

## Studi dal territorio

### IL FUMO DI SIGARETTA E I COMPORTAMENTI LEGATI ALL'ALCOL FRA GLI ADOLESCENTI DELLE SCUOLE SUPERIORI DI CALTANISSETTA, 2003

**Anna Colucci<sup>1</sup>, Silvia Colitti<sup>2</sup>, Alberto Perra<sup>2</sup>,  
Nancy Binkin<sup>2</sup>, Antonino Bella<sup>2</sup> e Danilo Greco<sup>3</sup>**  
per il Gruppo Epidemiologia in Azione 2003\*

<sup>1</sup>Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie  
ed Immunomediate, ISS

<sup>2</sup>Centro Nazionale di Epidemiologia,  
Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS

<sup>3</sup>Centro per la Formazione Permanente  
e l'Aggiornamento del Personale del Servizio Sanitario  
(CEFPAS), Caltanissetta

Una vasta gamma di comportamenti che implicano un rischio per la salute contribuiscono a provocare problemi sociali, disabilità e decessi in età adolescenziale. Questi comportamenti, spesso acquisiti durante la prima adolescenza, includono il fumo di sigaretta, l'alcol, la mancanza dell'uso del casco e l'abuso di sostanze stupefacenti. Tutte queste condizioni hanno effetti negativi, immediati e non, sulla qualità della vita dei ragazzi o su quella degli adulti che diventeranno.

La scuola è il luogo privilegiato dove incontrare i giovani per individuare i loro bisogni, valutare eventuali comportamenti a rischio e sulla base delle conoscenze acquisite, precisare interventi d'educazione alla salute e di prevenzione.

A tal scopo l'ASL 2 di Caltanissetta, l'Istituto Superiore di Sanità e il Centro per la Formazione Permanente e l'Aggiornamento del Personale del Servizio Sanitario (CEFPAS) hanno realizzato un'indagine fra i giovani che frequentano l'ultimo anno delle scuole secondarie. Questa nota presenta i risultati di due dei comportamenti sanitari studiati: il fumo di sigaretta e l'assunzione di alcol.

Lo studio si è svolto nel mese di maggio 2003 e ha coinvolto gli studenti dell'ultima classe delle scuole medie superiori di Caltanissetta. Utilizzando il metodo di campionamento a *cluster* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (1), sono state selezionate 15 classi appartenenti a 10 scuole differenti, in maniera tale da ottenere risultati rappresentativi della totalità degli stu-

enti. La partecipazione degli studenti allo studio è stata elevata: 251 pari all'89% del totale (281) degli studenti frequentanti le classi campionate hanno risposto alle domande di un questionario anonimo e autocompilato.

Il 58% del campione è costituito da studentesse. L'età media dei partecipanti è di 18 anni (range 17-21 anni). Il 92% vive con entrambi i genitori, il 6% solo con la madre e il 2% solo con il padre.

Il 78% degli studenti intervistati ha fumato, almeno una volta nella vita e fra questi, il 23% prima dei 13 anni di età. Il 46% ha fumato negli ultimi 30 giorni, di cui il 49% ha fumato tutti e trenta i giorni. Tra i fumatori, il 59% ha dichiarato di fumare 5 sigarette o meno al giorno, il 39% da 6 a 20, e il 2% più di 20. Il 59% degli studenti, fra coloro i quali affermano di fumare regolarmente, dichiarano di aver provato a smettere.

Per quanto riguarda l'uso dell'alcol, il 25% degli studenti ha bevuto, per la prima volta, una bevanda alcolica quando aveva non più di 13 anni. Fra i giovani che hanno dichiarato di assumere alcol, la bevanda preferita è la birra (per l'86% dei ragazzi e per il 59% delle ragazze). Il consumo di superalcolici è equivalente a quello del vino e, per le ragazze, anche superiore (29% di superalcolici contro il 25% di vino). La motivazione principale per il bere è la necessità di stare in compagnia (78%).

Oltre un terzo (36%) dei ragazzi intervistati ha dichiarato di assumere alcolici fuori pasto (il 59% delle ragazze e il 36% dei ragazzi). Il 47% degli studenti ha riferito di aver fatto almeno un "binge" (5 o più unità, ciascuna delle quali equivale a circa 12 g di alcol, di bevande alcoliche nella stessa occasione) negli ultimi 30 giorni. In questo gruppo circa il 60% ha fatto un "binge" due volte nell'ultimo mese e circa il 20% più di dieci volte. Bere in modo eccessivo ("binge") predispone i ragazzi a problemi gravi (quali incidenti stradali, gravidanze indesiderate, disagio e depressione).

Per quanto riguarda alcol e guida, il 13% ha affermato di aver viaggiato, durante gli ultimi 30 giorni, in compagnia di un guidatore in stato d'ebbrezza. Il 77% non è adeguatamente informato sui tempi d'attesa necessari prima di mettersi alla guida per non rischiare incidenti stradali.

La scuola da un lato offre un'opportunità unica di raggiungere la grande maggioranza dei giovani e in un'età in cui non hanno ancora consolidato comportamenti potenzialmente dannosi per la loro salute. D'altro canto può rappresentare, per un giovane, l'ambiente più favorevole all'acquisizione d'informazioni, conoscenze e abilità comportamentali che favoriscano stili di vita più sani. In particolare, gli interventi scolastici per il fumo di sigaretta e per l'uso di alcol, si sono dimostrati tanto più efficaci quanto più sostenuti dall'azione dei genitori ed estesi alla comunità. Recenti indicazioni suggeriscono che gli interventi più efficaci a promuovere la presa di coscienza e scelte più favorevoli alla salute degli adolescenti non soltanto nel campo del fumo e dell'uso dell'alcol, si devono incentrare su 3 linee d'orientamento:

(\*) Gruppo Epidemiologia in Azione 2003: Elisabetta Alliata, Concetta Anzalone, Valerio Aprile, Sandro Baldissera, Antonio Barbaro, Patrizia Bellochi, Anna Colucci, Rosario Cunsolo, Angelo D'Argenzio, Michele Dell'Ajra, Valerio De Grandi, Daniela Dodoli, Anna Duranti, Lorella Faraoni, Giuseppe Greco, Franco Ingala, Luisa Loli Piccolomini, Daniela Lombardi, Mina Lomuscio, Salvatore Lopresti, Patrizia Miceli, Oscar Mingozzi, Calogero Pace, Michelina Rallo, Magda Giulia Santini, Amalia Santoro, Salvatore Scodotto e Paolo Vareschi

- la messa in atto di un'etica scolastica;
- un ambiente scolastico che promuova la salute;
- la realizzazione di un lavoro con gli studenti attraverso attività di educazione alla salute curricolari (2).

In tal senso le strategie di prevenzione dei rischi legati al fumo e all'assunzione d'alcol passano attraverso l'informazione e il dialogo con gli studenti, lo sviluppo delle loro competenze affettive e sociali, la ricerca attiva di alternative al consumo d'alcol e fumo di sigaretta, il lavoro con l'entourage dei ragazzi (famiglia e comunità).

### **Il commento**

Emanuele Scafato

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS

*Nel leggere l'articolo numerose considerazioni vengono sollecitate sugli stretti rapporti intercorrenti tra la missione della scuola intesa come luogo preposto all'istruzione e la costante discontinuità (e in alcuni casi carenza) di interventi formalizzati di educazione e promozione della salute da integrare in quelle complessive di educazione alla salute. I giovani trascorrono gran parte della giornata nelle aule scolastiche ed è fuori dubbio che possano (e debbano) in quelle ore ricevere importanti e significativi condizionamenti a fronte di adeguati stimoli legati alle relazioni tra coetanei ma anche con gli insegnanti (stimoli evidentemente non solo legati all'istruzione). I dati presentati dagli autori sono in linea con le analisi e le elaborazioni dell'Osservatorio Nazionale Alcol - OssFAD recentemente diffusi nel corso dell'Alcohol Prevention Day 2004 (<http://www.iss.it/sitp/ofad/publ/ppdf/0020.pdf>) e sollecitano la necessità di attivazione di iniziative concrete che possano arrestare il dilagare dei rischi alcol-correlati tra i giovani, rischi evidentemente evitabili a fronte di un incremento della capacità critica dei giovani nei confronti delle pressioni al bere di cui sono oggetto da parte della società, della famiglia, dei pari, dei media, della pubblicità. È probabile che più che di etica scolastica ci sia la necessità dell'impianto radicale di un'azione costante e crescente di promozione della salute che non può essere considerata residuale rispetto ad altri fattori di rischio; l'alcol è in termini di invalidità, morbilità e mortalità di gran lunga più pericoloso di fumo, droghe o abitudini sessuali "non sicure" ma godendo di un'ampia accettabilità sociale è tuttora sottovalutato in termini di rischio dalla famiglia e dalla scuola.*

*Bere è una responsabilità e gli effetti negativi dei bere possono essere registrati, per assurdo, spesso a carico di chi sceglie liberamente di non bere o di bere moderatamente: è la triste differenza che separa, ad esempio, i morti alcol-correlati o gli invalidi "attivi" da quelli "passivi". L'ambiente scolastico, ove aperto al dialogo e opportunamente sensibilizzato a cogliere, attraverso gli insegnanti, i segnali evidenti di un disagio manifestato dal giovane, potrebbe agevolare la canalizzazione di problemi socio-relazionali verso adeguate*

*te forme di counselling che possano coinvolgere la famiglia che resta, comunque, il luogo primario in cui la salute e la capacità di reazione ai fattori di rischio dell'individuo si formano sin dalla più tenera età, in una dinamica costante e continua genitori-figli. Affettività familiare e socialità scolastica possono fare la differenza; famiglie e insegnanti devono avere la consapevolezza che gran parte degli esiti di salute legati ai comportamenti a rischio è una responsabilità da condividere nel rispetto e nella tutela del diritto dei giovani a crescere in una società che riconosca nella promozione della salute dei giovani il più importante investimento sociale in cui si possa contare per un futuro più sano per tutti.*

### **Riferimenti bibliografici**

1. World Health Organization. *Immunization coverage cluster survey*. Part A. The Manual Revision 7. WHO: Geneva; 2004.
2. Centre for Adolescent Health. *Evidence based health promotion: resources for planning*, n. 2. Adolescent health, May 2000 ([www.dhs.vic.gov.au/phd/0003097](http://www.dhs.vic.gov.au/phd/0003097)).

## **ESTESO FOCOLAIO EPIDEMICO DI BOTULISMO DA TOSSINA TIPO B ASSOCIATO AL CONSUMO DI OLIVE VERDI IN SALAMOIA, MOLISE 2004**

**Fortunato D'Ancona<sup>1</sup>, Amy Cawthorne<sup>1</sup>, Lucia Pastore Celentano<sup>1</sup>, Antonino Bella<sup>1</sup>, Marco Massari<sup>1</sup>, Fabrizio Annibaldi<sup>2</sup>, Lucia Fenicia<sup>2</sup>, Andrea Di Siena<sup>3</sup>, Carmen Montanaro<sup>2</sup>, Paolo Aureli<sup>2</sup> e Stefania Salmaso<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS

<sup>2</sup>Centro Nazionale per la Qualità degli Alimenti e per i Rischi Alimentari, ISS

<sup>3</sup>Dipartimento di Prevenzione, ASL 4, Molise

Un focolaio epidemico di botulismo da tossina di tipo B ha coinvolto 41 delle 73 persone che avevano cenato il 22 o il 24 febbraio, in un agriturismo del Molise. È stato condotto uno studio di coorte retrospettivo: il consumo di olive in salamoia, preparate artigianalmente nell'agriturismo, è risultato associato alla malattia (RR 2,89, IC = 95% 1,4-6,9).

In Italia erano già stati segnalati altri casi di botulismo associati al consumo di olive nere (1), ma è la prima volta che in Italia le olive verdi in salamoia sono risultate implicate, sebbene si tratti di un evento già descritto in un'epidemia a Tokio.

A partire dal 1° marzo 2004 l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) in pochi giorni ha ricevuto diverse segnalazioni di botulismo dal Molise e da regioni limitrofe. Le prime indagini, condotte dai Carabinieri per la Sanità (NAS), avevano dimostrato che tutti i casi aveva-