UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI SALERNO

DAOSan Direzione delle Aziende e delle Organizzazioni Sanitarie

UCD DUBLIN

Italian Health Literacy Project®

Corretti stili di vita e sicurezza sul lavoro.
Prevenzione delle malattie e degli infortuni connessi

Camera di Commercio di Salerno
Via S. Allende, 19/21
Mercoledì, 27 gennaio 2016

Health literacy, stili di vita, costi: evidenze empiriche e implicazioni di policy

Prof. Paola **Adinolfi**
Direttore del Centro Interdipartimentale per la Ricerca di Diritto, Economia e Management della Pubblica Amministrazione (CIRPA)
Direttore Master DAOSan – Direzione delle Aziende e delle Organizzazioni Sanitarie
Università degli Studi di Salerno
padinolfi@unisa.it

Sommario

- Scenario: la trasformazione del lavoro
- L'importanza della tutela della salute e sicurezza
- L'health literacy come leva di promozione di salute e sicurezza
- L'health literacy come leva del nuovo welfare aziendale
- Problematiche di genere

L’ascesa del capitalismo post-fordista

- Nuove corporation piatte e snelle tendono a rimpiazzare la grande impresa integrata. I confini diventano indefiniti e variabili, le attività vengono frazionate e allocate su mercati liquidi e globale, all’attore più adeguato, nel luogo più adeguato, per poi venire ricompattate in un tutto unitario. Nuova dimensione di efficacia è la densità, collegata al grado di connettività delle relazioni.

Il nuovo scenario

- Il lavoro non è più un insieme indistinto di prestazioni, svolto in un luogo rigorosamente separato dalla fabbrica, da parte di soggetti astratti, in cui la totale subordinazione è compensata dalla piena tutela, secondo il modello di regolazione sociale definito compromesso fordista-keynesiano.
- Il mondo del lavoro uniforme e astratto viene rimpiazzato da un universo di lavori sempre più diversificati

La trasformazione del lavoro

- Aumentano le differenziazioni e le autonomie
- Cresce il numero e cala la dimensione dei luoghi di produzione
- Aumenta la variabilità nelle tipologie di orario e la simultaneità tra gli orari
- **Aumenta la discontinuità di impiego e di carriera, volontaria e involontaria**

La discontinuità di impiego è correlata a:

- **MINORE SALUTE**
- aumento del rischio di morti alcool correlate per entrambi i sessi e aumento di rischio di morti per fumo per l'uomo (specie se il lavoro temporaneo è involontario e se è associato ad insoddisfazione);
- problemi di salute mentale, come aumento dell'ansia e dello stress e del consumo di antidepressivi

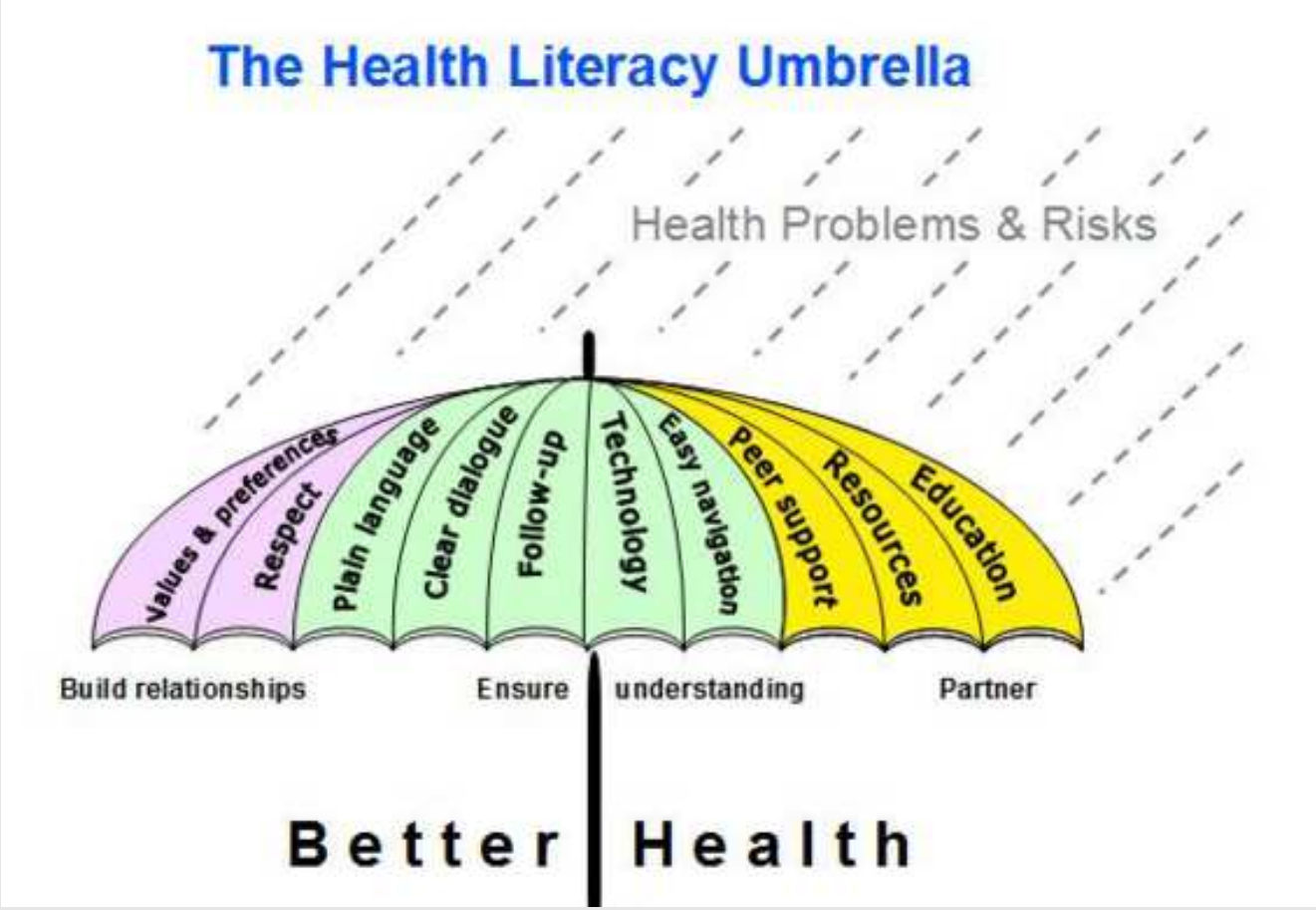
MINORE SICUREZZA

La mobilità dei lavoratori riduce il ruolo protettivo dell'esperienza lavorativa , in particolare contro i rischi di infortuni

Una nuova area di diritti

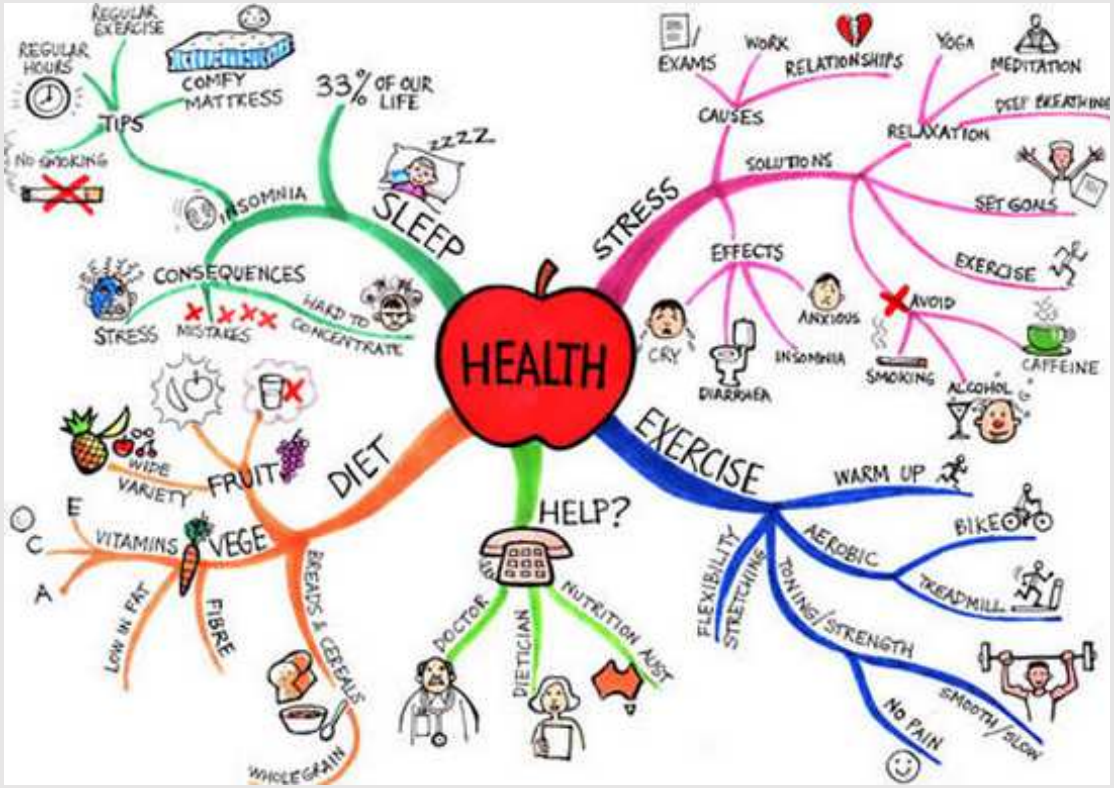
- - diritto all’apprendimento
- - diritto a coltivare un sistema di relazioni
- - diritto alla certificazione delle competenze
- - **diritto alla tutela della salute e della sicurezza**

L’health literacy è una leva importante di promozione della salute e della sicurezza



Una definizione di Health Literacy

La capacità delle persone di ottenere e comprendere le informazioni necessarie per prendere decisioni autonome sul ricorso a prestazioni sanitarie e sull'adozione di uno stile di vita sano.



L’health literacy comprende cinque ambiti:

- salute personale (conoscenza base sulla salute e sui comportamenti salutari),
- orientamento nel sistema sanitario e nei servizi sociali (capacità di sapersi muovere da protagonisti nel sistema),
- consumi (capacità di fare scelte consapevoli su consumo di prodotti e servizi),
- politica sanitaria (capacità di agire in modo informato, impegno per i diritti alla salute),
- **luoghi di lavoro (capacità di prevenire infortuni e malattie professionali, impegno per un ambiente di lavoro favorevole alla salute, equilibrio vita-lavoro).**

Uno studio sull'HL in Italia

L'Italian Health Literacy Project (HLP-IT) si propone di allargare alla Penisola Italiana l'indagine esplorativa finalizzata alla misurazione dei livelli prevalenti di alfabetizzazione sanitaria in ambito Europeo. Ad oggi, i Paesi coinvolti sono: Austria, Bulgaria, Germania, Grecia, Irlanda, Paesi Bassi, Portogallo e Spagna.

L'Italian Health Literacy Project nasce da una partnership internazionale che coinvolge, oltre al Dipartimento di Scienze Aziendali dell'Università degli Studi di Salerno, la University College of Dublin.

Italian Health Literacy Project®

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI SALERNO

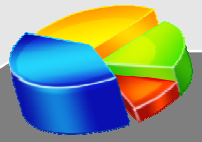
DASan Direzione delle Aziende e delle Organizzazioni Sanitarie

UCD DUBLIN

Lingomed®

Italian Health Literacy Project

Il gruppo di ricerca impegnato nelle attività progettuali ha partecipato alla validazione dello strumento di misurazione dei livelli di health literacy impiegato in ambito comunitario e ha proceduto alla rilevazione dell'alfabetizzazione sanitaria di un campione rappresentativo della popolazione italiana composto da 1500 individui.



Prof. Paola **Adinolfi**
Professor of Organizational Sience
Dept. of Management & Innovation Systems
University of Salerno

Dr. Rocco **Palumbo**
Research Fellow in Organizational Studies
Dept. of Management & Innovation Systems
University of Salerno

Dr. Carmela **Annarumma**
Research Fellow in Organizational Studies
Dept. of Management & Innovation Systems
University of Salerno

Dr. Marco **Musella**
President of the Italian Health Literacy Project
(HLP-IT)
Health Literacy Contract Lecturer Master DAOSan
University of Salerno

Dr. Gerardine **Doyle**
Senior Lecturer
University College Dublin
Principal Investigator, The Diabetes Literacy Project
Principal Investigator, Applied Research in Connected Health

Survey Design and Methodology

Instrument: HLS-EU-Q

Translation Method

American Association of Orthopedic Surgeons (AAOS) guidelines*

- **Stage I.** **Forward translation.** Two translations (T1, T2) of the questionnaire were made from English to Italian language.
- **Stage II.** **Synthesis of the translations.** Both translators have worked together with a recording observer to produce one common consensus translation (T-1,2).
- **Stage III.** **Back-translation.** Two translators, totally blind to the original version, translated the T-1,2 version back into English language.
- **Stage IV.** **Expert committee.** The committee reviewed all the translations, and reached consensus on any discrepancy.
- **Stage V.** **Test of the pre-final version.** The questionnaire was tested on a convenient sample of 30 persons.
- **Stage VI.** Documentation of each stage was for appraisal of the adaptation process.

Sample

Eurobarometer standards

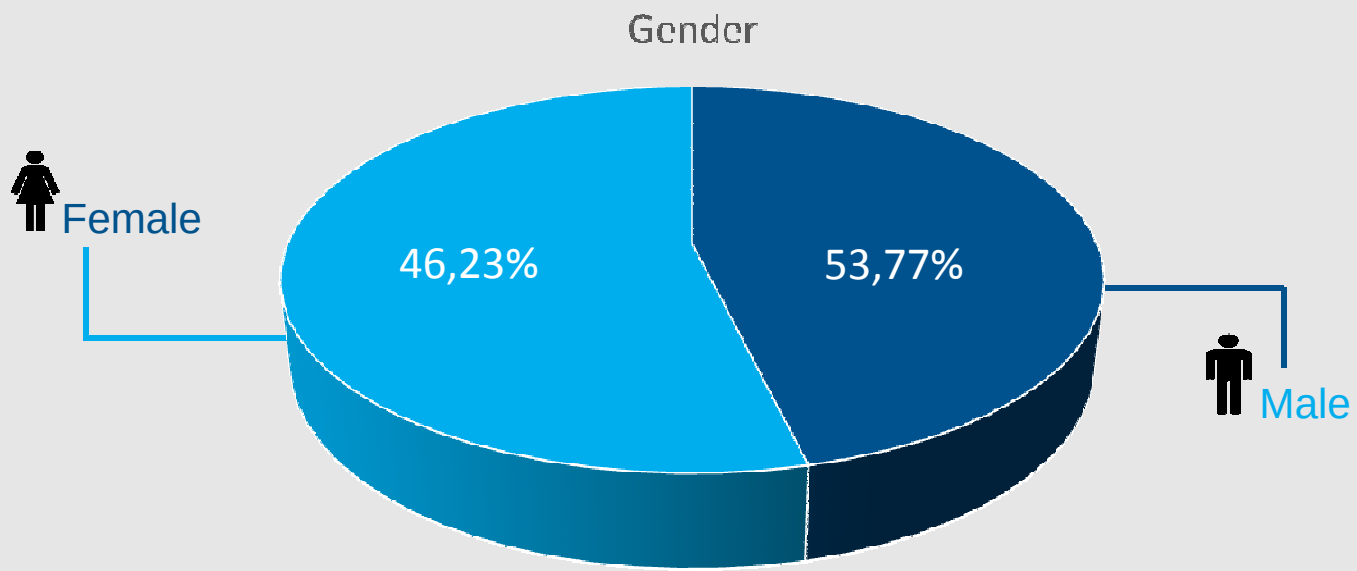
- The survey was administered to a random sample of 1.500 Italian citizens.
- The sample was built according to the Eurobarometer standards.
- People aged 18 years and older were included in the sample.
- Data were collected face to face, using the Paper Assisted Personal Interview (PAPI) method.

* Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. Spine 2000;25:3186–91.
Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural daptation of Health-Related Quality of Life measures: literature review and proposed guidelines. J Clin Epidemiol 1993;46:1417–32.

SAMPLE CHARACTERISTICS

GENDER n=1500 (100%)

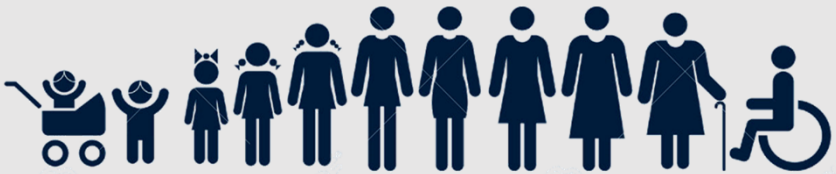
Gender	No	%
Male	693	46,23
Female	806	53,77



SAMPLE CHARACTERISTICS

Age n=1500 (100%)

Age Group	No	%
18-27	184	12,3
28-37	331	22,1
38-47	301	20,1
48-57	271	18,1
58-67	223	14,9
68-77	134	8,9
78 +	55	3,7



SAMPLE CHARACTERISTICS

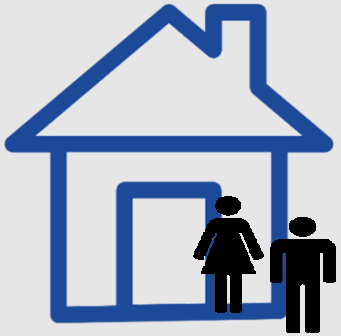
Education n=1500 (100%)

Education	No	%
Pre-primary	6	0,4
Primary	132	8,8
Lower secondary	245	16,3
Upper secondary	402	26,8
Post secondary	314	20,9
First stage of tertiary	165	11
First stage of tertiary	226	15,1
Don’t know	10	0,7

SAMPLE CHARACTERISTICS

Household living situation n=1500 (100%)

Household living situation	No	%
Single and living alone	331	22,1
Share household	1074	71,6
In a seriuous relationship but not living togheter	67	4,4
Don’t know/do not answer	28	1,9



SAMPLE CHARACTERISTICS
Status of employment n=1500 (100%)

Status of employment	No	%
Unpaid work, traineeship or apprenticeship	141	9,4
Full time	421	28,1
Part time	210	14
Unemployed	129	8,6
Student	118	7,9
Retired	243	16,2
Permanently disabled	24	1,6
Military or community services	7	0,5
Full-time homemaker	147	9,8
Inactive	23	1,5
Other	36	2,4

GENERAL HEALTH LITERACY

Italian Score

	N	Min.	Max.	Mean	Std. Dev.
Score for General Health Literacy Index (between 0 and 50)	1427	5,07	50,00	31,8067	6,80095

European Score

		COUNTRIES								
		AT	BG	DE (NRW)	EL	ES	IE	NL	PL	Total
General Health Literacy Index	Mean	32	30,6	34,5	33,6	32,9	35,2	37,1	34,5	33,8
	SD	7,6	9,2	7,9	8,5	6,1	7,8	6,4	8	8

HEALTH CARE LITERACY INDEX

Italian Score

	N	Min.	Max.	Mean	Std. Dev.
Score for Health Care Literacy Index (between 0 and 50)	1454	5,56	50,00	32,0949	7,91002

European Score

		COUNTRIES								
		AT	BG	DE (NRW)	EL	ES	IE	NL	PL	Total
General Health Care Literacy Index	Mean	32,8	32,8	34,8	34,1	33,2	36,3	38	35,4	34,7
	SD	8,3	9,5	8,5	8,7	6,7	7,8	6,8	8,1	8,3

DISEASE PREVENTION LITERACY INDEX

Italian Score

	N	Min.	Max.	Mean	Std. Dev.
Score for Disease Prevention Literacy Index (between 0 and 50)	1403	,00	50,00	31,6905	7,86096

European Score

		COUNTRIES								
		AT	BG	DE (NRW)	EL	ES	IE	NL	PL	Total
General Disease Prevention Literacy Index	Mean	32,6	30,4	35,8	34	33,2	35,1	37,7	34,1	34,2
	SD	8,5	10,1	8,8	9,1	6,7	8,5	7,1	9	8,8

HEALTH PROMOTION LITERACY INDEX

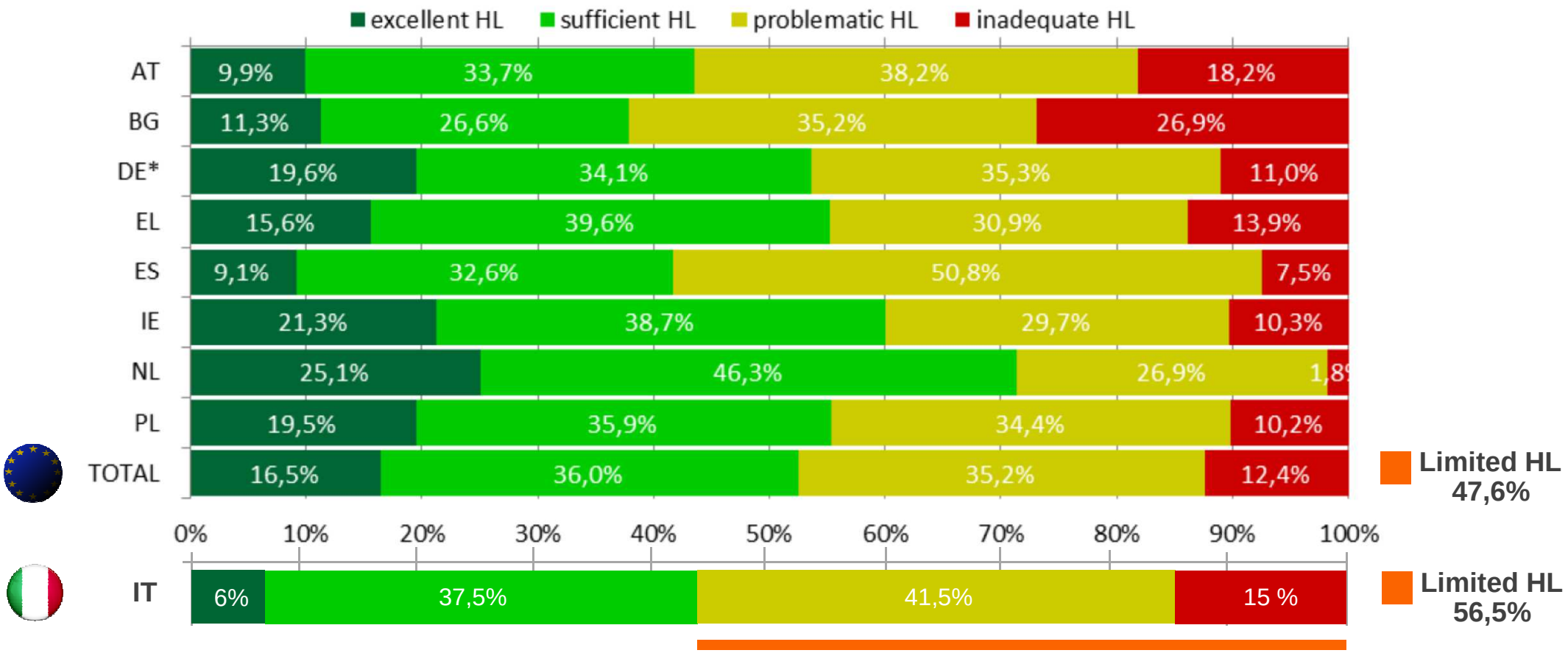
Italian Score

	N	Min.	Max.	Mean	Std. Dev.
Score for Health Promotion Literacy Index (between 0 and 50)	1390	,00	50,00	31,5294	7,90121

European Score

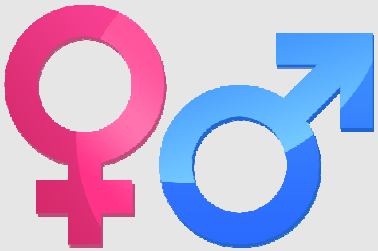
		COUNTRIES								
		AT	BG	DE (NRW)	EL	ES	IE	NL	PL	Total
General Health Promotion Literacy Index	Mean	30,5	27,9	32,9	32,7	32,2	34	35,7	33,8	32,5
	SD	8,8	10,2	8,9	9,6	6,9	9,7	7,6	8,8	9,1

Prevalence of Limited Health Literacy



General HL per Gender

Gender	Mean	N	Std. Dev
Men	31,5509	653	6,77167
Women	32,0428	773	6,80324
Total	31,8176	1426	6,79085



Recommendations for Policy Makers

- **Inadequate** and **problematic** health literacy levels have been found to be **common** in the Italian sample.
- Limited Health Literacy paves the way for improper access to health services, unhealthy life styles and bad management of chronic diseases, and put at risk the sustainability of the health care service system
- Limited Health Literacy has an impact on enterprises: reduced productivity, absenteism and work accidents.
- At a company level, specific initiatives should be aimed at increasing employees' Health Literacy average level

HL nelle policy di welfare aziendale

- Il welfare è un ambito tipico delle nuove relazioni industriali decentrate e delle dinamiche di negoziazione con contenuti autonomi rispetto alla contrattazione centralizzata

Scopi del welfare aziendale

Fornisce risposte innovative alle nuove esigenze che emergono nello scenario contemporaneo, prestandosi a molteplici scopi:

- Fidelizzazione dei lavoratori
- Promozione del benessere organizzativo
- Integrazione del welfare pubblico
- Densificazione delle relazioni all'interno della catena del valore

Health literacy e aziende

- L’attenzione alla health literacy può rappresentare un elemento che denota una innovativa concezione del welfare come parte stabile del processo imprenditoriale, con effetti positivi in termini di:

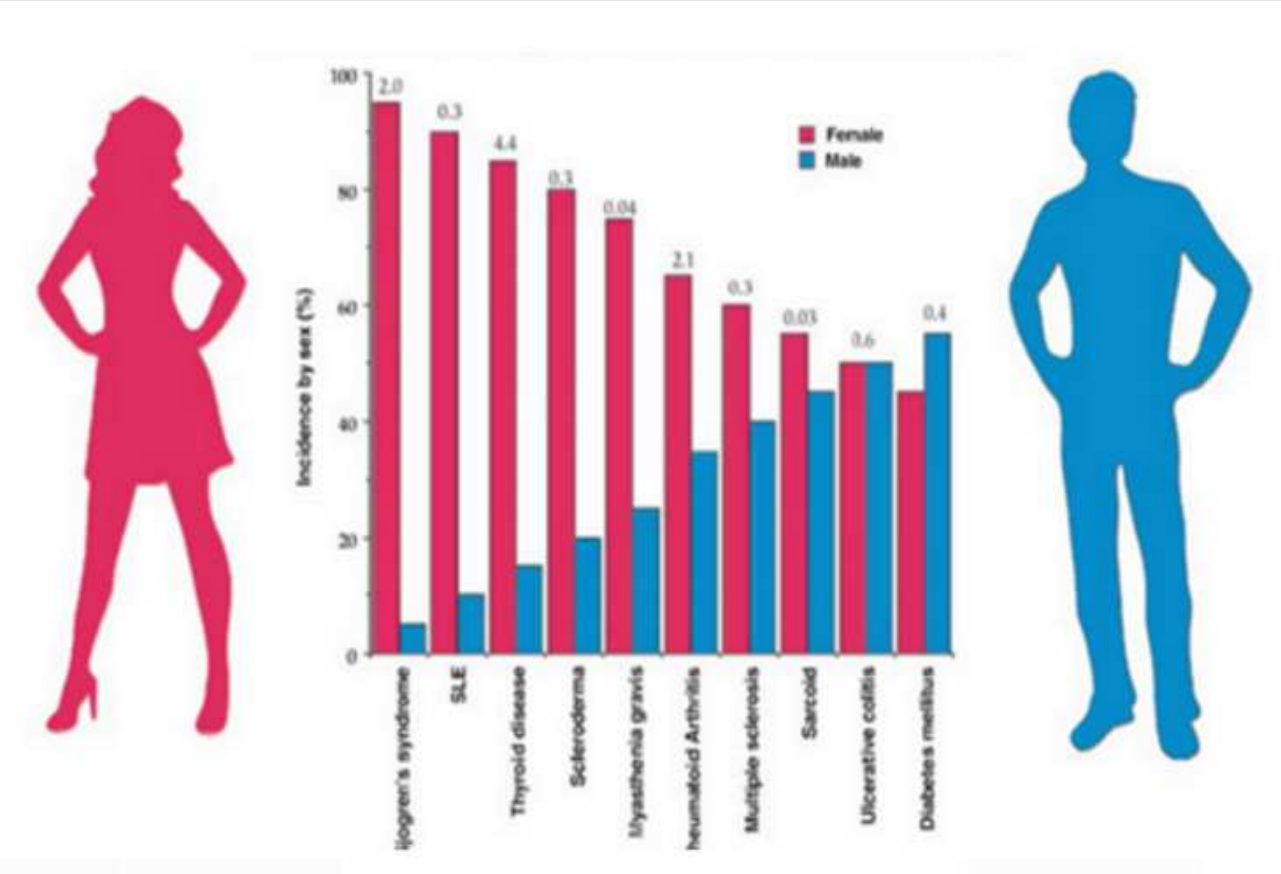
- Aumento della produttività interna
- Riduzione del tasso di infortuni
- Leva di marketing
- Spazio per nuovi business

Suggerimenti organizzativi

- Rete di innovazione distrettualizzata, aperta a tutti gli attori
- Utilizzo di strumenti formali e informali, e unità di scambio monetarie e non monetarie
- Presidio dell'organizzazione con un player di secondo livello
- **Analisi dei bisogni per promuovere health–related behaviors (ad esempio, interventi gender-specific)**

Il mito dello svantaggio femminile

- «Men die, women suffer» (Oksuzyan et al., 2008)



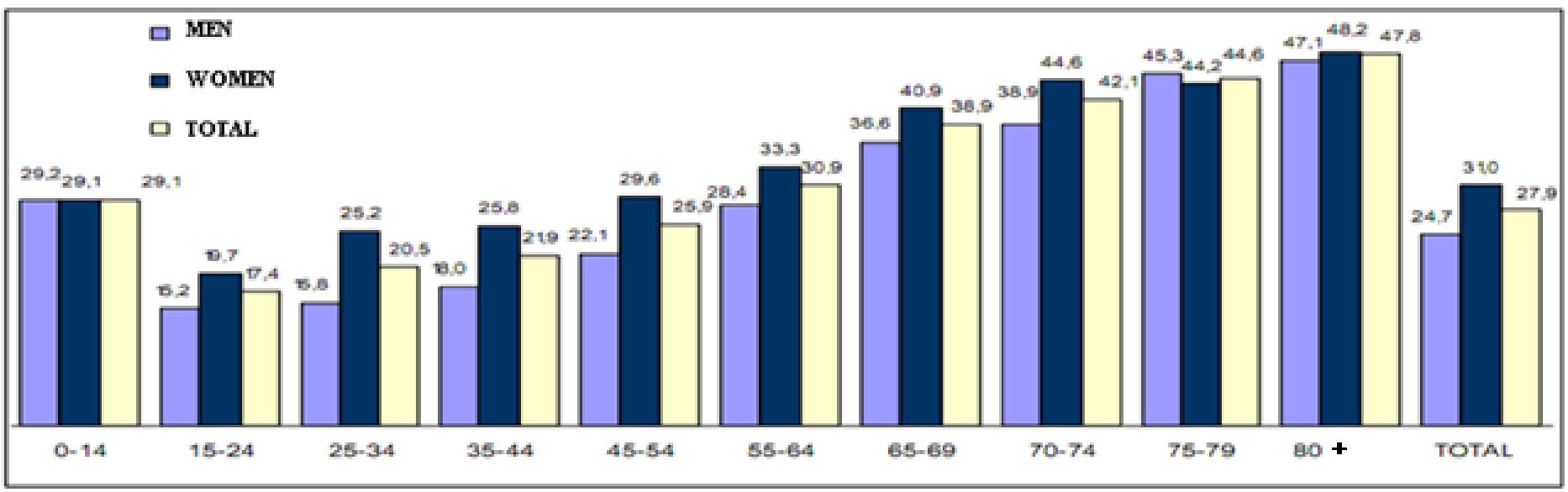
Self-perceived health status

- (Self perceived health of women and men aged 25-64 (% of women\men 25-64)

		EU-25	BE	BG	CZ	DK	DE	EE	IE	EL	ES	FR	IT	CY	LV	LT	LU	HU	MT	NL	AT	PL	PT	RO	SI	SK	FI	SE	UK	HR	TR	IS	NO	CH
Bad	Women	:	2.8	10.9	8.0	6.0	2.0	9.5	1.1	4.3	7.8	16.7	4.4	4.0	15.2	9.1	:	17.9	2.7	4.4	4.5	20.5	19.4	9.5	10.1	12.9	8.2	6.6	5.6	:	:	3.6	6.4	5.0
	Men	:	2.6	9.8	7.0	4.6	1.3	7.0	1.7	4.0	5.7	12.2	3.1	3.4	9.9	8.7	:	13.5	2.9	4.3	4.4	18.3	10.8	6.7	7.3	11.0	10.3	5.4	6.1	:	:	2.4	4.7	3.7
Fair	Women	:	17.2	35.3	29.3	14.5	15.3	51.7	7.6	13.6	23.3	15.2	31.9	12.5	55.7	49.5	:	38.0	28.6	18.6	19.1	41.5	46.6	24.5	66.8	26.3	26.1	18.5	16.3	:	:	11.3	12.8	13.3
	Men	:	15.4	28.5	27.2	14.4	13.5	50.5	9.7	8.4	17.5	14.3	25.3	8.9	52.6	41.3	:	35.8	22.0	13.8	18.6	35.3	39.2	19.2	63.2	21.5	26.8	15.1	15.9	:	:	7.6	11.7	14.2
Good	Women	:	80.0	53.9	62.6	79.6	82.7	38.8	91.3	82.1	68.9	68.2	63.6	83.5	29.0	41.4	:	44.2	68.7	77.0	76.5	38.0	34.1	66.0	23.1	60.8	65.8	74.9	78.2	:	:	84.7	80.8	81.7
	Men	:	82.1	61.8	65.8	81.0	85.2	42.4	88.6	87.6	76.8	73.6	71.6	87.8	37.5	50.0	:	50.7	75.1	81.8	77.0	46.5	50.0	74.0	29.5	67.5	62.9	79.5	78.0	:	:	89.6	83.6	82.1

Consultation of a medical professional

- Consultation of a medical professional during the last four weeks by sex and age (%)



Unhealthy days

- Unhealthy days for physical and mental illnesses and days with activity restriction

		UNHEALTHY DAYS DURING LAST MONTH			
		TOTAL DAYS *	PHYSICAL ISSUES	PSYCHOLOGIC ISSUES	CONSTRICTED ACTIVITY
total		5,1	2,9	2,9	1,3
AGE CLASS	18-34	3,8	1,9	2,2	0,9
	35-49	4,8	2,6	2,8	1,1
	50-69	6,4	4,0	3,7	1,9
SEX	MEN	3,8	2,2	2,0	1,2
	WOMEN	6,4	3,5	3,8	1,4
EDUCATION	NONE OR PRIMARY	7,7	5,1	4,4	2,6
	JUNIOR HIGH SCHOOL	5,4	3,2	3,1	1,5
	HIGH SCHOOL	4,5	2,4	2,5	1,0
	UNIVERISTY DEGREE	4,4	2,1	2,7	0.9
ECONOMIC CONSTRAINTS	MANY	8,2	4,8	5,2	2,7
	A LOT	5,1	2,9	2,9	1,3
	NONE	4,2	2,3	2,3	0,9
DANGEROUS ILLNESSES	AT LEAST ONE	9,1	5,7	5,4	3,1
	NONE	4,2	2,2	2,4	0,9

* Total unhealthy days is estimated by the sum of days in bad health, both for physical and mental illnesses during the last month, for a maximum of 30 days per interviewee

Health-related behaviors

Il genere è, tra i fattori socio-culturali, quello che maggiormente influenza gli “health-related behaviours”

Le persone sono incoraggiate a conformarsi a modelli stereotipati di femminilità e mascolinità, rinforzando in questo modo le “***profezie autoavverantesi***” di tali modelli.

Il mito del “sesso forte”

- Gli uomini tipicamente adottano comportamenti poco salutari per dimostrare la loro mascolinità;
- In questo modo essi si legittimano come “***sesso forte***”.

Il mito del “sesso forte”

- «Non vedo un dottore da un anno»;
- «Non mi metto mai in malattia»;
- «L’alcool non mi crea problemi per la guida»;
- «Amo correre con l’auto»;
- «Adoro gli sport estremi»;
- «*A macho doesn’t show weakness. Grit your teeth, take the pain, bear it alone*» (R. ANAYA, 1996, p.63).

Comportamenti e disuguaglianze sociali…

- Gli uomini “usano” comportamenti poco salutari per sostenere e riprodurre le disuguaglianze sociali, che, a loro volta, rafforzano e premiano le abitudini poco salutari!

Evidenza empirica dagli USA

Evidenze Empiriche: USA

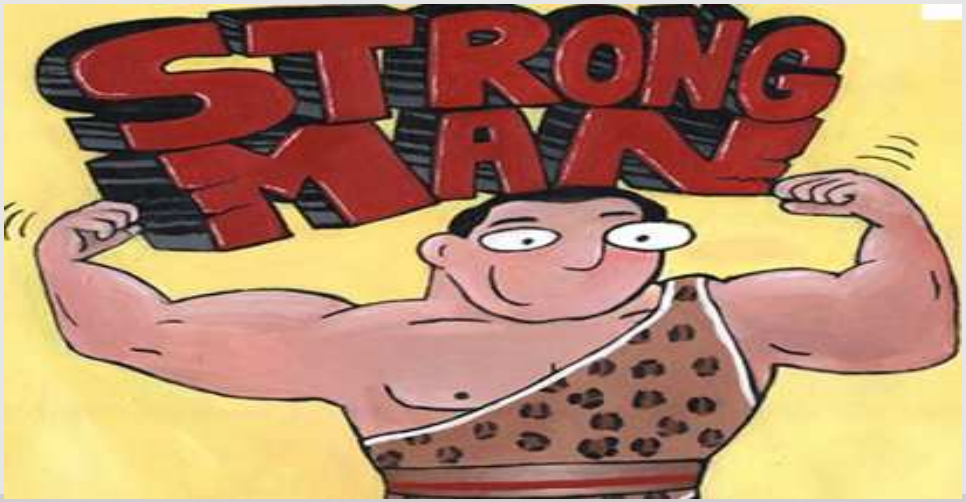
- Le donne sono maggiormente incoraggiate a prestare attenzione alla loro salute *(Nathanson, 1977; Lonnquist et al., 1992; Signorielli, 1993; Oakley, 1994; Annanale e Clark, 1996; Reagan, 1997)*
- Il 20% degli uomini, a fronte del 10% delle donne, non va regolarmente dal medico *(CDC, 1998)*;
- Nella fascia di età 18-29, il 53% degli uomini e il 33% delle donne non va regolarmente dal medico *(Sanman et al. 2000)*;
- Tali differenze permangono anche se si escludono condizioni riproduttive e altre condizioni specifiche di genere *(Courtenay,2000)*.

Evidenze Empiriche: USA

- Gli uomini appaiono meno disponibili delle donne a modificare stili di vita poco salubri o a mantenere quelli più salutari *(Auld et al., 1998; Glanz et al., 1994; Weinstock, Rossi, Redding, Maddock & Cottrill, 2000)*;
- Essi hanno minori reti relazionali cui fare ricorso in caso di problemi di salute *(Courtenay, 2000)*, rispondono allo stress peggio (negazione del problema, distrazione, chiusura, alcoolismo) *(Charmaz, 1995; Courtenay, 2001; Sutkin & Good, 1987)* sono meno capaci di esprimere le proprie emozioni (eccetto rabbia e aggressività) *(Broy, 1999; Courtenay, 2001)* nonché di chiedere aiuto *(Friedman, 1991; Kopp, Skrabski & Szedmak, 1998; Weidner & Collins, 1993)*.

Evidenze Empiriche: USA

- Gli uomini tendono a sopravvalutare il loro stato di salute rispetto alle donne *(Ross & Bird, 1994),* a riportare meno sintomi di malattie fisiche e mentali *(Hibbard & Pope, 1986; Verbrugge, 1988),* a percepirsi meno a rischio *(Boehm, Selves, & Raleigh, 1993; Cutter, Tiefenbacher & Solecki, 1992; DeJoy, 1992; Gustafson, 1998; Savage, 1993; Weissfeld, Kirscht & Brock, 1990)*.



Evidenza empirica dall'Italia: Body mass index

- Distribution of women and men aged 25-64 according to the body mass index (BMI)

		EU-25	BE	BG	CZ	DK	DE	EE	IE	EL	ES	FR	IT	CY	LV	LT	LU	HU	MT	NL	AT	PL	PT	RO	SI	SK	FI	SE	UK	HR	TR	IS	NO	CH
Underweight	Women	:	4.9	4.5	2.6	3.4	1.4	2.8	2.1	2.1	2.9	5.3	5.0	5.4	2.8	3.6	:	4.2	3.3	2.1	3.0	3.0	3.0	2.8	4.0	4.4	1.3	2.0	4.4	:	:	1.9	25.6	6.2
	Men	:	0.8	1.2	0.2	0.5	0.3	0.4	0.9	0.5	0.4	1.1	0.5	0.9	0.5	0.6	:	1.1	0.7	0.7	0.7	0.8	1.7	0.9	2.1	0.2	0.5	0.3	2.5	:	:	0.1	24.0	1.0
Normal weight	Women	:	58.9	51.5	49.7	61.7	47.9	48.4	56.4	52.5	57.4	63.6	65.8	57.1	46.5	51.4	:	46.9	44.5	59.6	67.4	52.3	50.2	53.7	52.7	50.6	57.3	60.2	38.0	:	:	53.1	47.2	65.6
	Men	:	46.7	45.3	35.6	45.8	29.9	51.5	35.3	34.6	38.9	49.8	47.2	39.5	48.8	40.9	:	36.6	29.0	46.3	34.1	42.4	41.2	47.4	35.6	32.4	39.0	44.1	27.5	:	:	35.8	33.3	49.8
Overweight	Women	:	24.4	29.6	31.4	25.1	30.2	30.4	28.2	35.4	26.8	21.4	22.0	26.4	29.6	28.0	:	29.8	31.2	27.8	20.7	30.3	32.1	32.3	31.3	27.1	28.5	27.8	33.5	:	:	34.9	20.7	20.9
	Men	:	41.0	40.9	48.8	43.1	49.8	37.7	46.4	53.2	47.1	39.3	43.6	45.9	36.8	41.8	:	41.7	42.0	43.6	55.4	43.8	44.0	42.5	47.3	51.0	44.6	43.7	45.8	:	:	51.8	35.0	40.6
Obese	Women	:	11.8	14.4	16.3	9.8	20.5	18.4	13.2	10.1	12.9	9.7	7.2	11.2	21.2	17.0	:	19.2	21.0	10.6	9.0	14.4	14.6	11.2	12.0	17.9	13.0	10.0	24.1	:	:	10.0	6.4	7.3
	Men	:	11.4	12.6	15.4	10.7	20.0	10.4	17.4	11.8	13.6	9.8	8.8	13.8	13.9	16.7	:	20.6	28.3	9.4	9.8	13.0	13.2	9.1	15.0	16.4	15.9	11.8	24.2	:	:	12.3	7.6	8.6

Drinking habits

- Consumption of aperitifs and alcoholic drinks by sex (%)

Total alcohol per capita (15+) consumption, drinkers only (in litres of pure alcohol), 2010

Males (15+)	11.9
Females (15+)	7.2
Both sexes (15+)	9.9

Abstainers (%), 2010

	Males	Females	Both sexes
Lifetime abstainers (15+)	13.0	37.5	25.7
Former drinkers* (15+)	5.6	7.7	6.7
Abstainers (15+), past 12 months	18.6	45.2	32.4

*Persons who used to drink alcoholic beverages but have not done so in the past 12 months.

Prevalence of heavy episodic drinking* (%), 2010

	Population	Drinkers only
Males (15+)	8.0	9.8
Females (15+)	0.7	1.3
Both sexes (15+)	4.2	6.2

*Consumed at least 60 grams or more of pure alcohol on at least one occasion in the past 30 days.

Smoking habits

- Proportion of women and men aged 25-64 smoking (% of women\men 25-64)

		EU-25	BE	BG	CZ	DK	DE	EE	IE	EL	ES	FR	IT	CY	LV	LT	LU	HU	MT	NL	AT	PL	PT	RO	SI	SK	FI	SE	UK	HR	TR	IS	NO	CH
Occasional smokers	Women	:	4.0	8.4	6.2	2.7	5.5	2.1	4.7	6.8	2.7	:	:	3.6	5.4	11.6	:	3.7	2.9	4.5	8.4	6.1	1.9	8.3	12.3	8.4	5.3	9.3	:	:	:	8.7	10.6	2.3
	Men	:	5.4	8.7	6.6	3.1	6.4	1.5	3.7	7.9	3.7	:	:	5.7	5.0	10.0	:	3.7	2.1	7.4	9.1	6.2	4.0	11.9	7.3	7.1	5.6	12.1	:	:	:	7.2	11.8	2.0
Daily smokers	Women	:	24.0	28.2	23.2	34.6	25.1	23.0	20.5	21.5	27.6	24.1	21.8	12.6	19.6	13.4	:	30.1	19.7	28.2	35.2	26.2	11.5	12.9	28.8	11.1	19.6	21.5	27.8	:	:	28.2	30.0	26.4
	Men	:	31.5	52.4	35.2	37.9	33.1	56.3	23.9	50.6	38.9	35.3	36.9	42.0	56.3	45.5	:	39.7	33.5	33.9	42.9	49.6	37.8	40.9	49.6	28.9	26.8	18.7	30.6	:	:	28.4	31.9	36.5

Use of illegal substances

- Use of illegal substances among people aged 15 to 19 by sex

Cannabis		Cocaine		Heroin		Acids		Stirring substances	
Men	Women	Men	Women	Men	Women	Men	Women	Men	Women
33.1	23.3	6.3	3.5	4.2	2.7	5.5	2.6	5.5	2.8

Use of illegal substances

- Use of cannabis among people aged 15 to 19 by sex

A.28 - Use of cannabis among students aged 15-16

	EU-25	BE	BG	CZ	DK	DE	EE	IE	EL	ES	FR	IT	CY	LV	LT	LU	HU	MT	NL	AT	PL	PT	RO	SI	SK	FI	SE	UK	HR	TR	IS	NO	CH
Proportion having used cannabis at least once (%)																																	
Women	:	28	19	40	18	24	18	39	5	:	35	23	2	12	9	:	13	8	24	18	13	12	2	26	22	11	6	35	:	2	:	9	:
Men	:	37	23	48	27	31	28	38	7	:	42	31	7	20	18	:	18	13	32	23	23	18	4	31	32	11	9	41	:	6	:	9	:
Proportion having used cannabis 40 times or more (%)																																	
Women	:	4	2	6	2	3	0	7	1	:	5	4	0	0	0	:	1	1	3	2	1	2	0	5	2	0	0	6	:	0	:	1	:
Men	:	11	4	12	3	6	5	6	1	:	14	8	1	2	2	:	2	2	9	4	4	5	0	7	5	1	1	13	:	1	:	2	:

Comparison between males and females for use 40+ times is limited because numbers are often too small to be statistically significant
DE: six regions only (Bavaria, Brandenburg, Berlin, Hesse, Mecklenburg-Western Pomerania and Thuringia). TR: one major city in each of six different regions (Adana, Ankara, Diyarbakir, Istanbul, Izmir and Samsun)
Source: EMCDDA

Il ruolo dei media

- I media rinforzano i comportamenti stereotipati e poco salutari degli uomini:

  gli uomini sono rappresentati come forti e invulnerabili rispetto ai rischi connessi ai comportamenti poco salubri in cui indulgono, mentre le donne sono rappresentate come più deboli e a maggior rischio per la salute.

Il primo Hummer: l'*Humvee*

"Humvee"

High
Mobility
Multipurpose
Wheeled
Vehicle

Per gli Uomini: l’Hummer “H1”

Per le Donne: l’Hummer “H2”

Barrette di cioccolato per soli Uomini

L’azienda è un canale privilegiato di promozion dell’HL, specie negli uomini:
formazione, consulenza, mensa pedagogica, spazi ricreativi pedagogici, benefits

Verso il riequilibrio tra i sessi

- Approfondire l’impatto sulla salute dei comportamenti maschili porta ad un miglioramento della loro salute, nonché ad un riequilibrio delle relazioni di potere tra essi.