensione nel consumo di tabacco: avere un familiare (genitore, fratello/sorella) o amici fumatori è associato all'essere a propria volta un fumatore (Damianaki et al., 2008; Giannakopoulos et al., 2009) e a preferire la compagnia di soggetti che manifestano questo comportamento (Vitoria et al., 2006; Gunning et al., 2009). Anche il tipo di scuola superiore scelta sembra essere associato al consumo di tabacco: gli studenti delle scuole tecniche, più di quelli delle scuole umanistiche, si dichiarano fumatori (Holmberg e Hellberg, 2007).

Uno dei comportamenti a rischio prevalentemente indagati insieme al consumo di tabacco riguarda l'assunzione di alcol; anche in questo caso il divario tra i due generi si riduce, benché, nel complesso, dai risultati sia dello studio EDIT sia delle indagini selezionate, i maschi risultano avere un consumo un po' più marcato delle femmine (Easton et al., 2004; Arvanitidou et al., 2007; Holmberg e Hellberg, 2007; Pritchard e Cox, 2007).

Come emerge dall'indagine toscana, l'età rappresenta un fattore influente su questo comportamento; infatti, al crescere dell'età, aumenta la prevalenza nell'assunzione di alcolici (Vitoria et al., 2006).

Anche per il consumo di alcol, come per quello di tabacco, i gruppi di riferimento hanno un ruolo importante: ad esempio, un basso status culturale della famiglia è associato ad una maggiore propensione al consumo di alcol (Arvanitidou et al., 2007), così come un forte predittore del consumo di alcol tra gli studenti è avere amici che adottano questo comportamento (Gunning et al., 2009).

Non è trovato nessuno studio che, a differenza dell'indagine toscana, si occupi del tipo e della quantità di alcolici consumati dai giovani.

In questo contesto, è interessante prendere in considerazione gli episodi di *binge drinking* (più di 5 bevute in un'unica occasione), che rappresentano un modo per misurare la propensione al consumo eccedentario di alcolici. Nel rapporto ESPAD del 2006, i dati relativi all'Italia mostrano che il 38% degli studenti tra i 17 e i 18 anni si dichiarano *binge drinkers* e il 36% indicano un consumo di 1-5 bicchieri per volta: quindi, rispetto al *range* europeo per questa categoria di soggetti (22-61), l'Italia si colloca in una posizione mediana. Anche i risultati dell'indagine toscana rilevano una simile percentuale di soggetti che dichiarano un consumo alcolico oltre i 5 bicchieri (30,3%). Questo fenomeno emerge anche da altri articoli

selezionati per la *review*: Cox e Pritchard (2007) rilevano, ad esempio, che lo status di *binge drinker* è positivamente associato all'aver un genitore fumatore e all'atteggiamento negativo nei confronti della scuola. Easton e colleghi (2005) osservano che i fumatori hanno avuto un numero maggiore di esperienze come *binge drinkers* rispetto ai non fumatori.

Negli articoli selezionati, il profilo dello studente con propensione al fumo di sigaretta e al consumo di alcolici (anche eccedentario) è arricchito con l'indagine su altri comportamenti a rischio, prevalentemente il consumo di cannabis e/o droghe pesanti, ad essi positivamente associati (Holmberg e Hellberg, 2007a; Holmberg e Hellberg, 2007b; Golan et al., 2004; Teodorakis et al., 2003; Pritchard e Cox, 2007).

In tre studi compare l'osservazione dei comportamenti da bullo, prevalentemente subiti dalle femmine, nelle scuole umanistiche (Holmberg e Hellberg, 2007a; Holmberg e Hellberg, 2007b) e negativamente associati a fenomeni di *binge drinking* (Pritchard e Cox, 2007).

Ancora, il disagio psicologico assume varie sfumature (dal sentirsi triste, all'aver avuto pensieri suicidi) e, come rileva anche EDIT, è una tendenza tipicamente femminile (Easton et al., 2004; Holmberg e Hellberg, 2007a; Lien et al., 2009; Gunning et al., 2009).

Tra gli studenti che adottano i suddetti comportamenti a rischio, alcune indagini mostrano come emerga anche un generale stile di vita volto alla sedentarietà (scarsa attività fisica, tempo libero trascorso alla TV) e ad uno scorretto regime alimentare (Arvanitidou et al., 2007; Giannakopoulos et al., 2009; Peter et al., 2008).

Conclusioni

Giunti alla conclusione del capitolo, vengono riportate alcune considerazioni su quanto finora analizzato.

Nel panorama degli articoli estratti con i due algoritmi di ricerca, non compaiono studi che riguardano l'incidentalità stradale degli studenti connessa a fattori di rischio ad essa associabili. Alla stessa stregua, non vi sono studi italiani. Entrambi i risultati, come precedentemente detto, non devono indurre a pensare che non esistano indagini su questo tema e/o realizzate in Italia; la questione viene invece rimandata alla scelta dei termini con cui gli autori decidono di indicizzare gli articoli, determinando così una loro reperibilità.

Tra gli studi selezionati per questa *review*, la dimensione campionaria dell'indagine toscana si pone in una posizione di forza, per entrambe le *tranches* di ricerca (solo 3 studi contano un campione decisamente più ampio).

L'indagine EDIT si evidenzia per il numero di comportamenti a rischio osservati, sia singolarmente sia associati gli uni agli altri, laddove gli articoli selezionati prendono in considerazione soltanto alcuni dei più frequenti comportamenti a rischio.

Come per l'EDIT, anche negli articoli scelti il comportamento alla guida, associato ad uno o più comportamenti a rischio, diventa esso stesso un comportamento dannoso per la propria e l'altrui salute. È qui che diventa importante osservare la propensione degli studenti a guidare sotto l'effetto di sostanze, legali o illegali, o a non valutare il rischio di farsi accompagnare in auto da un soggetto che ha bevuto troppo o consumato droghe. Se negli studi selezionati per la *review*, così come nell'indagine EDIT, questo aspetto viene indagato, la ricerca toscana compie un passo in avanti sul tema del più generale "comportamento alla guida", mettendolo in relazione con il numero e la gravità degli incidenti stradali verificatisi tra gli studenti. L'EDIT fornisce, quindi, un quadro dettagliato sul tema dell'incidentalità e dei suoi determinanti.

Più in generale, però, lo studio toscano, come molte delle indagini raccolte, individua una compresenza di comportamenti a rischio o non salutari tra gli studenti; in via sintetica, a prescindere da quale fattore venga prevalentemente indagato, il consumo di tabacco e di alcol sono frequentemente associati e, in misura minore, sono osservati anche il consumo di sostanze illecite (cannabis in particolare), il comportamento sessuale, il peso corporeo superiore alla norma e la mancanza di attività sportiva.

Si riduce la differenza nella propensione ai comportamenti a rischio tra i due generi, anche se i maschi risultano avere un atteggiamento che li induce maggiormente ad un agire pericoloso per la salute e, tendenzialmente, al crescere dell'età aumenta il consumo di sostanze.

Analogamente ai risultati dello studio EDIT, anche altre indagini rilevano l'importanza dell'ambiente in cui lo studente è inserito: soprattutto il ruolo della famiglia e dei pari, nonché dello status socio-economico di provenienza, nella propensione al consumo di sostanze, ma anche quello del contesto valoriale in cui il soggetto cresce. Piko (2005), ad esempio, osserva come la propensione a valori salutari e sociali, a connotazione femminile, tende ad essere associata a comportamenti salubri, mentre una propensione verso valori di orientamento alla

carriera e all'autopromozione, a connotazione maschile, tende ad essere associata a comportamenti non salubri.

La tendenza ad avere comportamenti a rischio è analizzata anche sulla base del tipo di scuola frequentata: come emerge anche nell'indagine toscana, la coesistenza di atteggiamenti dannosi è più frequente tra gli studenti delle scuole tecniche rispetto a quelli delle scuole umanistiche.

Quella che emerge da questo capitolo, in estrema sintesi, è una generazione di giovani studenti volta ad assumere combinazioni di comportamenti a rischio, la cui tendenza va oltre i confini geografici per assumere i toni di una più generale cultura giovanile che connota lo stile di vita dell'adolescente: a fianco dei tradizionali atteggiamenti di abuso, i ricercatori guardano anche ad altri fattori di rischio, come il comportamento alla guida o i modelli di consumo alimentare o di gestione del proprio tempo libero. Di questo complesso quadro dovrebbero tenere in debito conto la scuola, la famiglia e tutti quegli istituti che hanno in mano l'educazione dell'adolescente.

Tabella 1

<p>Proimos J, Durant RH, Pierce JD, et al. (1998), Gambling and other risk behaviors among 8th to 12th grade students. Pediatrics, 102(2): e23</p>	<p>Obiettivo: esaminare l'associazione tra esperienza di <i>gambling</i> o problemi ad esso relativi e comportamenti a rischio per la salute (guida senza cintura di sicurezza, guida in stato di ebbrezza, uso di droghe illegali, fumo di sigaretta ecc..) durante l'adolescenza. L'ipotesi di partenza è che gli adolescenti che giocano d'azzardo abbiano una più alta probabilità di coinvolgimento in altri comportamenti a rischio. Una seconda ipotesi è che la tipologia di comportamento a rischio dovrebbe differire in base al livello di coinvolgimento nel <i>gambling</i>.</p> <p>Materiali e metodi: questa indagine si colloca all'interno della <i>Youth Risk Behavior Survey (YRBS)</i> sviluppata dai <i>Centers of Disease Control and Prevention (CDCP)</i> per valutare la prevalenza di comportamenti a rischio tra gli adolescenti statunitensi. I dati di questo studio sono ottenuti da una <i>survey</i> del 1995 svoltasi in 79 scuole pubbliche e private del Vermont. Un questionario anonimo ed auto-amministrato, composto da 91 domande a risposta multipla, è rivolto ad un campione di 21.297 studenti tra i 14 e i 19 anni.</p> <p>Risultati: sono stati compilati correttamente e quindi analizzati il 79,6% dei questionari; il 53% degli studenti ha riportato un'esperienza di <i>gambling</i> nei precedenti 12 mesi ed il 7% problemi ad esso riconducibili. Il genere maschile (67%) propende per l'esperienza del <i>gambling</i> più delle femmine. L'analisi multivariata mostra un'associazione positiva tra alcuni fattori predittivi e l'esperienza del <i>gambling</i>: esso è significativamente associato al genere maschile (OR=2,67), all'uso quotidiano di alcol (OR=3,24), al mancato uso di cinture di sicurezza (OR=1,67) e alla frequente guida in stato di ebbrezza (OR=1,35); una associazione, seppure con una probabilità più bassa è individuata anche tra <i>gambling</i> e uso frequente di droghe illegali (OR=0,80) e uso saltuario di tabacco (OR=0,69).</p>
--	---

<p>Escobedo LG, Chorba TL, Waxweiler R (1995), Patterns of alcohol use and the risk of drinking among US high school students. <i>Am J Public Health</i>, 85(7): 976-8</p>	<p>Obiettivo: obiettivo di questo studio è valutare la relazione fra guida in stato di ebbrezza e i modelli del consumo di alcol (numero di bevute, <i>binge drinking</i>, cocktail con droghe, età di avvicinamento all'alcol).</p> <p>Materiali e metodi: i dati analizzati in questo studio sono relativi alla <i>Youth Risk Behavior Survey</i> (YRBS) del 1991. L'indagine è rivolta ad un campione rappresentativo di studenti tra i 14 e i 18 anni della scuola superiore pubblica e privata in 50 stati e distretti della Columbia (N=12.272). È stato usato un questionario auto-amministrato ed anonimo, comprensivo di 75 <i>item</i>.</p> <p>Risultati: le scuole che hanno partecipato all'indagine sono il 75,3% di quelle contattate, mentre il 90,4% degli studenti ha risposto al questionario. Del campione, il 49% dichiara di assumere alcol, il 32% di essere un <i>binge drinkers</i>, il 14% di assumere alcol e altre droghe e il 40% di aver iniziato a bere a 14 anni o prima. Al crescere dell'età e al peggioramento dell'andamento scolastico è associata una più alta frequenza nell'assunzione di alcol, e di alcol associato ad altre droghe. La prevalenza di guidatori ubriachi aumenta con la frequenza dell'uso di alcol e di <i>binge drinking</i>, ed è più alta tra gli studenti che hanno usato alcol e altre droghe nell'ultimo mese piuttosto che tra coloro che hanno usato solo alcol. Il 17% degli studenti ha dichiarato di aver guidato in stato di ebbrezza almeno una volta nel mese precedente l'indagine. Sono calcolati gli <i>odd ratio</i> tra guida in stato di ebbrezza e numero di volte in cui è stato assunto alcol nell'ultimo mese (1-2 volte OR=val.rif.; 3-5 volte OR=2,5; 6-9 volte OR=5,6; 10-19 volte OR=8, 1; + 20 volte OR=14,1); tra guida in stato di ebbrezza e numero di <i>binge drinking</i> nell'ultimo mese (nessuno OR=val.rif ; 1-2 volte OR=1,9; 3-5 volte OR=4,9; 6-9 volte OR=5,8; + 10 volte OR=12,1); tra guida in stato di ebbrezza e assunzione di alcol con altre droghe (solo alcol OR=val.rif.; alcol con altre droghe OR=1,7).</p>
--	--

<p>Middleman AB, Faulkner AH, Woods ER, et al. (1995), High-risk behaviors among high school students in Massachusetts who use anabolic steroid. <i>Pediatrics</i> 96: 268-72</p>	<p>Obiettivo: obiettivo di questo studio è valutare l'associazione tra la frequenza dell'uso di anabolizzanti e la frequenza di altri comportamenti a rischio (comportamento sessuale, tendenza suicida, mancato uso di cinture di sicurezza o del casco alla guida di una moto, velocità in moto, guida dopo aver assunto alcol o essere passeggero di un guidatore che ha assunto alcol, ecc..) fra gli studenti della scuola secondaria del Massachusetts.</p> <p>Materiali e metodi: la Massachusetts <i>Youth Risk Behavior Survey</i> (YRBS) del 1993 è condotta su un campione di 3.054 studenti di scuola secondaria superiore tra i 14 e i 18 anni. È stato utilizzato un questionario auto-amministrato e anonimo, composto da 89 domande a risposta multipla.</p> <p>Risultati: la frequenza dell'uso di steroidi è associata con tutti i comportamenti rischiosi considerati. L'uso di steroidi ha una connotazione di genere, significativamente ($p < 0,0001$) associata ai maschi (5,7%) più che alle femmine (1,7%), ma non è associata all'età. Una significativa ($p < 0,001$) associazione, seppur non forte, è rilevata con mancato uso di cinture di sicurezza ($r=0,10$), velocità alla guida della moto ($r=0,14$), anche senza uso del casco ($r=0,14$), guida in stato di ebbrezza ($r=0,22$) o come passeggero di qualcuno che ha bevuto ($r=0,18$), uso di violenza ($r=0,19$).</p> <p>Quando analizzata con una regressione multipla, il 12,5% della varianza nella frequenza dell'uso di steroidi è spiegato dalla guida in stato di ebbrezza.</p>
---	--

<p>Tomas Dols S, Alvarez Gonzalez FJ, Llorens Alexandre N, et al. (2010), Predictors of driving after alcohol and drug use among adolescents in Valencia (Spain), <i>Accid Anal Prev</i> 42(6): 2024-9</p>	<p>Obiettivo: questo studio vuole misurare la prevalenza ed i fattori predittivi che portano gli adolescenti a mettersi alla guida di un veicolo dopo aver assunto alcol, droga o entrambe le sostanze.</p> <p>Materiali e metodi: i dati sono relativi ad un campione di 11.239 studenti tra i 14 e i 18 anni provenienti da 252 scuole pubbliche e private della Valencia (Spagna). I dati sono raccolti mediante un questionario strutturato, con domande a risposta multipla relative a informazioni socio-anagrafiche, relazioni familiari, <i>background</i> formativo, modelli di uso di alcol e droghe.</p> <p>Risultati: Il 20% degli studenti ha dichiarato di aver guidato un veicolo nei 6 mesi precedenti l'indagine, ed il 9% di essi di essersi messo alla guida dopo aver assunto alcol o droga, con una notevole prevalenza percentuale maschile (F, OR=0,74). All'aumentare dell'età, aumenta la percentuale degli studenti che guidano sotto effetto di sostanze (alcol o droghe: 9,5% a 14 anni fino al 31,1% a 18 anni; $\chi^2=155,71$, $p<0,001$). Nelle prime ore della sera la tendenza è per il consumo di cannabis, seguito dall'alcol; il consumo di cocaina, ecstasy, LSD ed altre droghe allucinogene si collocava più frequentemente nelle prime ore del mattino. Comunque dalle 24 alle 6 del mattino più della metà del campione ha dichiarato di aver guidato e consumato più di una sostanza.</p> <p>Una regressione logistica multinomiale mostrava una forte associazione tra la guida dopo il consumo di alcol e droga con precedenti problemi relativi a queste sostanze (OR=2,13, $p<0,0001$), con il numero di sigarette di cannabis fumate per settimana (OR=1,21, $p<0,0001$) e il numero di unità standard di drink per settimana (SDUs, OR=1,04, $p<0,0001$). La guida dopo la sola assunzione di alcol era fortemente associata al numero di unità standard di drink per settimana (SDUs, OR=1,04, $p<0,0001$) e all'aver cattivi rapporti familiari (OR=1,42, $p<0,0001$). Infine, la guida sotto l'effetto di droga era fortemente associata al numero di sigarette di cannabis per settimana (OR=1,20, $p<0,0001$).</p>
--	--

<p>Lee JA, Jones-Webb RJ, Short BJ, et al. (1997), Drinking location and risk of alcohol-impaired among high school seniors. <i>Addict Behav</i> 22(3): 387-93</p>	<p>Obiettivo: questo studio investiga i predittori ambientali del comportamento alla guida dei <i>teenagers</i>, compromesso dall'assunzione di alcol; in particolare, il luogo in cui si consuma (casa, auto, bar, lavoro, spazio esterno) e da cui si preleva alcol (persona, casa, bar-ristorante, centro commerciale).</p> <p>Materiali e metodi: i dati utilizzati sono parte di un progetto che coinvolge 15 comunità (Minneapolis) denominato <i>Mobilizing for change on alcohol project</i>. Il campione è di 1914 studenti della <i>high school senior</i> (16-18 anni), comprende coloro che si sono dichiarati guidatori e consumatori di alcol negli ultimi 30 giorni. Le informazioni sono raccolte mediante un questionario anonimo e auto-amministrato.</p> <p>Risultati: il luogo in cui si assume alcol aumenta significativamente il rischio di guidare ubriachi. Il rischio di guidare dopo aver bevuto è inoltre significativamente associato col più elevato numero di <i>binge drinks</i> (OR=1,21). Bere in spazi pubblici aumenta il pericolo di guidare ubriachi 1,5 volte di più di chi non beve in spazi pubblici (OR=1,52). Bere in casa di altri è un predittore significativo della guida in stato di ebbrezza per tutto il campione (OR=1,57), in particolar modo per le ragazze (OR=2,08). Bere in auto è un rischio associato alla guida ubriachi (OR=2,65) soprattutto per il genere maschile (OR=3,24).</p>
--	--

<p>Petridou E, Zavitsanos X, Dessypris N, et al. (1997), Adolescents in high-risk trajectory: clustering of risky behavior and the origins of socioeconomic health differentials. <i>Prev Med</i> 26(2): 215-9</p>	<p>Obiettivo: prendendo in esame alcune variabili relative al comportamento a rischio (non usare cinture di sicurezza, fumare sigarette, <i>binge drinking</i>, fare il passeggero di qualcuno che ha bevuto, bere e guidare, non usare metodi contraccettivi, non usare il condom) lo studio vuole valutare se queste si concentrano su uno stesso individuo e se vi sono variabili socioeconomiche che influenzano il comportamento a rischio.</p> <p>Materiali e metodi: il campione era composto da 547 studenti di età compresa tra i 12 e i 17 anni provenienti da 4 scuole superiori della Grecia. Era utilizzato un questionario auto-amministrato che copriva variabili demografiche, socioeconomiche e caratteristiche comportamentali (la maggioranza aveva fornito anche campioni di sangue). Viene valutata l'aggregazione degli attributi di comportamento rischio calcolando il Mantel-Haenszel per tutte le possibili coppie, aggiustato per genere ed età.</p> <p>Risultati: Erano riscontrate associazioni altamente significative tra comportamenti a rischio, in particolare quando l'essere portati in auto da un conducente ubriaco era associato al non usare le cinture di sicurezza (OR=4,6), ad essere un fumatore (OR=5,3), ad essere un bevitore (OR=2,7), a guidare ubriaco (OR=18,6) e a non usare protezione nei rapporti sessuali (OR=4,3); essere un fumatore era associato con essere un bevitore (OR=3,3) e guidare sotto l'influenza dell'alcol (OR=9,7). Non usare le cinture di sicurezza era associato con essere un fumatore (OR=3,2), essere un bevitore (OR=2,0) e col mettersi alla guida dopo aver bevuto (OR=3,2). Infine, essere un consumatore di alcol è logicamente associato alla guida sotto in stato di ebbrezza (OR=2,7). Queste associazioni erano più alte tra gli studenti provenienti dalle classi sociali più svantaggiate e fra i maschi rispetto alle femmine, ma questa differenza era tutt'altro che significativa.</p>
--	--

<p>Sabel JC, Bensley LS, Van EJ (2004), Associations between adolescent drinking and driving involvement and self-reported risk and protective factors in students in public schools in Washington Stase. <i>J Stud Alcohol</i> 65(2): 213-6</p>	<p>Obiettivo: esaminare l'associazione tra il dichiararsi un guidatore che ha bevuto o essere passeggero di un guidatore che ha bevuto e i fattori di rischio e di protezione (relativi alla società, alla famiglia e alle caratteristiche individuali) nella popolazione degli adolescenti.</p> <p>Materiali e metodi: all'interno della <i>Youth Risk Behavior Survey (YRBS)</i> sviluppata dalla <i>Centers of Disease Control and Prevention (CDCP)</i> erano stati raccolti dati, mediante un questionario auto-amministrato, su un campione di 2.955 studenti tra i 14 e i 18 anni individuati nelle scuole pubbliche di Washington nel 1999.</p> <p>Risultati: il campione è stato suddiviso in tre gruppi: coloro che bevono e guidano (12,1%), coloro che dichiarano di essere soltanto passeggeri di soggetti che hanno bevuto (17,6%) e coloro che non riportano questi comportamenti (70, 3%). Il campione era suddiviso anche per età: da una parte coloro che avevano meno di 16 anni, dall'altra i più grandi. Il gruppo degli studenti che ha 16 anni o più, guida dopo aver bevuto due volte di più rispetto ai più giovani (OR=2,4), ma è passeggero di un guidatore ubriaco 1/3 di volte in meno. I maschi guidano più frequentemente dopo aver bevuto rispetto alle femmine (OR=1,3). In questo contesto, è marginalmente significativa l'associazione tra coloro che hanno fattori di protezione a loro supporto (famiglia, scuola, amici) e l'essere passeggero di un soggetto che ha bevuto. Invece, la quantità e la frequenza di bevute, la mancanza dell'uso di cinture di sicurezza, il fumo di sigaretta e l'uso di droghe illegali sono associati sia con la guida in stato di ebbrezza (associazione più forte: rispettivamente ORquantità=6,6; OR frequenza=5,1; OR cinture=2,8; OR fumo=1,7 e OR droghe=2,1) sia con lo stato di passeggero di persona che ha bevuto (associazione meno forte: rispettivamente ORquantità=2,6; OR frequenza=1,9; OR cinture=1,8; OR fumo=1,6 e OR droghe=1,8).</p>
--	---

<p>Smart RG, Stoduto G (1997), Interventions by students in friends' alcohol, tobacco and drug use. 27(3): 213-22</p>	<p>Obiettivo: questo studio indaga l'effetto di "intromissione" che possono avere i pari sull'uso di alcol, tabacco, droghe illecite e guida sotto l'effetto di alcol dei loro amici.</p> <p>Materiali e metodi: È stato utilizzato un campione di 1184 studenti di scuole superiori dell'Ontario di età compresa fra i 10 e i 20 anni. I dati sono raccolti nel 1993, mediante un questionario auto-amministrato ed anonimo.</p> <p>Risultati: 1/3 circa degli studenti dichiara di aver provato qualche volta nell'ultimo anno a scoraggiare gli amici dall'usare droga, alcol e dalla decisione di guidare in stato di ebbrezza, e circa la metà dall'usare fumo di sigaretta. Da una regressione lineare è emerso quali sono i fattori più importanti, che agiscono sull'uso di sostanze: avere amici stretti che fanno uso di cannabis ($\beta=0,334$)*, avere un'età più elevata ($\beta=0,256$)*, alta disapprovazione dell'uso di sostanze ($\beta=0,149$)*, avere cari amici che fanno uso di droghe illegali ($\beta=0,104$)**; in questa direzione vanno anche i valori negativi della regressione di alcuni fattori: passare poche notti a casa ($\beta=-0,116$)* e basso consumo di cannabis ($\beta=-0,174$)*.</p> <p>----- *$p<0,001$ **$p<0,05$</p>
<p>Rodondi PY, Narring F, Michaud PA (2000), Drinking behaviour among teenagers in Switzerland and correlation with lifestyle, Eur J Pediatr 159(8): 602-7</p>	<p>Obiettivo: lo scopo di questo studio consiste nel descrivere 1) il consumo di alcol tra gli adolescenti svizzeri compresi tra i 14 ed i 20 anni; 2) individuare i modelli di tale consumo tra questi soggetti; 3) individuare i fattori comportamentali e percettivi relativi alla salute, collegati con il consumo rischioso di alcol.</p> <p>Materiali e metodi: I dati erano raccolti su campione rappresentativo nazionale di studenti svizzeri tra i 15-20 anni (N=2359) mediante un questionario anonimo auto-amministrato composto da 81 domande. Sono state quindi delineate 4 categorie di giovani (astemi, bevitori moderati, bevitori regolari, bevitori problematici) sulla base di alcuni criteri, quali frequenza di assunzione di alcolici, di guida mentre si sta assumendo alcol e di ubriachezza</p> <p>Risultati: La frequenza nell'uso di alcol e nella guida sotto l'effetto di alcol era molto più alta fra i maschi rispetto alle femmine, con differenze di genere altamente significative. Le differenze tra i bevitori problematici e gli altri tre gruppi sono significative e riguardano il genere maschile (OR=6,3), l'uso di cannabis (OR=3,4)*, il mancato uso di cinture di sicurezza (OR=2,5)**, consumo di alcol in famiglia e tra i pari (OR=1,9)***.</p> <p>----- *tre volte o più nella vita **compresi i passeggeri ***uso regolare di alcol</p>

<p>Leadbeater BJ, Foran K, Grove-White A (2008), How can you drink before driving? The influence of riding with impaired adults and peers on the driving behaviors of urban and rural youth, <i>Addiction</i> 103(4): 629-37</p>	<p>Obiettivo: Questo studio valuta gli effetti delle predisposizione individuali all'uso di sostanze e delle esperienze come passeggero di un guidatore, adulto o pari, sotto l'effetto di cannabis o alcol.</p> <p>Materiali e metodi: il campione di questo studio era composto da 2954 studenti di età compresa tra i 16 e i 18 anni provenienti da scuole pubbliche dell'area urbana e rurale di Vancouver. Era utilizzato un questionario anonimo e auto-amministrato.</p> <p>Risultati: la maggior parte degli studenti dichiara di aver avuto esperienza come passeggero di un adulto che ha assunto alcol sia nelle aree rurali (55%) che urbane (52%). In minor misura, quando alla guida vi è un pari (21% provenienti da aree urbane, 33% da quelle rurali). È più frequente invece che gli studenti dichiarino di essere stati passeggeri di un pari (29% urbani, 37% rurali) che ha usato cannabis piuttosto che di un adulto (18% urbani, 29% rurali). L'analisi ha poi riguardato i soli studenti che si dichiarano guidatori (50% provenienti dall'area rurale, 41% da quella urbana): i giovani che provengono dalle aree rurali hanno una più elevata correlazione con alcuni comportamenti a rischio (soprattutto guida dopo aver assunto alcol – $r=0,06^*$; essere passeggero di un pari che ha usato cannabis – $r=0,12^{**}$ o assunto alcol – $r=0,07^*$; o un adulto che ha usato cannabis – $r=0,08$) una moderata correlazione è rilevata tra le esperienze di coloro sono passeggero di un adulto o di un pari che hanno assunto alcol o cannabis ($r=0,45-0,74$)*. Come da attese, essere passeggero di un adulto o di un pari che ha una guida rischiosa ha un impatto sull'attitudine del singolo studente a guidare sotto l'effetto di alcol ($r=0,28-0,55$)** o cannabis ($r=0,32-0,68$)**. Una maggiore rischiosità del comportamento alla guida è correlato alla più elevata età (consumo di alcol, $r=0,14^{**}$; uso di cannabis, $r=0,10^{**}$) e all'essere di sesso maschile (consumo di alcol, $r=0,12^{**}$; uso di cannabis, $r=0,17^{**}$).</p> <p>----- * $p<0,05$ ** $p<0,01$</p>
--	---

<p>Jones SE, Shults RA (2009), Trends and subgroup differences in transportation-related injury risk and safety behaviors among US high school students, 1991-2007, <i>J Sch Health</i> 79(4): 169-76</p>	<p>Obiettivo: questa indagine esamina i trend sulla questione della sicurezza nel traffico fra gli studenti delle high school in USA: uso del casco in bicicletta, uso delle cinture di sicurezza come passeggero, guida in stato di ebbrezza, essere riportato a casa da un guidatore ubriaco.</p> <p>Materiali e metodi: i dati sono raccolti tra il 1991 e il 2007 mediante un questionario auto amministrato ed anonimo all'interno della <i>Youth Risk Behavior Surveys (YRBS)</i>. Il range campionario andava dai 10.904 ai 16.296 soggetti di età 14-19 anni.</p> <p>Risultati: Il mancato uso del casco in bicicletta decresce significativamente dal 96,2% del 1991 all'84,7% del 2001 e poi rimane pressappoco stabile negli anni 2001-2007 (84,7-85,1%), dal '91 al '07 declina di 11 punti percentuali. Non vi sono grosse differenze di genere. La percentuale di soggetti che indossa le cinture di sicurezza mai o raramente decresce dal 25,9% del 1991 al 11,1% del 2007, con una prevalenza maschile a tale comportamento. La percentuale di studenti che è salita in auto con un guidatore che aveva bevuto diminuisce dal 39,9% del 1991 al 29,1% del 2007. Infine, non cambia la percentuale di studenti che tra il 1991 e il 1997 dichiara di essersi messo alla guida dopo aver assunto alcol e poi diminuisce significativamente dal 16,9% del 1997 al 10,5% del 2007.</p>
---	--

Tabella 2

<p>Easton A, Kiss E, Mowery P (2004), Budapest student health behaviour survey – Budapest, Hungary, 1999. Findings on unintentional and intentional injuries, alcohol use, and sexual activity, Cent Eur J Public Health, 12(2): 94-101</p>	<p>Obiettivo: esaminare i fattori di rischio comportamentali (mancato uso di cinture, fumo, violenza, suicidio) per la salute fra gli studenti della scuola secondaria di Budapest.</p> <p>Materiali e metodi: è stato coinvolto un campione di 2615 studenti di età compresa tra i 15 e i 18 anni, di scuole tecniche e umanistiche in Budapest. I dati sono raccolti mediante un questionario anonimo e auto amministrato.</p> <p>Risultati: il 46% degli studenti fuma abitualmente, senza sensibili differenze tra maschi e femmine; Gli studenti delle scuole tecniche fumano di più (60,2%) di quelli delle scuole umanistiche (43,1%).</p> <p>Nei 30 giorni precedenti lo studio, il 28,7% degli studenti ha indossato raramente o mai le cinture di sicurezza; il 18,5% è stato in auto almeno 1 volta con un guidatore che aveva bevuto, e il 4,8% ha guidato almeno 1 volta dopo aver assunto alcol. Queste percentuali sono più marcate per i maschi e per gli studenti delle scuole tecniche.</p> <p>Nei 12 mesi precedenti l'indagine, il 16,4% degli studenti si è sentito triste o senza speranza tanto da non riuscire a fare niente per almeno due settimane, il 13,5% degli studenti ha seriamente pensato al suicidio e l'8,5% lo ha pianificato. In tutti questi casi, le femmine erano significativamente più dei maschi. Il 68,1% dei rispondenti ha assunto alcol regolarmente nei 30 giorni precedenti l'indagine. Sono prevalentemente maschi e frequentano le scuole tecniche.</p>
<p>Nikolakopoulos KM, Nikolakopoulou NM (2008), Family structure and risk behaviors in Greek adolescents: a short report, Int J Adolesc Med Health, 20(3): 271-3</p>	<p>Obiettivo: questo studio vuole indagare la relazione tra i cambiamenti nella struttura familiare e i comportamenti a rischio degli adolescenti (fumo, alcol, abuso di sostanze, violenza).</p> <p>Materiali e metodi: viene usato un questionario auto-amministrato rivolto a 500 studenti greci con un'età media di 19 anni e riguardante la loro struttura familiare, lo status abitativo e i comportamenti a rischio, come uso di alcol, fumo di tabacco, abuso di sostanze.</p> <p>Risultati: il 16,6% degli studenti vive in famiglie monogenitoriali in seguito al divorzio dei genitori; nessuno degli studenti ha instabilità abitativa. Il 42% degli studenti dichiara di fumare, ma non vi sono significative differenze tra coloro che vivono in una famiglia tradizionale e coloro che vivono con un solo genitore. La percentuale di coloro che assumono alcol è leggermente più alta per quelli che stanno con un solo genitore (24,4% vs 22,7%). Nessuno dichiara di fare uso di sostanze stupefacenti.</p>

<p>Piko BF (2005), Adolescents' health related behaviors in the light of their value orientations. Subs Use Misuse 40(6): 735-42</p>	<p>Obiettivo: questa indagine ha lo scopo di esaminare la relazione fra comportamenti di miglioramento (attività motoria e controllo della dieta alimentare) e di peggioramento (consumo di alcol, uso di droga e fumo) della propria salute e i propri orientamenti valoriali.</p> <p>Materiali e metodi: i dati sono raccolti nel 2001 da un campione non rappresentativo (N=602) di studenti ungheresi di età compresa tra i 14 e i 19 anni, mediante l'utilizzo di un questionario auto amministrato.</p> <p>Risultati: l'analisi fattoriale ha prodotto 3 raggruppamenti valoriali (la varianza spiegata è il 52%): "valori sociali e salutari" (include valori quali la salute globale, la pace interiore, l'amicizia, l'onestà, il senso della famiglia), "valori orientati alla buona forma fisica" (include valori quali il fitness, l'energia, il vigore, la forza fisica, il corretto peso corporeo) e "valori orientati alla realizzazione e alla carriera" (include valori quali il potere, la carriera, la ricchezza, il prestigio sociale). Questi raggruppamenti valoriali presentano delle significative differenze di genere, in particolare i valori sociali e salutari sono prevalentemente femminili ($p < 0,001$) e quelli orientati alla realizzazione e alla carriera sono prevalentemente maschili ($p < 0,001$).</p> <p>Le stime della regressione multipla danno i seguenti risultati: i valori sociali e salutari sono negativamente correlati con il consumo di fumo (-0,20*), alcol (-0,23*) e droga (-0,17*) e positivamente correlati al controllo della dieta (0,24*); i valori orientati alla buona forma fisica sono positivamente associati all'attività sportiva (0,38*) e al controllo della dieta (0,25*). Infine, i valori orientati alla realizzazione e alla carriera sono positivamente associati con comportamenti non salutari, in particolare il consumo di alcol (0,15*), ma anche di tabacco (0,12**) e di droga (0,11**). Fra i maschi, fumare (-0,10***) e svolgere attività fisica (-0,17*) sono i comportamenti più comuni, mentre la scolarizzazione livello scolastico dei genitori ha un effetto limitato. L'auto-valutazione della propria condizione socio-economica era negativamente correlata con il consumo di tabacco (-0,10***) e di droga (0,11***).</p> <p>----- *$p < 0,001$ **$p < 0,01$ ***$p < 0,05$</p>
--	--

<p>Arvanitidou M, Tirodimos I, Kyriakidis I, et al. (2007), Decreasing prevalence of alcohol consumption among greek adolescents, Am J Drug Alcohol Abuse, 33(3): 411-17</p>	<p>Obiettivo: questo studio vuole ottenere dati sul consumo di alcol fra gli studenti della scuola superiore e indagare la correlazione con comportamenti salutari e status socioeconomico.</p> <p>Materiali e metodi: i dati sono raccolti da un campione rappresentativo di 1185 studenti di età compresa tra i 14 e i 18 anni di 15 scuole superiori di Thessaloniki (la città greca più grande dopo Atene), mediante un questionario anonimo e auto amministrato.</p> <p>Risultati: gli adolescenti che si dichiarano consumatori di alcol ammontano al 51,9% del campione e sono prevalentemente maschi (56,6%, $p < 0,01$). I consumatori “correnti” di alcol (che hanno consumato almeno una volta alcol nel mese precedente la <i>survey</i>), confrontati con gli astemi, in percentuale significativamente superiore tendono a saltare la colazione (35,2% vs 24,4%, $p < 0,0001$) e a non fare attività sportiva (68,4% vs 62,1%, $p < 0,05$). Gli studenti che fanno consumo di alcol tendono a anche a fumare tabacco (55% vs 20,6%, $p < 0,0001$) e hanno un peso corporeo superiore rispetto ai non bevitori. Il livello scolastico della famiglia sembra giocare un ruolo importante nel consumo di alcolici fra gli studenti: i genitori con un titolo di studio basso sono in percentuale significativamente superiore ($p < 0,0001$) tra gli studenti che consumano alcol (madre con istruzione elementare: 30,1%, padre con istruzione elementare: 26,2%) rispetto agli astemi (madre con istruzione elementare: 19,5%, padre con istruzione elementare: 16,3%).</p>
--	---

<p>Vitoria PD, Kremers SP, Mudde AN, et al. (2006), Psychosocial factors related with smoking behaviour in Portuguese adolescents. Eur J Cancer Prev 15(6): 531-40</p>	<p>Obiettivo: questo studio analizza le differenze tra fumatori e non fumatori e i fattori associati a tale comportamento fra gli adolescenti portoghesi.</p> <p>Materiali e metodi: è stato usato un questionario auto amministrato, rivolto a 3064 studenti tra gli 12 e i 13 anni di 5 cittadine nei pressi di Lisbona</p> <p>Risultati: la maggioranza degli studenti intervistati dichiara di non fumare (71,3%), il 21,9% fuma meno che mensilmente, il 2,1% mensilmente e il 4,7% settimanalmente o più frequentemente. I fumatori hanno età più elevata ($R=0,28^*$), preferiscono stare in compagnia di altri fumatori (influenza sociale) ($R=-0,30^*$), avvertono la pressione dei pari ($R=0,32^*$) e sono influenzati dal loro comportamento (perceived behaviour of peers) ($R=0,51^*$), tendono ad assumere alcol ($R=0,36^*$) e pensano di iniziare a fumare l'anno venturo ($R=0,57^*$).</p> <p>----- *$p<0,01$</p>
<p>Holmberg LI, Hellberg D (2007), Age-related gender difference of relevance for health in Swedish adolescents, Int J Adolesc Med Health, 19(4): 447-57</p>	<p>Obiettivo: lo studio vuole comparare alcuni comportamenti degli adolescenti con la loro percezione di salute, per individuare le differenze di età e di genere, e facilitare la pianificazione delle misure preventive di salute pubblica. Vengono toccati temi quali depressione, bullismo, sovrappeso, uso di alcol, tabacco, vandalismo.</p> <p>Materiali e metodi: i dati sono raccolti mediante un questionario anonimo e validato per la popolazione di <i>teenagers</i>, il Q90 ed è rivolto a 3216 studenti di 10 scuole svedesi, di età compresa tra i 13 e i 18 anni</p> <p>Risultati: le femmine, più dei maschi, si sono sentite meno in salute, più depresse e hanno avuto un maggior numero di pensieri suicidi. Tra i più giovani, le femmine soprattutto hanno subito atti di bullismo.</p> <p>Non sono riscontrate significative differenze di genere nel consumo di alcol: i maschi di età maggiore hanno però consumato un numero più alto di bevute. Le ragazze, soprattutto le più grandi, sono più insoddisfatte dei maschi del loro peso.</p>

<p>Piko BF, Gibbons FX (2008), Behavioral and psychosocial influences of risk perception among Hungarian adolescents, <i>Int J Public Health</i> 53(3): 131-8</p>	<p>Obiettivo: questo studio ha l'obiettivo di valutare la percezione del rischio dei danni provocati da fumo, alcol e incidenti tra gli adolescenti.</p> <p>Materiali e metodi: i dati sono raccolti mediante un questionario auto-amministrato rivolto a 560 studenti di età compresa fra i 14 e i 19 anni di una scuola superiore in Szeged (Ungheria). Gli <i>items</i> rilevati riguardano informazioni socio demografiche, percezione del rischio, comportamenti a rischio per la salute e alcune variabili psicosociali.</p> <p>Risultati: nei 3 mesi precedenti la <i>survey</i>, il 58,7% degli studenti dichiara di aver fumato e di essi, il 12,2% di averlo fatto occasionalmente, nello stesso arco di tempo, il 75,4% dichiara di aver assunto alcol e il 13,8% di averlo fatto su base settimanale. I maschi sono in percentuale superiore. Il 56,4% degli studenti dichiara trasporti imprudenti; il 27,8% del campione non mette mai la cintura di sicurezza.</p> <p>Coloro che adottano comportamenti a rischio (frequente guida imprudente, uso di fumo e assunzione di alcol) sembrano percepire maggiormente i rischi per la salute associati a questi comportamenti, in particolare i maschi, pensano di avere con più probabilità un incidente o malattie causate da fumo e alcol. I fattori psicosociali positivi (essere orientati al futuro, credere in sé stessi, essere soddisfatto della vita) sono negativamente correlati con fumo, guida pericolosa e alcol; quelli negativi (ad esempio, sentirsi ostile) sono positivamente correlati con tali comportamenti.</p>
---	---

<p>Holmberg LI, Hellberg D (2007), Health, health-compromising behavior, risk-taking behavior and sexuality in female and male high school students in vocational compared with theoretical programs in Sweden. Int J Adolesc Med Health, 19(4): 459-72</p>	<p>Obiettivo: questo studio ha l'obiettivo di determinare se gli adolescenti svedesi che frequentano una scuola professionale mostrano una maggiore quantità di comportamenti a rischio (taccheggio, fumo, più di un partner, bullismo, atti vandalici, alcol, depressione) o non salutari (mancato consumo di frutta e verdura, assenza di attività fisica) rispetto agli adolescenti che frequentano programmi umanistici.</p> <p>Materiali e metodi: i dati sono raccolti mediante un questionario autoamministrato, il Q9, rivolto a 1132 studenti tra i 16 e i 18 anni di una scuola superiore in Svezia.</p> <p>Risultati: gli studenti di scuole umanistiche vivono in maggior percentuale in una casa di proprietà, con entrambi i genitori, dei quali almeno uno dei due è laureato ed entrambi lavorano. Hanno risultati scolastici migliori. Le abitudini alimentari e sportive correlano negativamente, sia per i maschi sia per le femmine, con la scuola tecnica. Le ragazze delle scuole tecniche presentano un maggior uso di tabacco, alcol, cannabis rispetto alle compagne delle scuole umanistiche. Per i maschi non sembrano esserci tali differenze. In conclusione, essere femmina e frequentare una scuola umanistica è significativamente associato ad avere almeno un genitore con un titolo universitario (OR 0,43), al fare colazione regolarmente (OR 0,54), essere stato vittima di bullismo (OR 2,01), fumare regolarmente (OR 2,63), avere avuto più di 5 partner (OR 2,92). Essere maschio e frequentare una scuola umanistica è significativamente associato al sentirsi triste (OR 0,39), fumare (OR 3,70), compiere atti vandalici (OR 1,84) e avere avuto più di 5 partner (OR 2,21).</p>
---	---

<p>Golan L, Lubanda JC, Netuka M (2004), Tobacco use amongst high school students in the Czech Republic, Cent Eur J Public Health 12(1): 32-5</p>	<p>Obiettivo: questo studio vuole rilevare la prevalenza di fumatori fra gli studenti, le possibili cause e la capacità degli studenti stessi di comprendere i rischi associati alla salute.</p> <p>Materiali e metodi: i dati sono raccolti su un campione di 419 studenti di Praga, in età compresa tra i 16 e i 20 anni, mediante un questionario riguardante il consumo di tabacco, le motivazioni al consumo di tabacco, la comprensione dei rischi per la salute ad esso associati, il consumo di alcol e l'assunzione di droga.</p> <p>Risultati: il campione è diviso in due sottogruppi: i non fumatori sono il 57,3% e i fumatori (1 o più sigarette al giorno) sono il 37,7% (di cui il 7,2% dichiara di fumare più di 20 sigarette al giorno). Non vi sono significative differenze percentuali tra fumatori maschi e femmine. L'età media alla quale gli studenti iniziano a fumare è di 14 anni e la maggior parte di essi ha almeno un familiare fumatore. La maggioranza degli studenti (86,6%) conosce i rischi di malattie associati al consumo di tabacco, ma la differenza tra fumatori e non fumatori non è significativa. L'85,7% del campione consuma alcol, alcuni marijuana (21,2%) e droghe pesanti (5,4%). Rispetto a quanto rilevato per i "non fumatori", lo status di "fumatore" è significativamente associato al consumo di alcol (77,9% vs 98,7%, $p < 0,01$), di marijuana (9,3% vs 40,8%, $p < 0,01$) e droghe pesanti (1,6% vs 12%, $p < 0,01$).</p>
---	---

<p>Lien L, Sagatun A, Heyerdahl S, et al. (2009), Is the relationship between smoking and mental health influenced by other unhealthy lifestyle factors? Results from a 3-year follow up study among adolescents in Oslo, Norway. J Adolesc Health 45(6): 609-17</p>	<p>Obiettivo: l'obiettivo principale dello studio è valutare l'esistenza di una relazione tra la presenza di sintomi depressivi e ansiogeni e fumo di sigaretta o altri fattori legati allo stile di vita (attività sportiva, uso di steroidi, consumo di bibite, consumo della colazione, numero di partner, caratteristiche della famiglia di origine).</p> <p>Materiali e metodi: nell'a.s. 2000-2001 viene realizzato uno studio longitudinale condotto con questionario autoamministrato a studenti adolescenti della città di Oslo. Il campione di partenza (<i>baseline</i>) è di 3811 studenti di età compresa tra i 15 e i 16 anni; al <i>follow up</i> (dopo 3 anni) hanno aderito 2489 adolescenti, che nel 2004 avevano raggiunto i 18-19 anni di età. Il <i>distress</i> è valutato con la <i>Hopkins Symptom Checklist, vers.10</i> e copre i sintomi depressivi e ansiogeni.</p> <p>Risultati: sia per i maschi sia per le femmine, il livello di <i>distress</i> sembra aumentare dal campione <i>baseline</i> (rispettivamente 8,8% e 25,8%) al FU (rispettivamente 13,1% e 33,8%). Stesso risultato si osserva per il consumo quotidiano di tabacco, che per i maschi passa dall'8% (OR 2,7) al 17% (OR 2,3) e per le femmine dal 13% (OR 3,4) al 18% (OR 2,0).</p> <p>Tra il campione <i>baseline</i> e quello di FU, vi è un crescente aumento percentuale per le variabili relative al numero di partner e al consumo di alcol. Per i maschi la più forte associazione è tra <i>distress</i> e uso di steroidi nel gruppo <i>baseline</i> (OR 3,8); per le ragazze, l'associazione più significativa è tra <i>distress</i> e fumo di sigaretta sempre nel gruppo <i>baseline</i> (OR 3,4).</p> <p>L'associazione tra <i>distress</i> e altri fattori relativi allo stile di vita è più fortemente associata al gruppo <i>baseline</i>, piuttosto che a quello del FU e più pronunciata per i maschi.</p>
--	--

<p>Gunning M, Sussman S, Rohrbach LA, et al. (2009), Concurrent Predictors of cigarette and alcohol use among U.S. and Russian adolescents, <i>J Drug Educ</i> 39(4): 385-400</p>	<p>Obiettivo: l'obiettivo principale di questa analisi è valutare la relazione tra fattori psicosociali e socio-ambientali e l'uso di sostanze, quali alcol, tabacco e droga, in due campioni di adolescenti, uno statunitense e l'altro russo. I predittori sono organizzati in tre gruppi, secondo la teoria della <i>triadic influence</i>: 1) intrapersonali (ricerca di emozioni, stress, depressione); 2) culturali e attitudinali (salute come valore, percezione del pericolo, performance scolastica, motivazione a migliorare) 3) sociali e interpersonali (conflitti familiari, familiari che abusano di sostanze, amici che fanno uso di sostanze).</p> <p>Materiali e metodi: i dati analizzati sono raccolti mediante un questionario autoamministrato, rivolto a studenti di scuola superiore statunitense (N=965) e russa (N=365) di età compresa tra i 15 e i 16 anni.</p> <p>Risultati: rispetto ai fattori intrapersonali, usare comportamenti volti alla ricerca di emozioni correla per entrambi i campioni significativamente sia con il consumo di tabacco (30 sigarette al giorno) (USA OR: 1,88; Russia OR: 2,70), sia con l'assunzione di alcol (30 volte al giorno) (USA OR: 2,10; Russia OR: 2,10); la depressione è associata al fumo di sigaretta (USA OR: 1,28; Russia OR: 1,53), ma non al consumo di alcol sia per gli adolescenti russi sia per gli statunitensi.</p> <p>Rispetto ai fattori culturali e attitudinali, la preoccupazione per l'uso di sostanze è significativamente associata con un crescente uso di sigarette in entrambi i campioni (USA OR: 1,93; Russia OR: 1,52) e con il consumo di alcol nel campione statunitense (OR 2,71). Bassa percezione della dannosità che comporta l'uso di sostanze è associata significativamente con un alto consumo di alcol (USA OR: 0,74; Russia OR: 0,51) e tabacco (USA OR: 0,73; Russia OR: 0,74) in entrambi i gruppi di studenti.</p> <p>Fra i fattori sociali e interpersonali, il consumo di sostanze da parte degli amici è per entrambi i campioni il più forte predittore del consumo di tabacco (USA OR: 3,36; Russia OR: 6,62) e alcol (USA OR: 2,78; Russia OR: 4,46). La presenza di familiari che abusano di sostanze è positivamente associata al consumo di alcol per il campione USA (OR: 1,90) e negativamente associata nel campione russo (OR: 0,15).</p>
---	--

<p>Giannakopoulos G, Panagiotakos D, Mihos C, et al. (2009), Adolescent smoking and health related behaviours: interrelations in a Greek school-based sample, Child Care Health Dev 35(2): 164-70</p>	<p>Obiettivo: questo studio investiga come il comportamento del fumatore può essere associato a modelli di comportamento <i>health-related</i> (sedentarietà, attività fisica, comportamento alimentare, qualità della dieta).</p> <p>Materiali e metodi: i dati sono raccolti su un campione di 2008 studenti di età compresa tra i 12 e i 17 anni, selezionati da tutte le scuole di un comune di Atene.</p> <p>Risultati: il 9,1% del campione si dichiara fumatore e la percentuale cresce all'aumentare dell'età. La presenza di un fumatore in famiglia (padre, madre, fratello/sorella) è significativamente associata all'essere fumatore ($p < 0,001$), così come avere un indice di massa corporea maggiore dei compagni non fumatori ($p < 0,001$). I fumatori studiano meno dei non fumatori (mediamente 2,2 ore vs 3,3 ore, $p < 0,001$), stanno più tempo di fronte alla TV, dedicano maggior tempo alle attività ricreative (mediamente 6,7 ore vs 5,3 ore), ma non a quelle sportive esterne alla scuola (59,7% vs 48,9%). Inoltre, meno di 1/3 degli adolescenti fumatori fa colazione quotidianamente, mangia più spesso fuori casa e ha un consumo almeno doppio di <i>soft drinks</i>.</p> <p>I risultati della regressione logistica multipla indicano che i fattori positivamente associati al consumo di tabacco sono l'età (OR 2), l'attività ricreativa (OR 1,2), consumo di <i>soft drinks</i> (OR 1,1) e consumo di cibo fuori dalla scuola (OR 2,6); sono invece negativamente associate il consumo di succhi di frutta (OR 0,9), consumo di latticini a colazione (OR 0,5) e la frequenza di colazioni (OR 0,5).</p>
---	--

<p>Damianaki A, Kaklamani S, Tsirakis S, et al. (2008), Risk factors for smoking among school adolescents in Greece, <i>Child Care Health Dev</i> 34(3): 310-5</p>	<p>Obiettivo: questo studio vuole individuare i fattori che stimolano i giovani studenti a fumare.</p> <p>Materiali e metodi: è stato condotto un <i>cross-sectional study</i> su un campione di 924 studenti di età compresa tra i 12 e i 18 anni di 15 scuole pubbliche dell'area periferica di Creta. Il questionario comprende 46 domande sulle abitudini di vita dei ragazzi, quali attività quotidiane e tempo libero, conoscenza dei pericoli e delle conseguenze di fumare nel lungo periodo.</p> <p>Risultati: il 42, 4% del campione dichiara di aver fumato almeno una volta: di essi il 23,9% sono fumatori "sperimentatori" (hanno fumato almeno 1 volta, ma non nelle ultime due settimane) e il 18,6% sono i fumatori abituali (hanno fumato nelle ultime due settimane). L'età con cui gli studenti si avvicinano al fumo è di 13 anni per i maschi e 14 anni per le femmine. I fumatori attuali hanno una positiva associazione con il genere maschile (OR 1,6), l'aver un fratello/sorella (OR 3,2) o amici fumatori (OR 2,61). Gli studenti sembrano informati sui rischi di lungo periodo del fumo.</p>
<p>Theodorakis Y, Natsis P, Papaioannou A, et al. (2003), Greek students'attitudes toward physical activity and health related behaviour, <i>Psychol Rep</i> 92(1): 275-83</p>	<p>Obiettivo: questa indagine esamina le variabili psicosociali (propositi, attitudini personali, percezione sul controllo dei comportamenti) che riguardano 4 comportamenti correlati alla salute (fare esercizio fisico, mangiare frutta, fumare, fare uso di droga).</p> <p>Materiali e metodi: i dati sono raccolti su un campione di 882 studenti di età compresa tra i 10 e i 16 anni mediante un questionario</p> <p>Risultati: il proposito di e poi il fare della vera e propria attività fisica diminuisce col crescere dell'età, al contrario, all'aumentare dell'età aumenta il consumo di tabacco e l'uso di droga. Il consumo di frutta aumenta all'aumentare dell'età.</p>

<p>Pritchard C, Cox M (2007), Comparison of problematic behaviours of 10th and 11th year Southern English adolescents in 1985 and 2005. part 1: trends in gender behaviour. Int J Adolesc Med health 19(2): 127-40.</p>	<p>Obiettivo: l'obiettivo di questo studio è il confronto dei comportamenti a rischio (consumo di alcol, droga, tipo di abitudini sessuali, tendenza ad atti vandalici) degli studenti nel 1985 e nel 2005.</p> <p>Materiali e metodi: il campione utilizzato è di 807 studenti nel 1985 e di 854 nel 2005, compresi nella fascia di età 15-16 anni.</p> <p>Risultati: nel 1985 il 76% degli studenti vive con entrambi i genitori, nel 2005 il 74%, una percentuale quindi lievemente inferiore. Nel 1985 i maschi fumavano, marinavano la scuola, fumava cannabis e usava droghe pesanti significativamente di più delle ragazze. I maschi bevono significativamente più delle femmine, ma loro si recano per la bevuta più spesso nei pub. Nel 2005 invece le ragazze confronto ai maschi bevono (85% rispetto al 68%), fumano (45% rispetto al 28%) e usano cannabis (19% rispetto al 16%, differenze però non significativa) di più. Rispetto al 1985, nel 2005 i maschi fumano significativamente meno, ma le ragazze fumano lievemente di più. In questo arco di tempo, sia maschi che femmine aumentano il consumo di alcol. Si nota comunque, che per entrambi gli anni, i comportamenti a rischio sono "di gruppo" e non del singolo. Per il solo 2005 (nel 1985 tali questioni non erano proponibili), il 21% dei ragazzi riporta esperienze di <i>binge drinking</i>, con una significativa prevalenza di femmine (29%) rispetto ai maschi (15%). Essere <i>binge drinkers</i> era significativamente associato con l'abuso di sostanze e con avere rapporti sessuali con diversi partner; i <i>binger</i> erano quindi coinvolti più frequentemente con alcol, bevute nei pub, comportamenti violenti, uso di cannabis e di droghe pesanti, fumo di sigaretta e essere sessualmente attivi. Essere vittima di bullismo è invece significativamente associato al non essere <i>binger</i>. Il 7% del campione è stato coinvolto in sesso non protetto: tra questi, la maggior parte fuma (77%), beve (95%), è un <i>binger</i> (52%), abusa di sostanze (60%).</p>
---	---

<p>Cox M, Pritchard C (2007), Comparison of problematic behaviours of 10th and 11th year Southern English adolescents in 1985 and 2005. part 2: Current drink, drug and sexual activity of children with smoking parents. Int J Adolesc Med health 19(2): 141-53.</p>	<p>Obiettivo: questo studio vuole determinare l'influenza familiare e scolastica sul comportamento e l'atteggiamento (verso alcol, droga, comportamento sessuale, vandalismo, furto, marinare la scuola) degli adolescenti, suddivisi in 4 gruppi: con famiglie di fumatori e non fumatori; e coloro che amano e non amano andare a scuola.</p> <p>Materiali e metodi: il campione utilizzato è di 854 studenti in una fascia di età 15-16 anni. I dati sono rilevati mediante un questionario anonimo e autoamministrato.</p> <p>Risultati: la maggior parte dei ragazzi con parenti che fumano, tende a sua volta a fumare. Gli adolescenti con un genitore fumatore tendono ad essere significativamente coinvolti più volte in episodi di alcol (83% vs 73%) e <i>binge drinking</i> (32% vs 18%). Questi stessi studenti sono più frequentemente coinvolti in atti vandalici (37% vs 17%), uso di <i>cannabis</i> (33% vs 15%), droghe pesanti (18% vs 6%) e sesso non protetto (27% vs 12%).</p> <p>La maggior parte degli studenti ama la scuola (63%). Essi sono in minor misura coinvolti in episodi di alcol e di <i>binge drinking</i> (19% vs 29%), episodi di vandalismo (20% vs 35%), di sesso senza protezione (6% vs 16%), uso di droga rispetto a coloro che non amano la scuola (14% vs 30%). Tutte queste differenze sono statisticamente significative.</p>
<p>Peter S, Regoly-Merei A, Biro L, et al. (2008), Lifestyle of Hungarian adolescents - observations among metropolitan secondary school students, Ann Nutr Metab, 52 (2): 105-9</p>	<p>Obiettivo: l'obiettivo di questa indagine consiste nello studiare lo stile di vita di studenti di Budapest, con particolare riguardo alle attività nel tempo libero, attività fisiche, abitudini alimentari, conoscenze nutrizionali.</p> <p>Materiali e metodi: è stato rivolto un questionario a 1273 studenti tra i 15 e i 19 anni di età.</p> <p>Risultati: il 63% dei ragazzi e il 46% delle ragazze considera "buona" la propria condizione fisica; l'attività fisica quotidiana era però caratteristica solo per il 24,2% dei maschi e per il 13,5% delle ragazze. Più della metà delle ragazze (F 58,9%) e circa la metà dei maschi (M 49,2%) non è soddisfatta del proprio peso corporeo. Poco più del 20% di maschi e femmine fanno uso di vitamine. Più del 40% delle ragazze ha provato almeno una volta a fare una dieta dimagrante. Questi studenti non hanno un'alimentazione regolare: circa il 25% di essi non fa colazione, il 7% non pranza e il 9,5% non cena. La percentuale di studenti fumatori regolari aumenta all'aumentare dell'età, soprattutto per i ragazzi: i maschi passano dal 47% a 17 anni al 59,1% a 19 anni; per la stessa età, le femmine passano dal 38% al 39,8%.</p>

<p>Easton A, Kiss E (2005), Covariates of current cigarette smoking among secondary school students in Budapest; Hungary, 1999. Health Educ Res, 20 (1): 92-100</p>	<p>Obiettivo: l'obiettivo di questo studio consiste nell'esaminare l'associazione fra fumo di sigaretta ed altri comportamenti a rischio (alcol, uso di cinture, numero di partner) fra gli studenti ungheresi (Budapest).</p> <p>Materiali e metodi: i dati sono raccolti mediante un questionario auto amministrato, rivolto a 21 scuole umanistiche e 9 tecniche, coinvolgendo un campione di 2410 studenti tra i 15 e i 18 anni.</p> <p>Risultati: il 46% degli studenti erano fumatori correnti (se avevano fumato per 1 o più giorni nei 30 precedenti l'intervista), senza differenze significative tra i due generi. Al crescere dell'età, aumenta la propensione al fumo; gli studenti di scuole tecniche fumano in percentuale maggiore di quelli provenienti da scuole umanistiche (60,2% vs 43,1%; OR 1,66 vs 1,00). I fumatori fanno uso di alcol significativamente più dei non fumatori (86,5% vs 51,6%; OR 4,03 vs 1,00) e hanno avuto esperienze più frequenti di <i>binge drinking</i> (36,8% vs 8,8%; OR 2,94 vs 1,00). Non usano mai o solo talvolta le cinture di sicurezza (37,8 vs 21,5%; OR 1,44 vs 1,00), sono stati più volte in auto con un guidatore ubriaco (26,6% vs 11,8%; OR 1,20 vs 1,00) e hanno essi stessi guidato dopo aver assunto alcol più spesso dei non fumatori (7,2% vs 2,3%; OR 1,20 vs 1,00). I fumatori correnti sono significativamente meno coinvolti in attività fisica rispetto ai non fumatori (55,4% vs 61,5%; OR 1,23 vs 1,00).</p>
---	---

I semafori del rischio

Nel tentativo di rappresentare adeguatamente e sinteticamente i risultati riportati da ogni Azienda in ciascuna delle aree indagate dalla ricerca, si è cercato di individuare una modalità semplice, chiara ed immediatamente comprensibile, capace di riprodurre lo stato dell'Azienda relativamente ai diversi fattori di rischio. Abbiamo deciso così di optare per una simbologia che richiamasse il tema centrale da cui nasce la nostra indagine e sul quale si cerca di gettare luce: i comportamenti alla guida. Abbiamo optato quindi per il Semaforo, con i 3 diversi colori che rappresentano 3 diversi tipi di valutazione. Le Aziende che non presentano problematicità sul fattore di rischio indagato saranno poste accanto al colore verde del semaforo, quelle che si posizionano nella media regionale saranno poste accanto al colore arancione, mentre quelle Aziende che presentano criticità sul fattore saranno poste accanto al colore rosso.

INCIDENTALITÀ NEI “GUIDATORI ABITUALI”



12-Viareggio; 10-Firenze; 4-Prato; 11-Empoli

9-Grosseto; 6-Livorno; 1-Massa Carrara; 5-Pisa; 3-Pistoia; 2-Lucca

8-Arezzo; 7-Siena

GRAVITÀ DEGLI INCIDENTI NEI “GUIDATORI ABITUALI”



12-Viareggio; 1-Massa Carrara; 6-Livorno

11-Empoli; 3-Pistoia; 10-Firenze; 9-Grosseto

2-Lucca; 5-Pisa; 4-Prato; 7-Siena; 8-Arezzo

BINGE DRINKING

(5 unità o più di bevande alcoliche in un'unica occasione)



7-Siena; 8-Arezzo; 10-Firenze; 6-Livorno; 5-Pisa; 9-Grosseto

1-Massa Carrara; 12-Viareggio; 3-Pistoia; 2-Lucca

4-Prato; 11-Empoli

CONSUMO DI SOSTANZE STUPEFACENTI

(almeno una volta negli ultimi 12 mesi)



6-Livorno; 10-Firenze ; 12-Viareggio; 5-Pisa; 9-Grosseto

3-Pistoia; 7-Siena; 8-Arezzo; 11-Empoli

1-Massa Carrara 4-Prato; 2-Lucca

PROPENSIONE AL GIOCO D'AZZARDO PROBLEMatico

(Positivi al test Lie/Bet)



3-Pistoia; 1-Massa Carrara; 9-Grosseto; 6-Livorno

7-Siena; 4-Prato; 12-Viareggio; 10-Firenze; 5-Pisa

8-Arezzo; 2-Lucca; 11-Empoli

ABITUDINE AL FUMO



5-Pisa; 6-Livorno; 9-Grosseto; 10-Firenze

1-Massa Carrara; 3-Pistoia; 7-Siena; 8-Arezzo

2-Lucca; 4-Prato; 12-Viareggio; 11-Empoli

PRATICA DELL'ATTIVITÀ FISICA



11-Empoli; 8-Arezzo; 3-Pistoia

1-Massa Carrara; 7-Siena; 10-Firenze; 2-Lucca; 6-Livorno; 9-Grosseto

12-Viareggio; 4-Prato; 5-Pisa

CONDIZIONE DI SOVRAPPESO E OBESITÀ



3-Pistoia; 12-Viareggio; 9-Grosseto

11-Empoli; 4-Prato; 10-Firenze; 2-Lucca; 1-Massa Carrara; 7-Siena;
6-Livorno

8-Arezzo; 5-Pisa

ELEVATO GRADO DI STRESS PSICOLOGICO



8-Arezzo; 6-Livorno; 3-Pistoia; 4-Prato

7-Siena; 12-Viareggio; 10-Firenze; 1-Massa Carrara; 11-Empoli

5-Pisa; 2-Lucca; 9-Grosseto

UTILIZZO DEL PROFILATTICO *(ultimo rapporto sessuale)*



10-Firenze; 3-Pistoia; 5-Pisa; 9-Grosseto; 4-Prato

8-Arezzo; 1-Massa Carrara; 6-Livorno; 2-Lucca

7-Siena; 12-Viareggio; 11-Empoli

COMPORAMENTO DA "BULLO"



6-Livorno; 1-Massa Carrara; 12-Viareggio; 7-Siena

3-Pistoia; 10-Firenze; 9-Grosseto; 11-Empoli

8-Arezzo; 5-Pisa; 2-Lucca; 4-Prato

Elenco delle scuole partecipanti

Senza l'attiva collaborazione dei dirigenti scolastici e dei professori degli Istituti che hanno aderito allo studio EDIT, non avremmo potuto realizzare questa ricerca.

Presentiamo, qui di seguito, l'elenco degli Istituti che hanno partecipato alla ricerca:

Provincia di Arezzo – Liceo scientifico *Redi*; Istituto tecnico *Città di Piero*; Liceo psicopedagogico *Giovanni da San Giovanni*; Istituto d'arte *Giovagnoli*;

Provincia di Firenze – Liceo socio-psico-pedagogico *Machiavelli*; Liceo scientifico *Gramsci*; Liceo scientifico *Agnoletti*; Istituto tecnico *Peano*; Istituto professionale *Saffi*; Liceo scientifico *Gobetti*; Istituto professionale *Buontalenti*; Liceo scientifico *Calasanzio*; Liceo classico *Virgilio*; Istituto tecnico *Ferraris*; Istituto professionale *Checchi*;

Provincia di Grosseto – Liceo scientifico *Fermi*; Istituto tecnico *Manetti*; Istituto professionale *Einaudi*; Istituto professionale *Leonardo Da Vinci*;

Provincia di Livorno – Istituto tecnico *Cerboni*; Liceo classico *Niccolini-Palli*; Istituto tecnico *Galilei*; Istituto professionale *Marco Polo*;

Provincia di Lucca – Istituto professionale *Simoni*; Liceo scientifico *Vallisneri*; Istituto tecnico *Fermi*; Liceo classico *Barsanti*; Istituto d'arte *Stagi* ; Istituto tecnico *Piaggia*; Istituto tecnico *Artigli*; Liceo scientifico *Galilei*;

Provincia di Massa e Carrara – Istituto professionale *Minuto*; Liceo socio-psicopedagogico *Leonardo Da Vinci*; Istituto tecnico *Zaccagna*; Liceo psico-socio-pedagogico *Malaspina*;

Provincia di Pisa – Istituto tecnico *Fermi*; Liceo scientifico *Pesenti*; Liceo scientifico *Dini*; Istituto d'arte *Carducci*;

Provincia di Prato – Liceo scientifico *Copernico*; Liceo classico *Cicognini*; Istituto tecnico *Buzzi*; Istituto professionale *Marconi*;

Provincia di Pistoia – Liceo scientifico *Salutati*; Istituto professionale *Pacinotti*; Istituto tecnico *Fermi*; Istituto professionale *Einaudi*; Istituto professionale *Martini*;

Provincia di Siena – Liceo scientifico *Galilei*; Istituto tecnico *Bandini*; Istituto tecnico *Avogadro*; Liceo psicopedagogico *San Giovanni Bosco*.

I precedenti numeri della collana dei Documenti ARS

- 63) *L'epidemiologia della salute mentale* (novembre 2011)
Osservatorio di Epidemiologia
- 62) *La demenza in Toscana* (settembre 2011)
Osservatorio di Epidemiologia
- 61) *La fase pilota del progetto "Assistenza continua alla persona non autosufficiente in Toscana"* (luglio 2011)
Osservatorio di Epidemiologia
- 60) *L'epidemiologia degli incidenti balneari in Toscana* (giugno 2011)
Osservatorio di Epidemiologia
- 59) *Individuazione e implementazione di un sistema di accesso unitario alla rete dei servizi sociosanitari integrati della persona con disabilità* (giugno 2011)
Osservatorio di Epidemiologia
- 58) *Immigrazione e salute in Toscana* (giugno 2011)
Osservatorio di Epidemiologia
- 57) *La prevenzione della disabilità nell'anziano fragile: i progetti pilota* (aprile 2011) Osservatorio di Epidemiologia
- 56) *Medicine complementari, discipline bio-naturali e del benessere nella popolazione toscana* (febbraio 2011)
Osservatorio di Epidemiologia
- 55) *Progetto CORIST-TI - Controllo del rischio infettivo in Sanità in Toscana - Terapia Intensiva* (dicembre 2010)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 54) *Implantologia protesica dell'Anca in Toscana - Indicatori di attività e qualità dell'assistenza* (dicembre 2009 - aggiornato a ottobre 2010)
Osservatorio Qualità ed Equità

- 53) *Dossier EBP e obesità* (novembre 2010)
Osservatorio di Epidemiologia
- 52) *Polmonite acquisita in ospedale (HAP) e Polmonite da ventilazione assistita (VAP)* (dicembre 2009 - aggiornato a novembre 2010)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 51) *Qualità, Equità e Sicurezza in RSA - Un Progetto regionale in Toscana* (dicembre 2009 - aggiornato a luglio 2010)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 50) *Il bisogno socio-sanitario degli anziani in Toscana: i risultati dello studio epidemiologico BiSS* (dicembre 2009)
Osservatorio di Epidemiologia
- 49) *L'epidemiologia degli incidenti stradali in Toscana* (dicembre 2009)
Osservatorio di Epidemiologia
- 48) *La banca dati MaCro delle malattie croniche in Toscana* (dicembre 2009)
Osservatorio di Epidemiologia
- 47) *Progetto SPerE - Fase 2 - Rapporto finale di ricerca* (dicembre 2009)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 46) *III Convegno nazionale sul monitoraggio degli incidenti stradali* (dicembre 2009) Osservatorio di Epidemiologia
- 45) *Nascere in Toscana - Anni 2005-2007* (novembre 2009 – aggiornato 2008-2009)
Osservatorio di Epidemiologia
- 44) *Guida, bevande alcoliche e traumi stradali nei pronto soccorso dell'area fiorentina* (ottobre 2009)
Osservatorio di Epidemiologia
- 43) *La salute mentale degli adulti e la tutela della salute mentale nell'infanzia e adolescenza* (febbraio 2009)
Osservatorio di Epidemiologia

- 42) *Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione - Metodi di sorveglianza e ipotesi di lavoro* (dicembre 2008)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 41) *Comportamenti a rischio e stili di vita dei giovani toscani: i risultati delle indagini EDIT* (novembre 2008)
Osservatorio di Epidemiologia
- 40) *Il Progetto SAPerE - Fase II. Strumenti e metodi di lavoro: risultati preliminari (Workshop Summary)* (luglio 2008)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 39) *Malattie croniche degli anziani in Toscana: stime di popolazione attuali e proiezioni future* (giugno 2008)
Osservatorio di Epidemiologia
- 38) *Indicatori per le cure sanitarie* (aprile 2008)
Osservatorio di Epidemiologia
- 37) *I ricoveri pediatrici in Toscana* (dicembre 2007)
Osservatorio di Epidemiologia
- 36) *Indicatori di attività e qualità dell'assistenza in Chirurgia dell'anca - Rapporto RIPO-T* (dicembre 2007)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 35) *Indicatori di attività e qualità dell'assistenza in Cardiocirurgia - Rapporto 1997-2005* (dicembre 2007)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 34) *Anziani in Toscana: dati demografici e stime di demenza e non autosufficienza* (giugno 2007)
Osservatorio di Epidemiologia
- 33) *Indicatori per la valutazione di adesione alle linee guida - Volume I - Manuale d'uso per le aziende* (luglio 2007)
Osservatorio Qualità ed Equità

- 32) *Progetto SAPerE - Il percorso di cura dell'ictus nelle parole dei pazienti e dei loro familiari* (giugno 2007)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 31) *Prevenzione e trattamento delle infezioni correlate al Catetere Venoso centrale (CVC)* (maggio 2007)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 30) *Il consumo di tabacco in Toscana: le prevalenze, le conseguenze sulla salute e le azioni di contrasto* (maggio 2007)
Osservatorio di Epidemiologia
- 29) *L'epidemiologia dell'AIDS in Toscana* (aprile 2007)
Osservatorio di Epidemiologia
- 28) *Risposta alle acuzie e ricovero psichiatrico - La ricerca PROGRES-Acuti* (marzo 2007) Osservatorio di Epidemiologia
- 27) *Valutazione Economica di un programma per la vaccinazione contro la varicella nei bambini e negli adolescenti suscettibili* (marzo 2007)
Osservatorio di Epidemiologia
- 26) *Atti II Workshop nazionale - Osservatori per gli incidenti stradali: dai dati alle azioni* (gennaio 2007)
Osservatorio di Epidemiologia
- 25) *Essere mamma informata: allattamento al seno e SIDS* (gennaio 2007)
Osservatorio di Epidemiologia
- 24) *L'assistenza ospedaliera e riabilitativa agli anziani in Toscana: ictus e frattura di femore* (giugno 2006)
Osservatorio di Epidemiologia
- 23) *La Cardiologia Interventistica in Toscana* (maggio 2006)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 22) *La Cardiochirurgia in Toscana* (maggio 2006)
Osservatorio Qualità ed Equità

- 21) *Nascere in Toscana - Anni 2002-2004* (febbraio 2006)
Osservatorio di Epidemiologia
- 20) *Dossier Fidippide - Valutazione di efficacia del Programma di sanità pubblica per l'avviamento all'attività sportiva agonistica e il periodico controllo sanitario di giovani al di sotto dei 35 anni* (dicembre 2005)
Osservatorio di Epidemiologia
- 19) *Registro regionale toscano dell'infarto miocardico acuto - Primo rapporto* (ottobre 2005) Osservatorio di Epidemiologia
- 18) *Lo stato delle tossicodipendenze in Toscana* (ottobre 2005)
Osservatorio di Epidemiologia
- 17) *Mortalità per traumatismi e avvelenamenti in Toscana* (settembre 2005)
Osservatorio di Epidemiologia
- 16) *Assistenza di fine vita e cure palliative* (maggio 2005)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 15) *L'infortunistica stradale in Toscana* (maggio 2005)
Osservatorio di Epidemiologia
- 14) *Analisi di bilancio delle AUSL toscane 1998-2002* (aprile 2005)
Osservatorio di Economia sanitaria
- 13) *L'alcol in Toscana. Tra moderazione ed eccesso* (aprile 2005)
Osservatorio di Epidemiologia
- 12) *Il Percorso Nascita - Risultati dello studio in Toscana* (marzo 2005)
Osservatorio di Epidemiologia
- 11) *Ricoverarsi a Firenze. La georeferenziazione come strumento di analisi della mobilità* (settembre 2004)
Osservatorio di Epidemiologia
- 10) *Indicatori di qualità dell'assistenza agli anziani* (agosto 2004)
Osservatorio di Epidemiologia

- 9) *Nascere in Toscana - Anno 2001* (maggio 2004)
Osservatorio di Epidemiologia
- 8) *Medicine Non Convenzionali in Toscana Progetto di studio* (ottobre 2003)
Osservatorio di Epidemiologia
- 7) *La Cardiologia Invasiva in Toscana - I* (luglio 2003)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 6) *Progetto Indicatori di Qualità - Fase pilota - Dialisi* (giugno 2003)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 5) *Progetto Indicatori di Qualità - Fase pilota - Gestione Tecnologie Sanitarie* (giugno 2003)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 4) *Valutazione di impatto sanitario del Piano provinciale di gestione dei rifiuti urbani e assimilati ATO N. 6. Fase di screening - I* (maggio 2003)
Osservatorio di Epidemiologia
- 3) *La Neurochirurgia in Toscana* (aprile 2003)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 2) *La Cardiochirurgia in Toscana - I* (dicembre 2002)
Osservatorio Qualità ed Equità
- 1) *Programmazione dei servizi per gli anziani in Toscana* (settembre 2002)
Osservatorio di Epidemiologia